

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ADAPTATION ET VALIDATION D'UN SYSTÈME DE CODIFICATION DES
INTERACTIONS DE SOUTIEN CHEZ DES COUPLES DONT UN PARTENAIRE A UN
TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
JOSÉE LEHOUX

JUIN 2006

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire 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

L'auteure désire remercier Monsieur Stéphane Guay, co-directeur du mémoire, pour le soutien et l'encadrement exceptionnels offerts, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de cette étude. Elle remercie également Madame Danielle Julien, co-directrice du mémoire, qui a offert son judicieux éclairage avec autant d'attention que d'efficacité.

Des remerciements chaleureux sont adressés à Madame Élise Chartrand, professionnelle de recherche, sans qui la présente étude n'aurait pu être réalisée et qui s'est impliquée dans toutes ses étapes avec disponibilité, rigueur, générosité et une constante gentillesse. L'auteure exprime sa reconnaissance à l'équipe du laboratoire: les codificatrices, Édith St-Jean-Trudel et Nathalie Huard, pour le travail consciencieux accompli, et la coordonnatrice, Madame Christiane Fortier, pour son aimable assistance opérationnelle. Elle désire remercier Monsieur Claude Gagnon, directeur de l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal, pour la souplesse qui lui fut accordée dans son emploi du temps. Enfin, elle désire tout spécialement remercier son conjoint, Conrad Pineau, qui a offert un soutien constant et manifesté une foi inébranlable dans ce projet, ainsi que ses parents et amis. Mille merci à Mme Élise Gratton : une reconnaissance bien particulière lui est adressée. À tous : la confiance manifestée, l'attention et l'écoute jouent un rôle de premier ordre dans le soutien perçu!

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	v
RÉSUMÉ	vi
INTRODUCTION	1
CADRE CONCEPTUEL.....	3
Dimensions du soutien associées au TSPT	3
Système de codification des interactions de soutien	7
Objectifs et hypothèses de la recherche	8
MÉTHODOLOGIE	10
Participants	10
Procédure	11
Instruments de mesures	12
RÉSULTATS.....	18
Analyses préliminaires	18
Fidélité.....	20
Validité	22
DISCUSSION.....	27
Fidélité.....	27
Validité	27
APPENDICE A.....	32
ÉCHELLE MODIFIÉE DES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES (EMST).....	32
APPENDICE B.....	35
INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK (IDB-II).....	35
APPENDICE C.....	38
QUESTIONNAIRE D'AJUSTEMENT À LA VIE CONJUGALE (QAVC).....	38
APPENDICE D.....	40
QUETIONNAIRE SUR LES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN EN SITUATION D'ANXIÉTÉ (QCSA)	40
APPENDICE E.....	43

SYSTÈME DE CODIFICATION D'INTERACTIONS DE SOUTIEN CHEZ DES COUPLES DONT UN PARTENAIRE A UN TSPT – SCIS (TSPT).....	43
APPENDICE F	68
GRILE DE CODIFICATION DU SCIS (TSPT)	68
RÉFÉRENCES	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1	Moyennes et écarts types des dimensions du SCIS (TSPT) pour les victimes et les conjoints	19
2	Coefficients de corrélations intraclases des accords interjuges du SCIS (TSPT)	21
3	Corrélations entre les dimensions du SCIS (TSPT) pour les victimes, les conjoints et corrélations entre les partenaires pour chaque dimension	23
4	Coefficients de corrélation de Pearson entre les dimensions du SCIS (TSPT) chez les conjoints et le soutien perçu par la victime après la discussion, le soutien perçu au cours du dernier mois, l'ajustement conjugal, les symptômes de dépression et de stress post-traumatique chez la victime	26

RÉSUMÉ

Le soutien social influence le développement et le maintien du trouble de stress post traumatique (TSPT). À notre connaissance, aucune recherche sur le TSPT n'a utilisé de méthode observationnelle d'évaluation du soutien en complément aux questionnaires auto-administrés. La présente étude consiste à adapter un système de codification des interactions de soutien (SCIS) auprès d'une population présentant un TSPT et à en évaluer les propriétés psychométriques à partir de 20 discussions de soutien chez des couples dont un partenaire a un TSPT. Les données obtenues indiquent que le SCIS (TSPT) présente des indices de fidélité interjuges allant de passables à excellents, une bonne consistance interne ainsi qu'une bonne validité convergente avec des mesures de soutien perçu et d'ajustement conjugal.

Mots clés : Soutien social, trouble de stress post-traumatique, mesure observationnelle, mesure, couple.

INTRODUCTION

Le soutien social est considéré comme une des principales variables intermédiaires influant sur le développement différentiel du TSPT et/ou sur son maintien (Jones et Barlow, 1990; Joseph, Williams et Yule, 1997). Les personnes vivant en couple se tournent généralement vers leur conjoint pour obtenir du soutien après un événement traumatique (Barker, Pistrang, Shapiro et Shaw, 1990; Coyne et Fiske, 1992; Denkers, 1999; Halford et Bouma, 1997; Primomo, Yates et Woods, 1990). Face à une situation de crise, le soutien des proches ne pourrait compenser pour un soutien inadéquat de la part du conjoint (Coyne et DeLongis, 1986). Les écrits scientifiques démontrent la relation entre le soutien négatif (le manque de soutien ou des interactions négatives) et le développement différentiel du TSPT (Andrews, Brewin et Rose, 2003; Brewin, Andrews et Valentine, 2000; Ullman et Filipas, 2001; Zoellner, Foa et Brigidi, 1999). La réaction des proches différerait selon le type de traumatisme vécu. Ullman (2000) rapporte que les victimes d'agression sexuelle recevraient plus de réactions négatives de la part de leur entourage.

Il semble qu'il y ait une interinfluence des conjoints quant à leur capacité d'exprimer des besoins, de tirer profit du soutien et d'offrir un soutien approprié. La relation entre le soutien négatif et l'importance des symptômes du TSPT semble s'accroître avec le temps (Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003). L'événement traumatique peut entraîner diverses réactions chez la victime. Des études montrent que le manque de confiance de la victime envers son partenaire, sa difficulté à communiquer, son agressivité et son détachement émotionnel peuvent affecter la relation conjugale à long terme et le soutien offert par le conjoint (Compton et Follette, 2002; Solomon, Wagsman, Belkin, Levy, Mikulincer et Enoch, 1992). Les symptômes de dépression sont souvent concomitants à ceux du TSPT (voir Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes et Nelson, 1995) et ils pourraient diminuer l'aptitude de la victime à demander du soutien et à bien percevoir le soutien reçu (Yap et Devilly, 2004). L'humeur dépressive affecterait le soutien offert par le conjoint avec le temps (Solomon et al., 1992) de même que le soutien des proches (Foy, Resnick, Sippelle et Carroll, 1987). On observe le même phénomène chez des couples confrontés à d'autres problèmes que le TSPT (Horneffer et Fincham, 1995). D'autre part, les symptômes du TSPT pourraient occasionner de la détresse psychologique chez le conjoint de la victime (Beckham, Lytel et Feldman,

1996). Le fait d'assumer la responsabilité des soins, de gérer les problèmes financiers, relationnels et familiaux associés aux changements chez la victime peuvent à la longue devenir un fardeau pour le conjoint (Calhoun, Beckham et Bosworth, 2002; Wilson et Kurtz, 2000; Dekel, Solomon et Bleich, 2005). Ce phénomène a également été observé chez des couples confrontés à une crise telle que, par exemple, la maladie d'un des conjoints (Coyne et Smith, 1991; Dunkel-Schetter et Bennett, 1990; Wortman et Lehman, 1985).

Si les comportements de soutien négatifs peuvent être associés à des symptômes du TSPT plus sévères chez la victime, le rôle que pourrait jouer le soutien positif sur la prévention des symptômes et sur leur diminution demeure, à ce jour, peu documenté. L'observation des comportements de soutien du conjoint et de la victime au moment de demander de l'aide permettrait d'explorer les comportements susceptibles d'être associés au soutien perçu et au soutien reçu ainsi qu'aux symptômes du TSPT ou encore de la dépression. L'observation des deux partenaires pourrait permettre de mieux comprendre la dynamique interactionnelle du soutien chez les couples (Guay, Billette et Marchand, 2002). Par exemple, il permettrait d'étudier l'influence du type de demande sur l'obtention du soutien ou l'influence de la qualité du soutien sur les stratégies de gestion de l'anxiété adoptées par la victime.

Plusieurs instruments de mesure développés dans le domaine du soutien social sont des questionnaires auto-administrés où l'individu évalue sa perception de la qualité du soutien reçu ou de la disponibilité du soutien. Ces mesures s'avèrent partiellement associées aux mesures observationnelles de soutien (Pasch, Harris, Sullivan et Bradbury, 2004). Toutefois, elles rendent compte uniquement des comportements émis par le conjoint sans mesurer les comportements de la personne elle-même. Il semble que les perceptions des individus à l'égard de leur relation conjugale soient biaisées par leur histoire de vie commune (Cormier et Julien, 1996; Margolin, Hattem, John et Yost, 1985). La qualité du soutien perçu refléterait davantage la qualité de la relation globale entre des personnes que le soutien réellement reçu (Cohen, Lakey, Tiell et Neely, 2005). Lakey et Cohen (2000) recommandent d'intégrer plusieurs méthodes afin de faire une meilleure évaluation du soutien social. Une mesure observationnelle apporterait des informations plus objectives aux mesures auto-administrées.

CADRE CONCEPTUEL

Dimensions du soutien associées au TSPT

Cette étude consistant à adapter un système de codification des interactions de soutien chez les couples dont un conjoint présente un TSPT, il apparaît pertinent de réviser les dimensions comportementales reconnues à ce jour comme favorables ou non au soutien perçu tout en recueillant les données spécifiques au contexte où un conjoint a développé un TSPT. Cette démarche permettra d'intégrer ces comportements au système de codification.

Dimensions positives

Communication au sein du couple

L'échange avec les proches à propos de l'événement traumatique contribuerait au processus d'intégration de ce dernier (Foa et Kozac, 1986; Joseph et al., 1997; Pennebaker, Kiecot-Glaser et Glaser, 1988). Cutrona (1996) suggère qu'en période d'adversité, les couples qui ont une communication ouverte et qui font alliance dans le but de surmonter l'épreuve seraient moins à risque de développer des patrons d'évitement émotionnel et d'isolement, lesquels contribueraient au maintien des symptômes de TSPT (Joseph et al.).

Attention, empathie, renforcement et soutien émotionnel

L'attention et l'écoute empathique jouent un rôle prépondérant dans la qualité du soutien chez les couples, cette variable suffisant à discriminer les couples ajustés des couples non ajustés (Cormier et Julien, 1996; Raphael, 1986). Une étude de Cutrona et Suhr (1992) souligne l'importance du soutien émotionnel et de la validation sur la satisfaction face aux interactions de soutien, alors que le soutien informationnel et le soutien tangible ne seraient pas significatifs à cet égard. Cette hypothèse est soutenue par les résultats d'une étude sur le soutien lorsqu'un conjoint est atteint d'un cancer (Dakof et Taylor, 1990). Il semble que les gens évaluent la qualité du soutien reçu sur la base de l'expression d'attention, de souci pour l'autre et d'empathie. D'après Cohen et Wills (1985) le soutien émotionnel (les encouragements et la reconnaissance des compétences du partenaire) serait pratiquement bien

reçu dans toutes les situations chez les couples. En situation d'anxiété, les individus avec un TSPT rapportent l'influence des renforcements de la part des proches sur la réduction de l'anxiété et sur la qualité de vie (Guay, Lavoie, Fikretoglu et Brunet, 2005; St-Jean-Trudel, Guay, Marchand et O'Connor, 2005).

Stratégies cognitives et comportementales de gestion du stress

Le conjoint pourrait contribuer à l'intégration de l'événement traumatique et à la prévention de l'émergence des comportements contribuant au développement et au maintien du TSPT en proposant des stratégies de gestion du stress (Clark, 1993; Joseph et al., 1997; Tait et Silver, 1989). Sur le plan cognitif, il pourrait favoriser l'analyse de l'expérience traumatique selon une perspective nouvelle non culpabilisante et participer à lui donner un sens. Sur le plan comportemental, il pourrait encourager la victime à se mettre en action dans des gestes à sa portée pour gérer son anxiété, tels que la réduction des conduites d'évitement et l'adoption de moyens pour se détendre. Une étude pilote suggère que ces stratégies sont associées à une meilleure qualité de vie chez des militaires présentant un TSPT (Guay et al., 2005).

Distraction

L'usage de distraction chez le conjoint (le fait d'aider la victime à se changer les idées) est modérément associé à un degré moindre d'anxiété (St-Jean-Trudel et al., 2005). La distraction consiste à proposer une activité ou à animer un moment de vie de façon telle que l'humeur de la victime en soit améliorée.

Dimensions négatives

Conseils

Certaines interactions des proches formulées dans l'intention d'aider sont infructueuses en raison de la forme inappropriée qu'elles prennent, de leur nature excessive ou mal ajustée au contexte (Coyne, Wortman et Lehman 1988; Dakof et Taylor, 1990). Toutefois, les auteurs cités se sont intéressés au soutien chez des couples placés devant des problèmes différents du TSPT. Selon des chercheurs s'intéressant aux relations conjugales

chez des couples dont un conjoint présente un trouble anxieux, l'apport d'information et les conseils non sollicités de la part d'un conjoint surimpliqué peuvent parfois être perçus comme des critiques implicites (Fredman, Chambless et Steketee, 2004). Cutrona et Suhr (1992) suggèrent que les personnes sont sensibles au fait d'être jugées compétentes à résoudre leurs problèmes et que les conseils sont bienvenus seulement lorsqu'ils sont émis par des personnes reconnues dans le domaine traité. Ces considérations donnent à penser qu'à l'instar des conjoints en général, les personnes présentant un TSPT percevront les conseils non sollicités comme une forme de soutien négatif.

Critiques

La recherche portant sur la résolution de conflit a largement documenté l'impact négatif des interactions hostiles et invalidantes sur la détresse des conjoints (Heyman, 2004). À ce jour, cet impact a été peu étudié chez les couples où un partenaire présente un TSPT, mais une étude de Chambless et al. (2002) indique que les conjoints d'épouses agoraphobes émettent plus de critiques que des conjoints d'un groupe témoin. Il pourrait donc y avoir une influence réciproque entre les symptômes d'anxiété et la critique chez les couples. Les critiques et les propos hostiles de la part du conjoint prédiraient de pauvres résultats à la thérapie pour le TSPT (Tarrier, Sommerfield et Pilgrim, 1999), provoquant l'adoption de conduites contre-productives au traitement chez la victime (Foa et Rothbaum, 1998).

Stratégies négatives de gestion du stress : Évitement et comportements coercitifs

L'évitement émotionnel chez la victime constituerait une stratégie négative de gestion du stress en empêchant l'assimilation de l'événement (Brewin, McCarthy et Furnham, 1989; Joseph et al., 1997; Ullman, 1996). De même, les recommandations de la part du conjoint de continuer sa vie comme si rien ne s'était passé et le manque d'encouragements à parler de l'événement invalident la légitimité des réactions de la victime. Elles ont un impact négatif sur le soutien perçu et sur l'intégration de l'événement, qu'il s'agisse d'un traumatisme ou d'une situation de crise. (Herbert et Dunkel-Schetter, 1992; Ullman et Filipas, 2001).

L'émission de comportements coercitifs de la part du conjoint est associée à une plus grande anxiété (St-Jean-Trudel et al., 2005) et aux symptômes de TSPT chez les militaires

(Guay et al., 2005). La coercition consiste à faire pression sur la victime afin qu'elle ignore ses peurs et agisse comme si elles n'existaient pas.

Affect dysphorique

Les personnes présentant un TSPT avec des symptômes dépressifs peuvent émettre des comportements qui traduisent un affect dysphorique. Il peut s'agir de propos auto-dépréciateurs, de détresse verbale ou non verbale et de constats pessimistes concernant l'avenir, le monde en général ou le soutien offert. Lorsque l'affect dysphorique crée un climat généralement négatif et qu'il mine les perceptions et les demandes de soutien chez la victime (Horneffer et Fincham, 1995), cela affecte les capacités d'empathie du conjoint et la qualité du soutien offert (Gottman, 1998; Hammen, 1991; Solomon et al., 1992; Wortman et Lehman, 1985).

Synthèse des dimensions de soutien associées au TSPT

En somme, la littérature suggère plusieurs dimensions associées aux interactions de soutien chez les couples où un partenaire présente un TSPT. Sur le plan des dimensions positives, viennent en premier lieu l'attention et l'écoute empathique, les renforcements et le soutien émotionnel, puis, plus modérément, la distraction. L'implication active des deux conjoints dans la communication semble jouer un rôle dans l'intégration de l'événement traumatique. Les stratégies de gestion du stress peuvent contribuer tantôt à la diminution des symptômes (en parler, donner un sens à l'événement, faire des activités pour se détendre, faire progressivement face aux sources d'anxiété), tantôt à leur maintien (l'évitement et la coercition). Quant aux autres dimensions négatives, les conseils semblent mal reçus et les critiques semblent associées positivement aux symptômes du TSPT. Chez la victime, l'expression d'un affect dysphorique aurait un impact négatif sur la qualité du soutien reçu.

L'étude du soutien chez les couples où un partenaire a un TSPT demande de prendre en compte ces dimensions et leur nature interactionnelle. L'utilisation d'un instrument de mesure observationnelle pourrait éventuellement contribuer à l'étude des processus interactionnels.

Système de codification des interactions de soutien

L'observation des interactions conjugales a d'abord connu son essor par l'étude de la résolution de conflit chez les couples (voir Chartrand et Julien, 1994; Hahlweg, 2004; Heyman, 2004; Julien, Markman et Lindahl, 1989; Kline et al., 2004; Weiss et Tolman, 1990). L'étude du soutien social chez les couples, plus récente, suggère que les comportements de soutien prédisent la satisfaction conjugale au-delà de l'effet des comportements adoptés par les partenaires lorsqu'ils résolvent un problème (Pasch et al., 2004). La résolution de problèmes et le soutien feraient donc appel à des habiletés différentes contribuant séparément à la santé psychologique et à la longévité du couple. Ces résultats soulignent la pertinence d'étudier le soutien et d'en tenir compte dans l'élaboration de programmes d'intervention.

Quelques systèmes de codification destinés à observer les interactions de soutien chez les couples ont été construits (voir Pasch et al., 2004; Pizzamiglio, Julien, Parent et Chartrand, 2001; Suhr, Cutrona, Krebs et Jensen, 2004), dont seul le *Système de Codification des Interactions de Soutien – Macroscopique* (SCIS-M – Pizzamiglio, 1992; Pizzamiglio et al., 2001) a été validé auprès d'une population québécoise. Le SCIS-M a été développé à partir de l'*Interactional Dimensions Coding System* (IDCS) de Julien et al. (1989) et du *Marital Interaction Coding System – Global* (MICS-G) de Weiss et Tolman (1990). Ce système s'est donc inspiré des connaissances théoriques et empiriques portant sur le fonctionnement conjugal. Il comprend six dimensions positives: (1) la Description du problème; (2) l'Engagement émotif ou dévoilement émotionnel; (3) l'Attention/écoute; (4) l'Accord/validation/soutien émotif; (5) la Proposition de changement et (6) l'Implication comportementale (*expressiveness*); deux dimensions négatives: (1) la Contre-validation et (2) le Retrait/passivité; puis deux dimensions dyadiques: (1) la Synchronie interactionnelle et (2) le Changement de sujet, appelé « Focus ». Le SCIS-M a été utilisé dans plusieurs études et il présente une bonne fidélité ($r = ,84$) et des coefficients de cohérence interne allant d'acceptables à excellents ($\alpha = ,66$ à $,94$; Julien, Julien et Lafontaine, 1998). Il présente un degré de validité convergente acceptable avec les dimensions de l'IDCS sur lesquelles il repose ainsi qu'une bonne validité discriminante en ce qui a trait à l'ajustement conjugal (Cormier et Julien, 1996; Julien, Chartrand, Simard, Bouthillier et Bégin, 2003; Pizzamiglio). Le SCIS-M constitue une bonne base pour l'adaptation d'un instrument de mesure des

interactions de soutien chez des couples où un partenaire présente un TSPT puisqu'il a été validé pour la population québécoise, qu'il a de bonnes propriétés psychométriques, qu'il est construit sur des bases théoriques valides et qu'il est relativement économique à administrer de par sa nature macroscopique.

Par ailleurs, quelques ajustements seront nécessaires afin d'utiliser le SCIS auprès d'une population avec un TSPT. Premièrement, les couples y sont invités à participer à une tâche d'entraide où un seul des conjoints est concerné par le problème abordé alors que, dans le cas du TSPT, le problème a une influence sur les deux partenaires. La consigne liée à la tâche doit être modifiée afin de solliciter un échange qui tienne compte de cette interinfluence quant aux conséquences du TSPT sur la vie des partenaires et sur les moyens envisagés pour gérer le problème. Deuxièmement, certaines dimensions positives du SCIS-M sont jugées d'emblée positives. Ainsi, toute proposition de changement formulée y est codifiée comme un comportement de soutien positif. Or, tel que présenté plus tôt, certaines propositions de changement pourraient avoir un impact positif sur le soutien et la satisfaction conjugale alors que d'autres auraient l'effet inverse. Chaque dimension doit donc être ajustée de façon à ce qu'elle reflète plus clairement la valeur positive ou négative des indices qui la composent en regard du TSPT. Troisièmement, le SCIS-M a été utilisé jusqu'à maintenant auprès d'une population ne présentant pas de syndrome clinique. Les dimensions mesurées ne sont pas sensibles aux comportements associés à un état de détresse psychologique et ces conduites s'apparentent à des indices de retrait. Il importe donc d'inclure une dimension décrivant les manifestations d'affect dysphorique pouvant être associées au TSPT et à la dépression.

Objectifs et hypothèses de la recherche

Cette étude vise à adapter un système de codification des interactions de soutien auprès d'une population présentant un TSPT et d'en évaluer les propriétés psychométriques. Les étapes suivantes permettront d'adapter le SCIS-M aux conditions propres au TSPT : (1) la formulation d'une consigne qui invitera la victime à discuter du développement des difficultés associées à l'événement traumatique dans sa vie et des moyens employés pour gérer ces dernières, alors que le conjoint sera invité à soutenir son partenaire du mieux qu'il peut; (2) la définition de dimensions clairement positives ou négatives en lien avec les

connaissances actuelles sur le TSPT; (3) l'inclusion d'une dimension permettant d'identifier la présence de détresse psychologique.

L'évaluation des propriétés psychométriques du SCIS (TSPT) s'effectuera d'abord en calculant des indices de fidélité interjuges. La présence d'indices de la validité de construit sera ensuite évaluée en calculant des intercorrélations entre les dimensions. Pour finir, des indices de validité convergente seront évalués en calculant des corrélations entre les dimensions du SCIS (TSPT) observées chez le conjoint et les mesures du soutien perçu chez la victime (au cours du dernier mois et suite à la discussion), les mesures de l'ajustement conjugal, du TSPT et de la dépression. L'étude de l'interaction entre les comportements de la victime et ceux du conjoint est certainement une avenue d'intérêt afin de comprendre les facteurs qui influencent la qualité du soutien reçu et l'impact de celui-ci sur les symptômes du TSPT. Cependant, dans le cadre de la présente étude, qui constitue une première initiative dans l'observation des comportements de soutien en relation avec le TSPT, l'analyse des résultats se limitera à l'observation de la relation entre les comportements de soutien du conjoint et les mesures obtenues chez la victime aux variables décrites précédemment.

À titre exploratoire, les hypothèses suivantes sont formulées : (a) les dimensions positives du SCIS (TSPT) devraient être positivement reliées entre elles et (b) négativement associées aux dimensions négatives. (c) Les dimensions positives émises par le conjoint devraient être positivement associées au soutien positif perçu, (d) négativement associées au soutien négatif perçu, (e) positivement associées à l'ajustement conjugal, (f) négativement associées aux symptômes de TSPT, et (g) négativement associées à la dépression. (h) Les dimensions négatives du SCIS (TSPT) devraient être positivement reliées entre elles. (i) Les dimensions négatives émises par le conjoint devraient être négativement associées au soutien positif perçu, (j) positivement associées au soutien négatif perçu, (k) négativement associées à l'ajustement conjugal, (l) positivement associées aux symptômes de TSPT, et (m) positivement associées à la dépression.

MÉTHODOLOGIE

Participants

Quarante personnes vivant en couple participent à l'étude. L'échantillon est constitué d'une série consécutive de vingt couples recrutés entre 2003 et 2005 dans le cadre d'une étude comparative sur l'effet d'une thérapie pour le TSPT avec ou sans conjoint. L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL, Montréal, Canada). Les participants sont recrutés à partir du Centre de recherche Fernand-Séguin (CRFS) de l'HLHL. Un des partenaires de chacun des couples participant répond aux critères d'inclusion suivants : (a) être âgé entre 18 et 65 ans; (b) avoir été exposé à au moins un événement traumatique; (c) avoir comme diagnostic primaire un TSPT chronique d'intensité modérée à sévère et (d) être en couple et cohabiter avec le partenaire. Les victimes ne sont pas exclues sur la base du type d'événement traumatique vécu à moins que celui-ci n'ait été causé par le conjoint. Les couples rapportant avoir vécu de la violence conjugale et/ou étant très insatisfaits de leur relation sont exclus, de même que les individus présentant un problème d'abus de substance, des épisodes psychotiques actuels ou passés, un trouble bipolaire, un trouble mental d'origine organique ou encore un trouble de la personnalité tel que : personnalité limite, schizotypique, schizoïde, paranoïde ou antisociale.

Les participants sont majoritairement francophones (93%); leur relation dure en moyenne depuis 11,85 ans ($\acute{E}T = 11,69$); l'âge moyen des victimes est de 41,20 ans ($\acute{E}T = 14,03$) et celui des conjoints est de 42,55 ans ($\acute{E}T = 14,15$ ans); 45% des victimes et 55% des conjoints ont complété des études collégiales ou plus et le revenu personnel moyen est de 20000\$ (étendue = moins de 4999\$ - plus de 60000\$) pour les victimes et de 25000\$ (étendue = moins de 4999\$ - plus de 60000\$) pour les conjoints; 50% des victimes et 75% des conjoints ont une occupation à l'extérieur de la maison; l'ajustement conjugal des couples se situe dans la normale ($M = 103,03$; $\acute{E}T = 23,83$). Sur les 20 couples (19 couples hétérosexuels et un couple de conjoints de même sexe composé de deux femmes), les victimes se distribuent en 13 femmes et 7 hommes, ce qui est assez représentatif du rapport de 2 femmes pour 1 homme présentant un TSPT dans la population (Breslau, Davis, Andreski et Peterson, 1991). Les victimes présentent un état dépressif d'intensité moyenne à sévère

dans 45% des cas. Les traumatismes vécus sont variés : vol à main armée (n = 5), accident de la route (n = 4), décès d'un proche (n = 3, dont 2 par suicide), agression au travail (n = 2), scène de crime au travail (n = 2), agression dans un lieu public (n = 2), accident ayant causé la mort d'autrui (n = 1) et violence conjugale antérieure à la relation actuelle (n = 1).

Procédure

Au cours de la pré-sélection, les couples reçoivent des informations sur le but de l'étude et sur le TSPT. Les participants victimes d'événements passent ensuite une entrevue clinique structurée, le Structured Clinical Interview (First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1996) afin de préciser les symptômes du TSPT, puis les couples se présentent au CRFS pour une évaluation préalable à l'intervention. Les données de la présente étude sont recueillies lors de ce prétest. Les victimes répondent à un ensemble de questionnaires auto-administrés portant sur la symptomatologie du TSPT et de la dépression, sur l'ajustement conjugal et sur la perception du soutien reçu de la part du conjoint au cours du dernier mois. Ils reçoivent l'instruction de ne pas discuter des résultats avant d'avoir complété les tests. Les couples s'installent dans une salle munie d'un système vidéo et prennent place dans des fauteuils disposés à angle droit. On leur demande de participer à une discussion d'une durée de quinze minutes. Le couple bénéficie d'un moment d'échange informel devant la caméra afin de s'acclimater à la présence de l'appareil, puis l'expérimentateur transmet l'information suivante : « Nous sommes intéressés à la façon dont vous discutez ensemble de votre expérience par rapport au TSPT. Donc, nous aimerions que vous parliez maintenant de l'impact que le TSPT a, a eu ou aura sur vous dans le futur. » Il s'adresse ensuite à la victime : « Votre tâche est de parler à votre partenaire le plus naturellement possible, comme vous avez l'habitude de le faire lorsque vous êtes préoccupé par l'impact que le TSPT a sur vous, par les difficultés que le TSPT vous occasionne et par la façon dont vous envisagez l'avenir par rapport au TSPT ». Le conjoint reçoit la consigne : « Votre tâche est d'écouter et de tenter d'aider votre partenaire comme vous avez l'habitude de le faire lorsqu'il vous parle du TSPT ». Les partenaires sont seuls dans le local. Suite à la discussion, la victime répond à un questionnaire où elle évalue jusqu'à quel point elle s'est sentie soutenue, comprise, écoutée et aidée par son conjoint.

Instruments de mesures

Les instruments de mesure suivants sont utilisés afin d'évaluer la validité convergente du SCIS (TSPT).

L'Échelle Modifiée des Symptômes Traumatiques (EMST – voir appendice A)

L'EMST (Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick, 1993) est un instrument de mesure auto-administré permettant d'évaluer la sévérité et la fréquence des symptômes du TSPT selon les critères diagnostiques du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Il contient 17 items répartis dans les sous-échelles Fréquence et Sévérité. La version québécoise de ce questionnaire possède de très bons indices de consistance interne pour l'échelle globale ($\alpha = ,97$) et pour les échelles de fréquence ($\alpha = ,95$) et de sévérité ($\alpha = ,95$; Guay, Marchand, Iucci et Martin, 2002). De plus, elle présente un bon indice de stabilité temporelle sur un intervalle de temps de 5 semaines ($r = ,71$).

L'Inventaire de Dépression de Beck (IDB – voir appendice B)

L>IDB (Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh, 1961) est un questionnaire composé de 21 items mesurant les symptômes dépressifs. La version canadienne-française possède une cohérence interne élevée pour des échantillons cliniques et non cliniques ($\alpha = ,93$ et $,92$, respectivement), de même qu'une validité adéquate (Gauthier, Morin, Thériault et Lawson, 1982).

Le Questionnaire d'Adaptation à la Vie Conjugale (QAVC- voir appendice C)

Cet instrument de mesure de la satisfaction conjugale (Locke et Wallace, 1959) compte parmi les plus utilisés. Il contient 15 énoncés et une structure factorielle unique (Freeston et Pléchaty, 1997). La version québécoise de cet instrument présente une très bonne consistance interne pour les hommes et les femmes ($\alpha = ,81$ et $,83$ respectivement) ainsi qu'une très bonne fidélité temporelle sur un intervalle d'un mois pour les hommes et les femmes ($\alpha = ,82$ et $,84$ respectivement; Freeston et Pléchaty). Le score moyen des deux conjoints sera utilisé dans la présente étude puisque la corrélation entre leurs scores est généralement élevée. Ce choix est suggéré par Kenny (1998), selon lequel les scores moyens

d'ajustement conjugal du couple constitueraient un meilleur reflet de l'ajustement global que la perception de l'un ou l'autre des conjoints.

Le Questionnaire sur les Comportements de Soutien en Situation d'Anxiété (QCSA – voir appendice D)

Le QCSA (Guay, Marchand et O'Connor, 2003) comporte 65 items mesurant la fréquence perçue de différents comportements émis par le conjoint en situation d'anxiété. Les répondants évaluent chaque item sur une échelle de type Likert à cinq niveaux (où 1 = « jamais » et 5 = « toujours »). Les 65 items forment trois dimensions distinctes, dont deux dimensions positives: le renforcement et les stratégies de gestion de l'anxiété (QCSGES ; $\alpha = ,87$) et la distraction (QCSDIS ; $\alpha = ,77$); et une dimension négative: la critique et les stratégies coercitives (QCSCOE ; $\alpha = ,76$). Les dimensions présentent une bonne validité convergente avec l'Échelle de Provisions Sociales ($r = ,27$ à $-,47$; Cutrona et Russell, 1987), avec l'Inventaire d'Anxiété de Beck (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988) et avec le *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972).

Le questionnaire sur le soutien perçu suite à la discussion

Immédiatement après la discussion, la victime répond individuellement à un questionnaire visant à évaluer comment elle s'est sentie durant l'interaction. Elle doit indiquer à l'aide d'une échelle allant de 1 (pas du tout) à 9 (tout à fait) dans quelle mesure elle s'est sentie soutenue, comprise, écoutée et aidée par son conjoint.

Le Système de codification des interactions de soutien chez des couples dont un partenaire a un TSPT (SCIS (TSPT) – voir appendice E)

Dimensions originales du SCIS-M

Le SCIS (TSPT) est l'adaptation du SCIS-M. À l'origine, le SCIS-M comprend six dimensions positives: (1) la Description du problème; (2) l'Engagement émotif ou dévoilement émotif; (3) l'Attention/écoute; (4) l'Accord/validation/soutien émotif; (5) la Proposition de changement et (6) l'Implication comportementale; deux dimensions

négatives: (1) la Contre-validation et (2) le Retrait/passivité; puis deux dimensions dyadiques: (1) la Synchronie interactionnelle et (2) le Changement de sujet.

Entraînement des observatrices

Trois étudiantes des cycles supérieurs en psychologie effectuent les codifications, dont l'expérimentatrice. Elles reçoivent une formation de 50 heures sur la codification avec le SCIS-M auprès d'une des auteurs de l'instrument. L'entraînement comprend la lecture du manuel et la participation à des réunions soutenant l'apprentissage de la codification de chaque dimension à partir de discussions enregistrées sur vidéo. Les observatrices s'entraînent à la codification de cinq discussions issues d'une population non clinique et à autant de discussions où un conjoint présente un TSPT. Des réunions hebdomadaires ont lieu afin d'échanger sur les codifications effectuées jusqu'à ce que les indices de fidélité interjuges soient satisfaisants. Il s'agit de coefficients de corrélation de Pearson calculés entre les scores de codification des observatrices. Sous la supervision de l'auteur du SCIS-M et d'un chercheur expert dans le domaine du soutien social et du TSPT, l'expérimentatrice adapte les dimensions du SCIS en tenant compte des écrits scientifiques et des problèmes rencontrés lors de la codification de discussions où un conjoint a un TSPT. Une nouvelle version de l'instrument est conçue, soumise à cette équipe et réajustée. Enfin, le nouvel instrument est présenté aux codificatrices et elles expérimentent la codification avec le SCIS (TSPT) sur deux discussions. Des calculs de corrélations de Pearson pour chaque dimension et chaque segment codifié s'avèrent satisfaisants.

Dimensions adaptées du SCIS (TSPT)

L'instrument comprend maintenant six dimensions positives se décrivant comme suit: (1) Description du problème; (2) Expression d'émotion; (3) Attention/écoute; (4) Accord/validation/soutien émotionnel; (5) Proposition positive et (6) Implication comportementale. La « Description du problème » constitue une mesure de la participation de chaque conjoint dans la discussion. Pour la dimension « Expression d'émotion », qui incluait dans une même dimension des comportements favorables et défavorables à la communication, seuls les énoncés favorisant la communication sont conservés afin d'en faire une dimension positive. La dimension « Attention/écoute » demeure telle que dans la version

originale du SCIS. Elle réfère à l'attitude d'écoute non verbale de même qu'à la réactivité aux propos de l'autre. La dimension « Accord/validation/soutien émotionnel » contient les énoncés qui valident et renforcent l'autre et lui témoignent de l'empathie. Elle contient maintenant l'expression de la volonté du conjoint de faire alliance pour résoudre le problème. La dimension « Proposition de changement » est subdivisée en « Proposition positive » et en « Proposition négative ». La dimension positive inclut les stratégies de gestion cognitives et comportementales du stress et la distraction. Les conseils entrent dans cette dimension à condition de constituer des suggestions respectueuses des capacités de la victime. Elle inclut aussi les demandes explicites de soutien, sauf si celles-ci témoignent de l'attente d'être pris en charge par le partenaire. La dimension « Implication comportementale » réfère à l'activité des partenaires à travers leur expression verbale et non verbale au cours de la discussion. Elle tient compte de la proximité physique et de la gestuelle. Cette dimension constitue un indice de l'implication dans l'échange.

Quatre dimensions négatives sont maintenant incluses : (1) la Proposition négative; (2) l'Affect dysphorique; (3) la Contre-validation et (4) le Retrait/passivité. La dimension « Proposition négative » inclut tous les énoncés considérés comme nuisibles au soutien et/ou à l'extinction des symptômes. Elle inclut les conseils formulés avec une attribution négative explicite ou implicite qui laissent entendre une compétence supérieure de l'aidant, la coercition, la critique, les propositions d'évitement cognitif ou comportemental et les propositions centrées sur le besoin de l'aidant. La dimension « Affect dysphorique » est ajoutée. Elle s'inspire du RMICS (*Rapid Marital Interaction Coding System* – voir Heyman, 2004) et elle inclut les manifestations verbales et non verbales d'état dépressif et la passivité associée à l'attente d'être pris en charge par le conjoint. La dimension « Contre-validation » demeure telle qu'à l'origine. Elle réfère aux propos qui visent à contredire, discréditer, blâmer ou diminuer le conjoint. Directement issue du SCIS-M, la dimension « Retrait/passivité » réfère majoritairement aux attitudes non verbales qui visent à éviter de s'impliquer dans la conversation.

Le SCIS (TSPT) inclut également deux dimensions dyadiques. La « Synchronie interactionnelle » reflète une implication coopérative des partenaires évaluée à partir d'indices comportementaux tels que l'harmonie et la rapidité des échanges verbaux et non verbaux entre les conjoints. Cette dimension s'est révélée un bon indicateur de la qualité de la

relation conjugale dans des études antérieures (Chartrand et Julien, 1994; Julien, Brault, Chartrand et Bégin, 2000; Julien et al. 2003). Enfin, la dimension « Changement de sujet » demeure telle qu'à l'origine et consiste à dévier du sujet de discussion.

Méthode d'observation

Quatre unités de codification sont constituées à partir de chaque discussion (Voir l'appendice F pour une copie de la grille de codification). Les trois premières unités correspondent aux trois tiers successifs de l'interaction (environ cinq minutes par unité), et la quatrième correspond à l'interaction entière. La division de chaque discussion en trois segments égaux vise à améliorer la fidélité et la validité des scores globaux obtenus (Kline et al., 2004). Pour chaque unité de codification, les dimensions sont évaluées au moyen d'une échelle graduée allant de faible (1-2-3), à moyenne (4-5-6), à élevée (7-8-9) selon le nombre d'indices comportementaux présents, leur fréquence ainsi que leur durée. La codificatrice attribue une partie des points en fonction des indices du contenu verbal et l'autre partie en fonction des indices non verbaux (voir l'appendice E pour plus de détails).

Procédure d'observation

La codification se déroule comme suit : (1) La codificatrice identifie le couple et le rôle de chaque partenaire (victime demandeur ou conjoint aidant). Elle prévoit quatre fiches de codification qu'elle identifie par leur numéro de segment (trois segments plus l'interaction globale). (2) L'observatrice visionne l'interaction complète une première fois afin de saisir le climat d'ensemble. Elle note la durée exacte de l'interaction et des trois segments sur chaque fiche. (3) L'observatrice visionne le premier segment de l'interaction en évaluant les comportements de la victime pour chaque dimension individuelle et en évaluant les dimensions dyadiques. Elle arrête l'enregistrement aussi souvent que nécessaire afin de noter les indices pertinents et leur fréquence. (4) Elle reprend la même procédure pour codifier le deuxième et le troisième segment de la discussion. (5) L'observatrice évalue et codifie les dimensions pour l'interaction complète. Le score attribué à chaque dimension peut refléter la moyenne ou le mode pour l'ensemble des trois segments. La codificatrice pourrait, par ailleurs, codifier une dimension légèrement au-dessus de la moyenne des trois segments si un segment s'était révélé particulièrement significatif au point d'influencer l'impact global. (6)

L'observatrice reprend les étapes 2 à 5 mais cette fois-ci, elle évalue le conjoint sur les dimensions individuelles.

Distribution des discussions aux codificatrices

L'expérimentatrice codifie les vingt discussions issues du prétest. À des fins d'analyse de fidélité, une autre codificatrice évalue huit discussions, soit 40% de l'échantillon. Les indices de fidélité inter-juges sont calculés au fur et à mesure au moyen de corrélations de Pearson afin d'identifier d'éventuelles failles et de planifier des rencontres supplémentaires au besoin. Ces rencontres, dans les faits, n'ont pas lieu en raison d'un décalage temporel entre la codification des différentes observatrices.

RÉSULTATS

Analyses préliminaires

Le tableau 1 présente les données descriptives pour les dimensions chez les victimes et les conjoints. Les moyennes présentées se basent sur des scores bruts dont l'étendue va de 1 (faible) à 9 (élevé). On observe que les scores sur certaines dimensions présentent une faible variance chez l'un ou l'autre des partenaires. C'est le cas de « l'Expression d'émotion » et des « Propositions positives et négatives » chez les deux partenaires ainsi que de « l'Affect dysphorique » chez les conjoints. Une analyse plus détaillée montre que plusieurs dimensions présentent une distribution asymétrique négative: les « Propositions positives et négatives », chez les victimes et chez les conjoints, « l'Expression d'émotion » et « l'Affect dysphorique » chez les conjoints, et la dimension dyadique « Changement de sujet ». Par ailleurs, la « Description du problème » chez les victimes présente une asymétrie positive. Pour chacune de ces dimensions, un score dichotomisé est donc créé et utilisé dans les analyses subséquentes.

En ce qui a trait à la codification des discussions en trois segments, on observe des corrélations élevées – variant entre ,37 et ,98 – entre chaque segment et le score global. Seuls les résultats associés au segment quatre sont utilisés dans les analyses subséquentes, une fois les analyses de fidélité réalisées.

Tableau I

Moyennes et écarts types des dimensions du SCIS (TSPT) pour les victimes et les conjoints

	Victimes		Conjoints	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Dimensions individuelles				
Description du problème	7,10	2,10	3,45	1,36
Expression d'émotion	2,45	1,10	1,05	,22
Attention / écoute	5,40	1,54	5,65	1,87
Accord / validation / soutien	2,90	1,45	3,80	1,82
Proposition positive	1,85	,75	2,20	1,06
Proposition négative	1,20	,41	1,55	1,39
Affect dysphorique	4,00	2,10	1,25	,64
Contre-validation	3,20	2,07	3,35	2,60
Retrait / passivité	3,25	2,00	3,95	1,93
Implication comportementale	5,10	1,86	4,35	1,42
Dimensions dyadiques				
		<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Synchronie interactionnelle		5,00	1,78	
Changement de sujet		1,45	,76	

Fidélité

Des coefficients de corrélation intraclasse (CCI ; Shrout et Fleiss, 1979) servent à calculer la fidélité interjuges. Cette analyse permet de tenir compte à la fois de la variabilité dans la cotation d'un même juge et de la variabilité entre les juges pairés. Le tableau 2 présente les CCI pour chaque dimension du SCIS (TSPT) codifiée séparément chez les victimes et chez les conjoints puis chez les deux partenaires (données agglomérées). Il présente également les CCI pour les dimensions individuelles et dyadiques combinées. Suivant l'échelle établie par Garb (1998)¹, le SCIS (TSPT) montre en général de très bons indices de fidélité interjuges puisque 13 des 36 coefficients (36%) obtenus sont excellents et 15 (42%) sont bons. Cependant, 6 CCI obtenus sont passables (17%) et les indices d'accord pour la « Description du problème » chez les victimes et pour le « Retrait » chez les conjoints sont faibles.

¹ Un coefficient de corrélation intraclasse est jugé faible s'il est inférieur à ,40, passable s'il se situe entre ,40 et ,59, bon s'il se situe entre ,60 et ,75 et excellent s'il est supérieur à ,75.

Tableau 2

Coefficients de corrélations intraclasses des accords interjuges du SCIS (TSPT)

	Indices d'accord		
	Victimes	Conjoints	Données agglomérées
Dimensions individuelles combinées	,83	,77	,81
Dimensions individuelles séparées			
Description du problème	,31	,69	,80
Expression d'émotion	,64	,53	,72
Attention / écoute	,70	,67	,67
Accord / validation / soutien	,67	,72	,69
Proposition positive	,72	,48 ^a	,57 ^a
Proposition négative	,90	,50 ^a	,64 ^a
Affect dysphorique	,79	,75	,77
Contre-validation	,74	,78	,77
Retrait / passivité	,72	,32	,59
Implication comportementale	,84	,53	,77
Dimensions dyadiques combinées			,90
Dimensions dyadiques			
Synchronie interactionnelle			,67
Changement de sujet			,72

^aCorrélation obtenue après avoir dichotomisé les résultats. Un score de 1 = absence de comportement et les scores de 2 à 9 = présence du comportement.

Validité

Validité de construit

Le tableau 3 présente les corrélations de Pearson entre les dimensions du SCIS (TSPT). Sur la diagonale, on retrouve en caractère gras les corrélations obtenues entre les partenaires pour chaque dimension. La majorité des dimensions sont corrélées positivement entre les conjoints, ce qui laisse supposer leur interdépendance quant aux comportements émis au cours de la discussion. Les comportements des partenaires ne sont pas reliés, cependant, pour la « Description du problème », la « Proposition positive » et « l'Implication comportementale ». Il est possible que le rôle joué par chacun des partenaires (demandeur ou aidant) explique ce fait observé.

Les intercorrélations entre les dimensions chez les victimes sont présentées en haut de la diagonale et celles entre les dimensions chez les conjoints sont présentées en bas de la diagonale. Un bon degré de corrélation entre la plupart des dimensions est constaté, à l'exception des dimensions « Expression d'émotion » et « Affect dysphorique », tant chez les victimes que chez les conjoints. La cohérence entre les dimensions ressort moins clairement chez les victimes où un plus petit nombre de dimensions sont significativement reliées entre elles (11 sur une possibilité de 45) comparativement aux conjoints (20 sur une possibilité de 45). Suivant l'hypothèse « a », plusieurs des dimensions positives (Description du problème, Attention, Validation, Proposition positive et Implication comportementale) sont corrélées entre elles, à quelques exceptions près. Les dimensions positives sont négativement associées à des dimensions négatives (hypothèse « b » : Proposition négative, Contre-validation et Retrait). Les dimensions négatives sont positivement reliées entre elles (hypothèse « h » : Proposition négative, Contre-validation et Retrait) à l'exception de l' « Affect dysphorique ». La dimension dyadique « Synchronie interactionnelle » présente plusieurs relations significatives positives avec des dimensions positives (Description du problème, Attention et Implication comportementale) et plusieurs relations négatives avec des dimensions négatives (Proposition négative, Contre-validation et Retrait), alors que le « Changement de sujet » est associé positivement uniquement aux dimensions négatives.

Tableau 3

Corrélations entre les dimensions du SCIS (TSPT) pour les victimes et les conjoints et corrélations entre les partenaires pour chaque dimension^a

Desc	Émot	Atte	Vali	Ppos	Pnég	Dysp	Cval	Retr	Impl	Sync
Dimensions individuelles ^b										
Desc	-09	,50*	,20	-,12	-,37	,10	-,28	-,63**	,48*	
Émot		,08	,43 [†]	,21	-,09	,02	,03	-,15	,18	
Atte	,50*		,11	-,08	-,38	-,05	-,34	-,81**	,70**	
Vali	,68**	-,23		,54*	-,41	,21	-,35	-,12	-,11	
Ppos	,37	,13	,52*		-,16	,21	-,34	-,01	-,08	
Pnég	-,46*	,40	-,46*	-,20		,06	,82**	,64**	-,37	
Dysp	,18	-,10	,44 [†]	,24	-,24		-,18	,16	-,32	
Cval	-,44 [†]	-,03	-,66**	-,06	,60**	-,33	,85**	,59**	-,28	
Retr	-,45*	-,12	-,75**	-,51*	,44*	-,21	,63**	,48*	-,81**	
Impl	,41	,27	,48*	,73**	-,06	,10	,01	-,62**	,19	
Dimensions dyadiques										
Sync	,48*	,05	,75**	,00	-,72**	-,07	-,54*	-,79**	,56*	
Chgm	-,32	-,21	-,39	-,12	,68**	-,36	,71**	,50*	-,21	-,48*

^a Les corrélations entre les partenaires pour chaque dimension sont présentées en caractère gras sur la diagonale. Les corrélations entre les dimensions chez les conjoints sont présentées en bas de la diagonale et celles entre les dimensions chez les victimes sont présentées en haut de la diagonale.

^b Desc = Description du problème, Émot = Expression d'émotion, Atte = Attention / écoute, Vali = Accord / validation / soutien émotionnel, Ppos = Proposition positive, Pnég = Proposition négative, Dysp = Affect dysphorique, Cval = Contre-validation, Retr = Retrait, Impl = Implication comportementale, Sync = Synchronie interactionnelle, Chgm = Changement de sujet. [†] $p < ,07$. * $p < ,05$. ** $p < ,01$

Validité convergente

Des coefficients de corrélation de Pearson sont calculés entre les dimensions du SCIS (TSPT) et des mesures du soutien perçu chez la victime, incluant une mesure du soutien perçu immédiatement après la discussion et trois mesures du soutien reçu au cours du dernier mois tel qu'évalué par le QCSA : la « Coercition / critique » (QCSCOE) ; les « Stratégies de gestion de l'anxiété / renforcements » (QCSGES) ; et la « Distraction » (QCSDIS). Des corrélations sont également calculées entre les dimensions du SCIS (TSPT) et des mesures d'ajustement conjugal, de TSPT et de dépression chez la victime. Ces résultats sont présentés au tableau 4.

Corrélation entre les dimensions et le soutien perçu

Tel qu'attendu (hypothèse « c »), plusieurs dimensions positives du SCIS (TSPT) sont associées au soutien perçu après la discussion ainsi qu'aux deux dimensions positives du QCSA, le QCSDIS et le QCSGES. « L'Attention » présente une relation significative avec toutes ces dimensions, la « Validation », les « Propositions positives » et la « Synchronie interactionnelle » présentent une relation significative avec deux de ces dimensions et « l'Implication comportementale » présente une relation marginalement significative avec une de ces dimensions. Suivant l'hypothèse « d », toutes les dimensions positives du SCIS (TSPT) sont reliées négativement à la dimension de soutien négatif QCSCOE, à part les « Propositions positives » et « l'Implication comportementale ».

En cohérence avec l'hypothèse « i », les dimensions négatives du SCIS (TSPT) « Contre-validation » et « Retrait » sont associées négativement au soutien perçu après la discussion de même qu'au QCSGES, qui est également relié de manière négative au « Changement de sujet ». Par contre, les dimensions négatives ne sont pas associées au QCSDIS. Enfin, toutes les dimensions négatives du SCIS (TSPT), sauf les « Propositions négatives », sont associées positivement au QCSCOE, ce qui appuie l'hypothèse « j ».

Corrélation entre les dimensions et l'ajustement conjugal

Tel qu'attendu selon l'hypothèse « e », toutes les dimensions positives du SCIS (TSPT) présentent une relation positive significative avec l'ajustement conjugal, mise à part

la « Description de problème » et « l'Expression d'émotion ». Parmi les dimensions négatives, seul le retrait est associé négativement à l'ajustement conjugal, ce qui ne soutient que partiellement l'hypothèse « k ».

Corrélation entre les dimensions et les symptômes de dépression et de TSPT

Contrairement aux hypothèses formulées, peu de dimensions sont associées significativement aux symptômes de dépression et de TSPT chez la victime. Les « Propositions positives » sont associées à des symptômes moins sévères de dépression et de TSPT. Une relation significative est observée entre « l'Implication comportementale » du conjoint et des symptômes de moindre sévérité pour la dépression et, marginalement, pour le TSPT.

Tableau 4

Coefficients de corrélation de Pearson entre les dimensions du SCIS (TSPT) chez les conjoints et le soutien perçu par la victime après la discussion^a, le soutien perçu au cours du dernier mois^b, l'ajustement conjugal, les symptômes de dépression et de stress post-traumatique chez la victime

	Soutien perçu	QCSDIS ^c	QCSGES ^d	QCSCOE ^e	Ajustement Conjugal ^f	Dépression Victime ^g	TSPT Victime ^h
Dimensions individuelles ⁱ							
Desc	,05	-,05	,20	-,49*	,31	-,10	,05
Émot	,13	,15	,23	,40 [†]	,01	-,06	-,05
Atte	,59**	,44 [†]	,69**	-,57*	,68**	-,11	-,01
Vali	,22	,53*	,57**	-,52*	,54*	-,22	-,14
Ppos	,47*	,47*	,33	-,17	,57**	-,47*	-,46*
Pneg	-,19	-,01	-,17	,49*	-,15	,05	,00
Dysp	,13	,16	,28	-,13	,23	,03	,15
Cval	-,47*	-,10	-,47*	,62**	-,38	,02	-,20
Retr	-,73**	-,31	-,61**	,56*	-,64**	,16	,08
Impl	,39 [†]	,30	,38	-,08	-,43 [†]	-,49*	-,40 [†]
Dimensions dyadiques							
Sync	,63**	,35	,60**	-,69**	,62**	-,04	-,03
Chgm	-,30	-,23	-,61**	,46*	-,19	-,12	-,27

^aPerception, chez la victime, d'avoir été soutenue, aidée, comprise et respectée au cours de la discussion.

^bSelon les trois échelles du Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété (QCSA: Guay, Marchand et O'Connor, 2003). QCSDIS, QCSGES et QCSCOE.

^cQCSA, Dimension « distraction ».

^dQCSA, Dimension « stratégies de gestion de l'anxiété / renforcements ».

^eQCSA, Dimension « coercition ».

^fScore moyen des deux conjoints au Questionnaire d'adaptation à la vie conjugale (Locke et Wallace, 1959).

^gSelon l'Inventaire de dépression de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh, 1961).

^hSelon l'Échelle modifiée des symptômes traumatiques (Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick, 1993).

ⁱDesc = Description du problème, Émot = Expression d'émotion, Atte = Attention / écoute, Valid = Accord / validation / soutien émotionnel, Ppos = Proposition positive, Pneg = Proposition négative, Dysp = Affect dysphorique, Cval = Contre-validation, Retr = Retrait, Impl = Implication comportementale, Sync = Synchronie interactionnelle, Chgm = Changement de sujet.

[†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$ (bilatéral).

DISCUSSION

La présente étude visait à adapter et à évaluer les propriétés psychométriques d'un système de codification des interactions de soutien auprès d'une population présentant un TSPT. Les résultats appuient la majorité des hypothèses de départ et présentent plusieurs évidences de la fidélité et de la validité du SCIS (TSPT). Les qualités psychométriques de l'instrument sont satisfaisantes à ce stade-ci de la recherche dans le domaine du soutien chez les couples où un partenaire a un TSPT. En effet, à notre connaissance, cette étude constitue une première initiative destinée à mesurer le soutien social observé en relation avec le TSPT. Dans l'ensemble, l'utilité du SCIS (TSPT) réside dans le fait qu'il fournit un portrait plus objectif des interactions de soutien en ne partageant que peu de variance avec les questionnaires, l'observateur étant un tiers externe.

Fidélité

Les indices de fidélité interjuges obtenus sont en général très bons et ils sont comparables ou même supérieurs à ceux obtenus pour le SCIS-M (voir Pizzamiglio, 1992), suggérant que l'adaptation du système de codification n'a aucunement affecté la fidélité interjuges. Par ailleurs, les degrés d'accords pour la « Description de problème » chez les victimes et pour le « Retrait » chez les conjoints sont faibles. Cela peut être dû au fait que les juges n'ont pas réalisé suffisamment d'heures d'entraînement afin de s'entendre sur les modifications apportées à la codification de ces deux dimensions, dont les critères d'évaluation avaient été ajustés. Un entraînement accru pourrait améliorer les indices d'accord.

Validité

Validité de construit

En ce qui concerne les intercorrélations entre les dimensions de l'instrument, les résultats suggèrent une bonne cohérence entre les dimensions du SCIS (TSPT). Les intercorrélations observées entre les dimensions positives suggèrent que celles-ci pourraient

faire partie d'un même construit. Il en est de même pour les dimensions négatives de l'instrument. Par ailleurs, il est possible que les dimensions « Expression d'émotion » et « Affect dysphorique », qui ne se relient pas aux autres dimensions, appartiennent à des construits différents des précédentes. La poursuite de cette étude avec un échantillon de plus grande taille permettrait la réalisation d'analyses factorielles susceptibles de clarifier ces questions. Le regroupement des dimensions en composantes principales liées aux comportements de soutien favoriserait la réalisation d'analyses ultérieures où la nature interactionnelle des comportements des deux partenaires pourrait être prise en compte et permettrait éventuellement d'alléger l'instrument de dimensions qui pourraient s'avérer moins pertinentes, comme ce pourrait être le cas de l'« Expression d'émotion » et de « l'Affect dysphorique ». Cette dernière dimension semble néanmoins utile puisqu'elle permet d'identifier la détresse psychologique et de ne pas la confondre avec le « Retrait ». Enfin, pour l'ensemble des intercorrélations observées, des seuils de signification libéraux ont été pris en compte afin de s'ajuster à la petite taille de l'échantillon disponible. Il serait prudent de poursuivre la validation de l'instrument avec des critères plus conservateurs permettant de prévenir l'apparition d'erreurs de type 2.

Validité écologique

Dans la présente étude, les participants interagissent dans un contexte expérimental. Un échauffement devant la caméra est prévu pour leur permettre d'agir naturellement. Toutefois, la validité écologique de cette mise en situation n'a pas été évaluée. Il serait pertinent, dans une étude ultérieure, de mesurer jusqu'à quel point les partenaires perçoivent que leur discussion en laboratoire est représentative de leurs échanges en situation naturelle.

Validité convergente

Les dimensions du SCIS (TSPT) observées chez le conjoint présentent une bonne validité convergente avec le soutien perçu suite à la discussion et au cours du dernier mois ainsi qu'avec l'ajustement conjugal, notamment « l'Attention », la « Validation », les « Propositions positives », la « Synchronie interactionnelle », la « Contre-validation » et le « Retrait ». Ces résultats sont cohérents avec les écrits scientifiques portant sur les dimensions associées au soutien perçu et sur l'impact du soutien négatif (Chambless et al.,

2002; Cormier et Julien, 1996 ; Dakof et Taylor, 1990, Heyman, 2004 ; St-Jean-Trudel et al., 2005). Les résultats soulignent également la pertinence de la dimension dyadique « Synchronie interactionnelle » pour apprécier le soutien perçu et l'ajustement conjugal, comme des chercheurs le suggéraient déjà (Chartrand et Julien, 1994; Julien et al. 2000; 2003). D'un point de vue clinique, il est intéressant d'observer la relation entre le soutien perçu par les victimes et les dimensions du SCIS (TSPT). Celle-ci suggère que les participants conservent une vision relativement objective des interactions de soutien en dépit des symptômes anxieux et souvent dépressifs qu'ils présentent.

La dimension « Proposition positive » et, marginalement, « l'Implication comportementale » montrent une relation négative avec les symptômes de TSPT et de dépression, ce qui pourrait suggérer l'influence du soutien positif sur le TSPT et/ou l'impact des symptômes de la victime sur le soutien offert par le conjoint. Les propositions positives peuvent être, par exemple, des suggestions émises par le conjoint pour attribuer une cause externe à l'événement ou pour utiliser des stratégies afin de surmonter les difficultés apparues suite au traumatisme. La relation observée apporte un éclairage nouveau sur la relation possible entre le soutien positif et le bien-être psychologique des personnes présentant un TSPT. Elle suggère la pertinence de poursuivre l'étude du soutien positif en relation avec le TSPT.

Cependant, l'absence de corrélation entre les autres dimensions du SCIS (TSPT) et les symptômes cliniques laisse croire que la mesure observationnelle apporte peu d'éclairage nouveau en ce qui concerne le lien entre le soutien et les symptômes de TSPT. Il serait souhaitable d'explorer la possibilité que des variables telles que la qualité de vie et les stratégies de «coping» puissent avoir un effet médiateur entre le soutien observé et les symptômes. En effet, de tels liens significatifs ont été observés dans des études récentes auprès de militaires présentant un TSPT (Guay, Fikretoglu et Brunet, 2005; Guay, Lavoie, Fikretoglu, et Brunet, 2005; Lavoie, Guay, Fikretoglu, et Brunet, 2005).

Certaines dimensions demeurent peu corrélées aux résultats des questionnaires, notamment la « Description de problème », « l'Expression d'émotion », « l'Affect dysphorique » et les « Propositions négatives ». Ces dimensions montrent des distributions asymétriques et l'ajustement des critères de codification pourrait résoudre une partie du

problème. Il faudrait aussi étudier ces dimensions en relation avec le comportement de la victime afin de juger de leur pertinence.

Les résultats de la présente étude, bien qu'intéressants, doivent être interprétés avec prudence en raison de la petite taille et de l'hétérogénéité de l'échantillon, ces facteurs augmentant le risque d'erreur. Le genre, le type de traumatisme vécu, le temps écoulé depuis l'événement et la présence de symptômes dépressifs constituent autant de différences individuelles susceptibles d'influencer les résultats obtenus. Tel que souligné précédemment, le temps écoulé depuis l'événement semble avoir un impact sur les interactions de soutien au sein du couple (Ozer et al., 2003 ; Calhoun et al., 2002). De plus, certains types de traumatismes tels que l'agression sexuelle chez les femmes semblent créer des patrons interactionnels spécifiques (Compton et Folette, 2002). Les résultats de la présente étude risquent de ne pas être généralisables à cette population. La petite taille de l'échantillon rendrait hasardeuse l'étude des différences entre les genres tout en tenant compte de l'ensemble des dimensions étudiées. De plus, le devis corrélationnel utilisé ne permet pas de tirer des conclusions quant à l'existence éventuelle d'une relation causale entre les variables étudiées. L'utilisation ultérieure de l'instrument auprès de populations présentant un trouble anxieux sans TSPT devrait également faire l'objet d'ajustements afin d'adapter le système aux caractéristiques connues pour influencer les interactions de soutien et la satisfaction conjugale chez les personnes présentant des symptômes anxieux pouvant différer de ceux des personnes présentant un TSPT.

Des analyses ultérieures seront nécessaires afin d'établir jusqu'à quel point l'instrument explique un pourcentage de variance unique comparativement à l'apport des mesures auto-administrées. Cela sera rendu possible en réalisant une analyse en composantes principales des dimensions impliquées dans l'instrument. La réduction du nombre de dimensions qui en résultera permettra alors d'évaluer au moyen d'une équation de régression la contribution unique des comportements observés à la variabilité des symptômes et au soutien perçu.

En conclusion, compte tenu que la présente étude constitue une première expérience d'observation des dimensions associées au soutien dans le contexte où un conjoint présente un TSPT, les analyses réalisées permettent d'estimer que l'instrument présente de bonnes

qualités psychométriques et qu'il présente un intérêt certain comme source d'informations pour des recherches futures dans le domaine du soutien en relation avec le TSPT.

APPENDICE A

ÉCHELLE MODIFIÉE DES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES (EMST)

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les deux dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encercler la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encerchez la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

Fréquence:

0 Pas du tout

1 1 fois par semaine ou moins/ un petit peu/ une fois de temps en temps

2 2 à 4 fois par semaine/ assez/ la moitié du temps

3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/ presque toujours

Sévérité:

A Pas du tout perturbant

B Un peu perturbant

C Modérément perturbant

D Très perturbant

E Extrêmement perturbant

Fréquence	Énoncé	Sévérité
Pas du tout Presque toujours		Pas du tout Extrêmement perturbant
0 1 2 3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A B C D E
0 1 2 3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A B C D E
0 1 2 3	Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se produisait?	A B C D E
0 1 2 3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A B C D E
0 1 2 3	5. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex.: sueurs, palpitations, etc.)	A B C D E
0 1 2 3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	
0 1 2 3	7. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A B C D E

0	1	2	3	8. Y a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex.: incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotions, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changé en raison de l'événement? (ex.: plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porté à éclater soudainement en colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement? (ex.: vérifier ce qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E

APPENDICE B

INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK (IDB-II)

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p>1. Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p>	<p>5. Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p>
<p>2. Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p>	<p>6. Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être punie(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p>
<p>3. Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p>	<p>7. Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p>
<p>4. Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>8. Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p>
	<p>9. Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>

<p>10. Pleurs</p> <p>0 Je ne pleure pas plus qu'avant.</p> <p>1 Je pleure plus qu'avant.</p> <p>2 Je pleure pour la moindre petite chose.</p> <p>3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p> <p>11. Agitation</p> <p>0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.</p> <p>3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p> <p>12. Perte d'intérêt</p> <p>0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.</p> <p>1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.</p> <p>2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.</p> <p>3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.</p> <p>13. Indécision</p> <p>0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.</p> <p>2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.</p> <p>3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.</p> <p>14. Dévalorisation</p> <p>0 Je pense être quelqu'un de valable.</p> <p>1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.</p> <p>2 Je me sens moins valable que les autres.</p> <p>3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.</p> <p>15. Perte d'énergie</p> <p>0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.</p> <p>1 J'ai moins d'énergie qu'avant.</p> <p>2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.</p> <p>3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p>	<p>16. Modifications dans les habitudes de sommeil</p> <p>0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.</p> <p>1a Je dors un peu plus que d'habitude.</p> <p>1b Je dors un peu moins que d'habitude.</p> <p>2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.</p> <p>3a Je dors presque toute la journée.</p> <p>3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p> <p>17. Irritabilité</p> <p>0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude,</p> <p>1 Je suis plus irritable que d'habitude.</p> <p>2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.</p> <p>3 Je suis constamment irritable.</p> <p>18. Modifications de l'appétit</p> <p>0 Mon appétit n'a pas changé.</p> <p>1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.</p> <p>2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.</p> <p>3a Je n'ai pas d'appétit du tout.</p> <p>3b J'ai constamment envie de manger.</p> <p>19. Difficulté à se concentrer</p> <p>0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.</p> <p>2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.</p> <p>3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.</p> <p>20. Fatigue</p> <p>0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.</p> <p>2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.</p> <p>3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.</p> <p>21. Perte d'intérêt pour le sexe</p> <p>0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.</p> <p>1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.</p> <p>2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.</p> <p>3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.</p>
--	---

Répondez à chacune des questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encerclez la réponse qui vous semble la plus appropriée à votre cas.

10. Quand il y a désaccord entre vous,

- a. c'est votre partenaire qui cède
- b. c'est vous qui cédez
- c. vous arrivez à établir un compromis

11. Est-ce que vous et votre partenaire avez des activités ensemble en dehors de la maison?

- a. toutes
- b. quelques-unes
- c. très peu
- d. aucune

12. Pour occuper vos moments de loisirs, que préférez-vous généralement?

- a. des activités à l'extérieur de la maison
- b. rester à la maison

Votre partenaire préfère-t-il (elle)?

- a. des activités à l'extérieur de la maison
- b. rester à la maison

13. Avez-vous déjà souhaité ne pas avoir épousé (ou ne pas vivre avec) votre partenaire?

- a. fréquemment
- b. occasionnellement
- c. rarement
- d. jamais

14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez:

- a. épouser (ou vivre avec) la même personne
- b. épouser (ou vivre avec) une autre personne
- c. ne pas épouser (ou ne pas vivre avec) quelqu'un

15. Est-ce que vous vous confiez à votre partenaire?

- a. presque jamais
- b. rarement
- c. très souvent
- d. toujours

APPENDICE D

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 problème	1	2	3	4	5

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

APPENDICE E

SYSTÈME DE CODIFICATION D'INTERACTIONS DE SOUTIEN CHEZ DES
COUPLES DONT UN PARTENAIRE A UN TSPT – SCIS (TSPT)

Manuel de codification adapté du

SCIS Global

Version révisée de M. Teresa Pizzamiglio, Danielle Julien et Marie-Anne Parent,
par Élise Chartrand
Équipe de recherche sur le couple et son environnement
Décembre 2001

Adaptation par

Josée Lehoux, Stéphane Guay, Élise Chartrand, Édith St-Jean-Trudel et Nathalie Huard
Laboratoire de Recherche de Stéphane Guay
Centre de recherche Fernand-Séguin

Février 2005

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	45
DESCRIPTION DES DIMENSIONS.....	47
(01) DESCRIPTION DU PROBLÈME.....	47
(02) EXPRESSION D'ÉMOTION.....	50
(03) ATTENTION / ÉCOUTE.....	52
(04) ACCORD / VALIDATION / SOUTIEN ÉMOTIONNEL.....	53
(05) PROPOSITION POSITIVE.....	55
(06) PROPOSITION NÉGATIVE.....	58
(07) AFFECT DYSPHORIQUE.....	60
(08) CONTRE-VALIDATION.....	62
(09) RETRAIT / PASSIVITÉ.....	64
(10) IMPLICATION COMPORTEMENTALE.....	66
(11) SYNCHRONIE INTERACTIONNELLE.....	67

INTRODUCTION

Ce manuel décrit un système de codification global pour l'étude observationnelle d'interactions de soutien. La caractéristique principale du système réside dans ses dimensions thématiques et ses larges unités d'observation. Les dimensions de ce système visent à être mutuellement exclusives au niveau du contenu verbal; cependant, certains des indices des comportements non verbaux sont utilisés dans plusieurs dimensions, par exemple, le ton de voix et les expressions faciales.

L'interaction entière est segmentée en trois parties égales qui constituent les unités de codification. La codification porte sur chacun des tiers d'interaction ainsi que sur l'interaction au complet.

Les dimensions sont présentées dans la prochaine section. Les premières, appelées dimensions individuelles, permettent d'évaluer les comportements verbaux et non verbaux du demandeur en relation avec les comportements de l'aidant. Le demandeur est la personne qui expose initialement son problème, l'aidant est son interlocuteur-trice. Les dimensions sont les suivantes: description du problème, expression d'émotion, attention/écoute, accord/validation/soutien émotionnel, proposition positive, proposition négative, affect dysphorique, contre-validation, retrait/passivité et implication comportementale. Les deux dernières dimensions, de nature dyadique, sont appelées synchronie interactionnelle et focus.

La procédure utilisée pour codifier une interaction est la suivante :

- 1- L'observatrice-trice visionne l'interaction complète une première fois.
- 2- L'observatrice-trice visionne le premier segment de l'interaction en évaluant les comportements du demandeur pour les dimensions individuelles. Comme il est impossible de capter les indices de l'ensemble des dimensions en un seul visionnement, l'observatrice-trice visionne le segment d'interaction une seconde ou une troisième fois afin de compléter la codification.
- 3- et 4- La même procédure est utilisée pour la codification du deuxième et du troisième segment de la discussion.
- 5- L'observatrice-trice codifie de nouveau les dimensions mais cette fois-ci, en utilisant l'interaction au complet comme unité de codification. La cotation ne requière pas de reversionner l'interaction au complet, elle consiste en une synthèse de ce qui a été noté dans les trois segments.
- 6- L'observatrice-trice reprend les étapes 2 à 5 mais cette fois-ci, pour l'aidant. On évalue aussi les dimensions dyadiques.

Critères d'évaluation des dimensions :

Pour un segment donné (le tiers de l'interaction), l'évaluation d'une dimension donnée dépend du nombre d'indices comportementaux définissant la dimension, de leur fréquence ainsi que de leur intensité et de leur durée lorsque ces paramètres s'appliquent. Ainsi, pour certaines des dimensions, un indice non verbal peut être d'une telle intensité ou qualité qu'il compense pour la faiblesse ou le manque d'un autre indice dans la même dimension.

Pour chacune des dimensions, une partie des points est assignée aux indices du contenu verbal et une autre partie est assignée aux indices non verbaux. La proportion des points assignés aux comportements verbaux et non verbaux varie d'une dimension à l'autre. Chaque dimension est évaluée à l'aide d'une échelle comprenant 9 points et divisée en trois degrés d'intensité : faible (1-2-3), moyen (4-5-6) et élevé (7-8-9). On demande à l'observatrice-trice de tenir compte, dans son jugement, du nombre maximal d'indices possibles qu'une personne peut émettre étant donné les limites imposées par le temps et parole et le temps d'écoute que cette personne occupe.

DESCRIPTION DES DIMENSIONS

(01) DESCRIPTION DU PROBLÈME

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Cette dimension fait référence à tout énoncé fournissant des détails descriptifs de problèmes. Les énoncés doivent être facilement compréhensibles. Voici quelques indices:

a) **Définition claire du problème**

- Le problème est exposé avec des détails qui permettent de situer le contexte et de bien cerner le problème.
- Plusieurs dimensions du problème et de ses conséquences sont prises en considération (Ex : santé physique, état mental, fonctionnement social, professionnel, gestion des tâches liées à la maison, vie familiale.
- L'aidant pose des questions qui permettent à l'autre de décrire, d'élaborer davantage.

b) **Synthèse de son propre problème**

** Note : s'il s'agit d'une synthèse d'un problème de l'autre personne, on l'inscrit dans la dimension proposition de changement.

c) **Description du problème ou de solutions passées**

Tout énoncé qui concerne des idées traitant de la description de problèmes ou de solutions expérimentées jusqu'à maintenant.

d) **L'aidant réfère à sa propre expérience**

** Note : ces énoncés font partie de la description de problème tant et aussi longtemps qu'il n'y a aucun énoncé faisant directement référence au problème du demandeur. Lorsqu'un conseil est formulé, l'énoncé devient de la proposition de changement.

Ex : « J'ai déjà eu un problème semblable, il y a 2 ans ... » → description
 « Tu devrais faire la même chose que j'avais fait ... » → proposition

e) **Utilisation d'images pour décrire le problème**

La personne utilise des images ou une gestuelle : « Je me sens... (geste des mains, mime de manquer d'air) »; « C'est comme un gros poids que tu traînes avec toi »; « Ça me tourne le fer dans la plaie »; « Ça fait mal en dedans »; « J'en ai mal à l'estomac d'en parler ».

f) **Expression de difficulté, de malaise**

-La personne emploie des expressions qui expriment de la difficulté comme "dur", "difficile", « source de stress » ou encore elle qualifie le niveau de difficulté du problème ou d'une solution.

g) **Expression indirecte ou au passé d'une émotion**

-« La peur... »; « Le stress »; « Chu pas capable d'y retourner »; « Tu sais, tu n'es pas bien quand tu as tout le temps peur qu'il arrive quelque chose ».

-Au passé : « J'étais déprimée »; « J'étais fier de lui ».

h) **Expression d'un besoin non satisfait en raison d'une cause jugée externe**

-L'énoncé pourrait exprimer un sentiment, mais l'attribution causale est manifestement externe, comme si quelqu'un ou quelque chose était responsable de l'état dans lequel la personne se trouve. Ex : « Je me sens abandonnée » (plutôt que « je me sens seul »); « ...agressé »; « ridiculisé »...

Note : Dès que l'émotion exprimée comporte une impression de blâme, d'impuissance ou de lourdeur, elle est codifiée sous la dimension affect dysphorique.

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Cet aspect de l'affect est évalué aux moments où la personne a la parole. On évalue ici le niveau d'énergie déployée à décrire le problème. Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance) :

1. Voix (un ou plusieurs indices parmi les suivants):
 - animée, expressive, fluide, rythmée.
 - Ou :**
 - dysphorique (congruent avec le contenu apporté) : pleurs, voix chargée de tristesse, tendue.
 - variations dans le rythme.
 - variations dans les patrons d'intonation.
 - forte amplitude.
 - imitation de la voix d'une autre personne.

2. Attention visuelle: soutenue ou en alternance régulière.

3. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains.

4. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés.
 Il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
 - mouvements de sourcils
 - mouvements de la bouche (se ferme ou s'ouvre davantage, sourire)
 - mouvements des yeux (se ferment ou s'ouvrent davantage)
 - mouvement de la tête

5. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre.

6. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse).
 Note : Étant donné que le contact physique arrive rarement, son absence n'influence pas l'évaluation de la dimension, il ne fait que l'élever quand il est présent.

(02) EXPRESSION D'ÉMOTION**A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 5 points)****1 - EXPRESSION D'ÉMOTIONS PAR RAPPORT AU PROBLÈME.**

Tout énoncé qui révèle une expérience affective spécifique concernant son propre problème ou qui révèle un aspect plus personnel de l'expérience à l'autre :

- a) L'énoncé contient un terme précis exprimant clairement un sentiment ou une émotion. De plus, cette émotion doit être exprimée au temps présent. Exemples : « J'ai peur quand tu dis que tu serais mieux six pieds sous terre »; « Je suis trop en colère pour t'écouter maintenant »; « Je suis encouragé... confiant... heureux, content, soulagé »; « Je me sens bien quand nous recevons des amis »; « Ça me rassure lorsque... »; « Ça m'inquiète lorsque je me retrouve seule avec les enfants ».

Notes :

- 1) Les émotions exprimées de façon à sous-entendre qu'elles sont induites par l'action d'autrui sont exclues. Par exemple : « Je me sens rejetée », « Je me sens critiqué », « Je suis persécuté » ne sont pas codifiées ici.
- 2) N.B. : L'absence d'émotion n'est pas codifiée : « Je ne suis pas inquiète »; « Je ne déteste pas cela » sont des énoncés à codifier dans la description du problème.
- 3) Si l'émotion est une expression de sympathie ou d'émotion positive envers son interlocuteur-trice, cette expression d'émotion est incluse dans la dimension accord/validation (empathie verbale, expression de souci ou expression d'affection selon le cas).

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 4 points)

Cet aspect de l'affect est évalué lors de l'expression de l'émotion seulement. On évalue ici le niveau d'énergie déployée à décrire les sentiments et difficultés éprouvés face au problème.

Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

1. Voix expressive et congruente aux énoncés verbaux d'émotions, avec des tons variés:
 - dysphorique : pleurs, voix déprimée, crainte, peur
 - agressif : colère, tension, frustration
 - enjouée, fluide, animée, etc.

2. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains
 - l'émotion est mimée en plus d'être nommée verbalement (geste d'étouffement, de resserrement au niveau de l'abdomen).

3. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés. Il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
 - mouvements de sourcils.
 - mouvements de la bouche (se ferme ou s'ouvre davantage)
 - mouvements des yeux

4. Attention visuelle: soutenue ou en alternance régulière

5. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre

6. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse)

(03) ATTENTION / ÉCOUTE

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 2 point)

La personne manifeste qu'elle suit, enregistre, comprend les propos de l'autre. Ce sont généralement des expressions très courtes (pas plus qu'un mot) comme: mm-hm, d'accord, ouais, OK, oui, non ou des exclamations ou quelques mots en écho prononcés avec un ton surpris ou étonné.

Ex: "Seigneur!"

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 7 points)

Il s'agit ici d'évaluer ce qui se passe pendant que l'autre parle.
Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

1. Attention visuelle soutenue ou en alternance régulière
2. Expressions faciales réactives en congruence aux propos de l'autre

Exemple: froncement des sourcils, sourire, bouche ouverte en surprise

3. Hochements de tête

Il s'agit de la quantité de hochements de tête de la personne pendant que l'autre parle (indique que la personne accuse réception des propos de l'autre et/ou est d'accord avec l'autre).

Note. Même si les hochements sont peu nombreux, s'ils sont très intenses, on peut accorder un score élevé, c'est-à-dire que l'intensité compense pour la quantité.

4. Voix dynamique, animée et expressive quand la personne fait des accusés de réception.
5. Corps: -ouvert (sans bras croisés, ne tient pas d'objet dans les mains)
-incliné et/ou orienté vers l'autre.

6. La personne attend que l'autre ait fini de parler.

Note. L'attention visuelle est considérée comme un indice majeur dans la posture d'attention. S'il y a absence d'attention visuelle, on ne peut pas inscrire un score élevé malgré la qualité ou la quantité des autres indices.

(04) ACCORD / VALIDATION / SOUTIEN ÉMOTIONNEL

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Ce code inclut tout énoncé qui appuie et valide l'interlocuteur-trice et/ou ses énoncés précédents.

Les indices comportementaux sont répartis en 2 groupes hiérarchiques selon leur poids dans l'évaluation.

Petit poids (maximum 2 points)

1 – ACCORD / VALIDATION

Il est formé soit de courts énoncés (mais plus qu'un mot) à travers lequel la personne prend position, comme: « oui certainement », « tu as raison », « je suis d'accord », « c'est ça, » soit par une phrase complète comme: "Oui, c'est bon", "je te crois", "bien sûr que tu peux le faire", d'une répétition en écho de l'énoncé précédant ou encore d'une validation des propos de l'autre en général.

Notes :

- a) L'expression « ben oui » est un accord s'il est dit avec beaucoup d'intensité, sinon, on l'inscrit dans la dimension attention.
- b) Les expressions « oui ... mais » sont inscrites dans la dimension contre-validation.
Ex : « oui c'est vrai mais ... ». Toutefois, ces contre-validations ont moins de poids qu'un réel désaccord.

2 - OFFRE D'AIDE

La personne offre son aide (ex : aide matérielle, son temps) à son interlocuteur-trice.

Poids moyen à élevé (de 4 à 6 points)

3 - ATTRIBUTION POSITIVE

Il s'agit d'un énoncé dans lequel une personne attribue à l'autre une émotion, une pensée, une intention ou un trait de caractère, de nature positive. Il s'agit d'une forme de compliment ayant pour fonction de favoriser ou rehausser l'estime de soi ou l'ego de l'autre. L'attribution peut aussi porter sur un membre de la famille ou un ami proche.

4- EMPATHIE / AFFECTION / RENFORCEMENT / ALLIANCE FACE AU PROBLÈME

- a) **Expression de souci pour l'autre** : réfère à toute émotion exprimée par rapport au bien-être de l'autre.
- b) **Empathie verbale** : réfère à toute expression de compréhension et de reconnaissance du problème de l'autre. « Je sais que ce n'est pas facile d'en parler » ; « Je comprends que tu trouves ça difficile » ; « Je suis venu parce que je sais que tu as besoin d'aide ».

- c) **Expression d'affection**: la personne utilise des noms d'affection ou des expressions d'affection (« Je t'aime »).
- d) **Renforcement**: la personne reconnaît les efforts ou le chemin parcouru, encourage à persévérer. « Tu en as déjà fait beaucoup pour me soutenir ».
- e) **Énoncé d'alliance**: la personne exprime qu'elle s'implique dans la démarche de résolution de problème. Ex : « On va s'en sortir ensemble », « On va se tenir », « Je suis avec toi » ; « Je vais m'occuper de toi ».
- f) **Reconnaissance de sa part**: La personne accepte la responsabilité pour la situation vécue : « J'ai eu tort de te parler ainsi » ; « Je sais que je ne devrais pas lever le ton ».
- g) **Intention de protéger ou de rassurer l'autre**: Défense de l'autre personne contre un tiers qui menace ses intérêts ou sa sécurité. « Personne ne m'empêchera de te protéger » ; « Quand je sais que tu as peur, je te laisse venir te coller. »

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Cet aspect de l'affect est évalué aux moments où la personne émet un énoncé de validation. On évalue ici le niveau d'énergie déployée pour valider l'autre. Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

1. Voix. Il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
 - animée, expressive, fluide
 - rythmée
 - variations dans le rythme
 - variations dans les patrons d'intonation
 - forte amplitude
 - imitation de la voix d'une autre personne
2. Attention visuelle soutenue ou en alternance régulière
3. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains
4. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés. Il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
 - mouvements de sourcils
 - mouvements de la bouche (se ferme ou s'ouvre davantage, sourire)
 - mouvements des yeux (se ferment ou s'ouvrent davantage)
 - mouvement de la tête
5. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre
6. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse)
 - Notes : 1. L'absence de ce dernier comportement n'influence pas l'évaluation de la communication, il ne fait que l'élever quand il est présent.
 2. Si le contact physique se maintient tout au long de la discussion, on peut donner 2 points à cet indice.

(05) PROPOSITION POSITIVE

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Cette dimension inclut plusieurs types d'énoncés ayant pour but d'arriver à une solution au problème présenté. La solution peut consister en un changement à un niveau cognitif et/ou elle peut être située à un niveau plus concret, tel que par exemple, l'ajout d'un nouveau comportement.

Les indices comportementaux sont répartis en 2 groupes hiérarchiques selon leur poids dans l'évaluation.

Note : Dès que le message est formulé de façon telle que la personne adopte un style jugeant ou autoritaire (« Je sais mieux que toi ce que tu dois faire ») ou qu'elle présente un affect négatif (impatience, critique), il est codifié sous la dimension proposition négative.

Indice de poids faible (maximum 1 point)

1 - DISTRACTION

Humour ou proposition ayant pour but d'alléger le climat. Ex : Blague qui fait diminuer la tension vécue dans la situation présente.

N.B. :

- 1) L'effet sur le climat est jugé en fonction de la réaction verbale et/ou non verbale du conjoint.
- 2) Si la distraction ou l'humour a pour effet de détourner le sujet de discussion, elle est codifiée comme un changement de focus (Ex : Une personne taquine l'autre alors qu'elle aborde un problème).
- 3) L'humour peut être porteur de messages contradictoires et être codifié comme un retrait (Ex : « Je veux t'accompagner... mais pas trop souvent »).

Indices de poids moyen à élevé (entre 2 et 6 points selon la fréquence)

2- CHANGEMENT COGNITIF

a) Proposition où, d'un ton neutre, pondéré et dépourvu de jugement négatif, la personne propose une réinterprétation plus objective de la réalité ou de la situation vécue. Cela peut être fait de façon à y voir un sens ; à diminuer l'auto-critique ou la honte ; à accepter qu'on ne peut pas contrôler tous les dangers potentiels ; ou encore à ne pas voir uniquement le mauvais côté du monde. Exemples : « Ça va bien aller, tu as les ressources pour t'en sortir... » ; « Tu n'es pas seule, il y a des gens autour de toi... » ; « Tu ne pourras jamais tout contrôler... ».

b) **Définition/explication du problème ou de la solution selon un autre point de vue**: la personne en arrive, au cours de la discussion, à juger le problème selon d'autres aspects, de sorte à diminuer

l'ampleur du problème, à mieux le comprendre, ou encore à réévaluer des alternatives de solution. Les énoncés sont généralement précédés d'actions cognitives telles que "je vois", "je pense", etc. Ex. : « Tu ne crois pas que tu t'en demandes beaucoup ? » ; « Je pense qu'il faut se donner du temps ».

c) **Apport d'éléments positifs**: analyse d'éléments positifs de la situation-problème à partir desquels on peut commencer à imaginer, bâtir une solution.

d) **Synthèse du problème de l'autre**: au cours de la discussion, la personne en arrive (à la manière d'un entonnoir) à cerner les propos de l'autre de façon plus spécifique et concrète. Il doit y avoir une réelle prise de position par rapport au problème discuté.

Note : S'il s'agit de la synthèse de son propre problème, inclure dans la description du problème.

3 - PROMOTION DU CHANGEMENT

Il s'agit de suggestions d'actions nouvelles ayant but de gérer ou résoudre le problème ou des dimensions du problème présenté tout en respectant le rythme d'appropriation de la personne.

- a) **Proposition de référer à des ressources compétentes** : « Ici, on nous donnera des moyens » ; (faible poids si c'est « J'espère »). « C'est déjà un moyen qu'on se donne de participer à la recherche ».
- b) **Proposition qui consiste à franchir une étape dans la gestion de son anxiété**. De façon implicite, la personne tient compte d'une hiérarchie dans la sélection des défis envisagés pour résoudre le problème : Ex : « En parler, c'est difficile, mais il faut le faire pour comprendre ce qui se passe » ; « Tranquillement, commencer à te réhabituer à... » ; « J'ai essayé de faire ma journée sans médicament » ; « Je vais aller prendre une marche à l'extérieur sans les enfants ».
- c) **Expression claire de la nécessité et/ou de l'importance de trouver une solution** (max. 1 pt.) : « Il faut que j'accepte de l'aide ».
- d) **Suggestion d'une action positive**. Ex : « Nous pourrions sortir pour trouver un terrain neutre où nous pourrions parler. »
- e) **Analyse des conséquences** positives ou négatives des éléments de solution discutés en vue de développer des nouvelles propositions.
- f) La personne s'engage à **s'impliquer** concrètement en vue d'aider ou de résoudre le problème. Ex : « Je vais venir avec toi aux rencontres. » ; « Je vais prendre le temps de me calmer avant de parler ». Ou encore, la personne montre son engagement dans la recherche de solutions en utilisant le pronom "je" ou "nous" et une action concrète.
- g) **Proposition d'un moyen qui pourrait être pris dans la vie courante pour vivre des moments de qualité ou se donner un répit**. Ex : « Nous pourrions aller au restaurant, ça te changerait les idées ».

- Notes : 1. Lorsque l'aïdant fait des propositions qui pourraient être pertinentes mais ne répondent pas directement aux problèmes tels qu'identifiés par le demandeur, celles-ci sont prises en compte mais elles ont un faible poids. Ex : « As-tu pensé à porter plainte ? »
2. Les solutions négatives, comme suggérer de cesser un comportement ne sont pas incluses.

4 – CONSEIL POSITIF / DEMANDE POSITIVE

- a) Tout **conseil perçu comme neutre et non jugeant** est codifié ici. Toute proposition mentionnée dans la catégorie « promotion du changement » mais formulée sous forme de recommandation : « Il me semble que tu pourrais... » ; « Peut-être essayer de... ».
- b) Conseil ou consigne voulant **répondre à un besoin manifesté clairement**. Par exemple, l'aïdant dit : « Demande-lui de laisser la porte ouverte » alors que le demandeur dit se sentir oppressé dans le local.
- c) **Le demandeur manifeste un besoin explicite**. (Ex : besoin d'écoute, attente d'une action précise). « J'aimerais que tu m'écoutes sans te fâcher » ; « J'aimerais que tu sois présent ». « J'aimerais que tu m'aides à faire les tâches » ; « J'aimerais que tu m'accompagnes » ; « Lorsqu'on se dispute, il faudrait que tu t'éloignes de quelques pas ». Note : Si au passé « J'aurais aimé... » : description du problème ou contre-validation, selon le ton.).

B- INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Cet aspect de l'affect est évalué pendant que la personne émet l'énoncé de solution. On évalue ici le niveau d'énergie déployée durant la proposition de changement cognitif ou d'action concrète. Les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

1. Voix: il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:
 - animée, enjouée, expressive, fluide
 - rythmée, variations dans le rythme et dans les patrons d'intonation, forte amplitude
2. Attention visuelle soutenue, ou en alternance régulière
3. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains
4. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés. Il peut y avoir un ou plusieurs :
 - mouvements de sourcils, de la bouche, des yeux, de la tête.
5. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre.
6. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse). Note. L'absence de ce dernier comportement n'influence pas l'évaluation de la communication, il ne fait que l'élever quand il est présent.

(06) PROPOSITION NÉGATIVE

A – INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Cette dimension inclut tout énoncé ayant pour but de résoudre un problème, mais qui est reconnu comme n'ayant pas un effet positif sur le demandeur.

1 – CONSEIL NÉGATIF

Un conseil est considéré comme une proposition négative lorsqu'on perçoit un style jugeant ou autoritaire de la part de l'aidant: « Suis mon conseil et tu n'auras pas de problème »; « Tu te souviens, ce que je t'avais dit de faire, l'autre fois. . . ».

2 – CONFRONTATION / COERCITION

- a) La proposition porte sur le fait d'arrêter un comportement ou une pensée: « Arrête d'y penser »; « Ne t'enferme pas dans la maison ».
- b) Les émotions vécues sont discréditées; on recommande de les ignorer et de passer à l'action. « Tu n'as pas de raison d'avoir peur »; « Tu n'as qu'à sortir et à y aller »; « Fais comme si tu n'avais pas peur »; « Laisse la porte débarrée ! ».
- c) La proposition est formulée de façon grossière: « Grouille-toi »; « Il faut te pousser dans le cul ! ».
- d) La phrase inclut une proposition positive annulée par une critique: « Si tu essayais de comprendre au lieu de me rentrer dedans ».

3 – PROPOSITION QUI RISQUE DE MAINTENIR LE PROBLÈME

La personne fait une proposition qui encourage l'évitement, l'hypervigilance ou tout autre comportement reconnu pour contribuer au maintien des symptômes.

Ex : la personne propose de ne plus sortir de la maison, de quitter la ville. La personne réclame l'accompagnement de son conjoint pour ses déplacements hors de la maison (faible poids car peut varier selon le contexte).

4 – PROPOSITION CENTRÉE SUR LE BESOIN DE L'AIDANT

Cet item est codifié uniquement en ce qui concerne l'aidant (qu'il soit le conjoint ou la victime), lorsque la proposition ignore le besoin du demandeur pour se centrer sur le sien propre. Exemple : « Débarre la porte parce que ça m'énerve ! »; « Je vais tuer celui qui t'as fait ça ! ».

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Cet aspect de l'affect est évalué pendant que la personne émet une proposition verbale.

Le contenu non verbal ajoute du poids à cette dimension négative seulement si des indices négatifs sont observés :

1. Voix et expression faciale congruentes aux énoncés verbaux négatifs :
 - agressives : colère, tension, frustration, impatience, froideur, sarcasme
 - suffisantes ou condescendantes
 - insistantes
2. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains.
3. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés. Il peut y avoir un ou plusieurs :
 - mouvements de sourcils, de la bouche, des yeux, de la tête
4. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre.

(07) AFFECT DYSPHORIQUE**A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 5 points)**

Ce code inclut les manifestations verbales et non verbales d'état dépressif et la passivité associée à l'attente d'être pris(e) en charge par le conjoint. Avec un poids plus faible, sont inclus les comportements de réassurance où la personne demande au conjoint de porter un jugement positif sur sa situation.

Poids selon la fréquence et l'intensité (maximum 5 points)

2 – AFFECT DYSPHORIQUE, MANIFESTATION DE LOURDEUR

- a) Les propos ou solutions envisagées donnent une impression d'impuissance chez la personne et reposent lourdement sur les épaules du conjoint. « Si je ne t'avais pas, je ne chercherais pas à m'en sortir »; « J'ai besoin de toi ! »; « Je veux que tu restes avec moi »; « Sans toi, je n'y arriverai pas ».
- b) Plainte, auto-dépréciation, perception d'un avenir bouché, expression d'un état général de lourdeur sans objet spécifique. Exemples : « Chu pu capable »; « J'ai besoin d'aide ! »; « Chu écoeurée »; « Je n'en peux plus »; « Je ne serai plus jamais la même »; « La femme que tu as connue est disparue depuis longtemps »; « Je ne suis pas capable de t'aider ».

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 4 points)

Cet aspect de l'affect est évalué autant pendant l'émission de messages non verbaux que verbaux (le message verbal n'est pas nécessaire). Par exemple, une personne voûtée qui soupire et pleure obtiendra un score pour l'affect dysphorique même si elle n'émet pas de message verbal.

Il s'agit des indices non verbaux révélateurs soit d'attentes importantes envers l'autre, soit de désintérêt, de désengagement ou même de difficulté marquée à tolérer le moment présent.

Pour le besoin de réassurance, les indices comportementaux sont les suivants :

- 1) Voix suppliante ou manifestant une urgence quant à la réponse attendue.
- cajoleuse, suppliante, menaçante, pressante.
- 2) Regard insistant.
- 3) Posture orientée vers l'autre.

Pour l'état dysphorique, les indices comportementaux sont les suivants (par ordre d'importance):

- 1) Voix déprimée, chargée ou congruente à des affects négatifs :
- dysphorique : pleurs, voix déprimée, plainte.
- agressif : colère, tension, frustration.
- 2) Pleurs sans expression verbale.
- 3) Faible ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains.
- 4) Expression de découragement, d'impuissance, de détresse.
- 5) Regard fuyant.
- 6) Position du corps: repli sur soi ou non orienté.
- 7) Soupir qui n'est pas en réaction à ce que l'autre dit mais de désespoir ou de malaise (qui dégage une impression de lourdeur).

(08) CONTRE-VALIDATION

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 6 points)

Cette dimension inclut tout énoncé ayant pour effet de contredire les énoncés de l'autre ou d'atteindre négativement l'estime de soi de l'autre. Les indices comportementaux sont repartis en 3 groupes hiérarchiques selon leur poids dans l'évaluation.

Indices de faible poids : (maximum 3 points)

1 - DÉSACCORD AVEC RATIONNEL

Tout énoncé de rejet des propos de l'autre suivi d'une justification rationnelle de ce rejet.
Ex : oui mais ..., non mais ...

**Note : si la justification consiste en une proposition de changement, prioriser la proposition de changement plutôt que le désaccord.

Indices de poids moyen : (maximum 5 points)

2 - DÉSACCORD SANS RATIONNEL

Ce code inclut tout énoncé de rejet des propos de l'autre, sans qu'aucune raison ne soit mentionnée.

- a) Expressions courtes, comme « non, c'est impossible », « je ne pense pas », « je ne suis pas d'accord »
- b) Attitude défensive : la personne se défend face à ce que l'autre lui a dit ; elle se justifie.
- c) Doute sur les propos de l'autre : la personne n'est pas convaincue de la véracité de l'énoncé de l'autre.

Indices de poids important : (maximum 6 points)

3 - CRITIQUES ET COMMENTAIRES NÉGATIFS

Tout commentaire ayant pour effet de porter atteinte à l'estime de soi de l'interlocuteur-trice. L'énoncé peut concerner sa famille, des amis proches ou un groupe dont il fait partie, s'il s'agit d'un élément nouveau. S'il s'agit plutôt d'une poursuite des propos de l'autre, inclure dans la description du problème ou dans la validation, selon le cas.

- a) **Attribution négative:** la personne attribue à l'autre une émotion, une pensée, une intention ou un trait de caractère, de nature négative.
- b) **Critiques:** la personne reproche ou désapprouve un comportement de l'autre : « Ce n'est pas en restant toujours couchée que tu vas t'aider » ; « Chu tanné de te voir poireauter. »
- c) **Énoncé et/ou réponse sarcastique:** énoncé qui en soi, pourrait être neutre ou même positif, mais qui n'est pas approprié dans le contexte de la discussion.
- d) **Accusation de l'autre d'être à la source de son problème ou de ne pas aider:** énoncé qui exprime de façon explicite que le problème est causé par l'autre ou encore qu'il n'aide pas : « Tu ne comprends pas ! » ; « J'ai toujours l'impression que tu ne veux pas comprendre ».
- e) **La personne rejette activement l'existence réelle du problème exposé.** Elle peut accuser l'autre de créer le problème, de l'exagérer, de le grossir hors de proportion.
- f) **Humiliation:** attribution qui semble avoir pour effet de placer l'autre dans une position diminuée ou d'impuissance.

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 3 points)

Ces comportements consistent en une série d'activités non verbales qui témoignent d'états de contractions musculaires chez la personne pendant qu'elle contredit ou attaque l'autre et ses propos.

Voici des exemples d'indices comportementaux:

1. Corps tendu: position symétrique du corps:
 - cou tendu
 - extrémités tendues: pied, poignet, doigts
2. Voix:
 - tendue
 - saccadée
 - colérique
 - impatiente
 - froide
 - sarcastique
 - ironique
3. Expressions faciales:
 - froncement de sourcils en désapprobation
 - mimiques
4. Parle en même temps que l'autre.

(09) RETRAIT / PASSIVITÉ

Il s'agit de plusieurs comportements verbaux et non verbaux qui ont pour but de désengager la personne de la conversation.

A - INDICES DU CONTENU VERBAL (maximum de 1 point)**RETRAIT/PASSIVITÉ**

- a) **La personne demande à l'autre de régler le problème.**
- b) La personne dit qu'elle ne veut pas s'impliquer dans la résolution du problème.
- c) La personne dit clairement qu'il n'y a pas de solution possible.
- d) La personne désire cesser la discussion alors que l'autre veut la poursuivre.
- e) La personne donne une réponse confuse, vague ou non pertinente, à une question posée par l'autre.
- f) Refus de parler du problème exposé.
- g) La personne minimise l'importance du problème, sans rationnel, c'est-à-dire sans aucune raison valable.
- h) La personne manifeste de l'ambivalence ou de l'opposition à s'impliquer pour résoudre le problème. « Je veux venir... mais pas trop souvent ! » ; « Tu sais, moi, parler de ce que je vis... ».

B - INDICES NON VERBAUX (maximum de 8 points)

Série d'activités non verbales qui ont pour effet de désengager la personne de la conversation; la personne est comme déconnectée de la discussion.

Les indices comportementaux sont repartis en 3 groupes hiérarchiques selon leur poids dans l'évaluation.

1. Beaucoup de poids :

- . Absence de prise de son tour de parole (détails à la page suivante)
- . Voix faible / ton recto-tono
- . Parole ralentie
- . Retrait du contact visuel (regarde par terre ou ailleurs)
- . Soupis d'ennui
- . Silence et absence de hochements lorsque l'autre fait des pauses dans son discours.

2.. Poids moyen : (voir les détails en bas de page)

- . Latence accrue lors de la prise de son tour de parole
- . Patron inversé du contact visuel
- . Création d'une barrière physique
- . Corps orienté dans une autre direction que vers l'interlocuteur
- . Augmentation de la distance physique
- . Couper la parole à quelques reprises

3. Un peu de poids : (voir les détails en bas de page)

- . Immobilité du visage (peu d'expressions faciales)
- . Immobilité de la tête
- . Mouvement des doigts

Voici une description détaillée de certains indices du retrait :

- **Absence de prise de parole.** Lorsqu'une personne finit son propre tour de parole et manifeste qu'elle donne la parole à l'autre, par exemple, par une pause ou par une question, on s'attend à ce que l'interlocuteur-trice prenne la parole. Lorsqu'il y a absence de prise de parole, on sent que la rythmicité de l'interaction est brisée, que quelque chose qui devait se produire ne se produit pas, qu'on est suspendu dans le vide. La situation résulte en un silence souvent lourd.

- **Latence accrue lors de la prise de son tour de parole.** Il y a un laps de temps considérable (en général, plus que 2 secondes) qui s'écoule entre la fin de l'énoncé de l'un et la prise de parole de l'autre.

- **Patron inversé du contact visuel lorsque la personne parle.** Au cours d'une conversation normale, on note généralement une alternance de la réponse d'attention visuelle de la personne qui parle. Celle-ci alterne entre deux cibles. Elle s'oriente sur le visage de la personne qui écoute, et s'oriente de temps en temps ailleurs. Dans un patron inversé de contact visuel, la personne qui parle regarde ailleurs pendant qu'elle parle et jette périodiquement des coups d'œil sur son interlocuteur.

- **Barrière physique entre soi et l'autre :**

- . main qui couvre une partie du visage
- . objet tenu près de soi, comme une tablette ou un journal
- . bras croisés
- . jambe croisée : celle qui est du côté de l'interlocuteur

-Augmentation de la distance physique entre soi et l'autre en se reculant dans la chaise, en se penchant vers l'extérieur

- Immobilité de la tête et absence de hochements de tête ou hochements de tête lents et non synchronisés avec les énoncés de l'autre

-Mouvements répétitifs mais non tendus, comme se jouer dans les cheveux, se gratter, jouer avec ses vêtements, avec des objets.

(10) IMPLICATION COMPORTEMENTALE

Cette dimension mesure l'implication globale de la personne dans la discussion, tant en situation de parole qu'en situation d'écoute.

Les indices utilisés pour évaluer cette dimension sont les comportements non verbaux. Ainsi, aucune évaluation n'est portée sur le contenu des énoncés. La situation de parole est évaluée en fonction de la qualité, la fréquence et l'intensité des comportements non verbaux liés aux énoncés. Les indices comportementaux sont les suivants:

1. Voix: il peut y avoir un ou plusieurs indices parmi les suivants:

- animée, enjouée, expressive
- fluide
- rythmée, variations dans le rythme
- variations dans les patrons d'intonation
- forte amplitude
- imitation de la voix d'une autre personne

2. Attention visuelle: soutenue ou en alternance régulière

3. Hochements de tête de la personne, pendant que l'autre parle

4. Ponctuation du discours par des gestes des bras ou des mains.

5. Expressions faciales diverses, reliées aux propos énoncés :

- mouvements de sourcils.
- mouvements de la bouche (se ferme ou s'ouvre davantage, sourire)
- mouvements des yeux (se ferment ou s'ouvrent davantage)
- mouvement de la tête

6. Position du corps: orienté ou incliné vers l'autre.

7. Contact physique (prendre la main de l'autre, caresse)

Note. L'absence de ce dernier comportement n'influence pas l'évaluation de la cote, il ne fait que l'élever quand il est présent

8. Présence de parole

(11) SYNCHRONIE INTERACTIONNELLE

Il s'agit ici d'une mesure de la dyade prise comme une unité. L'évaluation consiste à évaluer le niveau de synchronie entre les comportements des deux personnes en se basant sur les paramètres rythmiques de l'interaction : harmonie et rapidité des échanges verbaux et non verbaux.

Voici des indices comportementaux:

1. Le nombre de tours de parole.
2. Le nombre de réponses non verbales de l'un aux énoncés verbaux de l'autre ou réponses verbales de l'un aux expressions affectives de l'autre, telle la fréquence des hochements de tête pendant que l'autre parle. On note en particulier le rythme, la rapidité des échanges, la synchronie verbale et non verbale, l'ajustement temporel harmonieux.
3. Latence: le laps de temps entre les tours de paroles. Plus il y a de temps entre les réponses de l'un et les réponses de l'autre (latence élevée), plus la synchronie est faible.
4. Parole intégrée globale: Production de tours de parole composés de courts énoncés, incluant une série d'interruptions, d'écho, de complément, portant sur un même sujet.

Note 1. Se fier à ce que l'on ressent face à l'interaction: impression de lourdeur (peu de synchronie) versus impression de légèreté (beaucoup de synchronie).

Note 2. La cote est peu élevée lorsque les deux personnes parlent souvent en même temps, lorsque les réponses non verbales de l'un ne sont pas ajustées temporellement aux énoncés de l'autre.

APPENDICE F

GRILE DE CODIFICATION DU SCIS (TSPT)

Codificatrice : _____ No. Sujet : _____ Discussion : _____

No. De segment : _____ Temps : de _____ à _____ Durée : _____

DEMANDEUR (V / C)

- | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1. Description de problème | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 2. Expression d'émotion | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 3. Attention/écoute | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 4. Accord/validation /soutien émotionnel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 5. Proposition positive | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 6. Proposition negative | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 7. Affect dysphorique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 8. Contre-validation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 9. Retrait/passivité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 10. Implication comportementale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 11. Synchronie interactionnelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 12. Changement de sujet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |

AIDANT (V / C)

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1. Description de
problème | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 2. Expression d'émotion | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 3. Attention/écoute | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 4. Accord/validation
/soutien émotionnel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 5. Proposition positive | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 6. Proposition négative | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 7. Affect dysphorique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 8. Contre-validation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 9. Retrait/passivité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |
| 10. Implication
comportementale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | _____ |

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. et Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16(4)*, 421-427.
- Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, D.A., Shaw, I. (1990). Coping and help seeking in the UK adult population. *British Journal of Clinical Psychology, 29*, 271-285.
- 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(6)*, 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, L. et Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Beckham, J. C., Lytel, B. L. et Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Therapy, 64*, 1068-1071.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. et Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- 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, 68(5)*, 748-766.
- Brewin, C. R., McCarthy, B. et Furnham, A. (1989). Social support in the face of adversity: The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality, 23*, 354-372.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C. et Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 15 (3)*, 205-212.
- Chambless, D. L., Fauerbach, J.A., Floyd, F. J., Wilson, K.A., Remen, A. L. et Renneberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women: A controlled, behavioral observation study. *Journal of Abnormal Psychology, 111(3)*, 502-512.

- Chartrand, E. et Julien, D. (1994). Système d'observation des dimensions d'interaction (SODI) : validation canadienne française de l'Interactional Dimensions Coding System (IDCS). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 319-337.
- Clark, L. F. (1993). Stress and the cognitive-conversational benefits of social interactions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 25-55.
- Cohen, J. L., Lakey, B., Tiell, K. et Neely, L. C. (2005). Recipient-provider agreement on enacted support, perceived support, and provider personality. *Psychological Assessment*, 17(3), 375-378.
- Cohen, S. et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Compton, J. S. et Follette, V. M. (2002). Couple therapy when a partner has a history of child sexual abuse. Dans A.S. Gurman et N. S. Jacobson (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed.), pp. 466-487. New York: Guilford Press.
- Cormier, N. et Julien, D. (1996). Relation entre l'ajustement marital et des mesures subjectives et objectives de soutien conjugal. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 28(4), 302-309.
- Coyne, J. C. et DeLongis, A. M. (1986). Going beyond social support : The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454-460.
- Coyne, J. C. et Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In; T. J. Akamatsu, M. A. P. Stephens, S. E. Hobfoll, et J. H. Crowther (Eds.). *Family Health Psychology*, (pp. 129-149). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Coyne, J. C. et Smith, D. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social psychology*, 61, 404-412.
- Coyne, J. C., Wortman, C. et Lehman, D. (1988). The other side of support: Emotional overinvolvement and miscarried helping. Dans B. Gottlieb (Ed.). *Social Support: formats, processes, effects*, (pp. 303-305). Beverly Hills, CA: Sage.
- Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks: Sage Publications. 150 p.
- Cutrona, C. E. et Russell, D. W. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Cutrona, C. E. et Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research*, 19(2), 154-174.

- Dakof, G. A. et Taylor, S. E. (1990). Victim's perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- Dekel, R., Solomon, Z et Bleich, A. (2005). Anxiety, stress, and coping . *An International Journal*. 18(1), 71-82.
- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization: Needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *The Journal of Social Psychology*, 129(2), 191-201.
- Dunkel-Schetter, C. et Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. Dans B. R. Sarason, I. G. Sarason et G. K. Pierce (Eds.). *Social support: An interactional view*, (pp. 267-296). New York: Jon Wiley and sons.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S, Resick, P. A. et Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 16, 161-162.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. W. (1996). *Structures Clinical Interview for Axis I and II DSM-IV Disorders – Patient Edition (SCID-IV/P)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B. et Kozac, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B. et Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foy, D. W., Resnick, H. S., Sippelle, R. C. et Carroll, E. M. (1987). Premilitary, military, and postmilitary factors in the development of combat-related posttraumatic stress disorders. *The Behavior Therapist*, 10, 3-9.
- Fredman, S. J., Chambless, D. L. et Steketee, G. (2004). Development and validation of an observational coding system for emotional overinvolvement. *Journal of Family Psychology*, 18(2), 339-347.
- Freeston, M. H. et Pléchaty, M. (1997). Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is it still relevant for the 1990's? *Psychological Reports*, 81, 419-434.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, D. C.: American Psychological Association.

- Gauthier, J. C., Morin, C., Thériault, F. et Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 3, 13-27.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gottman, J. M. (1998). Psychology and the study of marital processes. *Annual Review of Psychology*, 49, 169-197.
- Guay, S., Billette, V. et Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique : Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 165-184.
- Guay, S., Fikretoglu, D. et Brunet, A. (novembre 2005). *Can social support attenuate the interference of PTSD on functioning?* Symposium accepté au 21^{ème} congrès de l'International Society for Traumatic Stress Studies, Toronto, On., Canada.
- Guay, S., Lavoie, V., Fikretoglu, D. et Brunet, A. (juin 2005). *Évaluation de l'impact du soutien social sur le maintien des symptômes du trouble de stress post-traumatique chez des militaires*. Symposium présenté au 66^e Congrès de la Société Canadienne de Psychologie, Montréal, Qc.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S. et Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 257-269.
- Guay, S., Marchand, A. et O'Connor, K. (2003). *Le Questionnaire sur le Soutien en Situation d'anxiété*. Document inédit. Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Halford, W. K. et Bouma, R. (1997). Individual psychopathology and marital distress. Dans W. K. Halford et H. J. Markman (Eds.). *Clinical handbook of marriage and couples interventions*, (pp. 291-231). London: Wiley.
- Hammen, C. L. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 647-656.
- Halweg, K. (2004). Kategoriensystem für partnerschaftliche Interaktion (KPI): Interactional coding system. Dans P. K. Kerig et D. H. Baucom (Eds.). *Couple observational coding systems*, (pp. 127-142). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heyman, R. E. (2004). Rapid marital interaction coding system (RMICS). Dans P. K. Kerig et D. H. Baucom (Eds.). *Couple observational coding systems*, (pp. 67-94). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum.

- Herbert, T. B. et Dunkel-Schetter, C. (1992). Negative social reactions to victims: An overview of responses and their determinants. Dans L. Montada, S. Filipp et M. J. Lerner (Eds.). *Life crisis and the experience of loss in adulthood*, (pp. 497-518). N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Horneffer, K. J., et Fincham, F. D. (1995). Construct of attributional style in depression and marital distress. *Journal of Family Psychology*, 9, 186-195.
- Jones, J. C. et Barlow, D. H. (1990). The etiology of post-traumatic disorder. *Clinical Psychology Review*, 27, 299-328.
- Joseph, S., Williams, R. et Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Julien, D., Brault, M., Chartrand, E. et Bégin, J. (2000). Immediacy behaviors and interactional synchrony in adjusted and unadjusted couples. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 32, 840-90.
- Julien, D., Chartrand, E., Simard, M.-C., Bouthillier, D. et Bégin, J. (2003). Conflict, social support, and relationship quality: An observational study of heterosexual, gay male, and lesbian couples communication. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 419-428.
- Julien, D., Markman, H. J. et Lindhal, K. M. (1989). A comparison of a Global and a Microanalytic Coding System : Implications for future trends in studying interactions. *Behavioral Assessment*, 11, 81-100.
- Julien, M., Julien, D. et Lafontaine, P. (1998). Environnement de soutien. *Enquête sociale et de santé 1998*, chap. 25. Ministère de la santé et des services sociaux : Gouvernement du Québec.
- Kenny, D. A. (1998). Couples, gender, and time: Comments on method. Dans T.N. Bradbury (Ed.). *The development of marital dysfunction*, (pp. 410-422). Cambridge University Press.
- 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*, 52, 1048-1060.
- Kline, G. H., Julien, D., Baucom, B., Hartman, S., Gilbert, K., Gonzalez, T. et Markman, H. J. (2004). The interactional dimensions coding system (IDCS): A global system for couple interactions. Dans P. K. Kerig et D. H. Baucom (Eds.). *Couple observational coding systems*, (pp. 113-126). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lakey, B. et Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. Dans Cohen, S., Underwood, L.G. et Gottlieb, B.H. (Eds.). *Social support measurement and*

- intervention: A guide for health and social scientists*, (pp. 29-52). New York: Oxford University Press.
- Lavoie, V., Guay, S., Fikretoglu, D. et Brunet, A. (juin 2005). *Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et qualité de vie chez les militaires : évaluation des interactions sociales négatives comme variable médiatrice potentielle*. Affiche présentée au 66e Congrès de la Société Canadienne de Psychologie, Montréal, Qc.
- Locke, H. J. et Wallace, K. M. (1959). Short-term marital adjustment and prediction tests: Their reliability and their validity. *Journal of Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Margolin, G., Hattem, D., John, R. S. et Yost, K. (1985). Perceptual agreement between spouses and outside observers when coding themselves and a stranger dyad. *Behavioral Assessment*, 7, 235-247.
- 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. *Psychiatric Bulletin*, 129, 52-73.
- Pasch, L. A., Harris, K. W., Sullivan, K. T. et Bradbury, T. N. (2004). The social support interaction coding system (SSICS). Dans P. K. Kerig et D. H. Baucom (Eds.). *Couple observational coding systems*, (pp. 319-334). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. et Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pizzamiglio, M. T. (1992). *Différences reliées au sexe dans les interactions de soutien chez les couples ajustés : comparaison entre couples hétérosexuels, gais et lesbiens*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Pizzamiglio, M. T., Julien, D., Parent, M.-A. et Chartrand, E. (2001) *Système de codification d'interaction de soutien (SCIS global)*. Document inédit, Université du Québec à Montréal.
- Primomo, J., Yates, B. et Woods, N. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing and Health*, 13, 153-161.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. London: Hutchison.
- Shrout, P. E., et Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.

- Solomon, Z., Waysman, M., Belkin, Levy, Mikulincer, M. et Enoch (1992). Marital relations and combat stress reaction: The wives' perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 54 (2), 316-326.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., Marchand, A. et O'Connor, K. (2005). Développement et validation québécoise d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire. *Revue Santé Mentale au Québec*, XXX (2), 43-60.
- Suhr, J.A., Cutrona, C. E., Krebs, K. K. et Jensen, S. L. (2004). The social support behavior code (SSBC). Dans P. K. Kerig et D. H. Baucom (Eds.). *Couple observational coding systems*, (pp. 307-318). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tait, R. et Silver, R. C. (1989). Coming to term with major negative life events. Dans J. S. Ullman et J. A. Bargh (Eds.). *Unintended thoughts*, (pp. 351-382). New York: Guilford Press.
- Tarrier, N., Sommerfield, C. et Pilgrim, H. (1999). The effect of the relative's level of expressed emotion on the outcome of psychological treatment of PTSD patients. *Psychological Medicine*, 29, 801-811.
- Ullman, S. E. (1996). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- Ullman, S.E. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 257-271.
- Ullman, S. E. et Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 369-389.
- Weiss, R. L. et Tolman, A. O. (1990). The Marital Interaction Coding System-Global (MICS-G): A global companion to the MICS. *Behavioral Assessment*, 12, 271-294.
- Wilson, J. P. et Kurtz, R. R. (2000). Assessing PTSD in couples and partners: The dyadic dance of trauma. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 9(3), 33, 35-38.
- Wortman, C. et Lehman, D. (1985). Reactions to victims of life crisis: Support attempts that fail. Dans G. Sarason et B. R. Sarason (Eds.). *Social support: Theory, research and applications*. (pp. 463-489). Dordrecht, the Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Yap, M. B. H. et Devilly, G. J. (2004). The role of perceived social support in crime victimization. *Clinical Psychology Review*, 24, 1-14.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B. et Brigidi, D. B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 689-700.