

OCTOBRE 2021 – VOL. 11 N° 2

DIFFÉRENCES DE GENRE DANS LA PRÉSENTATION DES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES CHEZ LES ÉVACUÉS DE FEUX DE FORÊT

Sandrine BÉDARD¹, Elliot GAGNER^{1*}, Jeanne PROULX-VILLENEUVE¹, Émilie BINET¹ et Geneviève BELLEVILLE¹

¹ École de psychologie, Université Laval

* elliott.gagner.1@ulaval.ca

Pour citer l'article

Bédard, S., Gagner, E., Proulx-Villeneuve, J., Binet, É., & Belleville, G. (2021). Différences de genre dans la présentation des symptômes post-traumatiques chez les évacués de feux de forêt. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 11(2), 7-9.

DIFFÉRENCES DE GENRE DANS LA PRÉSENTATION DES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES CHEZ LES ÉVACUÉS DE FEUX DE FORÊT

Sandrine BÉDARD¹, Elliot GAGNER^{1*}, Jeanne PROULX-VILLENEUVE¹, Émilie BINET¹ et Geneviève BELLEVILLE¹

¹École de psychologie, Université Laval

* elliott.gagner.1@ulaval.ca

Mots-clés : trouble de stress post-traumatique, différences de genre, catastrophes naturelles, feux de forêt

Il est reconnu dans la littérature que les catastrophes naturelles sont reliées à un risque important de psychopathologies; le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est l'un des troubles les plus fréquents (voir Beaglehole et al. (2019) pour une revue systématique à ce sujet). Ce trouble est caractérisé par des symptômes d'intrusion, d'évitement, d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur ainsi que des symptômes d'altérations de l'éveil et de la réactivité (American Psychiatric Association, 2013). La prévalence du TSPT est deux fois plus élevée chez les femmes comparativement aux hommes (p. ex., Van Ameringen et al., 2008). En outre, les femmes présentent généralement un portrait clinique plus sévère que les hommes dans le nombre ainsi que dans la sévérité des symptômes endossés. Des différences de genre sont remarquées dans les quatre catégories de symptômes post-traumatiques, bien que les hommes aient tendance à endosser plus fréquemment le symptôme « comportements irréflechis/autodestructeurs » que les femmes (Carmassi et al., 2014). Or, la plupart des études ont été réalisées auprès de populations adolescentes ou à l'aide de versions antérieures du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Ainsi, caractériser les symptômes du TSPT selon le DSM-5 permettrait de mieux comprendre les différences de genre liées à ce trouble chez une population adulte. Cette étude vise à examiner les différences significatives de genre dans la sévérité des quatre catégories de symptômes post-traumatiques et dans la fréquence d'endossement de ceux-ci chez les évacués de feux de forêt. Il est attendu que la sévérité et la fréquence d'endossement soient significativement plus élevées chez les femmes, à l'exception du symptôme « comportements irréflechis/autodestructeurs », où il est attendu que la fréquence d'endossement soit plus élevée chez les hommes.

Méthode

Le 1^{er} mai 2016, la ville de Fort McMurray, en Alberta, a été dévastée par des feux de forêt. La présente étude s'insère dans une étude de plus grande envergure visant à déterminer les besoins en santé mentale des gens ayant été évacués lors de cet événement. Un an après celui-ci, un échantillon de 1510 évacués âgés de 18 ans et plus (838 femmes et 672 hommes) sélectionnés au hasard ont complété une entrevue téléphonique. Le *PTSD Checklist for DSM-5* (Weathers et al., 2013) a été administré afin d'évaluer la sévérité des quatre catégories de symptômes post-traumatiques ainsi que la fréquence d'endossement des 20 symptômes.

Résultats et discussion

Des tests t pour échantillons indépendants ont révélé des différences de genre significatives pour la sévérité des quatre catégories de symptômes où les femmes présentaient en moyenne une sévérité plus élevée que les hommes (Tableau 1). Des tests de khi carré d'indépendance statistique ont révélé que 12 symptômes, soit la majorité, étaient significativement plus endossés par les femmes que par les hommes (Tableau 2). Un symptôme, soit « comportements irréflechis/autodestructeurs », était significativement plus endossé par les hommes que par les femmes.

Ces résultats sont cohérents avec ceux d'études réalisées précédemment auprès des adolescents et avec les critères du DSM-IV (p. ex., Carmassi et al., 2014). Le portrait clinique plus sévère chez les femmes pourrait être expliqué par le fait qu'elles ressentent une plus forte impression de perte de contrôle que les hommes à la suite d'un événement traumatisant. En effet, il a déjà été démontré, lors de tâches

Tableau 1

Sévérité des catégories de symptômes post-traumatiques selon le genre

Symptômes	Hommes		Femmes		Différence de genre	
	M (É-T)	M (É-T)	t	p	d (Cohen)	
Catégories						
B (intrusion)	3,34 (4,41)	5,17 (4,76)	7,743	< 0,001	0,398	
C (évitement)	1,40 (2,03)	2,28 (2,41)	7,672	< 0,001	0,391	
D (humeur et cognitions)	3,66 (5,44)	4,33 (5,64)	2,318	0,021	0,120	
E (éveil et réactivité)	3,47 (4,56)	4,53 (4,86)	4,343	< 0,001	0,224	
Total	11,84 (15,00)	16,29 (15,61)	5,623	< 0,001	0,290	

Tableau 2
Endossement^a des symptômes post-traumatiques selon le genre

	Hommes	Femmes	Différence de genre	
	n (%)	n (%)	χ^2	p
B1. Souvenirs récurrents	187 (27,8)	370 (44,2)	42,694	< 0,001
B2. Rêves récurrents	84 (12,5)	135 (16,1)	3,919	0,048
B3. Flashback	88 (13,1)	182 (21,8)	18,963	< 0,001
B4. Détresse psychologique	161 (24,0)	325 (38,8)	37,550	< 0,001
B5. Réactions physiologiques	111 (16,5)	248 (29,6)	35,188	< 0,001
C1. Évitement des rappels internes	145 (21,6)	291 (34,8)	31,732	< 0,001
C2. Évitement des rappels externes	141 (21,0)	275 (32,9)	25,974	< 0,001
D1. Problèmes de mémoire	76 (11,3)	130 (15,6)	5,680	0,017
D2. Croyances négatives	107 (15,9)	111 (13,3)	2,143	0,143
D3. Blâme sur soi ou autrui	99 (14,8)	106 (12,7)	1,412	0,235
D4. État émotionnel négatif	96 (14,3)	171 (20,4)	9,517	0,002
D5. Diminution de l'intérêt	128 (19,0)	179 (21,4)	1,232	0,267
D6. Détachement	136 (20,3)	192 (22,9)	1,494	0,222
D7. Absence d'émotions positives	101 (15,0)	134 (16,0)	0,262	0,609
E1. Irritabilité	73 (10,9)	99 (11,8)	0,334	0,563
E2. Comportements irréflechis/autodestructeurs	42 (6,3)	23 (2,7)	11,167	0,001
E3. Hypervigilance	217 (32,4)	306 (36,6)	2,788	0,095
E4. Réactions de sursaut	94 (14,1)	205 (24,5)	25,359	< 0,001
E5. Problèmes de concentration	122 (18,2)	198 (23,6)	6,614	0,010
E6. Troubles du sommeil	146 (21,8)	263 (31,4)	17,474	< 0,001

^a Selon le *PTSD Checklist for DSM-5*, un symptôme est considéré comme étant endossé lorsque le score est de 2 ou plus (Weathers et al., 2013).

expérimentales, que les femmes rapportent un plus fort sentiment de perte de contrôle vis-à-vis un stresser que les hommes (Hancock et Bryant, 2020). Or, le sentiment de perte de contrôle constitue un facteur de risque au développement de symptômes post-traumatiques (Olff et al., 2007). Une vulnérabilité au plan biologique chez les femmes, notamment au niveau des hormones reproductives, pourrait également contribuer aux différences de genre observées (Maeng et Milad, 2015). L'endossement significativement plus élevé par les hommes du symptôme « comportements irréflechis/autodestructeurs » peut s'expliquer par la recherche de sensations. Cette manifestation du symptôme est reconnue comme étant plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (Cross et al., 2011). En somme, notre étude a confirmé que, dans une population adulte victime de feux de forêt, les femmes présentaient une sévérité et une fréquence d'endossement des symptômes post-traumatiques plus élevées, une exception notable étant le symptôme « comportements irréflechis/autodestructeurs », plus endossé par les hommes. Ces résultats contribuent à une meilleure compréhension des différences de genre dans la présentation du TSPT, bien que des études supplémentaires soient nécessaires afin de mieux expliquer ces différences et l'influence de différents facteurs confondants (p. ex., statut matrimonial, ethnicité, etc.) sur celles-ci.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Beaglehole, B., Mulder, R. T., Boden, J. M., & Bell, C. J. (2019). A systematic review of the psychological impacts of the Canterbury earthquakes on mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 43(3), 274–280. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12894>
- Carmassi, C., Akiskal, H. S., Bessonov, D., Massimetti, G., Calderani, E., Stratta, P., Rossi, A., & Dell'Osso, L. (2014). Gender differences in DSM-5 versus DSM-IV-TR PTSD prevalence and criteria comparison among 512 survivors to the L'Aquila earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 160, 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.028>
- Cross, C. P., Copping, L. T., & Campbell, A. (2011). Sex differences in impulsivity: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 137(1), 97–130. <https://doi.org/10.1037/a0021591>
- Hancock, L., & Bryant, R. A. (2020). Posttraumatic stress, stressor controllability, and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 128, Article 103591. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103591>
- Maeng, L. Y., & Milad, M. R. (2015). Sex differences in anxiety disorders: Interactions between fear, stress, and gonadal hormones. *Hormones and Behavior*, 76, 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.04.002>

Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183–204. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183>

Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171–181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). PTSD: National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

Pour citer l'article

Bédard, S., Gagner, E., Proulx-Villeneuve, J., Binet, É., & Belleville, G. (2021). Différences de genre dans la présentation des symptômes post-traumatiques chez les évacués de feux de forêt. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 11(2), 7-9.

EFFETS DES PROCÉDURES DE REVASCULARISATION SUR L'ANXIÉTÉ, L'ANXIÉTÉ CARDIAQUE ET LA DÉPRESSION

Claudia-Béatrice RATTÉ^{1-2*}, Justine PAGÉ¹⁻², Jeanne PRÉMONT-BOULET¹⁻², Marie-France DE LAFONTAINE¹⁻²⁻³, Clermont DIONNE⁴, Paul POIRIER³, Isabelle DENIS¹⁻²⁻⁵ et Guillaume FOLDES-BUSQUE¹⁻²⁻³

¹École de psychologie, Université Laval, ²Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, ³Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), ⁴Centre de recherche du CHU de Québec, ⁵Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

*claudia-beatrice.ratte.1@ulaval.ca

Mots-clés : pontage aortocoronarien, intervention coronarienne percutanée, anxiété, dépression, anxiété cardiaque

L'intervention coronarienne percutanée (ICP) et le pontage aortocoronarien (PAC) sont deux procédures de revascularisation pouvant atténuer les symptômes de la maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS), une maladie chronique caractérisée par l'occlusion d'une ou plusieurs artères coronaires (Lusis, 2012). L'ICP consiste à insérer un cathéter muni d'un ballon à son extrémité et à le gonfler à l'endroit obstrué de l'artère coronaire afin d'en rétablir le diamètre (Chhabra et al., 2020), alors que le PAC est une chirurgie majeure plus invasive qui consiste à greffer un vaisseau sanguin au niveau de l'artère obstruée afin de créer une nouvelle voie de circulation sanguine (Centre hospitalier universitaire vaudois, 2017). La procédure choisie dépend notamment de la sévérité, de la localisation de l'occlusion ainsi que de l'état de santé du patient (Neumann et al., 2019).

Le type de revascularisation influencerait les symptômes d'anxiété et de dépression post-intervention, mais aucun consensus n'est établi quant à leur trajectoire (p. ex. Boudrez et De Backer, 2001 ; Gu et al., 2016). De plus, à la connaissance des auteurs, aucune étude ne rapporte comment l'anxiété cardiaque, la peur des sensations cardiovasculaires (p. ex., palpitations cardiaques) causée par l'anticipation de conséquences indésirables (p. ex., arrêt cardiaque ; Chiasson et al., 2019), serait affectée par la revascularisation. L'objectif de cette étude est de comparer les trajectoires d'anxiété, d'anxiété cardiaque et de dépression entre l'ICP et le

PAC au moment post-intervention et trois mois plus tard. L'hypothèse postulée est qu'une diminution de l'anxiété, de l'anxiété cardiaque et de la dépression sera observée trois mois post-intervention pour les deux procédures et qu'elle sera plus accentuée pour le PAC.

Méthode

L'échantillon se compose de 200 participants (65 ± 9 ans ; 154 hommes) revascularisés pour une MCAS (ICP = 99 ; PAC = 101) et recrutés consécutivement à l'IUCPQ. Cet échantillon est représentatif de la population atteinte d'une MCAS, qui comporte une majorité d'hommes (Lusis, 2012). Les participants présentant un problème de communication sévère ou toute autre condition médicale (p. ex., trouble psychotique) pouvant nuire à la validité de l'étude n'étaient pas admissibles. L'Échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (ÉHAD ; Roberge et al., 2013) et le Questionnaire d'anxiété cardiaque (QAC ; Chiasson et al., 2019) ont été auto-administrés afin de mesurer les symptômes d'anxiété, de dépression et d'anxiété cardiaque dans les 30 jours suivant la revascularisation et trois mois plus tard. L'ÉHAD comporte deux sous-échelles évaluant l'anxiété (ÉHAD-Anxiété) et la dépression (ÉHAD-Dépression). Le QAC évalue l'attention portée aux sensations thoraciques, l'évitement des activités cardiovasculaires, la peur des symptômes et la recherche de réassurance.