

Exploration du processus d'évaluation cognitive des événements de vie, des compétences émotionnelles et de la santé mentale d'hommes tout-venant : une contribution à l'établissement de normes longitudinales destinées au suivi de sujets blessés médullaires

CAVADINI, Thalia

Abstract

Le processus d'ajustement psychologique à un événement de vie aussi dévastateur que la survenue d'une lésion de la moelle épinière est influencé par des facteurs situationnels (liés à des éléments contextuels) et dispositionnels (liés aux caractéristiques intrinsèques des individus) dont il faut tenir compte pour mieux comprendre l'impact psychologique de tels événements. Nous présentons ici les résultats longitudinaux de 27 hommes tout-venant de 58 à 66 ans ($M = 62.185$, $ET = 2.001$), à différents questionnaires mesurant les processus d'évaluation cognitive des événements de vie et de coping (variables situationnelles) ainsi que la trajectoire développementale de leur profil de compétences émotionnelles (variables dispositionnelles) et de leur santé mentale (en termes de détresse émotionnelle, dépression, anxiété et ÉSPT). Recueillis durant une année, à l'occasion de quatre passations, ils constituent une base de données offrant des normes de référence longitudinales pouvant servir au repérage précoce des personnes blessées médullaires, similaires à notre échantillon, [...]

Reference

CAVADINI, Thalia. *Exploration du processus d'évaluation cognitive des événements de vie, des compétences émotionnelles et de la santé mentale d'hommes tout-venant : une contribution à l'établissement de normes longitudinales destinées au suivi de sujets blessés médullaires*. Maîtrise : Univ. Genève, 2019

Available at:

<http://archive-ouverte.unige.ch/unige:123389>

Disclaimer: layout of this document may differ from the published version.



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

**Exploration du processus d'évaluation cognitive des événements
de vie, des compétences émotionnelles et de la santé mentale
d'hommes tout-venant :**
une contribution à l'établissement de normes longitudinales destinées
au suivi de sujets blessés médullaires

MÉMOIRE RÉALISÉ EN VUE DE L'OBTENTION DE LA
MAÎTRISE UNIVERSITAIRE EN PSYCHOLOGIE

Plan d'études

APPROCHES PSYCHO-EDUCATIVES ET SITUATIONS DE HANDICAP

PAR

THALIA E. CAVADINI

Directeurs du mémoire

Professeur ÉDOUARD GENTAZ

Dre SANDRA BERNEY

VIRGINIE WICKI-ROTEN

Jury

Dre CLAIRE MAYOR

Dre JULIE ANNE PÉRON

Genève, le 21 mai 2019

**Université de Genève
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation
Section de psychologie**

RÉSUMÉ

Le processus d'ajustement psychologique à un événement de vie aussi dévastateur que la survenue d'une lésion de la moelle épinière est influencé par des facteurs situationnels (liés à des éléments contextuels) et dispositionnels (liés aux caractéristiques intrinsèques des individus) dont il faut tenir compte pour mieux comprendre l'impact psychologique de tels événements. Nous présentons ici les résultats longitudinaux de 27 hommes tout-venant de 58 à 66 ans ($M = 62.185$, $ET = 2.001$), à différents questionnaires mesurant les processus d'évaluation cognitive des événements de vie et de coping (variables situationnelles) ainsi que la trajectoire développementale de leur profil de compétences émotionnelles (variables dispositionnelles) et de leur santé mentale (en termes de détresse émotionnelle, dépression, anxiété et ÉSPT). Recueillis durant une année, à l'occasion de quatre passations, ils constituent une base de données offrant des normes de référence longitudinales pouvant servir au repérage précoce des personnes blessées médullaires, similaires à notre échantillon, les plus à risque de développer des troubles psychologiques consécutifs à leur blessure.



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

Déclaration sur l'honneur

Je déclare que les conditions de réalisation de ce travail de mémoire respectent la charte d'éthique et de déontologie de l'Université de Genève. Je suis bien l'auteur-e de ce texte et atteste que toute affirmation qu'il contient et qui n'est pas le fruit de ma réflexion personnelle est attribuée à sa source ; tout passage recopié d'une autre source est en outre placé entre guillemets.

Genève, le 30.03.19

Prénom, Nom Thalia Cavadini

Signature :

REMERCIEMENTS

Je voudrai en premier lieu exprimer ma profonde gratitude au Professeur Édouard Gentaz, à la Docteure Sandra Berney et à Virginie Wicki-Roten qui ont dirigé mon travail. Je tiens à leur manifester ma sincère reconnaissance pour leur grande disponibilité ainsi que pour l'intérêt et la patience dont ils ont fait preuve à mon égard tout au long de celui-ci. Je les remercie aussi pour leurs remarques, critiques et commentaires fructueux qui m'ont été d'une aide précieuse.

Des remerciements sont également adressés aux Docteurs Claire Mayor et Julie Anne Péron pour avoir bien voulu accepter de faire partie du jury.

Je désire aussi exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes qui ont accepté de participer et d'offrir leur temps à cette recherche. Parvenir à les recruter aurait été d'autant plus difficile sans l'aide de l'Université des seniors de Genève (Uni3) et du soutien de sa directrice Fabienne Bruttin Mazzoni que je remercie tout particulièrement pour m'avoir permis de présenter ma recherche lors des conférences d'Uni3.

J'adresse également mon éternelle gratitude à mes parents Franziska et Yves qui m'ont offert l'aide concrète et morale nécessaire à chacune des étapes de ce projet.

Je remercie également l'ensemble de mes proches pour leur appui, leur présence et leurs chaleureux encouragements. Merci Émilie Grosjean pour tes bonnes ondes et l'énergie si positive que tu as partagée avec moi durant la réalisation de mon travail !

Finalement je tiens à remercier de tout mon cœur Laurane Meizoz pour sa bonne écoute et ses conseils avisés ainsi que Loïc Francescato pour sa compréhension et son important travail de relecture : votre soutien sans faille a pleinement contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALE	Appraisal of Life Events scale (Ferguson, Matthews & Cox, 1999)
CE	Compétences émotionnelles
CERQ	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001)
CMP	Component Process Model (Scherer, 2001)
CSEC	Critères séquentiels d'évaluation cognitive
DT	Distress Thermometer (Roth et al., 1998)
ÉSPT	État de stress post-traumatique
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983)
IES – R	Impact of Event Scale – Revised (Weiss & Marmar, 1997)
LME	Lésion de la moelle épinière
PEC	Profile of Emotional Competence (Brasseur, Grégoire, Bourdu, & Mikolajczak, 2013)
QGA	Questionnaire genevois d'appraisal (Geneva Emotion Research Group, 2002)
SAC	Stress Appraisal and Coping model (Lazarus & Folkman, 1984)
SBM	Sujet blessé médullaire

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION THÉORIQUE	1
1.1 LA LÉSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE (LME).....	2
1.1.1 L’impact des LME sur la santé mentale des sujets blessés médullaires (SBM)	5
1.2 L’ÉVALUATION COGNITIVE DES ÉVÉNEMENTS DE VIE	7
1.2.1 Le Modèle transactionnel du stress et du coping (Lazarus & Folkman, 1984)	7
1.2.2 Le Modèle des processus composants des émotions (Scherer, 2001)	11
1.3 LES COMPÉTENCES ÉMOTIONNELLES (CE)	14
1.4 LA PROBLÉMATIQUE ET LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	16
2. MÉTHODE	18
2.1 PARTICIPANTS	18
2.2 DESIGN EXPÉRIMENTAL ET PROCÉDURE	20
2.3 MATÉRIEL.....	23
2.3.1 Mesures situationnelles	23
2.3.1.1. <i>Le Questionnaire genevois d’appraisal (QGA)</i>	23
2.3.1.2. <i>L’Échelle de l’évaluation cognitive des événements de vie (ALE)</i>	24
2.3.1.3. <i>Le Brief-COPE</i>	25
2.3.2 Mesures dispositionnelles	26
2.3.2.1. <i>Le Profil de compétences émotionnelles (PEC)</i>	26
2.3.2.2. <i>Le Questionnaire de régulation cognitive des émotions (CERQ)</i>	26
2.3.3 Mesures évaluant la santé mentale	27
2.3.3.1. <i>Le Thermomètre de détresse (DT)</i>	27
2.3.3.2. <i>L’Échelle d’anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS)</i>	28
2.3.3.3. <i>L’Échelle de l’impact de l’événement – révisée (IES-R)</i>	29
2.4 TRAITEMENT DES DONNÉES ET ANALYSES STATISTIQUES.....	30

3. RÉSULTATS	33
3.1 MESURES SITUATIONNELLES	33
3.2 MESURES DIMENSIONNELLES	38
3.3 MESURES ÉVALUANT LA SANTÉ MENTALE.....	39
4. DISCUSSION	41
4.1 LES VARIABLES SITUATIONNELLES DU BRIEF-COPE.....	42
4.2 LES VARIABLES DIMENSIONNELLES DU PEC ET DU CERQ	46
4.3 LES VARIABLES DES QUESTIONNAIRES ÉVALUANT LA SANTÉ MENTALE.....	48
5. LIMITES ET PERSPECTIVES	50
6. CONCLUSION	54
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
ANNEXES	64
TABLE DES ANNEXES	64
Annexe A. Formulaire d'information et consentement de participation	65
Annexe B. Adaptations du matériel expérimental (QGA & ALE)	70
Annexe C. Tableaux des résultats	72
Annexe D. Comparaison des résultats « observés » vs « attendus ».....	77
Annexe E. Adaptations recommandées pour le QGA.....	80

1. INTRODUCTION THÉORIQUE

Ce mémoire de recherche vise à apporter une contribution à l'étude des mécanismes cognitifs impliqués dans le processus d'ajustement psychologique à la survenue d'une lésion de la moelle épinière (LME). Il présente les résultats longitudinaux de 27 hommes tout-venant âgés entre 58 et 66 ans révolus, à différents questionnaires évaluant la trajectoire développementale de leur santé mentale durant une année, ceci dans le but d'établir des normes de référence longitudinales destinées au suivi de sujets blessés médullaires (SBM). En effet, la majorité des instruments de mesure proposant une évaluation de la santé mentale, notamment à travers la détection de manifestations symptomatiques cliniquement significatives de détresse émotionnelle, dépression, anxiété et d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) en ce qui concerne notre recherche, ne sont pas normés à travers le temps. Or, il est essentiel de disposer de normes longitudinales auxquelles on peut se référer pour étudier le suivi psychologique d'une population clinique particulière telle que les SBM car celles permettent la comparaison des trajectoires développementales de la santé mentale de cette population-ci avec celles d'une population générale socio-démographiquement similaire.

Toutefois, le processus d'ajustement psychologique à un événement de vie aussi dévastateur que la survenue d'une LME est sous-tendu par différents mécanismes cognitifs influencés par toute une série de facteurs dépendant, d'une part, d'éléments contextuels, entourant cet événement (variables situationnelles) et d'autres part de caractéristiques intrinsèques aux SBM (variables dispositionnelles). L'impact psychologique d'un tel événement ne peut donc pas être expliqué en étudiant uniquement la stabilité de la santé mentale de ces patients à travers le temps. C'est pourquoi, nous nous sommes également intéressés à la trajectoire développementale de deux mécanismes cognitifs qui interviennent dans ce processus d'ajustement en tenant compte de l'influence de facteurs liés à la fois à des variables situationnelles et dispositionnelles : (1) *l'évaluation cognitive des événements de vie*, et (2) *les compétences émotionnelles*.

Nous reviendrons sur ces mécanismes par la suite et décrivons, dans un premier temps, les spécificités des LME, discutons ensuite leur influence potentielle sur la santé mentale des SBM en présentant l'état de la littérature scientifique concernant l'impact psychologique des LME, avant d'aborder, dans un deuxième temps, les construits d'évaluation cognitive des événements de vie et de compétences émotionnelles de manière approfondie.

1.1 La lésion de la moelle épinière (LME)

La blessure (ou lésion) médullaire est très certainement l'une des blessures les plus sévères à laquelle une personne puisse survivre. Elle constitue un dommage à la moelle épinière, allant de l'atteinte partielle à la section totale de celle-ci qui joue un rôle central dans le système nerveux. En effet, la moelle épinière (ou médullaire) est le point de départ de nombreuses fibres nerveuses qui innervent les différents organes du corps et a pour fonction principale d'assurer la transmission des messages nerveux entre le cerveau et le reste du corps (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2014).

Logée à l'intérieur de la colonne vertébrale qui la protège et la soutient, la moelle épinière est la partie du système nerveux central qui se prolonge en dessous du tronc cérébral (à partir du bulbe rachidien) pour se terminer en bas du rachis, dans le cône médullaire (ou « conus medullaris ») situé au niveau des première et deuxième vertèbres lombaires. L'organisation longitudinale de la moelle épinière comporte différents niveaux segmentaires neurologiques (segments médullaires) correspondant aux 31 paires racines nerveuses spinales qui sortent de la colonne vertébrale entre chacune des vertèbres. Numérotés selon le même système de classification que celui des vertèbres, les segments médullaires sont regroupés, comme celles-ci, en quatre sections anatomiques : les segments cervicaux (proches de la tête), thoraciques (sous le torse), lombaires (près du bassin) et les segments de la moelle sacrée qui se situe près du coccyx (cf. Figure 1 pour une description complète).

Lorsque la moelle épinière est endommagée ou sectionnée, le relai des influx nerveux entre le cerveau et les nerfs des différentes parties du corps rattachés à celle-ci se situant sous le segment médullaire lésé (niveau lésionnel) est perturbé, voire interrompu. Ceci peut alors entraîner une perte partielle ou complète (paralysie) de l'activité musculaire volontaire et des fonctions végétatives (affectant notamment les systèmes de régulation des intestins, de la vessie, de la respiration, du rythme cardiaque et de la pression sanguine) ainsi qu'une diminution ou une absence de sensibilité dans la portion du corps sous-lésionnelle (OMS, 2014). De ce fait, les déficiences physiques associées à ce type de blessures sont nombreuses ce qui rend les tableaux cliniques des SBM très hétérogènes. En effet, l'expression et la sévérité des symptômes ainsi que le pronostic de récupération dépendent (a) de la position, sur la longueur de la moelle épinière, du niveau neurologique où se situe la lésion ; et (b) de l'étendue de celle-ci (atteinte complète/totale vs incomplète/partielle de la moelle épinière).

Concernant d'abord la localisation du niveau lésionnel de la blessure médullaire, sa hauteur est déterminée en fonction du segment neurologique le plus bas encore intact. Généralement, plus l'atteinte médullaire est haute, plus les déficiences physiques qui en découlent sont importantes (Eastwood, Hagglund, Ragnarsson, Gordon, & Marino, 1999). On parle de *paraplégie* lorsque l'atteinte touche les segments thoraciques, lombaires ou sacrés de la moelle épinière, provoquant alors une perte sensorielle et/ou motrice des membres inférieurs (jambes) et de certaines parties du tronc. En revanche, si la lésion est plus haute, localisée dans les cervicales, il s'agit d'une *tétraplégie*. Un dommage ou une rupture des segments médullaires cervicaux entraîne non seulement une interruption (partielle ou totale) des fonctions motrices et/ou de la sensorielles de toutes les parties du corps situées sous le niveau lésionnel (seules celles du visage demeurent intactes), mais impacte également la musculature des bras et de l'appareil respiratoire (Wyndaele & Wyndaele, 2006).

Ceci nous amène alors à définir l'étendue de l'atteinte médullaire : une LME est dite « complète » lorsque tous les faisceaux de nerfs spinaux chargés de transmettre à la fois les perceptions sensorielles au cerveau et les commandes motrices volontaires, émises par ce dernier, aux membres sont interrompus (Marino, 2003). On observe alors une absence totale des fonctions sensorielles et motrices dans les parties du corps sous-lésionnelles. Dans le cas de lésions médullaires « incomplètes » certaines fonctions résiduelles de la motricité et/ou de la sensibilité sont conservées : partiellement endommagée, la moelle épinière parvient à assurer le transport d'une partie des influx nerveux entre le cerveau et le reste du corps.

L'étiologie des blessures à la colonne vertébrale à l'origine des LME est diverse. Dans leur majorité ces blessures sont dues à des causes évitables comme les accidents de la circulation, les chutes ou la violence. On parle alors de lésions médullaires d'origine traumatique (LMET) en opposition avec les lésions dites « non-traumatique » (LMENT) qui ne concernent qu'environ 10% des cas de LME et résultent d'une pathologie sous-jacente telle qu'une maladie (e.g., infectieuse, musculosquelettique, etc.), une dégénérescence (due entre autres à une pathologie chronique dégénérative ou à un cancer) ou encore des problèmes congénitaux comme le spina-bifida (Oliver et al., 2012).

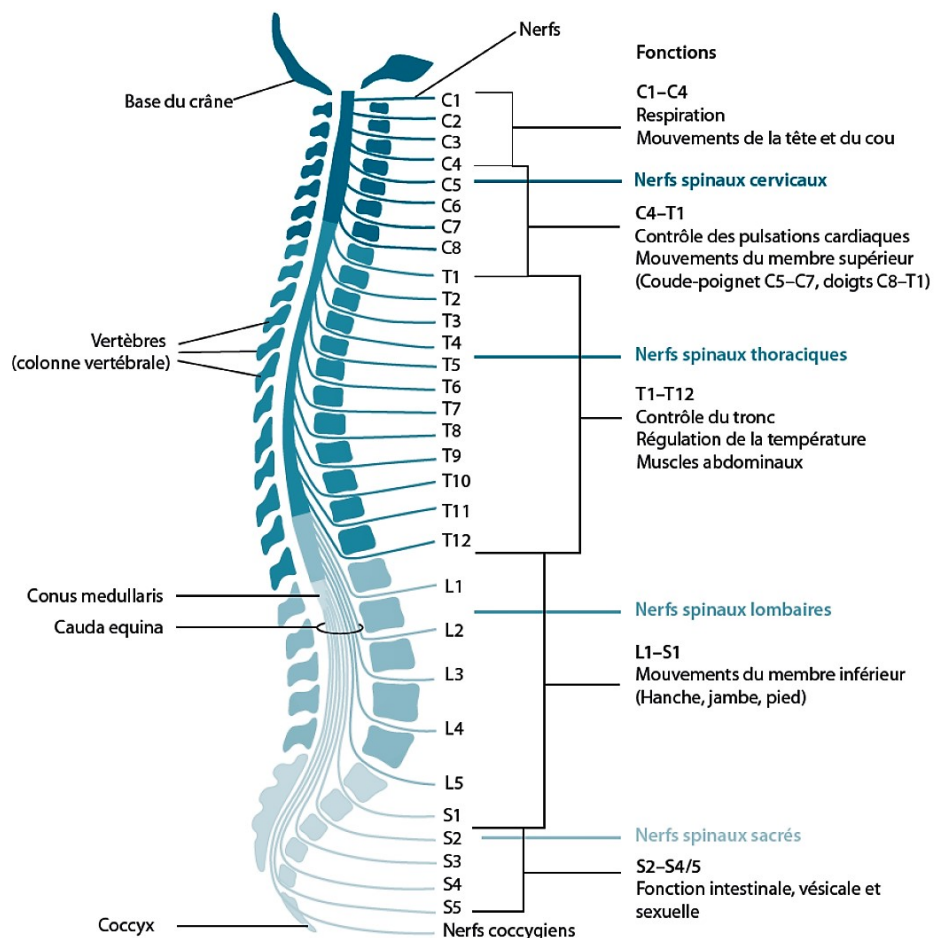


Figure 1. « Organisation longitudinale de la moelle épinière (avec segments cervicaux, thoraciques, lombaires et sacrés en zone ombrée) ; vertèbres et nerfs spinaux et brève représentation des principales fonctions de la moelle épinière » (OMS, 2014, p. 6).

On ressent chaque année dans le monde entre 250 000 et 500 000 nouveaux cas de LME (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2015) l'incidence mondiale étant estimée entre 40 et 80 cas par million d'habitants (OMS, 2014). Qu'elles soient hautes ou basses, complètes ou incomplètes, d'origine traumatique ou non, les lésions de la moelle épinière constituent un état de santé complexe par bien des aspects (Oliver et al., 2012 ; Post & Van Leeuwen, 2012). Notamment par le caractère irréversible des conséquences motrices et/ou sensorielles dues à l'interruption ou à la perturbation des influx nerveux entre le cerveau et la portion corporelle sous-lésionnelle (OMS, 2001b). De plus, une LME peut survenir à tout âge et est susceptible de frapper à l'improviste l'ensemble de la population, de façon soudaine et, dans la majorité des cas, sans signe avant-coureur : aucun individu n'est donc à l'abri du risque de devenir tôt ou tard un sujet blessé médullaire (Garske & Turpin, 1998).

Aux caractères irréversible et soudain de la lésion médullaire, s'ajoutent ses multiples répercussions qui ne se restreignent pas aux paralysies motrices et/ou sensorielles — conséquences directement liées à la localisation de l'atteinte neurologique et à l'étendue de celle-ci — et contribuent également à la complexité de cette affection médicale (Campagnolo, Kirshblum, Nash, Heary, & Gorman, 2011). En effet, la survenue d'une LME entraîne des limitations dans bien des domaines, bouleversant alors profondément et de manière durable la vie des SBM (Fekete, Siegrist, Post, Brinkhof, 2019 ; Krause & Bozard, 2012 ; Post & Van Leeuwen, 2012). Historiquement associée à des taux de mortalité très importants, la LME peut aujourd'hui davantage être considérée, dans les pays à revenu élevé, comme un défi personnel pouvant être surmonté avec succès (Chamberlain, Meier, Mader, Von Groote, & Brinkhof, 2015). Ceci dans le sens où le SBM peut parvenir à s'ajuster à la fois aux conséquences physiques (Jensen et al., 2014), sociales (Geyh et al., 2012) et psychologiques (Chevalier, Kennedy, & Sherlock, 2009) associées à la LME et continuer ainsi à mener une vie épanouissante après sa survenue (Van Leeuwen et al., 2012).

1.1.1 L'impact des LME sur la santé mentale des sujets blessés médullaires (SBM)

Bien que plusieurs recherches mettent en évidence que la majeure partie des blessés médullaires parviennent à surmonter les nombreux défis imposés par une LME (Kennedy et al., 2000 ; Kennedy, Lude, & Taylor, 2006, Chevalier et al., 2009), la survenue d'une telle blessure n'en demeure pas moins un événement tragique dont les conséquences multiples constituent une menace non-négligeable à la santé mentale des SBM (Kraft & Dorstyn, 2015 ; Post & Van Leeuwen, 2012 ; Van Leeuwen, Edelaar-Peeters, Peter, Stiggelbout, & Post, 2015).

Selon l'OMS, la santé mentale constitue une composante essentielle de la santé définie comme « un état de bien-être psychique dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2004, p. 7). Cette définition reprend le terme de *bien-être psychique* utilisé par Illés et Abel (2002) pour désigner « une situation vécue de manière subjectivement positive » (p. 36). En accord avec ces éléments, nous utilisons la notion de santé mentale dans notre étude pour désigner l'ensemble des réactions psychologiques et affectives à tous stressors rencontrés par les individus qui inter-réagissent de manière dynamique avec les différents domaines relatifs au fonctionnement humain décrits par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF ; OMS, 2001b).

Dans ce contexte, une situation stressante telle que la perte d'un proche, la douleur, la maladie ou, en ce qui nous concerne, la survenue d'une LME, est susceptible de nuire à cet état d'équilibre, impactant alors négativement le bien-être mental des SBM. Effectivement, les diverses recensions des écrits réalisées au cours des 20 dernières années relèvent systématiquement que, comparés à la population générale, ces personnes sont plus à risque de présenter des morbidités psychologiques (Craig, Tran, & Middleton, 2009 ; North, 1999 ; Post & Van Leeuwen, 2012). Ces dernières se traduisent (a) par une prévalence plus élevée des cas cliniquement significatifs de dépression, d'anxiété, d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) et de détresse émotionnelle (Post & Van Leeuwen, 2012) ; et (b) par davantage de comportements à risque chez cette population (Galvin & Godfrey, 2001), tels que l'abus d'alcool, de médicaments ou d'autres substances (Tate, Forchheimer, Krause, Meade, & Bombardier, 2004) et un plus grand nombre de tentatives de suicides (Stanford, Soden, Bartrop, Mikk, & Taylor, 2007).

Ces variations parmi les réactions comportementales entraînées par la survenue d'une LME mettent en évidence l'existence d'importantes différences dans les capacités d'adaptation à cet événement de vie au sein de la population blessée médullaire (Chevalier et al., 2009). Cette même variabilité est également relevée par des études longitudinales qui, en observant que la santé mentale des SBM n'emprunte, non pas, une seule et unique trajectoire développementale mais plusieurs, distinctes les unes des autres, ont conclu à la présence de différences inter-individuelles chez les SBM dans le processus d'ajustement psychologique à la LME (Bonanno, Kennedy, Galatzer-Levy, Lude, & Elfström, 2012 ; Quale & Schanke, 2010 ; Van Leeuwen, Hoekstra, Van Koppenhagen, De Groot, & Post, 2012).

De plus, Galvin et Godfrey (2001) démontrent que ces différences ne peuvent pas être prédites par les caractéristiques biologiques (localisation et étendue) de la lésion médullaire. Ils démontrent ainsi que l'impact des LME sur la santé mentale des SBM est influencé par une multitude de facteurs (e.g., psychologiques, sociaux, environnementaux, etc.), tous susceptibles de favoriser ou d'entraver l'ajustement psychologique des SBM à leur invalidité physique (Geyh et al., 2012 ; Kaiser & Kennedy, 2011 ; Kennedy, Lude, Elfström, & Smithson, 2011 ; Van Leeuwen, et al., 2012). Ces conclusions s'accordent ainsi avec la définition de Livneh et Antonak (1997) du processus d'ajustement psychologique aux événements de vie qu'ils décrivent comme un « processus général évolutif et dynamique par lequel l'individu se rapproche progressivement d'un état optimal de congruence personne-environnement » (p. 8).

1.2 L'évaluation cognitive des événements de vie

Considérant (a) qu'un événement identique peut provoquer des réactions émotionnelles diversifiées en fonction de la signification qu'il prend pour un individu, et (b) que, de la même façon, l'individu est susceptible de moduler l'émotion ressentie au cours d'un épisode émotionnel en fonction de nouvelles informations qu'il aura perçues, la notion d'évaluation cognitive telle que nous l'utilisons dans notre recherche désigne le processus cognitif par lequel un événement externe ou interne va être évalué. Ainsi, dans le champ de la psychologie des émotions, les théories de l'évaluation cognitive postulent que cette évaluation est nécessaire et suffisante pour déterminer les réactions émotionnelles d'un individu dans une situation particulière. Plusieurs auteurs (Arnold, 1960 ; Ellsworth, 1991 ; Frijda, 1987 ; Lazarus, 1966 ; Scherer, 1982) ont contribué à cerner plus précisément ce processus, désigné dans la littérature anglophone sous le terme d'« appraisal ». Nous présentons, ci-dessous, deux conceptualisations théoriques : le Modèle transactionnel du stress et du coping de Richard S. Lazarus et Susan Folkman (1984) et le Modèle des processus composants des émotions de Klaus Scherer (2001).

1.2.1 Le Modèle transactionnel du stress et du coping (Lazarus & Folkman, 1984)

En 1984, Richard Lazarus décrit le stress comme « une transaction particulière entre une personne et son environnement, dans laquelle la situation est évaluée subjectivement par celle-ci comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être » (Lazarus et Folkman, 1984, p. 19). Cette définition s'inscrit dans une perspective dite « transactionnelle » du stress car elle considère que l'individu et l'environnement entretiennent une relation bidirectionnelle et mutuellement réciproque (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

Cette nouvelle perspective a ainsi permis de s'affranchir de l'approche biologique jusqu'ici dominante qui appréhendait le stress à travers un schéma de causalité unidirectionnelle de type stimulus-réponse. Défendue par Hans Selye, cette perspective essentiellement physiologique considérait le stress comme la réaction défensive d'un organisme soumis à l'action d'un agent agressif d'origine diverse s'exprimant par une réponse physiologique stéréotypée (i.e. unique et non-spécifique à la nature de la menace) dans le but de rétablir l'homéostasie (Selye, 1956).

Dans sa conception transactionnelle, le stress ne suit plus un tel schéma linéaire de cause à effet : il est le résultat d'un processus dynamique émergeant d'une relation entre l'individu et les exigences de l'environnement (Lazarus & Folkman, 1984). On parle de stress lorsque ce dernier

évalue cette relation comme excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être. Deux processus médiatisent le lien entre cette relation personne-stresseur et ses conséquences potentielles : (a) l'évaluation cognitive (« appraisal ») de la situation stressante, et (b) le choix et la mise en œuvre de stratégies d'ajustement (« coping ») pour y faire face (Folkman et al., 1986).

(a) Processus d'évaluation cognitive

Le Modèle transactionnel du stress et du coping ou « Stress Appraisal and Coping » (SAC) de Lazarus et Folkman (1984) est fondé sur l'idée que l'individu évalue en permanence sa relation à l'environnement, et ce, relativement aux implications que cette relation peut avoir pour son bien-être personnel et l'atteinte de ses buts (Lazarus, 2001). Compte tenu de ce qu'il affronte (contraintes ou demandes de la situation) et de ce qu'il est (ressources personnelles et sociales, expériences antérieures), l'individu ne va pas subir passivement les situations stressantes mais les évaluer (nature, durée, gravité, ...) afin d'y faire face de manière adaptée (Lazarus & Folkman, 1984). Selon ce modèle, l'évaluation cognitive est donc une fonction adaptative qui consiste à trouver un équilibre entre deux types d'influences : celles des réalités de l'environnement et celles des intérêts de la personne (Lazarus, 1991). Ses concepteurs distinguent deux formes d'évaluations cognitives : l'évaluation (cognitive) primaire et l'évaluation (cognitive) secondaire (Lazarus & Folkman, 1984).

L'évaluation (cognitive) *primaire* est le « processus par lequel un individu cherche à déterminer si, et de quelle manière, un événement donné est pertinent pour lui, compte tenu de ses buts, valeurs et croyances personnelles » (Lazarus, 2001, p. 42). Elle détermine l'enjeu de la situation en répondant à la question « à quel point constitue-t-elle une menace potentielle pour moi ? » et conduit à la notion de « stress perçu » (Lazarus, 2001). Les auteurs regroupent les situations évaluées comme stressantes en trois catégories thématiques distinctes (souvent désignées dans la littérature par l'expression anglophone « appraisal types ») (Lazarus & Folkman, 1984) : (a) les situations de « perte » (aussi désignées par les termes « préjudice » ou « dommage ») dans lesquelles des émotions telles que la tristesse, colère, déception, culpabilité ou le dégoût sont attendues par Folkman et Lazarus (1985) ; (b) les situations de « menace » où le dommage ou la perte n'ont pas encore eu lieu mais sont possibles/probables dans un futur plus ou moins lointain. Les émotions typiquement éprouvées lors de la perception d'une menace sont la peur, l'anxiété et l'inquiétude (Folkman & Lazarus, 1985) ; et (c) les situations de « défi » dont l'évaluation est focalisée sur les gains potentiels et sur la maîtrise de celles-ci, regroupent également les situations

qui induisent un stress perçu comme un « bénéfice » par et pour l'individu. Les situations de défi et/ou de bénéfice engendrent des émotions positives, comme la confiance, l'espoir, l'impatience ou encore la fierté d'après Folkman et Lazarus (1985).

L'évaluation (cognitive) *secondaire* a lieu lorsque la relation entre l'individu et l'environnement a été évaluée comme pertinente et stressante par celui-ci. Dans un tel cas, il cherchera alors à déterminer si quelque chose doit (ou peut) être fait et, si oui, quoi. Ainsi, cette seconde évaluation correspond à l'appréciation, par l'individu, des ressources dont il dispose pour faire face aux exigences de la situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Elle s'effectue par l'évaluation, d'une part, des stratégies possibles pour gérer la situation, de la probabilité de chacune d'elles de parvenir au résultat escompté, de la possibilité de les accomplir de manière efficace ainsi que leurs conséquences et, d'autre part, des contraintes sociales et intrapsychiques liées à leur réalisation (Lazarus & Folkman, 1984). Au terme de ce processus d'évaluation secondaire, l'individu obtient une estimation à la fois de sa capacité à maîtriser la situation (« contrôle perçu ») et du soutien dont il dispose pour y faire face (« soutien perçu »). Le choix de ce qui devra éventuellement être entrepris pour gérer la situation de stress dépend donc du résultat de ce processus d'évaluation cognitive en deux phases qui aboutit à une issue active par la mise en œuvre de stratégies d'ajustement (également désignées par la notion de « stratégies d'adaptation ») dans le but de *faire face* (« to cope ») à l'événement stressant : le « processus de coping ».

(b) Processus de coping

Lazarus définit ce concept comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, dont la mise en œuvre est destinée à gérer (c'est-à-dire maîtriser, réduire ou tolérer) des demandes externes et/ou internes spécifiques qui sont évaluées comme menaçantes ou excédant les ressources de la personnes » (Lazarus et Folkman, 1984, p. 141). Il distingue deux fonctions majeures du coping visant à modifier la relation personne-stresseur : l'une consiste à influencer le vécu émotionnel déclenché par la situation jugée stressante (« coping centré sur l'émotion ») et la seconde à tenter d'agir concrètement sur cette situation pour la modifier (« coping centré sur le problème ») (Lazarus & Folkman, 1984). Dans la littérature, il est souvent fait référence aux efforts relatifs à chacune de ces deux fonctions, en termes de « types » de coping, chacun incluant différentes stratégies. Par exemple, le coping centré sur l'émotion comprend :

(a) des stratégies de palliation telles que la relaxation, la distraction, l'exercice physique, l'évitement du stresser, l'expression des affects négatifs, la recherche de soutien social ou émotionnel auprès d'un proche, le déni, la religiosité, la consommation excessive d'alcool ou de drogue ; (b) des stratégies qui augmentent la détresse émotionnelle (auto-accusation et auto-culpabilisation, dramatisation, impuissance, désespoir, pessimisme, répression des émotions négatives, stoïcisme, fatalisme ...) ; et (c) des stratégies qui consistent à modifier la représentation du stresser ou à changer ses propres buts et/ou normes dans la situation, notamment en se disant que la situation n'est pas si grave (stratégie de réévaluation positive de la situation ou de minimisation de la menace) ou en acceptant de réduire son niveau d'exigence personnel (résignation) (Lazarus & Folkman, 1984).

Alors que les stratégies de ce premier type de coping sont nombreuses, les stratégies de coping centrées sur le problème sont plus difficiles à décrire sans faire référence à une situation spécifique (Parker & Endler, 1992). En effet, les efforts relatifs à ce second type de coping consistent à agir activement (par des stratégies cognitives ou motrices) sur la situation afin d'essayer de la modifier concrètement. Cette action est parfois précédée par une recherche active d'informations visant à réduire l'incertitude quant au type de stratégie à mettre en œuvre ou par l'élaboration de plans d'action (planification) (Lazarus, 2001).

Un troisième type de coping apparaît également fréquemment dans la littérature : la recherche de soutien moral et/ou instrumental (Zeidner & Endler, 1996). Correspondant aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie (qu'elle soit objective ou subjective) et/ou l'aide d'autrui, il englobe toutes les tentatives effectives de la personne pour obtenir une écoute, des informations, une assistance, une aide matérielle ou encore un soutien psychologique.

Ce modèle théorique a été adapté au champ de recherche des LME par Duff et Kennedy (2006). Ces auteurs considèrent que l'ajustement psychologique du SBM à la survenue de sa lésion résulte de son appréciation à la fois de la situation dans laquelle il se trouve (processus d'évaluation primaire) et de ses ressources pour y faire face (processus d'évaluation secondaire). En supposant que le résultat de ces processus d'évaluation cognitive détermine comment le SBM perçoit l'événement à l'origine de sa lésion et comment il s'adaptera à sa situation, l'application de ce modèle à ce domaine d'étude permettrait une meilleure compréhension des différences inter-individuelles dans l'ajustement aux conséquences des LME. Dans ce contexte, différents travaux longitudinaux ont été menés en se basant sur cette application théorique afin d'étudier les relations

entre les processus d'évaluation cognitive, de coping et les trajectoires développementales de la santé mentale. Par exemple, l'équipe de recherche du Dr. Paul Kennedy observe que l'évaluation cognitive des SBM de leur situation 12 semaines après la survenue de la LME ainsi que le type de stratégies de coping qu'ils ont utilisé pour y faire face durant ces trois premiers mois post-lésionnels, prédisent la présence de troubles psychologiques deux ans plus tard (Kennedy, Lude, Elfström, & Smithson, 2012). Ce lien semble stable dans le temps puisque cette corrélation demeure significative 10 (Pollard & Kennedy, 2007) et même 21 années après l'apparition de la blessure médullaire (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016). Kennedy, Evans et Sandhu (2009) relèvent également que les évaluations cognitives des SBM lors de la phase initiale de leur première rééducation influencent leur remédiation physique et mentale à long-terme. Les individus percevant négativement leur situation présentent une indépendance fonctionnelle significativement inférieure à ceux qui l'évaluent de manière positive (Kennedy et al., 2009 ; Kennedy et al., 2011). Il a aussi été démontré que lorsque les paralysés médullaires perçoivent la survenue de leur lésion comme une menace ou comme une perte ils ont plus recours à des stratégies de coping peu adaptatives et majoritairement centrées sur les émotions (évitement, résignation, faible adhésion thérapeutique, abus de certaines substances, ...) (DeGraff & Schaffer, 2008). Ce qui contribue à maintenir leur dépendance fonctionnelle et leurs besoins communautaires à des niveaux élevés (Kennedy et al., 2006 ; Peter et al., 2014).

1.2.2 Le Modèle des processus composants des émotions (Scherer, 2001)

Les travaux de Klaus Scherer se basent sur le modèle SAC de Lazarus et Folkman (1984), et, bien qu'il existe des différences entre ces théories, les deux reconnaissent le rôle clé du processus d'évaluation cognitive à la fois pour déterminer la manière dont un stimulus émotionnel déclencheur sera perçu et pour prédire quelles stratégies de coping seront utilisées afin d'y faire face. En s'intéressant aux processus cognitifs par lesquels une émotion est typiquement déclenchée et différenciée dans tout type de situation émotionnelle, plaisantes ou non, le champ de la théorie de Scherer (1982) s'étend au-delà du modèle transactionnel focalisé sur le traitement cognitif des événements stressants.

Scherer (1984) conceptualise la notion d'émotion comme un construit multidimensionnel se constituant de cinq composantes interdépendantes : (1) le *sentiment subjectif* renvoie à l'appréciation subjective (plus ou moins consciente) de l'expérience émotionnelle vécue

(sentiments et sensations internes ressentis) ; (2) la *réponse psychophysiological* recouvre trois types de modifications corporelles en cascade : neuronales (e.g., activation de l'amygdale), physiologiques (e.g., variations du rythme cardiaque, pression sanguine, conductance cutanée, température corporelle), et neuro-végétatives (e.g., dans le cas de la peur : sueurs, palpitations et oppression respiratoire) ; (3) les *réactions motrices* qui accompagnent l'expression de l'émotion font référence aux manifestations expressives et comportementales ; (4) les *tendances à l'action* constituent la composante motivationnelle des émotions, dans le sens où chacune d'elles induit une impulsion qui se traduit généralement par un comportement d'approche ou d'évitement ; et (5) l'*évaluation cognitive* du stimulus déclencheur est quant à elle considérée comme la dimension qui détermine les changements dans les quatre autres. Cette composante représente le processus cognitif par lequel un événement externe ou interne va être évalué, même de façon implicite, de sorte que la réponse émotionnelle (constituée des quatre composantes susmentionnées) est déclenchée et se différencie en une émotion spécifique (Grandjean, Sander, & Scherer, 2008).

Considérant qu'un stimulus émotionnel déclencheur est susceptible de provoquer des changements dans chacune de ces composantes, le Modèle des processus composants (CMP) de Scherer (2001) définit la notion d'émotion comme « un épisode de changements corrélés et synchronisés de l'état de tous ou de la plupart des cinq sous-systèmes de l'organisme en réponse à un événement interne ou externe évalué comme important » (Sander et Scherer, 2014, p. 45). Ceci nous mène au postulat central de ce modèle selon lequel cet ensemble de variations épisodiques dans les différentes composantes dépend du processus cognitif par lequel la personne aura évalué cet événement en fonction de plusieurs critères et sous-critères évaluatifs. Dans son modèle, Scherer (2001) propose la classification d'un ensemble de ces critères d'évaluation qu'il nomme « critères séquentiels d'évaluation cognitive » (CSEC) (ou « Stimulus Evaluation Checks »). Ils sont organisés selon les quatre objectifs évaluatifs suivants :

1) la *pertinence*, évaluée en fonction à la fois de (a) la nouveauté de la situation (caractère soudain, familier et prédictible de celle-ci), (b) son agrément intrinsèque (caractère agréable vs désagréable du stimulus), et (c) son importance (caractère pertinent du stimulus selon la hiérarchie des buts et des besoins de la personne au moment précis de la survenue de celui-ci).

2) les *implications* de l'événement comme tel pour l'individu correspondent à l'appréciation des critères (a) d'attribution causale (agent responsable du stimulus et motifs de celui-ci), (b) de

probabilité des conséquences (degré de certitude dans la prédiction des résultats possibles engendrés par l'occurrence de l'événement), (c) d'inadéquation avec les attentes (différences entre l'apparition de l'événement et les prédictions), (d) de conductance au but (facilitation/obstruction à l'atteinte des buts et besoins), et (e) d'urgence. L'individu détermine ainsi à quel point la situation peut nuire ou aider à sa survie, à son adaptation à un environnement donné, à la satisfaction de ses besoins et à l'atteinte de ses buts.

3) le *potentiel de maîtrise*, à travers les critères (a) de contrôle, (b) de puissance, et (c) d'ajustement, l'individu évalue sa capacité à gérer ou maîtriser les conséquences de la situation en déterminant quels types de réponses sont possibles et quelles conséquences découleront des différentes options disponibles.

4) la *signification normative*, l'individu évalue dans quelle mesure les causes et les conséquences de la situation sont en accord avec (a) ses standards internes (tant au niveau de ses aspirations personnelles, de son concept de soi que de son propre code moral) ; et (b) les standards externes (i.e. les normes, injonctions et valeurs socialement acceptées).

En considérant qu'il résulte de l'évaluation séquentielle de ces quatre critères principaux (et CSEC sous-jacents), des états émotionnels subjectifs et propres à chacun, le modèle CMP offre une conceptualisation du processus émotionnel qui tient compte du caractère complexe et multifactoriel de l'évaluation cognitive (Grandjean et al., 2008). De ce fait, il y aurait autant d'émotions qu'il y a de résultats possibles à cette séquence évaluative. Le modèle CMP tente alors d'appréhender cette multitude d'états émotionnels en proposant des prédictions concernant les patterns d'activations dans les différents sous-systèmes organiques qui desservent les cinq composantes émotionnelles (Scherer & Sangsue, 2004). Bellighausen (2012) a d'ailleurs proposé une remédiation à l'alexithymie (déficit dans l'identification des émotions) basée sur cette théorie. Il considère que chaque composante peut servir de porte d'entrée pour aider les individus à identifier leurs états émotionnels. Dans ce cas, lorsqu'un individu ne parvient pas à identifier son émotion au terme du processus séquentiel d'évaluation cognitive, il serait alors possible de lui apprendre à la déduire à partir des différents CSEC du modèle CMP. Par conséquent, l'application de ce type de remédiation dans le domaine de recherche des LME pourrait être également pertinent notamment parce que l'on sait aujourd'hui qu'une évaluation dysfonctionnelle de la survenue de la lésion et des déficiences physiques qui en résultent influence à la fois la santé mentale des SBM (Galvin & Godfrey, 2001 ;

Kennedy et al., 2009), leur indépendance fonctionnelle (Kennedy et al., 2011), leur participation sociale (Peter et al., 2014) ainsi que leur engagement le travail de rééducation (Eaton, Jones, & Duff, 2018 ; Kennedy et al., 2016).

1.3 Les compétences émotionnelles (CE)

Avant de définir cette notion, il est nécessaire de préciser que deux perspectives ont prédominé la conceptualisation et l'étude des mécanismes mentaux impliqués dans le processus d'ajustement aux événements : elles sont décrites dans la littérature en termes d'approches dispositionnelle (ou différentielle) et situationnelle (ou contextuelle) (Zeidner & Endler, 1996). Les modèles présentés en amont sont emblématiques de cette seconde approche, également dite « intra-individuelle », prenant en compte la variabilité chez un même individu en matière d'évaluation cognitive et de coping et qui caractérise ces construits comme des processus dynamiques (on parlera alors de « coping-état » pour décrire la façon particulière des personnes à faire face à une situation émotionnellement intense spécifique).

A l'inverse, le construit théorique des compétences émotionnelles (abrégé CE dans le texte) s'inscrit dans une perspective différentielle s'intéressant aux aspects dispositionnels du coping, à savoir la stabilité (dans le temps) et la consistance (entre différents contextes). Partant de l'idée qu'un certain nombre de caractéristiques intrinsèques à l'individu le prédisposent à agir d'une manière spécifique en situation de stress, de nombreux auteurs ont postulé l'existence de différences inter-individuelles dans la façon habituelle des personnes à faire face à ce type de situations (Terry, 1994). La perspective dispositionnelle consiste alors à étudier le rôle de ces différences dans le coping et préconise l'existence de « styles » de coping relativement stables dans le temps et les circonstances (on parlera cette fois-ci de « coping-trait »).

Dans notre étude, les notions de « compétences émotionnelles » et de « régulation émotionnelle cognitive » se réfèrent à ce phénomène de coping-trait : en effet, ces deux concepts renvoient aux habiletés cognitives permettant aux individus de moduler leurs émotions de manière adaptée. Luminet (2002) définit ces dernières comme un phénomène ou un état relativement bref (de quelques secondes à quelques minutes) provoqué par un stimulus ou par une situation spécifique qui va s'accompagner d'une série de modifications cognitives, physiologiques et

comportementales, d'intensité variable. Il considère ainsi que les émotions ne déterminent pas le comportement mais préparent ou suggèrent une manière de réagir. De ce fait, leur fonction adaptative ne provient pas des émotions elles-mêmes, mais bien de ce que les individus en font et ils ne sont, hélas, pas tous égaux à ce niveau. En effet, un relatif consensus se dégage aujourd'hui autour de l'existence de différences inter-individuelles en termes de capacités à expérimenter, réguler et utiliser le processus émotionnel à des fins adaptatives (Scherer, 2007). C'est précisément à cet endroit qu'intervient la notion de compétence ou d'intelligence émotionnelle. Bien que le nombre et la nature précise des CE diffèrent entre les modèles théoriques (Roberts, Zeidner, & Matthews, 2001), le fait de gérer efficacement des situations stressantes est souvent considéré comme un élément clé de l'intelligence émotionnelle (Matthews, Zeidner, & Roberts, 2004). Ces auteurs considèrent même l'observation d'un coping adapté comme de l'intelligence émotionnelle « en action » (Matthews et al., 2004). Ainsi, selon la définition majoritairement acceptée des compétences émotionnelles, elles « réfèrent aux différences dans la manière dont les individus identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui » (Mikolajczak, 2009, p. 7). De ce fait, ces compétences forment un ensemble de ressources psychologiques efficaces et fonctionnelles dont il est crucial de disposer pour parvenir à s'ajuster à l'environnement car elles permettent de mobiliser les efforts cognitifs nécessaires à la mise en œuvre des stratégies de coping adaptées (Mikolajczak & Luminet, 2008). Leur importance est effectivement démontrée dans de nombreux domaines, notamment dans les sphères des relations sociales (inter-personnelles et conjugales), des performances professionnelles, mais également de la santé physique et mentale (Nelis et al., 2011 ; Petrides et al., 2016).

Étant donné que les compétences émotionnelles peuvent s'acquérir et s'améliorer (Kotsou, Nelis, Grégoire & Mikolajczak, 2011 ; Theurel & Gentaz, 2015), elles constituent un facteur sur lequel on peut agir en vue d'améliorer la santé, les rendant alors très intéressantes pour le domaine de recherche des LME. Samson et Tornare (2015) ont mis en évidence qu'elles pouvaient être utilisées pour remédier à certaines perturbations émotionnelles dans divers troubles psychologiques. Les interventions ciblées sur les CE sont également considérées comme un bon prédicteur de santé physique (Mikolajczak et al., 2015). En effet, augmentées, les CE constituent l'un des principaux facteurs prédicteur de l'utilisation des soins de santé (Avalosse et al., 2015). Dans ce sens, il a récemment été démontré qu'intervenir sur les CE dans le but de les optimiser pouvait réduire les coûts de la santé (Mikolajczak & Van Bellegem, 2017).

1.4 La problématique et les objectifs de la recherche

Il ressort des différents éléments théoriques susmentionnés, l'importance d'envisager de manière complémentaire les perspectives dispositionnelle et situationnelle en matière de recherche auprès des personnes blessées médullaires. En étudiant le style de coping(-trait), l'approche dispositionnelle est particulièrement pertinente en psychologie de la santé, notamment dans le cadre de la prévention car elle permet d'identifier les stratégies (fonctionnelles ou non) par lesquelles les individus gèrent habituellement leurs tracas quotidiens et les impacts potentiels de ces derniers sur la santé à long terme (Quintard, 1994). De son côté, la perspective situationnelle propose d'investiguer les stratégies de coping(-état) qu'une personne utilise lorsqu'elle est confrontée à des situations particulières telles que la survenue d'un événement de vie traumatique, offrant ainsi une meilleure compréhension de la gestion individuelle de celui-ci et la possibilité d'offrir une meilleure prise en charge adaptée aux forces et faiblesses de chacun pour promouvoir le processus d'ajustement (Matthews et al., 2004 ; Parker & Endler, 1992).

Toutefois aucune étude n'a encore été menée dans le domaine des LME en s'appuyant sur un modèle intégrant ces deux approches. Le Modèle transactionnel du stress et du coping (Lazarus & Folkman, 1984) est aujourd'hui majoritairement utilisé dans ce champ de recherche bien qu'il ne permette pas de rendre compte de la complexité des processus impliqués tant dans la perception de la LME (de sa survenue et de toutes les circonstances particulières qui l'entourent ainsi que de l'invalidité qui en résulte) que dans le choix et l'utilisation de stratégies de coping pour y faire face (Kaiser & Kennedy, 2011 ; Kennedy, Lude, Elfström, & Smithson, 2010).

Nous pensons que l'application du modèle CMP de Scherer (2001) à ce domaine permettrait une meilleure compréhension de ces mécanismes mentaux, notamment parce qu'il accorde davantage de nuances à l'expérience émotionnelle subjectivement ressentie en réponse à un événement de vie aussi intense que la survenue d'une LME en considérant que : (a) ce sentiment subjectif n'est qu'une composante du processus émotionnel parmi quatre autres ; (b) il est défini en fonction des changements provoqués par cet événement dans chacune de ces composantes interconnectées ; (c) ces variations dépendent du processus cognitif par lequel la personne aura évalué cet événement à travers les différents critères et sous-critères proposés par ce modèle. Étant donné que les LME se manifestent de différentes façons avec des circonstances entourant leur survenue jamais identiques, l'expérience émotionnelle de chaque SBM est unique tout comme leur perception de la situation et de leurs capacités à y faire face (Eaton et al., 2018 ; Peter et al., 2014).

Parallèlement, l'approche dimensionnelle est également susceptible d'apporter des explications quant aux différences inter-individuelles dans l'ajustement aux LME, en considérant notamment que les CE propres à chacun influencent la capacité individuelle à s'adapter aux conséquences d'une LME (Nelis et al., 2011 ; Samson & Tornare, 2015). Pour l'heure, cela n'a toutefois pratiquement pas été étudié (Saberri & Ghajarzadeh, 2017) et ce malgré que les CE fassent l'objet d'un nombre croissant de travaux menés auprès de patients présentant des affections médicales sévères et irréversibles telles la sclérose en plaques (Ghajarzadeh, Mahsa, Sauraian, Moghadasi, & Azimi, 2014) ou encore lors de lésions cérébrales acquises (Hall, Wrench, Connellan, Ott, & Wilson, 2019).

De plus, il n'existe aucune étude s'intéressant à la fois à l'expérience émotionnelle individuelle des SBM, à leurs CE et au développement de pathologies (mentales ou physiques) secondaires à la survenue d'une LME. C'est pourquoi, ce mémoire a pour objectif d'établir des normes de référence longitudinales de variables situationnelles et dispositionnelles mesurant différents mécanismes mentaux impliqués dans le processus d'ajustement psychologique, destinées au suivi de SBM. Ceci dans le but d'apporter une contribution d'une part à la compréhension du processus d'ajustement psychologique aux LME (Eaton et al., 2018 ; Kaiser & Kennedy, 2011) et, d'autre part, à l'élaboration d'interventions personnalisées selon les besoins thérapeutiques de chaque SBM pour promouvoir le meilleur développement possible de leur aptitude fonctionnelle physique et de leur santé mentale (Nowakowska-Domagala, Pietras, Jabłkowska-Górecka, & Stecz, 2018). Être en mesure de mettre en place de telles interventions psychologiques ciblées et adaptées aux forces et faiblesses cognitives de chaque SBM augmenterait considérablement leur efficacité ce qui pourrait alors entraîner des répercussions positives en cascade. En effet, nous savons aujourd'hui qu'une augmentation initiale des ressources psychologiques des SBM limite l'apparition ultérieure de psychopathologies (Peter, Müller, Cieza, & Geyh, 2012) réduisant alors le risque de présenter des complications physiques : il a été démontré que le développement de ces dernières est influencé par la présence de difficultés psychologiques (Krueger, Noonan, Williams, Trenaman, & Rivers, 2013). Favoriser le bien-être psychique pour améliorer la santé physique des SBM permet à la fois de diminuer leur taux de réhospitalisations pour des complications, actuellement très élevé durant la première année post-lésionnelle (Cardenas, Hoffman, Kirshblum & McKinley, 2004 ; DeJong et al., 2013) et de contribuer à augmenter leur qualité de vie (Kennedy et al., 2010 ; Van Leeuwen et al., 2010 ; Van Leeuwen, Kraaijeveld, Lindeman, & Post, 2012).

2. MÉTHODE

2.1 Participants

Les participants sont issus de la population générale Suisse romande. Leur recrutement visait initialement à élaborer un groupe contrôle, composé d'au moins 20 personnes tout-venant et socio-démographiquement similaires à un patient (cas) âgé de 62 ans présentant une LME récente et séjournant à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR). En effet, ce projet de recherche était, à l'origine, lié à l'étude épidémiologique SwiSCI (Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study), réalisée en Suisse auprès de patients atteints de LME (Post et al., 2011). Afin d'obtenir un groupe contrôle homogène apparié à ce cas, nous avons recruté exclusivement des hommes en bonne santé (sans pathologie mentale ni physique diagnostiquée) et âgés au maximum de cinq ans de moins (57 ans) ou de plus (67 ans) que le cas étudié. Malheureusement, ce dernier s'est retiré prématurément de la recherche SwiSCI, mettant ainsi un terme à notre projet d'étude de cas. Nous avons toutefois décidé de poursuivre la récolte des données auprès de notre groupe contrôle, notamment parce que ses caractéristiques démographiques demeurent pertinentes à l'établissement des normes longitudinales de référence en vue d'une comparaison ultérieure avec les données de SBM. En effet, il a été démontré qu'au niveau mondial les hommes sont globalement plus concernés par les LME que les femmes et que le risque de LME augmente avec l'âge (Olivier et al., 2012). Cette même prévalence est également observée au niveau national : plusieurs études suisses obtiennent des résultats similaires (Geyh et al., 2012 ; Brinkhof et al., 2016).

Le processus de recrutement de participants répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude s'est déroulé en Romandie (principalement dans les cantons de Genève et Vaud) et fut un travail de longue haleine. En effet, c'est à l'issue de plusieurs mois de recherche intensive de candidats (volontaires et non-rémunérés), que nous obtenons notre échantillon total composé de 27 hommes tout-venant, âgés entre 58 et 66 ans révolus ($M = 62.185$, $ET = 2.001$).

Le Tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon. Ces données ont été recueillies à l'aide d'un bref questionnaire que nous avons créé afin de récolter les informations pertinentes pour notre recherche (âge, langue maternelle, nationalité, éducation, situations familiale et professionnelle) lors de la première prise de contact avec nos participants.

Tableau 1
Caractéristiques socio-démographiques des participants

Participants (n = 27)			
Age			
	Moyenne (ET)	62.185	(2.001)
	Médiane (étendue)	62	(58 – 66)
Prévalence			
Variables indépendantes	n	(%)	
Nationalité			
	Suisse	27	(100)
	Double		
	<i>suisse & française</i>	4	(14.82)
	<i>suisse & italienne</i>	2	(7.41)
	<i>suisse & portugaise</i>	1	(3.70)
	<i>suisse & allemande</i>	1	(3.70)
Statut matrimonial			
	Marié	23	(85.19)
	Divorcé	2	(7.41)
	Célibataire	1	(3.70)
	Veuf	1	(3.70)
Enfants			
	Oui	25	(92,59)
Niveau d'études			
	CFC	5	(18.52)
	Maturité	4	(14.82)
	Bachelor	12	(44.44)
	Master	5	(18.52)
	Doctorat	1	(3.70)
Activité professionnelle			
Situation			
	<i>Employé/salarié</i>	19	(70.37)
	<i>Retraité</i>	5	(18.52)
	<i>Chômeur</i>	2	(7.41)
	<i>Sans activité lucrative</i>	1	(3.70)
Secteur			
	<i>Santé/Médecine/Psychologie</i>	5	(18.52)
	<i>Commerce/Vente</i>	4	(14.82)
	<i>Construction/BTP</i>	3	(11.11)
	<i>Marketing/Communication/Multimédia</i>	3	(11.11)
	<i>Pédagogie/Education/Formation</i>	3	(11.11)
	<i>Science/Recherche</i>	3	(11.11)
	<i>Assurance/Administratif</i>	2	(7.41)
	<i>Banque/Finance</i>	2	(7.41)
	<i>Droit/Fiscalité/Conseil</i>	2	(7.41)

L'ensemble de l'échantillon est de langue maternelle française et de nationalité suisse. Concernant le niveau d'éducation, le degré d'études le plus élevé est un doctorat, atteint par une personne alors que pour près de la moitié des participants (44.44%), il s'agit d'un baccalauréat (universitaire ou HES équivalent). Cinq personnes détiennent un diplôme supérieur à celui-ci (i.e. Master) et neuf n'ont pas entrepris d'études supérieures. Plus de 70% de l'échantillon occupe actuellement un emploi et déclare avoir une situation professionnelle correspondant à celle d'employés/salariés. Autrement, nous comptabilisons également cinq retraités, deux personnes au chômage et une n'occupant pas d'activité lucrative.

Seules deux personnes (7.41%) n'ont pas d'enfants. Les 25 parents (92.59% de l'échantillon) ont chacun entre un et cinq enfants ($M = 2.222$, $ET = 1.05$). L'âge des enfants est mesuré par des intervalles allant de 6 à plus de 25 ans, les plus sélectionnés étant ceux des âges compris entre 18 et 25 ans (43.33%) et supérieurs à 25 ans (50%). 18 parents rapportent qu'au moins un de leurs enfants a quitté le domicile familial, tout en continuant de le (ou les) voir, pour la majorité d'entre eux (88%), à une fréquence hebdomadaire. Enfin, 25.93% des sondés sont grands-pères : en effet, sept participants déclarent avoir au moins un petit-enfant.

2.2 Design expérimental et procédure

Il s'agit d'une recherche longitudinale dont le design expérimental initial consistait en une étude de cas-contrôles. Les données ont été recueillies au cours de l'année 2018, à l'occasion de quatre temps de mesure, espacés de trois à quatre mois chacun : T1 (entre février et mars), T2 (entre mai et juin), T3 (entre août et septembre) et T4 (entre novembre et décembre).

Le formulaire d'information et de consentement est remis aux participants en main propre lors de la première prise de contact (cf. Annexe A), en même temps que le questionnaire recueillant leurs informations personnelles. La première passation s'est déroulée environ un mois plus tard avec la présence d'un expérimentateur. En effet, afin de répondre aux interrogations et pour augmenter la probabilité qu'ils complètent les questionnaires ultérieurs, tous les participants répondent au premier temps de mesure en étant accompagnés d'un expérimentateur. Ce dernier occupe un rôle plus ou moins actif (simple présence vs sous forme d'entretien) selon les préférences des participants. Les trois temps de mesures suivants sont informatisés (via le logiciel de création

de formulaires en ligne « LimeSurvey »), bien les participants soient également libres de choisir un autre format de passation. Lorsque les questionnaires sont remplis en ligne, nous les prions de veiller à se placer dans des conditions adaptées et, si possible, similaires à chaque passation. Nous leur demandons également de remplir les formulaires de manière individuelle, le plus sincèrement possible et de nous indiquer s'ils ont vécu un événement susceptible d'influencer leurs réponses entre deux temps de mesure.

Les huit instruments utilisés, mentionnés ici par leurs abréviations, sont décrits de manière approfondie dans la prochaine sous-partie. Ils sont répartis en quatre temps de mesure, sachant que T1 et T3 sont identiques (constitués d'un ensemble de six instruments : QGA ; ALE ; DT ; HADS ; IES-R et PEC, pour une durée approximative de 45 minutes) tout comme T2 et T4 qui, plus brefs, regroupent, dans l'ordre, le CERQ, le DT, le QGA, l'ALE ainsi que le Brief-COPE (cf. Tableau 2 pour une synthèse du matériel expérimental).

Tableau 2

Tableau synoptique du matériel expérimental : description des outils utilisés, de ce qu'ils évaluent (construits), quand (temps) et comment les données ont été traitées et analysées en fonction des trois types de mesures,

Instruments	Description des outils et des construits mesurés	Temps de mesure				Traitement et analyse de données
		T1	T2	T3	T4	
<i>Mesures situationnelles</i>						
ALE (Ferguson, Matthews, & Cox, 1999)	16 adjectifs cotés de 0 (<i>pas du tout</i>) à 5 (<i>extrêmement</i>) intégrés au QGA pour mesurer les trois dimensions de l'évaluation cognitive primaire d'un événement de vie spécifique identifiées par le modèle SAC pour distinguer parmi ces expériences émotionnelles, les situations de (a) perte, (b) menace, et (c) défi/bénéfice (Folkman & Lazarus, 1985).	×	×	×	×	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi les trois facteurs mesurés, celui ayant obtenu le score le plus élevé qualifie l'événement-X du QGA. • Le traitement des VDs situationnelles ultérieur se fait en fonction de cette distinction en trois groupes.
QGA (Geneva emotion research group, 2002)	Rappel libre d'un événement émotionnel s'ensuit quatre items qualitatifs (type QCM), l'ALE ainsi que des questions cotées de 1 (<i>pas du tout</i>) à 5 (<i>tout à fait</i>) basées sur les CSEC du modèle CMP (= 24 items) pour mesurer le processus d'évaluation cognitive (Scherer, 2001) et d'autres relatives à l'expérience émotionnelle éprouvée (= 4 items).	×	×	×	×	<ul style="list-style-type: none"> • VDs qualitatives : Tableaux de fréquences (<i>n</i>, %). • VDs quantitatives : (1) Statistiques descriptives (<i>M</i>, <i>ET</i>), et (2) vérification des postulats de normalité et d'homoscédasticité pour l'analyse de variance à suivre.
Brief-COPE (Carver, 1997)	28 items cotés de 1 (<i>pas du tout</i>) à 4 (<i>tout à fait</i>) mesurant 14 stratégies de coping-état, subdivisées en quatre types de coping : soutien social ; résolution de problèmes ; évitement ; pensée positive.		×		×	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison des moyennes des scores : ANOVAs simples (SS type III), seuil $\alpha = .05$. • Analyse Post-Hoc (si $p \leq \alpha$) : Comparaisons multiples avec un test HSD de Tukey.
<i>Mesures dispositionnelles</i>						
PEC (Brasseur et al., 2013)	50 items cotés de 1 (<i>pas du tout</i>) à 5 (<i>tout à fait</i>) mesurant les cinq <i>Compétences Émotionnelles</i> de base sur deux sous-échelles : les CE <i>intra-</i> et les CE <i>inter</i> -personnelles (Mikolajczak, 2009).	×		×		<ul style="list-style-type: none"> △ Analyse des données en fonction du temps. • Statistiques descriptives (<i>M</i>, <i>ET</i>) et vérification de la normalité des distributions (a) des scores à chaque VD, et (b) des différences entre chaque paire de VDs.
CERQ (Garnefski et al., 2001)	36 items cotés de 1 (<i>jamais</i>) à 5 (<i>toujours</i>) mesurant neuf stratégies cognitives de <i>régulation émotionnelle</i> adaptatives et non-adaptatives.		×		×	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison des moyennes des scores : Test-<i>t</i> de Student à deux échantillons appariés ($\alpha = .05$).
<i>Mesures évaluant la santé mentale</i>						
HADS (Zigmond & Snaith, 1983)	14 items cotés de 0 à 3 subdivisés en deux sous-échelles : <i>anxiété</i> et <i>dépression</i> . Plus un score est élevé, plus l'expression et la sévérité des symptômes anxiodépressifs sont cliniquement significatives (scores ≥ 8 = cas symptomatique « probables »).	×		×		<ul style="list-style-type: none"> △ Analyse des données en fonction du temps. • Statistiques descriptives (<i>M</i>, <i>ET</i>) et vérification de la satisfaction des postulats des analyses subséquentes (test-<i>t</i> de Student et ANOVA à mesures répétées).
IES-R (Weiss & Marmar, 1997)	22 items cotés de 0 (<i>pas du tout</i>) à 4 (<i>extrêmement</i>) mesurant la sévérité des <i>symptômes de l'ÉSPT</i> en trois sous-échelles : intrusion ; hypervigilance ; évitement. Un score-seuil permet de diagnostiquer les cas syndromiques « probables » (score total $\geq 33 \equiv$ moyenne des scores à chaque item ≥ 1.5).	×		×		<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison des moyennes des scores : Test-<i>t</i> de Student à deux échantillons appariés ($\alpha = .05$). • Prévalences : Tableaux de fréquences (<i>n</i>, %) des cas symptomatiques identifiés (scores \geq valeurs-seuils).
DT (Roth et al., 1998)	Mesure la détresse émotionnelle globale des sept derniers jours grâce à une échelle visuelle analogique allant de 0 (<i>aucune détresse</i>) à 10 (<i>détresse extrême</i>) et permettant d'en identifier les manifestations cliniquement significatives (score ≥ 4 ou ≥ 5 , selon la cote limite utilisée).	×	×	×	×	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison des moyennes des scores : ANOVA à mesures répétées à un facteur intra (temps), $\alpha = .05$. • Sphéricité non satisfaite : Utilisation de la correction ϵ_{HF}.

2.3 Matériel

Notre matériel expérimental est constitué de huit questionnaires répartis, selon le type des variables mesurées par chacun d'eux, entre trois groupes : les mesures (1) situationnelles (regroupent les outils évaluant les processus d'évaluation cognitive et de coping-état), (2) dispositionnelle (concernent les instruments mesurant des dimensions du coping-trait), et (3) évaluant la santé mentale.

2.3.1 Mesures situationnelles

2.3.1.1 *Le Questionnaire genevois d'appraisal (QGA)*

Nous avons exploré le processus d'évaluation cognitive des événements de vie aux quatre temps de mesure à l'aide du Questionnaire genevois d'appraisal – Version 3.0 (QGA), un instrument développé par les membres du Groupe de recherche sur les émotions de Genève (Geneva Emotion Research Group, 2002). Basé sur le modèle de Scherer (1993 ; 1997 ; 2001), le QGA a pour but « d'évaluer, aussi bien que le permet le rappel de mémoire et le rapport verbal, les résultats du processus d'évaluation cognitive individuelle dans un épisode émotionnel spécifique » (Geneva Emotion Research Group, 2002, <http://www.affective-sciences.org/researchmaterial>).

Dans la première partie de ce questionnaire, les participants sont invités à se remémorer quelques expériences émotionnelles très fortes qu'ils ont récemment éprouvées et à sélectionner « l'événement-X » parmi celles-ci : il s'agit de l'épisode émotionnel qui leur est venu le plus spontanément qu'ils doivent ensuite décrire brièvement. La Figure B.1 présente la consigne telle que nous l'avons formulée ainsi que notre adaptation la cotation des items n° 4 et 5 (cf. Annexe B). S'ensuit un certain nombre de questions à choix multiples concernant : le temps écoulé depuis le déroulement de celui-ci, le contexte social dans lequel il est survenu (lieu, témoins présents), l'intensité, la durée et les tentatives pour régulation et/ou contrôlé l'expérience émotionnelle.

La partie principale du QGA regroupe 25 questions, cotées par une échelle de Likert en cinq points de 1 (*pas du tout*) à 5 (*tout à fait*), basées sur les quatre objectifs d'évaluation cognitive du modèle CMP (pertinence, implications, potentiel de maîtrise, signification normative) et leurs critères évaluatifs sous-jacents (cf. Section 1.2.2). Afin de faciliter l'obtention des réponses, ces questions sont administrées selon une décomposition en cinq parties distinctes : (a) évaluation générale de l'événement, (b) caractéristiques de l'événement, (c) causes de l'événement, (d)

conséquences de l'événement, et (e) réactions face aux conséquences réelles ou attendues. En fin de questionnaire, les participants sont priés d'inscrire un mot ou une brève expression pour décrire leur expérience émotionnelle. Ils sont ensuite invités à choisir, parmi une liste de 14 termes émotionnels, la ou les propositions qui correspondent le mieux au sentiment subjectif ainsi éprouvé.

Concernant les qualités métrologiques du QGA, ce questionnaire n'a pas encore fait l'objet d'études validation bien que le Groupe de recherche précise sur sa page internet qu'un manuscrit contenant entre autres une description détaillée de son développement, les applications potentielles et les analyses suggérées est actuellement en préparation et sera bientôt disponible sur celle-ci (Geneva Emotion Research Group, 2002, <http://www.affective-sciences.org/researchmaterial>).

2.3.1.2 L'Échelle de l'évaluation cognitive des événements de vie (ALE)

Nous avons catégorisé les descriptions d'épisodes émotionnels (événements-X) rédigées dans le QGA aux quatre temps de mesure en intégrant l'Échelle de l'évaluation cognitive des événements de vie (« Appraisal of Life Events scale » ; ALE) de Ferguson, Matthews et Cox (1999) à ce questionnaire (cf. Annexe B pour une illustration). Basée sur le modèle SAC, cette échelle est formée d'une liste de 16 adjectifs émotionnels mesurant les trois dimensions de l'évaluation cognitive primaire des événements de vie stressants (actuels ou passés) identifiées par Folkman et Lazarus (1985). Elle nous a ainsi permis de distinguer les situations de « perte » (quatre items : intolérable, douloureuse, déprimante, pitoyable), de « menace » (six items : menaçante, épouvantable, inquiétante, hostile, effrayante, terrifiante) et de « défi/bénéfice » (six items : challengeante, agréable, stimulante, grisante, instructive) parmi les événements-X recueillis. Grâce à la consigne adaptée suivante : « Au moment où l'événement-X s'est produit, la situation m'est apparue comme... », et à l'aide d'une échelle de Likert en six points de 0 (*pas du tout*) à 5 (*tout à fait*), le participant indiquait, après avoir décrit son épisode émotionnel, dans quelle mesure chacun de ces items correspondaient au sentiment subjectif ressenti lors de celui-ci.

L'ensemble des propriétés psychométriques de l'échelle ALE sont satisfaisantes (Ferguson et al., 1999). L'analyse factorielle confirmatoire, réalisée par les concepteurs de cet instrument dans le cadre de leur étude de validation, a mis en évidence que la structure factorielle de cet outil en trois facteurs lui confère une bonne validité interne (Ferguson et al., 1999).

2.3.1.3 *Le Brief-COPE*

Nous avons évalué les stratégies de coping mises en œuvre par les individus pour faire face à l'intense expérience émotionnelle éprouvée lors de l'événement-X décrit dans le QGA. Nous avons utilisé, aux passations n° 2 et n° 4, la forme situationnelle du Brief-COPE (Carver, 1997) dont la traduction francophone a été validée sur une population française étudiante (Muller & Spitz, 2003). Il s'agit de la version abrégée de l'inventaire COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) qui offre la possibilité d'étudier à la fois le coping-trait et le coping-état en faisant varier les consignes et les temps de conjugaison des questions.

Avec ses 28 items cotés par une échelle de type Likert à quatre degrés allant de 1 (*pas du tout*) à 4 (*toujours*) subdivisés en 14 sous-échelles distinctes, le Brief-COPE a l'avantage d'être un inventaire bref et capable d'appréhender de nombreuses stratégies de coping. Parmi celles-ci, on retrouve certaines stratégies habituellement considérées comme fonctionnelles (coping actif, planification, réinterprétation positive, acceptation), d'autres généralement acceptées comme étant dysfonctionnelles (dénier, blâme de soi, désengagement comportemental, auto-distraktion, utilisation de substances) et d'autres encore qui sont moins fréquemment mesurées par ce type d'inventaires (recherche de soutien social instrumental et émotionnel, religion et spiritualité, humour, expression des sentiments) (Muller & Spitz, 2003). Par la vaste étendue des réponses de coping évaluées, l'utilisation de cet instrument offre une mesure auto-rapportée multidimensionnelle du coping(-trait et -état) (Carver, et al., 1989 ; Muller & Spitz, 2003).

Bien que des analyses factorielles confirmatoires aient validé la structure en 14 facteurs de cet outil, à la fois dans sa version originale et dans sa traduction française (Carver, 1997 ; Muller & Spitz, 2003), les scores obtenus par l'évaluation d'autant de stratégies sont difficiles à synthétiser en résultats spécifiques lors d'analyses quantitatives (Parker & Endler, 1992). C'est pourquoi nous préférons étudier les scores aux variables du Brief-COPE selon la structure en quatre facteurs récemment proposée et validée par Baumstarck et al. (2017). Ces auteurs ont étiqueté les quatre types de coping qu'ils ont retenu comme suit : *soutien social* (quatre stratégies : expression des sentiments, recherche de soutien social instrumental et émotionnel, religion et spiritualité) ; *résolution de problèmes* (deux stratégies : coping actif et planification) ; *évitement* (cinq stratégies : désengagement comportemental, auto-distraktion, blâme de soi, déni et usage de substances) ; *pensée positive* (trois stratégies : réinterprétation positive, humour et acceptation).

2.3.2 Mesures dispositionnelles

2.3.2.1 *Le Profil de compétences émotionnelles (PEC)*

Les compétences émotionnelles ont été évaluées au premier et au troisième temps de mesure à l'aide du Profil de compétences émotionnelles (ou « Profile of Emotional Competence » ; PEC), développé par Brasseur, Grégoire, Bourdu et Mikolajczak (2013). Le PEC est une mesure auto-rapportée des CE qui compte 50 items pour lesquels les sujets doivent se situer sur une échelle de Likert en 5 points de 1 (*pas du tout d'accord*) à 5 (*tout à fait d'accord*). Il permet d'obtenir un score moyen pour chacune des cinq CE de base (identification, compréhension, expression, régulation, utilisation) identifiées par Mikolajczak (2009), de manière différenciée pour soi (sous-échelle intra-personnelle) et pour autrui (sous-échelle inter-personnelle). Cet instrument fournit ainsi dix sous-scores de CE subdivisés en deux scores factoriels (moyennes des cinq variables composant les sous-échelles intra- et inter-personnelles) ainsi qu'un score global de CE (calculé en moyennant les deux scores factoriels).

Le PEC présente de bonnes propriétés psychométriques : il s'agit d'un outil fiable et valide pour évaluer les compétences émotionnelles permettant ainsi d'appréhender plus finement le fonctionnement d'un individu ou d'une population clinique particulière face à ses émotions (Brasseur et al., 2013).

2.3.2.2 *Le Questionnaire de régulation cognitive des émotions (CERQ)*

Déjà survolée par le PEC à travers la CE régulation intra-personnelle, la compétence cognitive de régulation émotionnelle est spécifiquement évaluée au deuxième ainsi qu'au quatrième temps de mesure avec le Questionnaire de régulation cognitive des émotions (ou « Cognitive Emotion Regulation Questionnaire » ; CERQ) de Garnefski, Kraaij et Spinhoven (2001). Ces auteurs se concentrent sur un aspect particulier du coping-trait : les tentatives de la personne à contrôler ses émotions par la cognition. Ils distinguent ainsi les stratégies comportementales non-contrôlées et inconscientes (dépendant des systèmes motivationnels d'approche et d'évitement) des aspects purement cognitifs, volontaires et conscients de la régulation émotionnelle (Gross, 1998). Le CERQ permet l'auto-évaluation de ces stratégies cognitives, auxquelles les individus ont habituellement recours lorsqu'ils sont confrontés à des événements négatifs ou désagréables (Garnefski et al., 2001).

Composé de 36 items cotés selon une échelle de type Likert en 5 points allant de 1 (*jamais*) à 5 (*toujours*), le CERQ mesure neuf stratégies cognitives destinées à réguler les émotions, regroupées, selon leur potentiel adaptatif, en deux types : (a) les stratégies *adaptatives* (acceptation, centration positive, centration sur l'action, réévaluation positive, mise en perspective) font référence aux réponses cognitives fonctionnelles (ou ayant un potentiel d'adaptation) permettant l'ajustement de la personne à la situation sans menacer sa qualité de vie ; et (b) les stratégies *non-adaptatives* (blâme de soi, rumination, dramatisation, blâme d'autrui) qui entravent l'ajustement psychologique de la personne risquant ainsi de nuire à son bien-être ou à sa santé.

Le CERQ a été traduit et validé en langue française par Jermann, Van der Linden, D'Aclement, et Zermatten (2006).

2.3.3 Mesures évaluant la santé mentale

2.3.3.1 Le Thermomètre de détresse (DT)

Le premier indicateur de l'état de santé mentale auquel nous nous sommes intéressés est la détresse émotionnelle globale. Pour mesurer ce construit, nous avons utilisé le Thermomètre de détresse (ou « Distress Thermometer » ; DT) et l'avons administré aux quatre temps de mesure. Il s'agit d'une échelle analogique visuelle qui a été proposée par Roth et al. (1998) comme mesure de dépistage de la détresse psychologique chez de personnes atteintes de cancers. À l'aide d'une échelle de Likert en 11 points allant de 0 (*aucune détresse*) à 10 (*détresse extrême*), les patients indiquent leur niveau moyen de détresse induite par un stress intense au cours de la semaine écoulée.

Généralement, ce type d'échelles visuelles offre une mesure dimensionnelle de la santé mentale à travers un continuum permettant de se démarquer de la logique diagnostique catégorielle (cas clinique vs non-cas) et de déstigmatiser le signalement de souffrances psychologiques résultant d'affections médicales par des étiquettes diagnostiques connotées négativement. Tout en présentant une grande sensibilité à la multidimensionalité de la détresse, la validité de ce type d'outils est toutefois souvent discutable (Mitchell, 2010). Snowden et al. (2011) ont étudié l'efficacité clinique du DT et concluent que l'utilisation d'un score-seuil de 4 (au lieu de 5 préconisé par les concepteurs de l'outil) comme l'ont fait Ransom, Jacobsen et Booth-Jones (2006) pour identifier les patients présentant une détresse émotionnelle significative confère à cet instrument de meilleures propriétés psychométriques.

2.3.3.2 *L'Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS)*

Les symptomatologies dépressives et anxieuses ont été investiguées, lors de la première et de la troisième passation, à l'aide de l'Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (ou « Hospital Anxiety and Depression Scale » ; HADS). Il s'agit d'une échelle auto-administrée développée par Zigmond et Snaith (1983) dans le but de fournir un outil de dépistage ou de diagnostic précoce des troubles de l'humeur aux médecins pratiquant dans des services hospitaliers non psychiatriques. C'est pourquoi, la HADS ne contient aucun item à caractère somatique pouvant être confondu avec les manifestations symptomatiques d'une maladie. Sa finalité ne consiste pas à discriminer les divers types de dépressions ou d'états anxieux mais d'identifier la présence de symptômes anxiodépressifs et d'en évaluer la sévérité.

La HADS comptabilise 14 questions abordant des domaines tels que l'état de détente (e.g., « Je me sens tendu ou énervé »), l'humeur (e.g., « Je suis de bonne humeur »), l'estime de soi (e.g., « Je ne m'intéresse plus à mon apparence ») ou encore la patience (e.g., « Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté »). Ces questions sont réparties entre deux sous-échelles (chacune composées de sept items) : la HADS-A et la HADS-D mesurant respectivement l'anxiété (questions impaires) et la dépression (questions paires). Chaque item est coté sur une échelle allant de 0 à 3 points évaluant soit la fréquence (e.g., *jamais vs très souvent*), soit l'intensité (e.g., *pas du tout d'accord vs tout à fait d'accord*) du symptôme mesuré au cours de la semaine précédant la passation. Cet instrument fournit trois scores : deux scores factoriels (anxiété et dépression) obtenus en additionnant les résultats aux items de chaque sous-échelle (HADS-A et HADS-D) ainsi qu'un score total (HADS-T), calculé en sommant l'ensemble des items. La valeur maximale de ce dernier est de 42 alors que les deux scores factoriels s'étendent de 0 à 21 points. Plus les différents scores sont élevés, plus ils traduisent l'expression de symptomatologies sévères, avec un seuil discriminant les manifestations de dépression et d'anxiété symptomatiques des asymptomatiques fixé à 8 par les concepteurs (Zigmond & Snaith, 1983). Afin d'affiner la sensibilité de leur instrument, ces derniers ont également proposé de distinguer, parmi les cas symptomatiques, les symptomatologies probables ou « cas limites » (score 8 – 10) des manifestations plus sévères, clairement symptomatiques ou « cas cliniques significatifs » (score ≥ 11). Une valeur seuil a également été proposée pour le score total : lorsque celui-ci est supérieur à 14, il reflète l'existence de troubles anxiodépressifs (Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman, & Wallace, 1994).

La version originale de la HADS présente des qualités métrologiques satisfaisantes qui ont été étudiées auprès de diverses populations cliniques (Bjelland, Dahl, Haug, & Nettleman, 2002). La traduction française de cet outil a été validée chez une population clinique en médecine générale (Lépine, Godchau, Brun, & Lempérière, 1985) ainsi qu'auprès d'une population de patients cancéreux (Razavi, Delvaux, Farvacques, & Robaye, 1989). Dans le domaine de recherche des LME, la HADS s'est également révélée être une mesure fiable et valide de l'anxiété et de la dépression (Woolrich, Kennedy, & Tasiemski, 2006).

2.3.3.3 L'Échelle de l'impact de l'événement – révisée (IES–R)

Nous nous sommes intéressés à l'amplitude du traumatisme psychique causé par l'expérience émotionnelle éprouvée lors de l'événement-X (QGA). L'Échelle de l'impact de l'événement – révisée (IES–R) nous a permis d'estimer la prévalence des symptômes de stress post-traumatique au sein de notre population typique lors de deux temps de mesure (T1 et T3). Plus connue sous son nom original l'« Impact of Event Scale – Revised » (Weiss & Marmar, 1997) cette échelle est la forme révisée de l'IES (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). Ce dernier est un inventaire auto-administré mesurant l'intensité de la détresse psychologique consécutive à tout type d'événement de vie traumatique dont la révision a abouti à un outil plus complet capable de dépister l'ensemble des symptômes du syndrome de stress post-traumatique (Weiss & Marmar, 1997). L'IES–R est alors composée de 22 items répartis en trois sous-échelles correspondant aux différentes manifestations caractéristiques de l'ÉSPT : les symptômes (a) d'évitement (items n° 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) ; (b) d'intrusion (items n° 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20) ; et (c) d'hypervigilance ou symptômes neurovégétatifs (items n° 4, 10, 15, 18, 19, 21). L'IES–R investigate la présence de ces signes au cours de la semaine précédant la passation et évalue leur sévérité à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 points de 0 (*pas du tout*) à 4 (*énormément*). Cette échelle fournit quatre scores : un à chacune des trois sous-échelles ainsi qu'un score total (calculé en sommant les précédents). Le score total de l'IES–R se situe entre 0 et 88, les scores factoriels sont compris entre 0 et 32 pour les sous-échelles « évitement » et « intrusion » et entre 0 et 24 pour l'hypervigilance. Bien que l'IES–R n'ait pas été conçu pour poser un diagnostic catégorique, il est courant que des cotes limites soient utilisées dans la littérature. Selon Creamer, Bell et Failla (2003) un seuil de 1.5 à la moyenne des scores à chaque item (équivalant à une valeur seuil de 33 à la somme des scores de tous les items) permet de diagnostiquer les cas d'ÉSPT « probables » de manière valide et fiable.

2.4 Traitement des données et analyses statistiques

Le traitement des données a été effectué avec le logiciel Statistica 64 (TIBCO software Inc.). Les analyses réalisées dépendent du type de mesure.

Concernant les données obtenues aux mesures situationnelles (QGA, ALE et Brief-COPE), notre objectif consistait à observer les variations au sein de l'ensemble de celles-ci. Pour ce faire, voici la procédure que nous avons suivie :

- Dans un premier temps, nous avons réparti les événements- X du QGA en trois groupes (situations de perte vs de menace vs de défi/bénéfice) déterminés par le facteur ayant obtenu le score le plus élevé à l'ALE.
- Après avoir procédé à une analyse descriptive (moyennes et écarts-types), nous avons vérifié que les distributions des scores obtenus aux différentes sous-échelles du QGA et du Brief-COPE par les trois groupes suivent une loi normale et que les variances des scores de chaque groupe soit homogène (postulas de l'analyse de variance que nous souhaitons réaliser par la suite).
- En effet, une fois la satisfaction de ces deux conditions d'application observée, nous avons pu comparer les scores des trois groupes en effectuant des ANOVAs simples pour chaque variable dépendante (VD) mesurée par ces deux questionnaires.

Notre plan n'étant pas équilibré, nous avons décidé d'utiliser la somme des carrés (SS) de type III (ou « SS marginale ») pour réaliser nos analyses car nous n'avons pas de raison de penser que l'inégalité de la taille des effectifs de chacun de nos groupes soit le reflet de la nature de la population.

Nous avons conclu qu'une VD diffère significativement dans au moins un des trois groupes lorsque la p -valeur associée à la statistique F est inférieure ou égale au seuil α fixé à .05.

- Nous avons exploré le sens de chacune des différences significatives alors observées en réalisant une analyse Post-Hoc qui consistait à effectuer des comparaisons multiples des différentes moyennes au moyen du test HSD de Tukey (« Tukey's Honestly Significant Difference »). Toutes différences étaient à nouveau considérées significatives au seuil de $p \leq .05$.

En ce qui concerne les mesures dispositionnelles, notre intérêt était porté sur la stabilité des données entre les différents temps de mesure. Voici comment nous avons procédé :

- Désirant comparer les données obtenues aux deux temps de mesure où le PEC (T1 et T3) et le CERQ (T2 et T4) ont été administrés à l'aide d'un test-*t* de Student à deux échantillons appariés, nous avons commencé par vérifier la satisfaction des conditions d'application (normalité de la distribution des données et des différences entre paires de variables) de ce test paramétrique permettant comparer les moyennes de deux séries de mesures faites sur les mêmes unités statistiques comme c'est le cas de nos données issues de ces deux inventaires.
- Pour ce faire, nous avons effectué des statistiques descriptives afin d'obtenir (a) la moyenne, écart-type et erreur standard de la moyenne des scores pour chacune des variables mesurées par ces deux instruments ; mais aussi (b) la moyenne, écart-type et erreur standard de la différence entre les moyennes des scores de chaque paire de variables.
- Les postulats étant satisfaits nous avons comparé les moyennes des scores de chaque VD aux deux temps de mesure avec un test-*t* de Student à deux échantillons appariés. Notre seuil α était à nouveau fixé à .05 : l'observation de *p*-valeurs inférieures ou égales à celui-ci (indiquant la présence de différences significatives entre les moyennes des scores aux deux passations) s'opposerait à nos attentes selon lesquels les profils inter-individuels de compétences (PEC) et de régulation (CERQ) émotionnelle sont stables à travers le temps.

Enfin, voici comment nous avons traité nos données issues des mesures évaluant la santé mentale :

- Comme précédemment, une analyse descriptive des données a été réalisée dans un premier temps afin de connaître les moyennes et les écart-types des scores aux différentes VDs de la HADS, de l'IES-R et du DT à chaque passation où ces questionnaires ont été administrés.
- Nous avons ensuite comparé ces résultats en utilisant, lorsque leurs postulats d'application sont satisfaits, les analyses suivantes : (a) un test-*t* de Student à deux échantillons appariés pour les données qui ont été récoltées à deux temps de mesure (concerne les variables de la HADS et de l'IES-R), et (b) une ANOVA à mesure répétées à un facteur intra sujets (temps de mesure) à quatre modalités (T1, T2, T3 et T4) de la variable mesurant la détresse émotionnelle du DT car ce questionnaire a été complété à plus de deux reprises.
- Dans ce second cas de figure, nous avons veillé à vérifier le postulat d'homogénéité des variances en utilisant le critère Epsilon. Comme la sphéricité de notre ANOVA n'était pas

satisfaite (critère Epsilon = 0.893), nous avons appliqué la correction ϵ_{HF} conformément aux règles usuelles suivantes : si la moyenne des epsilon (ϵ_{GG}) ≤ 0.75 , utiliser la correction Geisser-Greenhouse (ϵ_{GG}) ; si $0.75 < \epsilon_{GG} \leq 0.9$, utiliser plutôt la correction Huyn-Feldt (ϵ_{HF}) et si $0.9 < \epsilon_{GG} \leq 1$, utiliser alors le test de base.

- Parallèlement à cela, nous avons discriminé les données de chaque temps de mesure en fonction de la sévérité des symptômes (cas symptomatiques vs manifestations asymptomatiques) en appliquant les seuils diagnostiques proposés par les concepteurs des différents outils.
- Nous avons ensuite réalisé des tableaux de fréquences afin d'obtenir et de comparer les prévalences (nombre et pourcentage de cas identifiés comme exprimant des symptômes cliniquement significatifs en ce qui concerne les différentes symptomatologies évaluées par le DT, la HADS et l'IES-R conformément aux cotes limites de ces instruments) observées à chaque temps de mesure.

3. RÉSULTATS

3.1 Mesures situationnelles

Administré aux quatre temps de mesure, le Questionnaires Genevois d'Appraisal nous a permis de récolter 108 descriptions d'événements de vie ayant provoqués, chez nos participants, d'intenses expériences émotionnelles (positives comme négatives). Après avoir catégorisé ces événements en fonction des trois types d'évaluations cognitives primaires mesurées par l'échelle ALE, nous obtenons la répartition suivante : les situations de perte ($n = 25$), de menace ($n = 46$), et de défi/bénéfice ($n = 37$). Nous nous sommes ensuite intéressés à la présence de variations entre les scores de ces trois groupes (a) dans l'ensemble des sous-processus cognitifs par lesquels les événements-X du QGA sont évalués à travers les quatre objectifs évaluatifs principaux (pertinence, implications, potentiel de maîtrise et signification normative) et critères d'évaluation sous-jacents du modèle CMP ; et (b) dans le choix et l'utilisation des 14 stratégies de coping mesurées par le Brief-COPE situationnel.

(a) Processus d'évaluation cognitive des situations de perte vs de menace vs de défi/bénéfice

Concernant l'évaluation de la *pertinence*, le premier critère de nouveauté est apprécié de façon similaire par les individus en situation de défi/bénéfice, de menace et de perte : ni l'évaluation de la soudaineté [$F(2, 105) = 0.541, p = 0.584$], ni de la familiarité [$F(2, 105) = 2.356, p = 0.1$] ou encore de la prédictibilité [$F(2, 105) = 1.748, p = 0.179$] de l'événement ne diffère significativement entre les trois groupes, ce qui n'est pas le cas de son agrément intrinsèque (évaluation du caractère agréable vs désagréable du stimulus émotionnel) $F(2, 105) = 70.303, p < .001$.

En effet, l'analyse Post-Hoc par le test HSD de Tukey comparant les trois groupes entre eux montre que les moyennes des scores obtenus à la variable « plaisir intrinsèque » (étendue : de 1 à 11) par les personnes en situation de menace ($M = 2.196, ET = 1.47$) et de perte ($M = 1.88, ET = 1.943$) ne diffère pas de manière significative ($p = 0.869$). En revanche, elles sont toutes deux significativement inférieures ($p < .001$) à la moyenne des scores du groupe défi/bénéfice ($M = 8.135, ET = 3.645$).

En termes de valence, 72.97% des personnes du groupe défi/bénéfice a jugé l'événement comme étant « agréable » (16.22%) voire « très agréable » (56.76%). Cette tendance s'inverse pour les deux autres groupes : 95.65% des individus en situation de menace a estimé que celle-ci était « désagréable » (26.09%) voire « très désagréable » (69.57%) et 88% du groupe perte considère que l'épisode émotionnel vécu également « très désagréable ».

Enfin, les événements sont évalués comme étant d'égale importance (en termes de pertinence au regard de la hiérarchie des buts et besoins individuels au moment de leur survenue) par les trois groupes $F(2, 105) = 2.005, p = 0.14$.

L'évaluation des *implications* s'effectue, en premier lieu, par le critère (a) d'attribution causale. Nous observons que 78.38% du groupe défi/bénéfice estime qu'une ou plusieurs personnes sont responsables de l'occurrence de l'événement alors que la cause des situations de menace est quant à elle attribuée au hasard, circonstances spéciales ou phénomènes naturels dans 80.43% des cas. Les individus du groupe perte attribuent, à part égale, la responsabilité de l'événement à leur propre comportement, aux comportements d'autres personnes et à des facteurs externes.

En ce qui concerne les motivations de l'agent responsable, lorsque les actions ayant causé l'événement relèvent de leurs propres comportements, les personnes du groupe défi/bénéfice les estiment comme étant significativement plus intentionnelles ($M = 3.0, ET = 1.604$) que celles en situation de perte ($M = 1.778, ET = 1.394$) et de menace ($M = 1.227, ET = 0.685$) $F(2, 50) = 11.147, p < .001$. Cette même différence s'observe également lorsqu'il s'agit des comportements d'un ou plusieurs autres individus : dans ce cas les personnes jugent ceux-ci comme plus intentionnels lorsqu'elles sont face à une situation défi/bénéfice que celles en situation de perte ($M = 1.765, ET = 1.147$) et de menace ($M = 1.875, ET = 1.329$) $F(2, 67) = 25.258, p < .001$.

Nous ne relevons pas de différence significative dans l'évaluation des critères (b) de probabilité des conséquences, (c) d'inadéquation avec les attentes, et (d) de conductance au but entre les trois groupes.

Seule l'évaluation du CSEC (e) d'urgence diffère significativement $F(2, 105) = 13.929, p < .001$: lorsque les conséquences probables des événements menaçants sont apparues aux individus qui y faisaient face, ces derniers ont estimé qu'il était plus urgent d'agir immédiatement ($M = 4.022, ET = 1.422$) que les personnes en situation de défi/bénéfice ($M = 2.324, ET = 1.668$) et de perte ($M = 2.48, ET = 1.782$).

Nous n'observons pas de différence significative parmi les critères (a) de contrôle, (b) de puissance, et (c) d'ajustement qui correspondent à l'évaluation du *potentiel de maîtrise* de la situation : la manière dont les individus évaluent leur capacité à s'adapter aux conséquences (réelles ou attendues) de l'événement ne diffère pas significativement dans au moins un des trois types de situations.

On relève toutefois d'importantes variations entre les groupes lorsque l'on s'intéresse aux tentatives de leurs membres à réguler leur expérience émotionnelle (items n° 31 et 32) : les individus en situation de défi/bénéfice ont significativement moins tenté de réduire l'intensité ou la durée de leur expérience émotionnelle ($M = 1.811$, $ET = 1.126$) que ceux en situation de perte ($M = 2.64$, $ET = 1.469$) ou de menace ($M = 3.283$, $ET = 1.259$) $F(2, 105) = 13.82$, $p < .001$. De même, face à une situation de défi/bénéfice les personnes ont moins essayé de contrôler ou de masquer l'expression des sentiments induits par l'événement ($M = 1.892$, $ET = 1.22$) que celles confrontées à des situations préjudiciables (de perte) ($M = 2.6$, $ET = 1.258$) ou menaçantes ($M = 3.196$, $ET = 1.544$) $F(2, 105) = 9.206$, $p < .001$.

En ce qui concerne l'évaluation de la *signification normative*, nous relevons que le groupe perte estime que l'événement est significativement moins compatible avec les valeurs et normes sociales (standards externes) ($M = 3.04$, $ET = 1.132$) que les deux autres groupes ($M_{défi} = 4.02$, $ET_{défi} = 1.125$; $M_{menace} = 3.964$, $ET_{menace} = 1.214$), $F(2, 105) = 6.381$, $p = 0.002$. L'analyse Post-Hoc révèle que les personnes en situation de perte considèrent que les comportements à l'origine de celles-ci enfreignaient davantage ces normes sociales que ceux ayant causés les situations de défi/bénéfice ($p = 0.005$) et de menace ($p = 0.005$). L'évaluation de la compatibilité de l'événement avec les standards externes des personnes se trouvant dans ces deux types de situations est quant à elle similaire ($p = 0.976$).

L'évaluation de la compatibilité des actions responsables de l'événement avec les standards internes des individus est également significativement différente entre les trois groupes $F(2, 105) = 5.145$, $p = 0.007$. Grâce aux comparaisons multiples des moyennes de ces derniers effectuées à posteriori, nous savons que seule la différence entre celles des groupes perte et menace est significative ($p = 0.005$) : en situation de perte les individus évaluent les actions ayant causé l'événement comme étant moins en accord avec leurs aspirations et code moral personnels ($M = 2.88$, $ET = 1.764$) que dans le cas des situations de menace ($M = 4.033$, $ET = 1.473$). De son côté, l'évaluation de la compatibilité de l'événement avec les standards internes des personnes en

situation de défi/bénéfice ($M = 3.581$, $ET = 1.152$) ne diffère pas significativement de celle du groupe menace ($p = 0.338$) ni de celle du groupe perte ($p = 0.153$).

L'Annexe C regroupe deux tableaux : le Tableau C.1 présente l'ensemble des résultats susmentionnés et le Tableau C.2, un tableau de fréquences décrivant les distributions des réponses aux différentes modalités des variables qualitatives également mesurées par le QGA.

(b) Processus de coping-état en situation de perte vs de menace vs de défi/bénéfice

Avant de nous intéresser aux stratégies de coping utilisées par les participants pour faire face aux situations de perte, de menace et de défi/bénéfice, nous avons effectué une brève analyse descriptive des quatre types de coping (résolution de problèmes, soutien social, pensée positive, évitement) que nous avons retenu pour distinguer les 14 stratégies mesurées par le Brief-COPE en tenant d'abord compte de l'ensemble de nos observations ($n_{total} = 54$). Nous observons alors que, indépendamment de l'évaluation cognitive primaire de l'événement, la *résolution de problèmes* est le type de coping le plus fréquemment utilisé ($M = 2.315$, $ET = 0.823$), bien qu'il soit suivi de près par l'ensemble des stratégies de *pensée positive* ($M = 2.29$, $ET = 0.738$) alors que les réponses de type *évitement* sont quant à elles nettement moins adoptées ($M = 1.565$, $ET = 0.423$). Nous relevons également que parmi les 14 variables (scorées de 1 à 4), celle qui obtient le score moyen le plus élevé est l'acceptation ($M = 2.87$, $ET = 0.972$) et le score le plus faible concerne l'usage de substances ($M = 1.176$, $ET = 0.436$).

Concernant les différences dans le processus de coping-état entre les trois groupes définis en fonction de l'évaluation cognitive primaire des situations de perte ($n = 10$), de menace ($n = 22$), et de défi/bénéfice ($n = 22$), nous ne relevons pas de différence significative entre les moyennes de ces trois groupes ni en *résolution de problèmes* [$F(2, 51) = 0.912$, $p = 0.408$], ni en *soutien social* [$F(2, 51) = 0.35$, $p = 0.706$] : qu'ils soient en situation de perte, de menace ou de défi/bénéfice, nos participants n'ont pas recouru de manière préférentielle aux stratégies regroupées sous ces deux types de coping (i.e. coping actif, planification et expression des affects, soutien instrumental, soutien émotionnel, religion et spiritualité) pour y faire face (cf. Annexe C pour un tableau détaillant les résultats).

En revanche, nous observons des différences significatives entre les moyennes des trois groupes concernant à la fois des stratégies (1) de pensée positive [$F(2, 51) = 8.34, p = 0.001$] ; et (2) d'évitement [$F(2, 51) = 13.386, p < .001$].

(1) Parmi les stratégies de *pensée positive*, seuls les scores à la variable « acceptation » sont similaires entre les trois groupes $F(2, 51) = 1.731, p = 0.187$. Les moyennes des scores aux variables « réinterprétation positive » [$F(2, 51) = 3.892, p = 0.027$] et « humour » [$F(2, 51) = 10.512, p < .001$] diffèrent de manière significative selon la manière dont l'événement a été évalué.

L'analyse Post-Hoc nous permet de savoir que les individus en situation de défi/bénéfice ont plus tendance à y faire face en la réinterprétant positivement ($M = 2.705, ET = 0.972$) que ceux en situation de perte ($M = 2.0, ET = 0.972$) et de menace ($M = 2.023, ET = 0.763$). Dans ces situations de perte ($M = 1.35, ET = 0.818$) et de menace ($M = 1.25, ET = 0.551$), les participants utilisent également nettement moins l'humour que ceux faisant face à un défi ($M = 2.318, ET = 1.018$).

(2) En ce qui concerne les stratégies d'évitement, les scores obtenus à la variable « blâme de soi » sont les seuls des cinq variables regroupées sous ce type de coping à ne pas différer significativement entre les trois groupes $F(2, 51) = 2.431, p = 0.098$. En effet les variables « désengagement comportemental » [$F(2, 51) = 6.977, p = 0.002$], « auto-distraktion » [$F(2, 51) = 4.07, p = 0.023$], « déni » [$F(2, 51) = 3.343, p = 0.043$] et « usage de substances » [$F(2, 51) = 12.846, p < .001$] présentent toutes des scores qui diffèrent significativement dans au moins l'un des trois types d'événements.

Les comparaisons multiples effectuées lors de l'analyse Post-Hoc de ces différences nous indiquent que lorsqu'ils sont confrontés à une situation de perte, les individus adoptent plus de comportements de désengagement ($M = 2.1, ET = 0.99$) que ceux en situation de menace ($M = 1.136, ET = 0.316$) et de défi/bénéfice ($M = 1.386, ET = 0.77$). Ils la dénie également davantage ($M = 2.0, ET = 1.066$) que les deux autres groupes ($M_{défi} = 1.5, ET_{défi} = 0.598$; $M_{menace} = 1.364, ET_{menace} = 0.601$) et ont aussi plus recourt à l'usage de substances ($M = 1.7, ET = 0.715$) que ceux-ci ($M_{défi} = 1.068, ET_{défi} = 0.234$; $M_{menace} = 1.045, ET_{menace} = 0.213$).

L'auto-distraktion est quant à elle plus utilisée par les individus des groupes perte ($M = 2.45, ET = 0.798$) et menace ($M = 2.273, ET = 0.997$) que par ceux du groupe défi/bénéfice ($M = 1.614, ET = 0.885$).

3.2 Mesures dimensionnelles

Afin de d'estimer la stabilité des compétences émotionnelles de nos participants entre la première administration du PEC (T1) et la seconde environ six mois plus tard (T3), nous avons comparé les moyennes de (a) leurs scores (s'étendant de 1 à 5) à chacune des cinq CE (identification, compréhension, expression, régulation et utilisation) dans les deux sous-échelles (intra- et inter-personnelles) ; (b) leurs scores factoriels à ces sous-échelles ; et (c) leur score global de CE de T1 avec celles de T3.

Parmi les 13 paires de variables ainsi soumises à un test-*t* de Student à deux échantillons appariés, aucune ne diffère significativement entre ces deux temps de mesure (toutes les *p*-valeurs étant supérieures au seuil α fixé à .05). Nous concluons donc que les compétences émotionnelles de nos participants tant sur le versant intra- qu'inter-personnel sont stables dans le temps.

Nous avons ensuite répété cette procédure avec nos données récoltées à l'aide du CERQ à T2 et T4. Parmi les neuf stratégies de régulation émotionnelle évaluées par cet instrument, seule la *p*-valeur de la comparaison de la paire de variables « acceptation » est inférieure au seuil α de .05. Il apparaît donc que la moyenne des scores à cette VD est significativement différente ($t = -2.588$, $p = 0.016$) entre la première passation ($M = 3.222$, $ET = 0.842$) et la seconde ($M = 3.583$, $ET = 0.707$). Cette variable fait partie des cinq stratégies cognitives dites « adaptatives » (acceptation, centration positive, centration sur l'action, réévaluation positive et mise en perspective) dont le score factoriel est également significativement différent entre les deux temps de mesure ($t = -2.080$, $p = 0.048$) : les scores de nos participants aux variables mesurant des stratégies de régulation émotionnelle adaptatives sont, en moyenne, significativement plus élevés à la seconde passation ($M = 3.463$, $ET = 0.619$) qu'à la première ($M = 3.213$, $ET = 0.642$).

Nous n'observons pas de différence significative en ce qui concerne les stratégies non-adaptatives et concluons ainsi à la stabilité de leur utilisation à travers le temps.

L'annexe C présente des tableaux détaillant les moyennes et écart-types des différentes variables dépendantes mesurées par le PEC (cf. Tableau C.4) et le CERQ (cf. Tableau C.5) ainsi que les statistiques-*t* et *p*-valeurs associées aux comparaisons de chaque paire de variables.

3.3 Mesures évaluant la santé mentale

Enfin, nous avons étudié la stabilité (en termes de sévérité des symptômes et de nombre de cas symptomatiques identifiés) de la santé mentale des participants à travers le temps en administrant trois instruments de mesures (DT, HADS, IES-R) à différentes passations.

L'ensemble des résultats observés est détaillé dans le Tableau 3 qui présente à la fois (a) les moyennes et écart-types à chacune des VDs et à chaque administration, (b) les comparaisons des moyennes des scores des différents temps de mesure (test-*t* de Student et ANOVA à mesures répétées à un facteur intra-sujets), ainsi que (c) les prévalences (nombres d'individus et pourcentages) des cas symptomatiques (scores supérieurs aux cotes limites des inventaires) identifiés à travers le temps.

Dans un premier temps, nous observons que le niveau de détresse psychologique globale de nos participants a été stable au cours de l'année 2018 : les moyennes du score (s'étendant de 0 à 10) au DT des quatre temps de mesure où ce dernier a été administré ne diffèrent pas de manière significative entre chacune de ces passations $F(3, 78) = 0.281, p = 0.839$.

Cette absence de variation à travers le temps s'applique également aux manifestations de symptomatologies anxieuse ($t = -0.790, p = 0.437$), dépressive ($t = 0, p = 1.0$) et anxiodépressive ($t = -0.560, p = 0.581$) mesurées par la HADS à T1 et T3.

De même, aucune des paires de moyennes des scores aux variables de l'IES-R obtenus à ces deux temps de mesure n'est significativement différente : comme précédemment, nous ne relevons pas de *p*-valeur inférieure ou égale au seuil α de .05 qu'il s'agisse de la différence entre la paire de moyennes au score total ($t = 1.518, p = 0.141$) ; aux symptômes d'intrusion ($t = 1.542, p = 0.135$) ; d'hypervigilance ($t = 0.649, p = 0.522$) ou d'évitement ($t = 0.886, p = 0.384$).

Tableau 3

Moyennes, écart-types et différences des moyennes des scores aux instruments évaluant la santé mentale et prévalences des cas cliniques, limites et asymptomatiques aux différents temps de mesure

Instrument Symptômes	Temps	Scores et tests des différences		Prévalences des cas symptomatiques		
		M	ET	significatifs <i>n</i> (%)	probables <i>n</i> (%)	non-cas <i>n</i> (%)
HADS						
Anxiodépressifs (HADS-T)	T1	8.667	5.114			
	T3	9.185	6.633	5 (18.52)		22 (81.48)
	<i>statistique</i>	$t = -0.560, p = 0.581$		<i>total</i>	6 (22.22)	21 (77.78)
Dépression (HADS-D)	T1	2.778	2.636		3 (11.11)	24 (88.89)
	T3	2.778	2.979	0	3 (11.11)	24 (88.89)
	<i>statistique</i>	$t = 0.00, p = 1.00$		<i>total</i>	0	6 (11.11)
Anxiété (HADS-A)	T1	5.889	2.991	3 (11.11)	4 (14.82)	20 (74.07)
	T3	6.407	4.060	5 (18.52)	4 (14.82)	18 (66.67)
	<i>statistique</i>	$t = -0.790, p = 0.437$		<i>total</i>	8 (14.82)	8 (14.82)
IES-R						
ÉSPT (IES-R-Total)	T1	21.148	12.240			
	T3	17.037	13.685	3 (11.11)		24 (88.89)
	<i>statistique</i>	$t = 1.518, p = 0.141$		<i>total</i>	5 (18.52)	22 (81.48)
Intrusion	T1	11.296	6.342			
	T3	8.963	6.847			
	<i>statistique</i>	$t = 1.542, p = 0.135$				
Hypervigilance	T1	2.704	3.940			
	T3	2.148	3.111			
	<i>statistique</i>	$t = 0.649, p = 0.522$				
Évitement	T1	7.148	6.131			
	T3	5.926	5.817			
	<i>statistique</i>	$t = 0.886, p = 0.384$				
DT						
Détresse psychologique	T1	3.556	2.375	11 (40.74)		16 (59.26)
	T2	3.444	2.190	9 (33.33)		18 (66.67)
	T3	3.259	1.992	9 (33.33)		18 (66.67)
	T4	3.074	2.336	8 (29.63)		19 (70.37)
	<i>statistique</i>	$F(3,78) = 0.281, p = 0.839$		<i>total</i>	37 (34.26)	71 (65.74)

Note. Abréviations : HADS, Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (« Hospital Anxiety and Depression Scale ») ; IES-R, Échelle d'impact de l'événement – révisée (« Impact of Event Scale – Revised ») ; DT, Thermomètre de détresse (« Distress Thermometer »).

Côtes limites : (a) HADS : Scores factoriels : 8 à 10 = cas limite, ≥ 11 = cas cliniquement significatif ; Score Total (HADS-T) : ≥ 15 = cas clinique ; (b) IES-R-T : ≥ 33 = cas probable ; (c) DT : ≥ 5 = cas clinique.

4. DISCUSSION

Notre étude a été réalisée non pas dans le but de tester des hypothèses statistiques préalablement formulées mais de constituer une base de données concernant (1) les variables situationnelles de l'échelle ALE, du QGA et du Brief-COPE mesurant, entre autres, les processus d'évaluation cognitive des événements de vie et de coping-état tels qu'ils sont conceptualisés par les modèles théoriques SAC (Lazarus & Folkman, 1984) et CMP (Scherer, 2001) ; (2) les variables dispositionnelles du PEC et du CERQ, permettant d'étudier les trajectoires développementales des compétences émotionnelles (avec un accent porté à la compétence de régulation cognitive) et d'établir ainsi des normes longitudinales pour ces deux aspects du coping-trait ; et (3) les variables mesurant la santé mentale issues de différents questionnaires évaluant à la fois la présence de plusieurs symptomatologies mentales (détresse émotionnelle, dépression, anxiété, état de stress posttraumatique) ainsi que la sévérité et la stabilité de celles-ci à travers le temps, d'un échantillon tout-venant, destinées au suivi de personnes blessées médullaires.

En effet, n'ayant pas pu mener à bien l'étude longitudinale de cas-contrôle initialement souhaitée, nous nous sommes concentrés sur l'obtention des réponses de notre population dite de « contrôle » à une batterie de questionnaires pour constituer, avec ces résultats, un recueil de données. Ce dernier aurait pour rôle de fournir des normes de référence, dont la fonction ultérieure serait de permettre d'identifier, très tôt après la survenue d'une lésion médullaire, les SBM les plus à risque de présenter des difficultés dans leur processus d'ajustement psychologique à leur nouvelle condition qui restreindraient alors leur fonctionnement dans les diverses sphères décrites par la CIF (OMS, 2001b). Ceci pourrait se faire grâce au repérage de variations entre les résultats « attendus » (correspondant à ceux de notre groupe contrôle détaillés en amont) et les résultats observés ultérieurement chez un ou plusieurs SBM socio-démographiquement similaires à notre échantillon, à la batterie de questionnaires étudiée ici.

De ce fait, nos résultats sont à interpréter non pas en termes d'acceptation ou de réfutation de postulats théoriques testés mais comme la présentation d'un ensemble de données empiriques, récoltées auprès d'une population générale dans le cadre d'une recherche exploratoire, visant à servir de référence lors de comparaisons ultérieures avec les résultats obtenus par une population atypique telle que les SBM. Dans ce sens, les résultats du QGA sont particulièrement intéressants non seulement parce qu'à l'heure actuelle il n'existe aucune norme de référence propre à ce

questionnaire mais aussi parce que nous avons obtenu un nombre de descriptions d'événements émotionnels relativement important ($n_{total} = 108$). Nous avons alors pu les catégoriser en fonction des types d'événements en trois groupes de taille acceptable ($n_{perte} = 25$; $n_{menace} = 46$; $n_{défi} = 37$). De ce fait, les résultats obtenus aux QGA forment la première base de données pour ce questionnaire. Elle offre une description détaillée des processus cognitifs par lesquels 108 événements émotionnels ont été évalués à travers chacun des critères (et sous-critères) évaluatifs postulés par le modèle CMP (Scherer, 2001), selon qu'il s'agisse de situations de perte, de menace ou de défi/bénéfice.

Nous reviendrons toutefois sur ce questionnaire dans la Section suivante, lorsque nous aborderons les limites et perspectives de notre recherche et allons, à présents, discuter les principaux résultats obtenus aux différents questionnaires en les comparant avec les normes de référence préexistantes de chacun de ces outils — ce qui ne peut être fait pour le QGA — mais également avec les résultats de SBM présentés par des études antérieures ayant déjà utilisé certains de ces instruments auprès de cette population clinique. Ceci dans le but de mettre en évidence les dimensions dont les scores présentés par ces travaux semblent différer de ceux de nos participants et sur lesquels il conviendra de prêter une attention particulière lors du suivi de blessés médullaires afin de limiter l'impact psychologique de la survenue de la LME et promouvoir leur processus d'ajustement.

4.1 Les variables situationnelles du Brief-COPE

Nous avons pu observer que la *résolution de problèmes* est le type de coping le plus utilisé par nos participants pour faire face à l'ensemble des 54 événements de vie décrits lors des deuxième et quatrième temps de mesure. Ceci rejoint les résultats de différents travaux qui ont mis en évidence l'existence d'un effet de genre dans le coping : Zeidner et Endler (1996) observent une plus forte tendance chez les hommes à adopter des stratégies centrées sur le problème que chez les femmes, celles-ci se focalisant davantage sur l'expression des sentiments ainsi que sur la recherche de soutien social instrumental et émotionnel (Carver et al., 1989). Il est cependant étonnant que la moyenne des scores la plus faible que nous ayons obtenue soit celle de la variable « usage de substances » car, selon les concepteurs de l'inventaire COPE, deux stratégies sont plus fréquemment rapportées par les hommes : les tendances à se focaliser sur l'humour et sur

l'utilisation de substances (Carver et al., 1989). De plus, étant donné l'âge de notre échantillon, nous aurions également pu nous attendre à une préférence pour la mise en œuvre de réponses cognitives face aux situations de stress. En effet, Folkman et al. (1986) ont montré que de manière générale, plus les personnes sont jeunes plus elles ont tendance à répondre activement à de telles situations en cherchant notamment à résoudre le problème, les personnes âgées ayant alors davantage recourt à des stratégies passives telles que l'acceptation et la réinterprétation positive. Nos observations sont toutefois soutenues par l'étude de validation de la structure en quatre facteurs de la traduction française du Brief-COPE qui relève que les personnes vivant avec un conjoint (concerne 85.19% de notre échantillon) utilisent moins souvent les stratégies de soutien social (expression des sentiments, soutien instrumental, soutien émotionnel, religion et spiritualité) que celles qui n'ont pas de partenaire mais également que le fait d'occuper un emploi (représente 70.37% de nos participants) et d'avoir un niveau d'éducation supérieur (soit 81.48% d'entre eux) soient des prédicteurs de l'utilisation de stratégies actives centrées sur le problème (Baumstarck et al., 2017).

Cependant, en administrant cet instrument, nous nous intéressions moins aux efforts de coping de l'ensemble des sujets (tout type d'événement confondu) qu'aux variations dans le processus de coping-état entre les différents types de situations. C'est pourquoi, nous avons subdivisé les événements-X décrits dans le QGA, au deuxième et au quatrième temps de mesure, selon les trois dimensions de l'évaluation cognitive primaires des événements de vie identifiées par le modèle de Lazarus et Folkman (1984) et mesurées avec l'échelle ALE par des variables quantitatives discrètes (étendue : de 0 à 5). Ceci dans le but de pouvoir comparer les scores de nos participants aux différentes VDs du Brief-COPE avec les résultats de SBM car cette subdivision en trois facteurs basée sur le modèle transactionnel (SAC) de Lazarus et Folkman (1984) est la plus fréquemment appliquée dans le domaine d'étude des LME.

Avant de rebondir sur ce point, il convient tout d'abord de souligner que bien que le Brief-COPE ait été complété à deux reprises, les résultats obtenus à ce questionnaire ne concernent que 54 situations, réduisant ainsi la taille des effectifs de chacun des trois groupes en fonction desquels nous avons étudié les stratégies de coping : $n_{perte} = 10$; $n_{menace} = 22$; $n_{défi} = 22$. Par conséquent, les différences significatives que nous avons pu relever entre ces groupes sont à interpréter en considérant qu'elles ne reflètent les comportements que de petits échantillons de personnes. Malgré cette limite, nos résultats ne sont pas aberrants dans le sens où ils sont

congruents avec les prédictions du modèle SAC (Lazarus & Folkman, 1984) qui prédit non seulement une mobilisation active des efforts de coping centrés sur le problème lors d'une situation de défi/bénéfice mais aussi une utilisation accrue, dans ces situations, des diverses stratégies cognitives fonctionnelles que nous avons regroupées sous le type *pensée positive*, celles-ci n'étant que très peu mises en œuvre pour faire face à des situations jugées menaçantes ou préjudiciables. Dans ces cas-là, ce sont les stratégies d'évitement telles que le désengagement comportemental, l'auto-distraktion, le blâme de soi, le déni ou encore l'usage de substances qui sont alors préférentiellement utilisées.

Nos résultats s'accordant avec les prédictions théoriques de Lazarus et Folkman (1984), nous avons tenté de déterminer s'ils sont également congruents avec ceux obtenus par des SBM. Plusieurs études ont déjà administré le Brief-COPE à cette population et son utilisation dans ce domaine semble même de plus en plus fréquente (Muller & Spitz, 2003). Cela s'explique par le fait que cet outil présente l'avantage d'être un instrument fidèle et valide, capable d'évaluer les diverses réponses adaptatives mises en place par des personnes afin de faire face à des situations stressantes spécifiques. Il offre ainsi une analyse plus fine de la gestion du stress que la majorité des autres instruments tentant également de mesurer les efforts de coping. En effet, il est souvent reproché à ces derniers d'évaluer des catégories trop générales de stratégies (e.g., centrées sur le problème vs centrées sur l'émotion, adaptatives vs non-adaptatives, approche vs évitement, ...) pour rendre compte des réactions comportementales (ouvertes), cognitives (couvertes) et émotionnelles avec suffisamment de précision (Carver et al., 1989 ; Parker & Endler, 1992).

Parmi les différents travaux disponibles dans le champ de recherche des LME, nous avons décidé de comparer nos résultats avec l'étude de Peter et al. (2014) à laquelle ont pris part 516 SBM (échantillon composé à 72.1% d'hommes) domiciliés en Suisse et âgés de 53.10 ans en moyenne ($ET = 14.6$). Leurs résultats au Brief-COPE n'ont cependant pas été analysés par ces auteurs en fonction des trois types d'événements distingués par l'échelle ALE comme nous l'avons fait mais en calculant les corrélations de Pearson entre chacune des 14 variables du Brief-COPE et les trois sous-échelles de ce second outil. Nous avons donc fait de même avec nos données avant de procéder à la comparaison de nos corrélations ainsi obtenues avec celles relevées par Peter et al. (2014). Le Tableau D.1 (cf. Annexe D) détaille et compare ces corrélations « observées » et « attendues ». Nous remarquons alors d'importantes variations dans le processus de coping-état en

fonction de l'évaluation cognitive primaire des événements de vie entre les deux populations comparées (générale vs lésée médullaire).

Commençons par discuter des corrélations entre les trois sous-échelles de l'ALE et les stratégies de coping de type *résolution de problèmes*. Bien que nos résultats se rejoignent en ce qui concerne le coping actif et la planification qui corrént tout deux positivement et significativement avec la dimension de défi/bénéfice, les corrélations que nous observons entre deux variables et les deux autres sous-échelles de l'ALE diffèrent de celles relevées par Peter et al. (2014) auprès de SBM. Chez les deux échantillons de personnes testés, la stratégie adaptative de coping actif entretient un lien négatif avec les scores aux sous-échelles « menace » et « perte » mais, contrairement à nos résultats, chez les SBM cette association avec la dimension de perte est significative. En d'autres termes, qu'il s'agisse de notre groupe contrôle ou des personnes blessées médullaires, les individus ont moins tendance à recourir à la stratégie de coping actif pour faire face à une situation qu'ils perçoivent comme une un préjudice (perte) et cette prédiction est significativement plus forte chez les SBM. La planification est quant à elle négativement (mais pas de façon significative) associée aux scores de nos participants aux sous-échelles « menace » et « perte » de l'ALE alors que Peter et al. (2014) rapportent que la planification corréle non seulement positivement mais aussi significativement avec les scores des SBM à chacune de ces deux sous-échelles (menace et perte).

L'ensemble des stratégies de coping de type *recherche de soutien social* (expression des émotions négatives, recherche de soutien instrumental et de soutien émotionnel, religion et spiritualité) des SBM corrént positivement et significativement avec ces deux mêmes sous-échelles de l'ALE (menace et perte). Bien que le sens (positif) de toutes ces associations soit identique, aucune d'entre elles n'est significative en ce qui concerne nos résultats.

Nous relevons plusieurs différences entre les deux populations au niveau des liens entre les dimensions de perte et de menace et l'utilisation des stratégies de coping de type *pensées positives* (réinterprétation positive, humour et acceptation) : (1) les corrélations négatives entre les sous-échelles « perte » et « menace » de l'ALE et la variable « réinterprétation positive » sont toutes deux significatives chez les SBM et pas chez nos participants ; (2) en revanche, nous obtenons une corrélation négative significative entre l'humour et la sous-échelle « menace » qui n'est pas retrouvée chez les SBM ; (3) comme l'observent également Peter et al. (2014), cette même sous-

échelle (menace) est négativement associée à l'acceptation mais ce lien est significatif uniquement chez les SBM.

Enfin, les stratégies d'*évitement* sont globalement plus fortement liées aux dimensions de perte et de menace chez les SBM que chez nos participants. En effet, alors que les cinq stratégies regroupées sous ce type de coping (désengagement comportemental, auto-distraktion, blâme de soi, déni et usage de substances) corrélaient significativement avec la sous-échelle « menace » chez les SBM, nos résultats indiquent que seule la variable « déni » est significativement associée à cette sous-échelle chez nos sujets. Quant à la sous-échelle « perte », on relève qu'elle corrélaient significativement avec les variables « désengagement comportemental » et « déni » à la fois chez nos participants et chez les SBM. Toutefois, les scores de nos derniers aux variables « auto-distraktion », « blâme de soi » et « usage de substances » sont également significativement associés à la sous-échelle « perte » de l'ALE, ce qui n'est pas le cas de nos participants.

4.2 Les variables dispositionnelles du PEC et du CERQ

Concernant les mesures dispositionnelles, nous nous attendions à observer une stabilité des profils de compétences émotionnelles et de régulation cognitive des émotions à travers le temps. Nous n'avons pas formulé explicitement cette hypothèse car nous nous apprêtions à mener une étude exploratoire.

Les résultats du PEC s'accordent avec cette prédiction étant donné qu'aucune des 13 variables mesurées ne diffèrent entre la première et la seconde administration six mois plus tard.

Très similaires, les résultats du CERQ répondent également à nos attentes à l'exception d'une VD. En effet, seule la stratégie adaptative d'acceptation obtient des scores significativement plus élevés lorsqu'elle est mesurée pour la seconde fois. Nous pensons que cette différence est telle qu'elle se répercute sur le score factoriel de cette sous-échelle « stratégies adaptatives » (moyenne des cinq variables qui le composent), ce dernier n'étant alors que faiblement différent ($p = 0.048$). Cette observation serait ainsi simplement due à un biais de mesure (pouvant être lié à l'outil comme aux participants) et non l'expression d'un phénomène particulier. En effet, nous ne sommes pas parvenus à expliquer l'augmentation à travers le temps de l'acceptation en tant que stratégie dispositionnelle que nous observons à l'aide d'études scientifiques car aucun postulat théorique ne

semble prédire une telle constatation, l'approche différentielle considérant les stratégies de coping(-t) en termes de dispositions stables de l'individu (Matthews et al., 2004).

Perplexes, nous avons alors tenté de comparer la moyenne des scores à la variable « acceptation » du CERQ avec celle du même nom mesurée par le Brief-COPE aux temps de mesure où ces deux questionnaires ont conjointement été complétés (T2 et T4), ceci sans tenir compte des différents types de situations. Nous postulons que le résultat de cette comparaison devrait davantage refléter le « style » de coping de nos participants que le coping-état de ces derniers, s'approchant ainsi de la mesure dispositionnelle du CERQ. Nous observons alors que le score de l'ensemble de nos 27 sujets (tout événement confondu) à la variable « acceptation » du Brief-COPE à T2 ($M = 3.019$, $ET = 0.985$) est statistiquement équivalent ($t = 1.123$, $p = 0.267$) au score obtenu à T4 ($M = 2.722$, $ET = 0.954$). Bien que la validité d'une telle comparaison soit contestable, le résultat non-significatif obtenu semble aller dans le sens de l'hypothèse attribuant la significativité de la différence entre la moyenne des scores à la variable « acceptation » du CERQ de T2 et de T4 à un biais de mesure. Si tel est le cas, alors il n'est pas étonnant que la différence entre cette même moyenne (« observée ») à T4 et celle « attendue » à cette variable ($M = 3.155$, $ET = 0.858$) selon l'étude de validation de la version francophone du CERQ, soit également significative ($p = 0.013$) (Jermann et al., 2006). Il apparaît ainsi que les résultats de nos participants à ce questionnaire sont équivalents à ceux obtenus par les sujets – pourtant peu similaires aux nôtres – de cette étude de validation. En effet, l'échantillon de ces auteurs était composé de 224 jeunes adultes (111 hommes), âgés de 18 à 37 ans ($M = 26.19$, $ET = 4.37$) et dont 78% suivent des études supérieures (Jermann et al., 2006).

Plus pertinente, la comparaison de nos résultats « observés » au PEC avec les résultats « attendus » par l'étude de validation de Brasseur et al. (2013) a mis en évidence de subtiles différences. La norme de référence de cet instrument avec laquelle nous avons comparé nos résultats a été établie à partir des données de 404 hommes vivant en Belgique ($M_{\text{âge}} = 40.61$, $ET_{\text{âge}} = 13.77$), sélectionnés pour correspondre le plus fidèlement possible aux normes INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) pour la population générale française de 2010 (Brasseur et al., 2013). La moyenne des scores à deux compétences émotionnelles semblent différer significativement de notre échantillon : (1) l'expression, pour laquelle le score « attendu » sur le versant intra-personnel ($M = 2.93$, $ET = 0.88$) est significativement moins élevé que la moyenne de nos participants tant à T1 ($p = 0.009$) qu'à T3 ($p = 0.001$) ; et (2) l'identification,

pour laquelle le score de nos participants sur le versant intra-personnel à T1 et T3 est, dans les deux cas, significativement plus élevé que le score « attendu » ($M = 3.18$, $ET = 0.80$), $p < .01$. Sur le versant inter-personnel, seule la moyenne « observée » à la deuxième passation est significativement différente de celle « attendue » ($M = 3.46$, $ET = 0.82$), $p = 0.006$.

4.3 Les variables des questionnaires évaluant la santé mentale

En ce qui concerne les mesures évaluant la santé mentale, nous nous attendions (1) à ne pas observer de variation entre les différents temps de mesure, mais également (2) à obtenir de faibles scores, notre échantillon n'étant pas une population clinique. Toutes les variables mesurées pour évaluer la santé mentale satisfont notre première prédiction en termes de stabilité à travers le temps : que ce soit pour le DT, la HADS ou l'IES-R, aucune variation significative dans les scores de nos participants entre les différentes passations n'a été observée. Cependant, nos attentes quant à la sévérité des symptômes ne correspondent pas à nos observations : nos participants ont obtenu des scores plus élevés que ceux attendus par les normes de référence de chaque outil.

Pour le Thermomètre de Détresse (DT), le pourcentage des observations supérieures tant au score-seuil ≥ 5 (Roth et al., 1998) que ≥ 4 (Ransom et al., 2006) est plus élevé que les normes de référence établies par ces auteurs auprès de patients atteints de cancer (cf. Annexe D pour un tableau détaillant ces pourcentages). Les scores de nos participants sont toutefois moins étendus (T1, T2, T4 : de 0 à 8 ; T3 : de 0 à 7) que dans ces deux études.

Le Tableau D.3, présenté en Annexe D, compare nos résultats (moyennes, écart-types et prévalences) aux différentes sous-échelles de la HADS (score anxiété, score dépression et score total) observés à T1 et à T3 avec ceux attendus pour une population (1) contrôle (Crawford et al., 2001), et (2) lésée médullaire (Woolrich et al., 2006). On peut alors relever que les pourcentages de cas présentant une symptomatologie anxieuse « probable » (score HADS-A ≥ 8) observés à T1 (25.9%) et à T3 (33.3%) sont similaires à ceux obtenus par le groupe contrôle (33.2%) ainsi que par les SBM (31.8%). En ce qui concerne la dépression, le nombre de « cas limites » (score HADS-D ≥ 8) observés, tant à la première qu'à la seconde administration (11.1%), correspond à celui du groupe contrôle (11.4%) mais pas à celui des SBM qui est plus bien élevé (20.8%). La

forte prévalence de symptômes dépressifs chez ces derniers semble donc moins liée aux caractéristiques socio-démographiques qu'à la lésion médullaire.

Des recherches ont étudié la trajectoire développementale de ces symptômes chez les SBM et ont démontré que, contrairement au score d'anxiété qui est stable dans le temps, le score de dépression est quant à lui significativement plus élevé lorsqu'il est mesuré six semaines seulement après la survenue de la LME que lors des temps de mesure suivants (à 3 ; 12 et 24 mois post-lésionnels) période pendant laquelle la sévérité de ces symptômes demeure stable (Kennedy et al., 200 ; Kennedy et al., 2012).

Bien que nos résultats à l'IES-R satisfassent nos attentes en termes de stabilité à travers le temps, ils sont étonnamment plus élevés que ceux obtenus par Migliorini et Tonge (2009) auprès de 443 SBM âgés entre 18 et 86 ans ($M = 51.31$, $ET = 15.01$). En effet, seul 8.4% de leurs observations se situe en dessus de la valeur seuil de 33 proposée par Creamer et al. (2003) alors que nos cas probables d'ÉSPT représentent 11.11% de notre échantillon à la première administration et s'élèvent à 18.52% lors de la seconde.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette constatation dans la Section que nous allons aborder maintenant, au cours de laquelle nous relèverons les différentes limites du matériel expérimental et présenterons nos recommandations pour les pallier.

5. LIMITES ET PERSPECTIVES

Nous allons aborder ici les différentes limites dont la première concerne le fait de ne pas avoir demandé aux participants de compléter les questionnaires des deuxième, troisième et quatrième temps de mesure en se référant à l'événement-X décrit lors de la première passation. Ceci nous aurait offert la possibilité d'étudier la trajectoire développementale des processus d'évaluation cognitive et de coping-état. Malgré l'impossibilité d'investiguer ces derniers à travers le temps, le fait d'obtenir 27 nouvelles descriptions d'événements à chaque temps de mesure nous a, en contrepartie, permis de considérer individuellement chacun de ces événements et d'obtenir ainsi un nombre d'observations totales important ($n = 108$).

La seconde limite que nous souhaitons aborder concerne la décision de distinguer, parmi les événements-X du QGA, les situations de perte, de menace et de défi/bénéfice en fonction des scores obtenus à l'échelle ALE alors que ces deux instruments ont été élaborés sur la base de modèles théoriques différentes.

Basées sur le modèle SAC (Lazarus & Folkman, 1984) qui s'inscrit dans l'approche transactionnelle du stress, les sous-échelles de l'ALE se réfèrent aux trois dimensions de l'évaluation cognitive primaire identifiées par Folkman et Lazarus (1985) à travers lesquelles un individu peut apprécier sa perception d'une situation stressante (actuelle ou passée) à laquelle il est ou a été confronté. Nous avons choisi cette subdivision car la grande majorité des travaux menés dans le domaine d'étude des LME s'appuie sur cette théorie.

En revanche, le QGA se base sur le modèle des processus composants (Scherer, 2001) qui ne se limite pas à étudier le processus cognitif par lequel seules les situations stressantes sont évaluées mais bien le processus émotionnel déclenché par un épisode induisant une intense émotion (négative comme positive).

De ce fait, la catégorisation effectuée (en trois groupes) risque de ne pas suffisamment tenir compte de la variabilité des expériences émotionnelles évoquées. C'est effectivement ce que l'on peut observer lorsque l'on s'intéresse aux termes émotionnels des items n° 33 (description libre) et n° 34 (choix forcé) du QGA sélectionnés par les participants des trois groupes pour décrire le sentiment subjectif que l'événement-X leur a fait éprouver. Si près de 70% des termes émotionnels utilisés pour décrire les situations de défi/bénéfice sont positifs (e.g., joie, plaisir, bonheur, fierté, surprise, sentiments amoureux, satisfaction, soulagement, empathie), les adjectifs choisis lors des

descriptions des situations de menace et de perte sont plus hétérogènes. Pour les situations menaçantes, on retrouve des émotions telles que de l'anxiété et/ou de l'appréhension (27.5%), de la colère et/ou de l'irritation (18%), de la tristesse et/ou du désespoir (16.5%), de la peur (14.5%), de la surprise (4.5%) ou encore de la culpabilité (4.5%). Un répertoire encore plus large est visiblement nécessaire pour décrire les expériences émotionnelles ressenties par les personnes du groupe perte. Elles évoquent notamment des événements induisant de la tristesse et/ou du désespoir, (38.5%), de la colère et/ou de l'irritation (17.5%), de la surprise (5.5 %) et de l'anxiété (5.5%). De plus, on retrouve de nombreux termes « uniques » parmi les réponses de ces personnes, dans le sens où ces adjectifs n'ont été choisis par aucun autre individu ayant également vécu une situation de perte (e.g., joie, plaisir, déception, empathie, reconnaissance, panique, nostalgie, incompréhension, affaiblissant, auto-contrôle, montée d'adrénaline).

La pluralité des termes émotionnels ainsi observée démontre la nécessité de s'affranchir du modèle SAC en cessant d'utiliser une échelle aussi réductrice que l'ALE pour distinguer les événements-X. Ceci au profit d'une analyse plus qualitative des descriptions des événements en tant que tels mais aussi de l'expérience émotionnelle qu'ils induisent afin de permettre une interprétation plus fine et plus précise du processus d'évaluation cognitive. Pour ce faire, l'Annexe-E illustre nos recommandations qui consistent à :

(1) Cibler davantage la consigne concernant la description de l'événement-X en proposant, dans un premier temps, un rappel libre de l'épisode et en administrant, dans un second temps, les différents éléments précisés dans les instructions (ressenti et pensées au moment de l'événement ; importance et enjeux personnels ; conséquences potentielles perçues) les uns après les autres. Ceci permettrait d'obtenir des descriptions plus structurées de manière à ce qu'elles contiennent toutes des informations similaires et comparables rendant ainsi leur analyse plus objective et standardisées (cf. Figure E.1).

(2) Dichotomiser la modalité de réponse de certaines variables, mesurant notamment la signification normative (items n° 10, 11 et 15), l'agent responsable de l'occurrence de l'événement (items n° 12, 13 et 16) et les motifs de celui-ci (items n° 14 et 17), ce qui aurait pour effet de réduire tant la charge cognitive et émotionnelle induite par l'administration de cet instrument que son temps de passation et offrirait de nouveaux critères pour distinguer les événements. Nous pensons qu'il serait aussi pertinent d'ajouter deux brèves questions (également dichotomiques) portant sur le contrôle (contrôlable vs incontrôlable) et l'évolution (favorable vs défavorable) perçus de la

situation afin de pouvoir analyser les données récoltées à l'aide du Brief-COPE situationnel de la même façon que Muller et Spitz (2003) ont procédé dans le cadre de la validation de la traduction française de ce questionnaire (cf. Figure E.2).

(3) Combiner les deux derniers items du QGA (n° 33 et 34) en une unique liste, plus longue, d'adjectifs émotionnels parmi lesquels pourraient, par exemple, figurer les 40 termes rapportés par nos participants que nous avons retenus en plus des 14 adjectifs émotionnels initialement proposés.

Nous conseillons également de permettre aux personnes d'en sélectionner autant qu'elles le souhaitent tout en continuant à les prier de bien vouloir différencier leurs choix en fonction soit de l'ordre d'apparition des émotions éprouvées (dans le cas où elles les ont successivement ressenties), soit de leur intensité (lorsque plusieurs émotions différentes ont simultanément été ressenties) comme le propose la Figure E.3 (cf. Annexe E).

De plus, il nous semble nécessaire d'adapter les instructions du QGA car nous pensons qu'elles ont des répercussions sur les réponses aux autres questionnaires. En effet, selon nous, les résultats extrêmes obtenus à l'IES-R sont dus, en partie, à la consigne du QGA concernant le choix et la description libre de l'événement-X. En stipulant que ce dernier puisse faire référence à une situation émotionnelle négative comme positive, il devient aberrant d'administrer un questionnaire évaluant la présence de symptômes caractéristiques du syndrome de stress post-traumatique à des personnes tout-venant qui peuvent, non seulement (a) avoir évoqué un événement-X positif, mais également (b) n'avoir jamais été confrontées à un événement traumatique. Sont considérés comme tels par le DSM-IV (critère A), uniquement les événements (A1) au cours desquels l'intégrité physique de la personne ou celle d'autrui a pu être menacée, et (A2) auxquels la personne a réagi par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur (American Psychiatric Association [APA], 1996).

En regardant de plus près les distributions des scores obtenus à chaque item de l'IES-R, on observe que trois d'entre eux (n° 1 : « Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement » ; n° 3 : « Différentes choses m'y faisaient penser » ; n° 6 : « Sans le vouloir, j'y repensais »), issus de la sous-échelle « intrusion », se démarquent très nettement des autres : leur moyenne est toujours supérieure à 1.5 (la cote limite), que ce soit à la première ou à la seconde administration et que l'événement rappelé soit négatif ou positif. Afin d'éviter une interprétation biaisée de ces questions-là (ou d'autres), plusieurs auteurs ont choisi de ne pas utiliser ce questionnaire dès que leurs sujets ne satisfont pas les deux conditions du critère diagnostique A du

DSM-IV susmentionnées (menace vitale pour soi ou autrui et sévérité de la réponse émotionnelle péri traumatique) nécessaire pour établir la présence d'un trouble de l'ÉSPT (Beck et al., 2008 ; Hunt & Evans, 2004).

A propos des mesures dispositionnelles, nous reprochons au CERQ d'être un questionnaire relativement long et, qui plus est, ne nous ayant pas fourni de résultat concluant. C'est pourquoi, nous proposons de profiter du fait que le Brief-COPE soit disponible dans un format à la fois situationnel et dispositionnel, en utilisant cette dernière version à la place du CERQ. Cette substitution a l'avantage d'offrir la possibilité de comparer les données obtenues aux variables dispositionnelles avec leurs homologues de la forme situationnelle. En effet, si de nombreuses VDs du CERQ et du Brief-COPE se ressemblent (e.g., blâme de soi, acceptation, centration sur l'action, réévaluation positive) elles ne mesurent toutefois probablement pas exactement les mêmes construits. Nous avons d'ailleurs pu observer cela avec la variable « acceptation » du CERQ qui différait entre T2 et T4 alors que son homonyme du Brief-COPE était stable entre ces deux passations. Cependant, il pourrait être intéressant d'ajouter quelques items du CERQ au Brief-COPE mesurant des dimensions que celui-ci n'explore pas telles que la rumination, la dramatisation ou encore le blâme d'autrui qui, une fois regroupées, formeraient un ensemble de stratégies s'opposant au type de coping « pensée positive ».

Enfin nous conseillons d'administrer le Brief-COPE situationnel à la suite du QGA et de placer celui-ci en toute fin de passation, ceci pour deux raisons : tout d'abord, pour éviter que les participants ne répondent aux questionnaires dispositionnels en étant influencés par la situation émotionnelle spécifique qu'ils viendraient d'évoquer (l'événement-X), mais aussi parce que nous avons remarqué, tant lorsque nous étions présents lors de la première passation (T1) qu'en prenant connaissance des commentaires laissés par les participants, que le fait de placer le QGA en fin de questionnaire (après que les outils dispositionnels aient été complétés) semble faciliter la sélection et le rappel de l'événement-X.

6. CONCLUSION

Malgré les quelques difficultés méthodologiques rencontrées, concernant notamment la mortalité expérimentale à laquelle nous avons dû faire face, et les différentes limites relevées ci-dessus, la base de données que nous sommes parvenus à constituer, à l'issue de notre recherche, est pertinente pour différentes raisons.

Ces données ont tout d'abord été récoltées auprès d'un groupe d'individus tout-venant présentant des caractéristiques socio-démographiques homogènes, décrivant une importante proportion des personnes avec une LME en Suisse : par exemple, l'échantillon de l'étude de Brinkhof et al. (2016) comportant 1549 SBM est majoritairement composé d'hommes (71.5%) mais aussi de personnes âgées entre 46 et 75 ans (61.3%).

De plus, ce recueil de données décrit les résultats de notre groupe contrôle à un ensemble de questionnaires très fréquemment utilisés dans ce champ de recherche, ceci en dépit de l'absence de normes de référence tant longitudinales que représentatives de cette population. En effet, la grande majorité de ces instruments ne sont pas normés à travers le temps (Parker & Endler, 1992). Qui plus est, les normes qu'ils proposent n'ont que très rarement été établies sur des données recueillies auprès d'échantillons de personnes socio-démographiquement similaires à la population clinique de blessés médullaires. Celle-ci étant pourtant hautement à risque de développer des psychopathologies consécutives à la survenue de la LME (Post & Van Leeuwen, 2012).

Or de telles références sont nécessaires lorsque l'on cherche à mieux comprendre l'impact de l'occurrence de pareils événements sur la santé mentale (Craig, Tran, & Middleton, 2009), notamment en tentant d'identifier les processus cognitifs pour lesquels l'observation de faibles scores aux tests les mesurant, à un temps donné (le plus tôt possible après l'apparition de la lésion) prédirait le développement ultérieur de troubles psychologiques (Kaiser & Kennedy, 2011).

Tenant à répondre à ce besoin, la base de données présentée par ce mémoire de recherche constitue ainsi une première contribution à l'établissement de normes de référence destinées au suivi de sujets blessés médullaires.

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- APA — American Psychiatrists Association (1996). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV)*. Traduction française par J. Guelfi, Paris, France : Masson.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality. Vol. 1: Psychological aspects*. New York, NY, US: Columbia University Press.
- Avalosse, H., Callens, M., Kapala, F., Mikolajczak, M., Rummens G., Vanbroeck, N., ... & Verniest, R. (2015). Les compétences émotionnelles, un facteur à prendre en compte pour la prévention. *Education Santé, 311*(5), 2-6.
- Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., & Boyer, L. (2017). Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief-COPE inventory. *Health and quality of life outcomes, 15*(1), 8-17.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of anxiety disorders, 22*(2), 187-198.
- Bellinghausen, L. (2012). Quel est le futur des compétences émotionnelles dans les dispositifs de formation professionnelle?. *Pédagogie Médicale, 13*(3), 155-157.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research, 52*(2), 69-77.
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Lude, P., & Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation psychology, 57*(3), 236-247.
- Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R., & Mikolajczak, M. (2013). The profile of emotional competence (PEC): Development and validation of a self-reported measure that fits dimensions of emotional competence theory. *Plos one, 8*(5), e62635.
- Brinkhof, M. W., Al-Khodairy, A., Eriks-Hoogland, I., Fekete, C., Hinrichs, T., Hund-Georgiadis, M., ... & Reinhardt, J. D. (2016). Health conditions in people with spinal cord injury: contemporary evidence from a population-based community survey in Switzerland. *Journal of rehabilitation medicine, 48*(2), 197-209.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *The Canadian journal of psychiatry, 48*(1), 56-61.
- Campagnolo, D. I., Kirshblum, S., Nash, M. S., Heary, R. F., & Gorman, P. H. (2011). *Spinal cord medicine*. Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins.

- Cardenas, D. D., Hoffman, J. M., Kirshblum, S., & McKinley, W. (2004). Etiology and incidence of rehospitalization after traumatic spinal cord injury: a multicenter analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(11), 1757-1763.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief-cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283.
- Chamberlain, J. D., Meier, S., Mader, L., Von Groote, P. M., & Brinkhof, M. W. (2015). Mortality and longevity after a spinal cord injury: systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*, 44(3), 182-198.
- Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal cord*, 47(2), 108-114.
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 429-434.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the impact of event scale – revised. *Behaviour research and therapy*, 41(12), 1489-1496.
- Chevalier, Z., Kennedy, P., & Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal cord*, 47(11), 778-782.
- DeGraff, A. H., & Schaffer, J. (2008). Emotion-focused coping: A primary defense against stress for people living with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation*, 74(1), 19-24.
- DeJong, G., Tian, W., Hsieh, C. H., Junn, C., Karam, C., Ballard, P. H., ... & Hammond, F. M. (2013). Rehospitalization in the first year of traumatic spinal cord injury after discharge from medical rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(4), S87-S97.
- Duff, J., & Kennedy, P. (2006). Spinal cord injury. In S. Llewelyn & P. Kennedy (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (2nd ed., pp. 251-275). Chichester, England: Wiley.
- Eastwood, E. A., Hagglund, K. J., Ragnarsson, K. T., Gordon, W. A., & Marino, R. J. (1999). Medical rehabilitation length of stay and outcomes for persons with traumatic spinal cord injury — 1990–1997. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 80(11), 1457-1463.
- Eaton, R., Jones, K., & Duff, J. (2018). Cognitive appraisals and emotional status following a spinal cord injury in post-acute rehabilitation. *Spinal cord*, 1.
- Ellsworth, P. C. (1991). Some implications of cognitive appraisal theories of emotion. In K. T. Strongman (Ed.), *International review of studies of emotion* (Vol. 1, pp. 143-161). New York, NY, US: John Wiley & Sons.

- Fekete, C., Siegrist, J., Post, M. W., & Brinkhof, M. W. (2019). Productive activities, mental health and quality of life in disability: exploring the role enhancement and the role strain hypotheses. *BMC psychology*, 7(1), 1-13.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571-579.
- Frijda, N. H. (1987). Emotion, cognitive structure, and action tendency. *Cognition and emotion*, 1(2), 115-143.
- Galvin, L. R., & Godfrey, H. P. D. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal cord*, 39(12), 615-627.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Garske, G. G., & Turpin, J. O. (1998). Understanding psychosocial adjustment to disability: an American perspective. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 4(1), 29-37.
- Geneva Emotion Research Group (2002). *Questionnaire Genevois d'Appraisal (QGA) : format, développement et utilisation* [PDF]. Récupéré de <http://www.affective-sciences.org/researchmaterial>
- Geyh, S., Nick, E., Stirnimann, D., Ehrat, S., Müller, R., & Michel, F. (2012). Biopsychosocial outcomes in individuals with and without spinal cord injury: a Swiss comparative study. *Spinal Cord*, 50(8), 614-622.
- Ghajarzadeh, M., Mahsa, O. W. J. I., Sauraian, M. A., Moghadasi, A. N., & Azimi, A. (2014). Emotional intelligence (EI) of patients with multiple sclerosis (MS). *Iranian journal of public health*, 43(11), 1550-1556.
- Grandjean, D., Sander, D., & Scherer, K. R. (2008). Conscious emotional experience emerges as a function of multilevel, appraisal-driven response synchronization. *Consciousness and cognition*, 17(2), 484-495.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224-237.
- Hall, S. E., Wrench, J. M., Connellan, M., Ott, N., & Wilson, S. J. (2019). The Role of Emotional Intelligence in Community Integration and Return to Work After Acquired Brain Injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 100(3), 464-473.

- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, 41(3), 209-218.
- Hunt, N., & Evans, D. (2004). Predicting traumatic stress using emotional intelligence. *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), 791-798.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, P., Priestman, T., & Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30(1), 37-40.
- Illés, C., & Abel, T. (2002). *Psychische Gesundheit: eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz*. Bern, Schweiz: SGGP.
- Jensen, M. P., Smith, A. E., Bombardier, C. H., Yorkston, K. M., Miró, J., & Molton, I. R. (2014). Social support, depression, and physical disability: age and diagnostic group effects. *Disability and health journal*, 7(2), 164-172.
- Jermann, F., Van der Linden, M., D'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131.
- Kaiser, S., & Kennedy, P. (2011). An exploration of cognitive appraisals following spinal cord injury. *Psychology, health & medicine*, 16(6), 708-718.
- Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine*, 14(1), 17-33.
- Kennedy, P., Kilvert, A., & Hasson, L. (2016). A 21-year longitudinal analysis of impact, coping, and appraisals following spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*, 61(1), 92-101.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M. L., & Smithson, E. (2010). Cognitive appraisals, coping and quality of life outcomes: a multi-centre study of spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*, 48(10), 762-769.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M. L., & Smithson, E. F. (2011). Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 597-602.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M. L., & Smithson, E. (2012). Appraisals, coping and adjustment pre and post SCI rehabilitation: a 2-year follow-up study. *Spinal cord*, 50(2), 112-118.
- Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal cord*, 44(2), 95-105.
- Kraft, R., & Dorstyn, D. (2015). Psychosocial correlates of depression following spinal injury: A systematic review. *The journal of spinal cord medicine*, 38(5), 571-583.

- Krause, J. S., & Bozard, J. L. (2012). Natural course of life changes after spinal cord injury: a 35-year longitudinal study. *Spinal Cord*, 50(3), 227-231.
- Krueger, H., Noonan, V. K., Williams, D., Trenaman, L. M., & Rivers, C. S. (2013). The influence of depression on physical complications in spinal cord injury: behavioral mechanisms and health-care implications. *Spinal Cord*, 51(4), 260-266.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY, US: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. In K.R. Scherer, A. Schorr, T. Johnstone (Eds.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research* (pp. 37-67). New York, NY: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY, US: Springer Publishing Company.
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol*, 143(2), 175-189.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adjustment to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD, US: Aspen Publishers, Inc.
- Luminet, O. (2002). *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Marino, R. J., Barros, T., Biering-Sorensen, F., Burns, S. P., Donovan, W. H., Graves, D. E., ... & Priebe, M. (2003). International standards for neurological classification of spinal cord injury. *The journal of spinal cord medicine*, 26(sup1), S50-S56.
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. (2004). Emotional intelligence, coping and adaptation. In G. Matthews, M. Zeidner & R. Roberts (Eds.), *Emotional Intelligence: Science and Myth* (pp. 283-320). Cambridge, MA, US: The MIT Press.
- Migliorini, C., & Tonge, B. (2009). Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(6), 445-450.
- Mikolajczak, M. (2009). Les compétences émotionnelles : historique et conceptualisation. In M. Mikolajczak, J. Quoidbach, I. Kotsou & D. Nelis (Eds.), *Les compétences émotionnelles* (pp. 1-10). Paris, France: Dunod.
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., Van Broeck, N., ... & Mierop, A. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion*, 15(5), 653-667.

- Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2008). Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study. *Personality and individual differences*, 44(7), 1445-1453.
- Mikolajczak, M., & Van Belleghem, S. (2017). Increasing emotional intelligence to decrease healthcare expenditures: How profitable would it be?. *Personality and individual differences*, 116, 343-347.
- Mitchell, A. J. (2010). Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(4), 487-494.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief-COPE among French population. *L'encéphale*, 29(6), 507-518.
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., & Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11(2), 354-366.
- North, N. T. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: a review. *Spinal cord*, 37(10), 671-679.
- Nowakowska-Domagala, K., Pietras, T., Jabłowska-Górecka, K., & Stecz, P. (2018). Duration of disability, functional independence, coping styles and the quality of life in patients with spinal cord injury—Pilot study. *The European Journal of Psychiatry*, 32(1), 36-43.
- Oliver, M., Inaba, K., Tang, A., Branco, B. C., Barmparas, G., Schnüriger, B., ... & Demetriades, D. (2012). The changing epidemiology of spinal trauma: a 13-year review from a Level I trauma centre. *Injury*, 43(8), 1296-1300.
- OMS — Organisation Mondiale de la Santé (2001a). *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Suisse. Repéré à <http://www.who.int/whr/2001/fr>
- OMS — Organisation Mondiale de la Santé (2001b). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève, Suisse. Récupéré de <http://www.who.int/classifications/icf/wha-fr.pdf>
- OMS — Organisation Mondiale de la Santé (2004). *Investir dans la santé mentale* (No. WHA57.17). Genève, Suisse. Repéré à http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf
- OMS — Organisation Mondiale de la Santé, Bickenbach, J., Officer, A., Shakespeare, T., & Von Groote, P. (2014). *Lésions de la moelle épinière : perspectives internationales* (No. WHO/NMH/VIP/13.03). Traduction française par N. Essaafi Elkhadiri, & SPF, Genève, Suisse. Repéré de http://www.who.int/iris/bitstream/10665/131503/1/9783033046399_fre.pdf

- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321-344.
- Peter, C., Müller, R., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review. *Spinal Cord*, 50(3), 188-201.
- Peter, C., Müller, R., Post, M. W., Van Leeuwen, C. M. C., Werner, C. S., Geyh, S., & SwiSCI Study Group. (2014). Psychological resources, appraisals, and coping and their relationship to participation in spinal cord injury: a path analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(9), 1662-1671.
- Petrides, K. V., Mikolajczak, M., Mavroveli, S., Sanchez-Ruiz, M. J., Furnham, A., & Pérez-González, J. C. (2016). Developments in trait emotional intelligence research. *Emotion Review*, 8(4), 335-341.
- Pollard, C., & Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *British journal of health psychology*, 12(3), 347-362.
- Post, M. W., Brinkhof, M. W., von Elm, E., Boldt, C., Brach, M., Fekete, C., ... & SwiSCI study group. (2011). Design of the Swiss spinal cord injury cohort study. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 90(11), S5-S16.
- Post, M. W. M., & Van Leeuwen, C. M. (2012). Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. *Spinal cord*, 50(5), 382-389.
- Quale, A. J., & Schanke, A. K. (2010). Resilience in the face of coping with a severe physical injury: A study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. *Rehabilitation psychology*, 55(1), 12-22.
- Quintard B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. In M. Bruchon-Schweitzer & R. Dantzer (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé* (pp. 43-66). Paris, France: P.U.F.
- Ransom, S., Jacobsen, P. B., & Booth-Jones, M. (2006). Validation of the distress thermometer with bone marrow transplant patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(7), 604-612.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée*, 39(4), 295-307.
- Roberts, R. D., Zeidner, M., & Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions. *Emotion*, 1(3), 196-231.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 82(10), 1904-1908.

- Saberi, H., & Ghajarzadeh, M. (2017). Emotional Intelligence in Patients with Spinal Cord Injury (SCI). *Iranian journal of public health*, 46(5), 677-681.
- Samson, A. C., & Tornare, E. (2015). Perturbations émotionnelles et leurs remédiations dans le trouble du spectre de l'autisme. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 139, 556-564.
- Sander, D., & Scherer, K. R. (2014). *Traité de psychologie des émotions*. Paris, France: Dunod.
- Scherer, K. R. (1982). Emotion as a process: Function, origin and regulation. *Social Science Information Social Science Information*, 21(4-5), 555-570.
- Scherer, K.R. (1984). Emotion as multi-component process: A model and some cross-cultural data. In P. Shaver (Ed.), *Review of personality and social psychology: Vol. 5. Emotions, relationships and health* (pp. 37-63). Beverly Hills, CA, US: Sage.
- Scherer, K. R. (1993). Studying the emotion-antecedent appraisal process: An expert system approach. *Cognition and Emotion*, 7(3-4), 325-355.
- Scherer, K. R. (1997). Profiles of emotion-antecedent appraisal: testing theoretical predictions across cultures. *Cognition and Emotion*, 11(2), 113-150.
- Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research* (pp. 92-120) New York, NY, US: Oxford University Press.
- Scherer, K. R., & Sangsue, J. (2004). Le système mental en tant que composant de l'émotion. In G. Kirouac (Ed.), *Cognition et émotion* (pp. 11-36). Québec, Canada : Les Presses de l'Université de Laval.
- Scherer, K. R. (2007). Componential emotion theory can inform models of emotional competence. In G. Matthews, M. Zeidner, & R. D. Roberts, R. D. (Eds.), *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns* (pp. 101-126). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Selye, H. (1956). *Le stress de la vie*. Paris, France: Gallimard.
- Snowden, A., White, C. A., Christie, Z., Murray, E., McGowan, C., & Scott, R. (2011). The clinical utility of the distress thermometer: a review. *British Journal of Nursing*, 20(4), 220-227.
- Stanford, R. E., Soden, R., Bartrop, R., Mikk, M., & Taylor, T. K. F. (2007). Spinal cord and related injuries after attempted suicide: psychiatric diagnosis and long-term follow-up. *Spinal Cord*, 45(6), 437-443.
- Tate, D. G., Forchheimer, M. B., Krause, J. S., Meade, M. A., & Bombardier, C. H. (2004). Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: risk factors and correlates. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(11), 1837-1847.

- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of personality and social psychology*, 66(5), 895-910.
- Theurel, A., & Gentaz, E. (2015). Entraîner les compétences émotionnelles à l'école. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 39, 545-555.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, (2015). *World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables* (No. ESA/P/WP. 241). Récupéré de https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
- Van Leeuwen, C. M., Post, M. W., Van Asbeck, F. W., Van der Woude, L. H., De Groot, S., & Lindeman, E. (2010). Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(3), 265-271.
- Van Leeuwen, C. M., Hoekstra, T., Van Koppenhagen, C. F., De Groot, S., & Post, M. W. (2012). Trajectories and predictors of the course of mental health after spinal cord injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(12), 2170-2176.
- Van Leeuwen, C. M., Kraaijeveld, S., Lindeman, E., & Post, M. W. M. (2012). Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal cord*, 50(3), 174-187.
- Van Leeuwen, C. M., Post, M. W., Westers, P., Van der Woude, L. H., De Groot, S., Sluis, T., ... & Lindeman, E. (2012). Relationships between activities, participation, personal factors, mental health, and life satisfaction in persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 82-89.
- Van Leeuwen, C. M., Edelaar-Peeters, Y., Peter, C., Stiggelbout, A. M., & Post, M. W. (2015). Psychological factors and mental health in persons with spinal cord injury: an exploration of change or stability. *Journal of rehabilitation medicine*, 47(6), 531-537.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (pp. 399-411). New York, NY, US: Guildford.
- Woolrich, R. A., Kennedy, P., & Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 80-90.
- Wyndaele, M., & Wyndaele, J. J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey?. *Spinal cord*, 44(9), 523-529.
- Zeidner, M., & Endler, N. S. (Eds.). (1996). *Handbook of coping: Theory, research, applications* (Vol. 195). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

ANNEXES

Table des Annexes

Annexe A.	Formulaire d'information et consentement de participation.....	65
Annexe B.	Adaptations du matériel expérimental (QGA & ALE).....	70
	<i>Figure B.1.</i> Reformulation des instructions du Questionnaire genevois d'appraisal (QGA), combinaison des items n° 4 et 5 et insertion de l'ALE (Appraisal of Life Events scale).....	71
Annexe C.	Tableaux des résultats.....	72
	Tableau C.1 <i>Résultats détaillés du processus d'évaluation cognitive (QGA) : moyennes et écart-types aux CSEC en fonction du type de situation émotionnelle (évalué par l'échelle ALE).....</i>	73
	Tableau C.2 <i>Fréquences (% , n) des réponses aux différentes modalités des variables qualitatives du QGA en fonction du type de situation émotionnelle (évalué par l'échelle ALE)</i>	74
	Tableau C.3 <i>Moyennes et écart-types aux sous-échelles du Brief-COPE en fonction du type de situation émotionnelle (évalué par l'échelle ALE)</i>	75
	Tableau C.4 <i>Moyennes et écart-types aux sous-échelles du PEC et comparaison des moyennes des scores de T1 et T3 (test-t de Student).....</i>	76
	Tableau C.5 <i>Moyennes et écart-types aux sous-échelles du CERQ et comparaison des moyennes des scores de T2 et T4 (test-t de Student).....</i>	76
Annexe D.	Comparaison des résultats « observés » vs « attendus ».....	77
	Tableau D.1 <i>Corrélations de Pearson (r) entre les variables du Brief-COPE et les trois sous-échelles de l'ALE observées et attendues chez une population de SBM (Peter et al., 2014)</i>	78
	Tableau D.2 <i>Étendues des scores au Thermomètre de détresse (DT) et prévalences (%) des cas symptomatiques identifiés à T1, T2, T3 et T4 en utilisant les valeurs seuils ≥ 5 et ≥ 4.....</i>	79
	Tableau D.3 <i>Comparaison des moyennes, écart-types et fréquences (%) aux sous-échelles de la HADS de T1 et T3 avec les résultats attendus pour une population (1) contrôle (Crawford et al., 2001), et (2) lésée médullaire (Woolrich et al., 2006)</i>	79
Annexe E.	Adaptations recommandées pour le QGA	80
	<i>Figure E.1.</i> Proposition d'instructions structurées pour la sélection, le rappel et la description de l'épisode émotionnel (QGA).	81
	<i>Figure E.2.</i> Recommandations quant aux items à dichotomiser (n° 10 à 17), les deux premiers étant proposés pour être ajoutés (QGA).	82
	<i>Figure E.3.</i> Liste de 54 termes émotionnels proposée pour combiner les items n° 32 et 33 (QGA) en un.	83

ANNEXE A
FORMULAIRE D'INFORMATION ET
CONSENTEMENT DE PARTICIPATION



RECHERCHE

Etude de cas : « Comparaison des trajectoires émotionnelles de patients avec lésion médullaire et de leurs groupes contrôles ».

Etudiant responsable du projet de recherche : Cavadini Thalia (Thalia.Cavadini@etu.unige.ch)

(Dans ce texte, le masculin est utilisé au sens générique ; il comprend aussi bien les femmes que les hommes.)

INFORMATION AUX PARTICIPANTS ET CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Information aux participants

- Enseignants responsables de la recherche :

Chef de projet : Gentaz Edouard
Adresse : Université de Genève
Email : Edouard.Gentaz@unige.ch
Téléphone : +41 22 379 90 93

Chercheur coordinateur : Wicki-Roten Virginie
Adresse : CRR – Avenue du Grand-Champsec 90
1950 Sion, Suisse
Email : Virginie.Roten@crr-suva.ch
Téléphone : +41 27 603 20 74

Berney Sandra
Adresse : Université de Genève
Email : Sandra.Berney@unige.ch
Téléphone : +41 22 379 92 87

- Objectifs généraux de la recherche :

L'objectif de ce projet est d'effectuer une étude longitudinale pour étudier, durant une année, la trajectoire de l'expérience émotionnelle individuelle de personnes saines issues de la population générale afin de les comparer à l'évolution des trajectoires des patients atteints de lésions médullaires en ce qui concerne l'évaluation cognitive (la manière dont un individu perçoit un événement particulier) et les compétences émotionnelles (manière dont les individus identifient, comprennent, expriment, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui). Les données concernant ces patients sont récoltées lors d'une étude réalisée, en parallèle à celle-ci, à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) avec des patients atteints d'une lésion de la moelle épinière.

Cette recherche consiste à l'élaboration de groupes contrôles constitués de 20 personnes saines (sans pathologie psychique ni physique diagnostiquée), similaires (en âge/genre/situation familiale/niveau d'étude et socio-économique) à chacun des patients participant à la recherche.

Cette étude vise à déterminer, dans un premier temps, si les compétences émotionnelles des patients avec une lésion de la moelle épinière évoluent différemment au cours du temps de celles d'une population contrôle et d'examiner, dans un second temps, leur influence sur le développement de complications physiques éventuelles chez ces patients.

Ceci pourrait permettre d'identifier les besoins des patients concernant la psychothérapie et contribuerait au développement de nouvelles interventions.

- Procédure/durée :

Comme mentionné ci-dessus, cette recherche est une étude longitudinale, ce qui signifie que durant une année, vous serez amenés à remplir les mêmes questionnaires à plusieurs reprises, au minimum trois fois et au maximum cinq fois pour une durée de 45 minutes au maximum. La fréquence dépend de la durée du séjour du patient auquel votre groupe est lié. En effet, vous aurez le même nombre de temps de mesure que le patient référant du groupe contrôle auquel vous appartenez.

Les questionnaires ont pour thème le stress, les expériences émotionnelles et la gestion des émotions. Ils seront informatisés : vous pourrez donc les réaliser à votre domicile. Notez qu'ils pourront également être remplis sur d'autres supports (par courrier ou par appel téléphonique) selon vos préférences.

Nous vous demanderons toutefois de vous placer dans des conditions similaires à chacun des différents temps de mesure, de remplir les formulaires seuls et le plus sincèrement possible. Les questionnaires portant essentiellement sur la régulation émotionnelle, nous vous prions également de nous indiquer si vous veniez à vivre un événement susceptible d'influencer vos réponses entre deux temps de mesure.

Nous reprendrons contact avec vous par le moyen de communication que vous aurez choisi pour le premier temps de mesure un mois après la signature de ce formulaire. Nous estimons le temps moyen de cette passation entre 45 minutes et une heure. Lors de cette première passation, avant d'accéder aux différents questionnaires, nous vous demanderons d'indiquer certaines informations personnelles (votre âge, sexe, situation familiale, niveau d'étude et votre situation socio-économique). Ces données nous seront indispensables pour l'élaboration de groupes contrôles appariés le plus similairement possible aux différents patients. Ces informations seront associées à vous par l'intermédiaire d'un code d'identification (que nous vous demanderons de générer à la fin du présent formulaire) qui nous permettra de garantir l'anonymat de vos réponses. Lors des passations, votre identification se fera uniquement par l'utilisation de ce code, ainsi, nous ne pourrions à aucun moment relier vos réponses à votre identité.

Notez que les différents temps de mesure suivants sont indicatifs : comme mentionné, ils dépendront de l'évolution du patient référant. De ce fait, leur fréquence est susceptible de varier tout comme leur nombre (3 étant le minimum et 5 le maximum). Ainsi, le second temps de mesure éventuel se déroulera 3 mois après la signature de ce formulaire. Nous prendrons à nouveau contact avec vous et vous transmettrons les questionnaires à remplir. Le temps de cette seconde passation est d'environ 30 minutes.

Le troisième temps de mesure est également éventuel et est planifié à 6 mois après la signature du présent consentement. Son temps est estimé à 45 minutes. La date de la quatrième passation sera à définir. Elle est agendée à 15 jours avant la sortie de clinique du patient référant. Le temps de cette passation est approximativement de 35 minutes. Enfin, la dernière passation aura lieu un an après la signature du consentement et durera une quarantaine de minutes.

- Avantages, bénéfices et risques éventuels pour les participants : Aucun.
- Protection des données, mesures d'archivage/destruction des données : Vos réponses aux questionnaires seront anonymisées, conservées indépendamment de vos informations personnelles durant la durée de la recherche puis détruites à l'issue de la rédaction du mémoire de recherche en juin 2019.
- Accès aux résultats de la recherche pour les participants : Les résultats et les conclusions feront l'objet d'un mémoire de master. Ils seront disponibles dès juin 2019. Toutefois, en cas d'interrogations, il vous est possible de contactez dès à présent l'étudiant ou les enseignants responsables du projet de recherche.
- Nom et Coordonnées : Cavadini Thalia, Thalia.Cavadini@etu.unige.ch, +41 79 411 85 88.

Consentement de participation à la recherche

Sur la base des informations qui précèdent, je confirme mon accord pour participer à l'étude de cas : « Comparaison des trajectoires émotionnelles de patients avec lésion médullaire et de leurs groupes contrôles » et j'autorise :

- l'utilisation des données à des fins scientifiques et la publication des résultats de la recherche dans des revues ou livres scientifiques, étant entendu que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité ; OUI NON
- l'utilisation des données à des fins pédagogiques (cours et séminaires de formation d'étudiants ou de professionnels soumis au secret professionnel). OUI NON

Je confirme répondre aux critères d'inclusion de cette étude : être en bonne santé mentale et physique (sans pathologie diagnostiquée), être âgé de plus de 18 ans et être domicilié en Suisse. OUI NON

J'autorise les responsables de la recherche à me contacter pour me fournir les différents questionnaires par le moyen de communication suivant¹ :

E-mail (questionnaires informatisés), à l'adresse suivante :

Téléphone (questionnaires oraux), au numéro suivant : _____

Courrier (questionnaires papier), à l'adresse suivante :

Veillez s'il vous plaît compléter les champs suivants afin de générer votre code d'identification² (ID Code) qui vous servira à vous identifier lors des passations et permettra d'anonymiser vos réponses aux différents questionnaires :

- 1^{ère} lettre de votre prénom : _____
- 1^{ère} lettre du prénom de votre mère : _____
- Dernière lettre du prénom de votre mère : _____
- 1^{ère} lettre du prénom de votre père : _____
- Dernière lettre du prénom de votre père : _____

¹ Nous nous engageons à conserver ces informations de manière confidentielle, à ne pas les diffuser et à ne pas les utiliser à d'autres fins que pour prendre contact avec vous dans le cadre de la présente étude. Nous nous engageons également à les supprimer à l'issue de la recherche en juin 2019 ou si vous désirez vous retirer de l'étude.

² Nous nous engageons à associer votre code aux informations personnelles concernant votre identité contenues dans le présent formulaire dans un fichier totalement indépendant aux données qui seront récoltées lors des passations. Ainsi, vos réponses ne pourront à aucun moment être liées à vous personnellement.

J'ai choisi volontairement de participer à cette recherche. J'ai été informé-e du fait que je peux me retirer en tout temps sans fournir de justifications.

Ce consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Prénom, Nom :

Signature :

Date :

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

L'information qui figure sur ce formulaire de consentement et les réponses que j'ai données au participant décrivent avec exactitude le projet.

Je m'engage à procéder à cette étude conformément aux normes éthiques concernant les projets de recherche impliquant des participants humains, en application du *Code d'éthique concernant la recherche au sein de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation* et des *Directives relatives à l'intégrité dans le domaine de la recherche scientifique et à la procédure à suivre en cas de manquement à l'intégrité* de l'Université de Genève.

Je m'engage à ce que le participant à la recherche reçoive un exemplaire de ce formulaire de consentement.

Prénom, Nom : Thalia Cavadini


Signature :



Date : 06.02.18

ANNEXE B
ADAPTATIONS DU MATÉRIEL EXPERIMENTAL
(QGA & ALE)

Figure B.1. Reformulation des instructions du Questionnaire genevois d'appraisal (QGA), combinaison des items n° 4 et 5 et insertion de l'ALE (Appraisal of Life Events scale).



UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

MÉMOIRE POUR LA MAÎTRISE UNIVERSITAIRE EN PSYCHOLOGIE

Étude longitudinale de cas-contrôles (T4₁₄)

Questionnaire Genevois d'Appraisal

Le but de ce questionnaire est d'évaluer le processus cognitif par lequel vous avez évalué, à travers différents critères, la survenue, le déroulement et les conséquences d'un épisode ou d'un **événement émotionnel spécifique** que vous avez vécu au cours de T1 : « l'année écoulée » vs T2 : « des quatre derniers mois » vs T3 : « des huit derniers mois » vs T4 : « de l'année 2018 ».

- Pour cela, essayez de vous souvenir de quelques expériences émotionnelles très fortes, que vous avez ressenties ces derniers temps, qu'elles soient positives ou négatives.
- Parmi les plus récentes, choisissez « l'événement-X » reflétant l'expérience émotionnelle la plus intense ou la plus stressante à laquelle vous avez été confronté(e) lors des derniers mois.

Veillez, à présent, décrire en quelques phrases ce qui s'est passé lors de « l'événement-X » pour provoquer votre expérience émotionnelle intense.

- Mentionnez notamment ce que vous avez **ressenti** et **pensé** au moment de l'événement.
- Précisez également l'**enjeu** et l'**importance** de cette expérience pour vous.
- Évoquez aussi les **conséquences potentielles** que vous avez perçues (à court, moyen ou long terme, pour vous-même ou pour d'autres personnes).

Note. Les modalités de réponses aux items qualitatifs « Occurrence de l'expérience émotionnelle » portant sur le temps écoulé (n° 1), le lieu (n° 2) et la présence de témoins (n° 3) sont inchangés.

4. Comment évaluez-vous ce type d'événements en général, indépendamment de vos besoins et désirs spécifiques à la situation-X évoquée ici ?

→ De manière générale, j'évalue ce type d'événements comme étant des expériences émotionnellement ...

0
= très désagréables

1

2

3

4

5
= ni désagréable, ni agréables

6

7

8

9

10
= très agréables

5. Sur une échelle en 5 points (0 = pas du tout ; 5 = extrêmement), entourez les numéros vous correspondant pour indiquer dans quelle mesure chacun des adjectifs de la liste suivante décrit le mieux votre perception de l'événement au moment où il s'est produit.

→ Au moment où l'événement-X s'est produit, la situation m'est apparue comme étant ...

	Pas du tout					Extrêmement							
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	
1. Menaçante :	0	1	2	3	4	5	9. Déprimante :	0	1	2	3	4	5
2. Challengeante (un défi) :	0	1	2	3	4	5	10. Hostile :	0	1	2	3	4	5
3. Intolérable :	0	1	2	3	4	5	11. Grisante :	0	1	2	3	4	5
4. Epouvantable :	0	1	2	3	4	5	12. Pitoyable :	0	1	2	3	4	5
5. Agréable :	0	1	2	3	4	5	13. Effrayante :	0	1	2	3	4	5
6. Douleuruse :	0	1	2	3	4	5	14. Instructive :	0	1	2	3	4	5
7. Inquiétante :	0	1	2	3	4	5	15. Terrifiante :	0	1	2	3	4	5
8. Stimulante :	0	1	2	3	4	5	16. Excitante :	0	1	2	3	4	5

ANNEXE C
TABLEAUX DES RÉSULTATS

Tableau C.1

Résultats détaillés du processus d'évaluation cognitive (QGA) : moyennes et écarts-types aux CSEC en fonction du type de situation émotionnelle (évalué par l'échelle ALE)

Critères d'évaluation (CSEC)	ALE						Statistique F(2, 105)		
	Défi/bénéfice n = 37		Menace n = 46		Perte n = 25				
I. PERTINENCE									
NOUVEAUTÉ	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>			
Score global (de 1 à 5)	2.883	0.681	2.486	0.662	2.747	0.474			
Soudaineté	3.351	1.531	3.348	1.622	3.72	1.487			
Familiarité	2.378	1.341	1.783	1.191	1.96	1.241			
Prédictibilité	2.919	1,656	2.326	1.212	2.56	1.474			
IMPORTANCE DES BUTS									
Score global (de 1 à 5)	3.351	1.476	3.783	1.228	4.00	1.258			
PLAISIR INTRINSÈQUE									
Score global (de 1 à 11)	8.135	3.645	>**	2.196	1.470	≡	1.88	1.943	70.303
II. IMPLICATION									
ATTRIBUTION CAUSALE	Prévalence : n (%)		Prévalence : n (%)		Prévalence : n (%)				
Cause = Externe	22	(59.46)	37	(80.43)	16	(64)			
Cause = Soi	22	(59.46)	22	(47.83)	16	(64)			
Acte intentionnel	M = 3.00,	ET = 1.604	>**	M = 1.227,	ET = 0.685	≡	M = 1.778,	ET = 1.394	11.147
Cause = Autrui	29	(78.38)		24	(52.17)		17	(68)	
Acte intentionnel	M = 3.55,	ET = 1.703	>**	M = 1.875,	ET = 1.329	≡	M = 1.765,	ET = 1.147	25.258
SIGNIFICATION DES BUTS									
Score global (de 1 à 5)	2.853	0.678	2.866	0.679	2.669	0.529			
Degré de certitude	2.883	0.854	2.703	0.786	2.92	0.889			
Adéquation des attentes	2.973	1.384	2.457	1.441	2.24	1.480			
Conductance au but	3.013	0.583	2.739	0.880	2.60	0.777			
État d'urgence	2.324	1.668	<**	4.022	1.422	<**	2.48	1.782	13.929
III. POTENTIEL DE MAITRISE									
Score global (de 1 à 5)	3.027	1.148	3.014	0.813	2.907	0.808			
Contrôle	2.568	1.659	3.152	1.366	3.04	1.428			
Puissance	2.486	1.742	2.543	1.486	2.28	1.242			
Ajustement	4.027	1.500	3.348	1.320	3.40	1.323			
RÉGULATION ÉMOTIONNELLE									
Réduction de l'intensité	1.811	1.126	<**	3.283	1.259	>*	2.64	1.469	13.82
Contrôle des sentiments	1.892	1.220	<**	3.196	1.544	≡	2.60	1.258	9.206
IV. SIGNIFICATION NORMATIVE									
Standards externes	4.020	1.125	≡	3.964	1.214	>*	3.04	1.132	6.381
Standards internes	3.581	1.152	≡	4.033	1.473	>*	2.88	1.764	5.145

Note. * $p < .05$; ** $p < .001$ (test HSD de Tukey)

Abréviations : ALE, Échelle de l'évaluation cognitive des événements de vie (« Appraisal of Life Events scale ») ;

≡, équivalence

Tableau C.2

Fréquences (% , n) des réponses aux différentes modalités des variables qualitatives du QGA en fonction du type de situation émotionnelle (évalué par l'échelle ALE)

Variables qualitatives : (<i>n</i> total = 108)	ALE							
	Défi/bénéfice (<i>n</i> = 37)		Menace (<i>n</i> = 46)		Perte (<i>n</i> = 25)			
OCCURRENCE DE L'EXPÉRIENCE ÉMOTIONNELLE	<i>n</i>	(%)		<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
Temps écoulé								
0 à 7 jours	4	(10.81)	≡	8	(10.81)	≡	3	(12)
7 à 30 jours	12	(32.43)	≡	10	(32.43)	≡	8	(32)
2 à 5 mois	15	(40.54)		19	(40.54)		3	(12)
6 à 12 mois	6	(16.22)	≡	7	(16.22)	≡	5	(12)
> 1 année	0			2	(4.35)		6	(24)
CONTEXTE SOCIAL LORS DE L'EXPÉRIENCE ÉMOTIONNELLE	<i>n</i>	(%)		<i>n</i>	(%)		<i>n</i>	(%)
Lieu								
Dans un bâtiment public	5	(13.51)		13	(28.26)		2	(8)
Chez des amis	3	(8.11)		1	(2.17)		2	(8)
Au domicile	12	(32.43)		17	(36.96)		12	(48)
Dans un espace public	6	(16.22)	≡	5	(10.87)	≡	3	(12)
Dans la nature	2	(5.41)		4	(8.70)		0	
Au travail	7	(18.92)		3	(6.52)		6	(24)
Dans un véhicule	2	(5.41)		3	(6.52)		0	
Témoins								
Aucun	7	(18.92)		21	(45.65)		7	(28)
Un proche (ami/famille)	10	(27.03)		12	(26.09)		3	(12)
Une connaissance	1	(2.70)		2	(4.35)		3	(12)
>1 personnes connues	11	(29.73)		5	(10.87)		11	(44)
≥ 1 inconnus	8	(21.62)		6	(13.04)		1	(4)
DURÉE DE L'EXPÉRIENCE ÉMOTIONNELLE	<i>n</i>	(%)		<i>n</i>	(%)		<i>n</i>	(%)
Quelques minutes	5	(13.51)		10	(21.74)		3	(12)
Quelques heures	9	(24.32)	≡	9	(19.56)	≡	5	(20)
Quelques jours	16	(43.24)		18	(39.13)		6	(24)
Quelques semaines	7	(18.92)		9	(19.56)		11	(44)

Note. Seules les modalités de réponses avec des effectifs non nuls sont rapportées.

Tableau C.3

Moyennes et écart-types aux sous-échelles du Brief-COPE en fonction du type de situation émotionnelle (évalué par l'échelle ALE)

Variables dépendantes du Brief-COPE ($n_{total} = 54$)	ALE						Statistique $F(2, 51)$
	Défi/bénéfice ($n = 22$)		Menace ($n = 22$)		Perte ($n = 10$)		
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	
Résolution de problèmes	2.364	0.987	2.409	0.754	2.00	0.624	
<i>Coping actif</i>	2.136	1.002	2.545	0.844	2.00	2.00	
<i>Planification</i>	2.591	1.065	2.273	0.896	2.00	2.00	
Soutien social	1.989	0.801	2.15	0.537	2.113	0.599	
<i>Expression des affects</i>	2.023	1.006	2.409	0.811	2.40	0.658	
<i>Soutien instrumental</i>	2.273	1.066	2.545	1.034	1.95	0.798	
<i>Soutien émotionnel</i>	2.07	1.027	2.227	0.827	2.45	0.956	
<i>Religion et spiritualité</i>	1.591	1.042	1.432	0.791	1.65	0.914	
Pensée positive	2.727	0.769	1.97	0.515	2.033	0.647	8.34, $p = 0.001$
<i>Réinterprétation positive</i>	2.705	0.972	2.023	0.763	2.00	0.972	3.892, $p = 0.027$
<i>Humour</i>	2.318	1.018	1.25	0.551	1.35	0.818	10.512, $p < .001$
<i>Acceptation</i>	3.159	1.051	2.636	0.966	2.75	0.677	
Évitement	1.445	0.357	1.45	0.222	2.08	0.527	13.386, $p < .001$
<i>Désengagement</i>	1.386	0.77	1.136	0.316	2.10	0.99	6.977, $p = 0.002$
<i>Auto-distraktion</i>	1.614	0.885	2.273	0.997	2.45	0.798	4.07, $p = 0.023$
<i>Blâme de soi</i>	1.659	0.918	1.432	0.541	2.10	0.966	
<i>Déni</i>	1.50	0.598	1.364	0.601	2.00	1.066	3.343, $p = 0.043$
<i>Usage de substances</i>	1.068	0.234	1.045	0.213	1.70	0.715	12.846, $p < .001$

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (test HSD de Tukey)

Tableau C.4

Moyennes et écart-types aux sous-échelles du PEC et comparaison des moyennes des scores de T1 et T3 (test-t de Student)

Sous-échelles du PEC	Temps 1 (T1) (n = 27)		Temps 2 (T3) (n = 27)		Différence Test-t de Student	
	M	ET	M	ET	t	p
CE INTRA-personnelles						
Identification	3.852	0.696	3.748	0.599	0.838	0.410
Compréhension	3.541	0.742	3.630	0.617	-0.617	0.543
Expression	3.385	0.847	3.607	0.793	-1.419	0.168
Régulation	3.237	0.928	3.289	0.890	-0.249	0.810
Utilisation	3.504	0.713	3.407	0.678	0.843	0.407
CE INTER-personnelles						
Identification	3.704	0.860	3.904	0.631	-1.416	0.169
Compréhension	3.711	0.652	3.837	0.574	-1.109	0.278
Ecoute	3.733	1.054	3.756	0.905	-0.102	0.920
Régulation	3.244	0.747	3.356	0.763	-0.567	0.576
Utilisation	2.778	0.831	2.778	0.806	0.000	1.000
Scores factoriels						
Sous-score CE INTRA	3.504	0.574	3.536	0.507	-0.311	0.758
Sous-score CE INTER	3.434	0.534	3.526	0.520	-0.758	0.456
Score global						
CE globales	3.469	0.454	3.531	0.396	-0.710	0.484

Tableau C.5

Moyennes et écart-types aux sous-échelles du CERQ et comparaison des moyennes des scores de T2 et T4 (test-t de Student)

Sous-échelles du CERQ	Temps 1 (T2) (n = 27)			Temps 2 (T4) (n = 27)		Différence Test-t	
	M	ET		M	ET	t	p
Stratégies adaptatives							
Acceptation	3.222	0.842	<	3.583	0.707	-2.588	0.016*
Centration positive	2.815	0.957		2.944	0.944	-0.665	0.512
Centration sur l'action	3.472	0.757		3.685	0.713	-1.447	0.160
Réévaluation positive	3.296	0.883		3.509	0.865	-1.113	0.276
Mise en perspective	3.259	0.856		3.593	0.896	-1.546	0.134
Stratégies non-adaptatives							
Blâme de soi	2.324	0.640		2.537	0.857	-1.194	0.243
Rumination	2.963	0.743		2.824	0.932	0.693	0.494
Dramatisation	1.833	0.588		1.787	0.713	0.225	0.823
Blâme d'autrui	1.889	0.625		1.926	0.479	-0.240	0.812
Scores factoriels							
Stratégies adaptatives	3.213	0.642	<	3.463	0.619	-2.080	0.048*
Stratégies non-adaptatives	2.252	0.466		2.269	0.551	-0.114	0.910

Note. * p < .05 (test-t de Student à deux échantillons appariés)

ANNEXE D
COMPARAISONS DES RÉSULTATS « OBSERVÉS »
VS « ATTENDUS »

Tableau D.1

Corrélations de Pearson (r) entre les variables du Brief-COPE et les trois sous-échelles de l'ALE observées et attendues chez une population de SBM (Peter et al., 2014)

Variables dépendantes du Brief-COPE	r observées			r attendues chez des SBM ¹		
	ALE			ALE		
	Défi <i>M</i> = 10.981, <i>ET</i> = 8.158	Menace <i>M</i> = 11.444, <i>ET</i> = 8.586	Perte <i>M</i> = 7.093, <i>ET</i> = 5.553	Défi <i>M</i> = 12.9, <i>ET</i> = 7.0	Menace <i>M</i> = 9.5, <i>ET</i> = 6.7	Perte <i>M</i> = 6.9, <i>ET</i> = 4.9
Coping actif	0.53*	-0.130	-0.212	0.17*	-0.09	-0.13*
Planification	0.439*	-0.232	-0.183	0.15*	0.11*	0.11*
<i>Résolution de problèmes</i>	0.53*	-0.199	-0.216			
Expression sentiments	0.079	0.043	-0.115	0.05	0.20*	0.20*
Soutien instrumental	0.124	0.148	-0.150	0.07	0.23*	0.25*
Soutien émotionnel	0.045	0.256	0.054	0.07	0.26*	0.27*
Religion et spiritualité	0.20	0.136	0.210	0.08	0.26*	0.27*
<i>Soutien social</i>	0.166	0.221	0.047			
Réinterprétation positive	0.669*	-0.127	-0.363	0.35*	-0.17*	-0.19*
Humour	0.333	-0.489*	-0.528*	0.28*	-0.13	-0.16*
Acceptation	0.582*	-0.327	-0.40*	0.20*	-0.28*	-0.35*
<i>Pensée positive</i>	0.531*	-0.38	-0.481*			
Désengagement	-0.267	0.267	0.50*	-0.12*	0.12*	0.16*
Auto-distraktion	-0.211	0.106	0.089	0.02	0.19*	0.24*
Blâme de soi	0.248	0.182	0.326	0.11*	0.27*	0.19*
Déni	-0.235	0.402*	0.448*	-0.06	0.20*	0.25*
Usage de substances	-0.006	0.087	0.102	0.01	0.11*	0.15*
<i>Evitement</i>	-0.158	0.338	0.518*			

Note. * $p < .05$

¹ $n = 516$ SBM (hommes : 72.1%) lésés depuis, en moyenne, 17.45 ans ($ET = 13.06$), âgés, en moyenne, de 53.1 ans ($ET = 14.6$), avec un niveau d'éducation moyen de 13.8 ans ($ET = 3.3$) et dont 50 % sont mariés (célibataires : 30.5%, veufs : 13.6%).

En vert, les corrélations similaires (sens et significativité) entre les résultats observés et attendus chez des SBM ; en rouge, les corrélations qui diffèrent (sens et/ou significativité) entre les résultats observés et attendus chez des SBM.

Tableau D.2

Étendues des scores au Thermomètre de détresse (DT) et prévalences (%) des cas symptomatiques identifiés à T1, T2, T3 et T4 en utilisant les valeurs seuils ≥ 5 et ≥ 4

Cotes limites du DT	« Attendus »		« Observés »				
	Normes de référence ^{1;2}		T1	T2	T3	T4	Total
% ≥ 5	28.60 ¹		40.74	33.33	33.33	29.63	34.26
Étendue	(0 – 10) ¹		(0 – 8)	(0 – 8)	(0 – 7)	(0 – 8)	
% ≥ 4	32.18 ²		48.15	40.74	44.44	37.04	42.59
Étendue	(0 – 10) ²		(0 – 8)	(0 – 8)	(0 – 7)	(0 – 8)	

Note. ¹ $n = 91$ hommes caucasiens (88.2%) avec un cancer de la prostate et dont l'âge médian est de 71 ans (étendue : 52 – 88) (Roth et al., 1998).

² $n = 491$ patients cancéreux (hommes : 54%) d'une cinquantaine d'années ($M = 49.78$, $ET = 12.98$) avec principalement un diagnostic de myélome multiple (43%), lymphome non-hodgkinien (18%), leucémie myéloïde aigüe (11%) et lymphome hodgkinien (7%) (Ransom et al., 2006).

Tableau D.3

Comparaison des moyennes, écart-types et fréquences (%) aux sous-échelles de la HADS de T1 et T3 avec les résultats attendus pour une population (1) contrôle (Crawford et al., 2001), et (2) lésée médullaire (Woolrich et al., 2006)

Résultats	HADS-Anxiété				HADS-Dépression				HADS-Total	
	Score		Non cas	Cas limite	Scores		Non cas	Cas limite	Score	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	% ≤ 7	% ≥ 8	<i>M</i>	<i>ET</i>	% ≤ 7	% ≥ 8	<i>M</i>	<i>ET</i>
Observés T1	5.89	2.99	74.1	25.9	2.78	2.64	88.9	11.1	8.67	5.11
Observés T3	6.41	4.06	66.7	33.3	2.78	2.98	88.9	11.1	9.19	6.63
Contrôles ¹	6.14	3.76	66.8	33.2	3.68	3.07	88.6	11.4	9.82	5.98
SBM _{total} ^{2a}	6.9	4.20	68.2	31.8	5.5	3.70	79.2	20.8	12.30	7.10
SBM _{hommes} ^{2b}	6.7	4.20			5.5	3.80			12.10	7.10

Note. ¹ $n = 1792$ participants issus de la population générale anglaise (hommes = 810), âgés de 18 à 91 ans ($M = 41.5$, $ET = 15.9$) avec un niveau d'éducation moyen de 13.8 ans ($ET = 3.3$) (Crawford et al., 2001).

^{2a} $n = 963$ SBM depuis 2 à 56 ans ($M = 19.5$, $ET = 12.26$), anglais, âgés de 20 à 97 ans ($M = 48.1$, $ET = 12.7$), 52.8% sont mariés (célibataires : 31.4%, divorcés : 13.0%, veufs : 2.8%) et 44.3% sont sans emploi (employés à temps partiel : 28.1%).

^{2b} $n = 780$ hommes parmi cet échantillon (Woolrich et al., 2006).

ANNEXE E
ADAPTATIONS RECOMMANDÉES POUR LE QGA

Figure E.1. Proposition d'instructions structurées pour la sélection, le rappel et la description de l'épisode émotionnel (QGA).

QUESTIONNAIRE GENEVOIS D'APPRAISAL (QGA)

Le but de ce questionnaire est d'évaluer le processus cognitif individuel par lequel vous avez analysé un épisode émotionnel précis que vous avez personnellement vécu au cours de [...]

Pour cela, essayez de vous souvenir de quelques expériences émotionnelles très fortes que vous avez ressenties ces derniers temps, qu'elles soient positives ou négatives.

Parmi les plus récentes, choisissez « **l'événement-X** », se référant à la situation ayant induit en vous l'émotion la plus intense à laquelle vous avez été confronté(e) lors des derniers mois.

Note : Il peut s'agir d'un événement positif comme négatif, qui se soit réellement produit ou que vous ayez anticipé (qu'il soit survenu par la suite ou non). Cet événement peut également avoir été provoqué par vous-même comme par d'autres personnes ou encore par des causes naturelles

Veillez, à présent, décrire en quelques phrases ce qu'il s'est passé lors de « l'événement-X » pour provoquer l'intense expérience émotionnelle éprouvée

Précisez également...

... ce que vous avez **ressenti** et **pensé** au moment de l'événement :

... l'**enjeu** et l'**importance** de cet événement pour vous

... les **conséquences potentielles** de cet événement que vous avez perçues

Figure E.2. Recommandations quant aux items à dichotomiser (n° 10 à 17), les deux premiers étant proposés pour être ajoutés (QGA).

Au moment où l'événement-X s'est produit, avez-vous estimé que ...

... la situation la situation était contrôlable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
... la situation pouvait être amenée à évoluer favorablement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
... les actions qui l'avaient causé étaient moralement et éthiquement acceptables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
... les actions qui l'avaient causé avaient violé des lois ou des normes sociales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non

Au moment où l'événement-X s'est produit, pensiez-vous qu'il avait été causé par...

... le hasard , des circonstances spéciales ou des causes naturelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
... votre propre comportement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
• [Si OUI] ... aviez-vous causé l'événement intentionnellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
• [Si OUI] ... votre comportement était-il conforme à l'image que vous avez de vous-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
... le comportement d'une ou plusieurs autres personne(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
• [Si OUI] ... avai(en)t-elle(s) causé l'événement intentionnellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non

Figure E.3. Liste de 54 termes émotionnels proposée pour combiner les items n° 32 et 33 (QGA) en un.

Veillez choisir parmi les adjectifs listés ci-dessous celui ou ceux qui correspond(ent) le mieux à l'expérience émotionnelle que vous avez décrite.

Si vous avez ressenti **simultanément** plusieurs émotions différentes, **veillez différencier les degrés d'intensité de chacune des émotions choisies en indiquant un nombre croissant de « + »** à côté de celles-ci.

Si les différentes émotions que vous avez ressenties sont apparues **successivement**, nous vous prions également de **numéroter les termes** que vous avez sélectionnés afin de préciser leur ordre d'apparition.

	<i>Degré d'intensité</i>	<i>Ordre d'apparition</i>
Admiration		
Affaiblissant		
Anxiété		
Apaisement		
Appréhension		
Baisse d'estime		
Bonheur		
Colère		
Contrôle de soi		
Culpabilité		
Déboussolé		
Déception		
Défi		
Dégoût		
Démuni		
Désespoir		
Douleur		
Doutes		
Émerveillement		
Empathie		
Espoir		
État de choc		
Excitation		
Fierté		
Frustration		
Honte		
Impuissance		

	<i>Degré d'intensité</i>	<i>Ordre d'apparition</i>
Incertitude		
Incompréhension		
Injustice		
Joie		
Menace		
Mépris		
Motivation		
Nostalgie		
Panique		
Perte de confiance en soi		
Perte (préjudice)		
Peur		
Pic d'adrénaline		
Plaisir		
Préoccupation		
Rage		
Reconnaissance		
Réjouissance		
Reviviscence de traumatismes		
Satisfaction		
Sentiments amoureux		
Soulagement		
Stress		
Surprise		
Tendresse		
Trahison		
Tristesse		