



2025

NOVEMBRE 2025 – VOL. 15 N° 1

p3 ÉDITORIAL – L'essor de la recherche qualitative en psychologie

p5 Objectifs et mode de fonctionnement de la revue

Articles

p6 La sensibilité au traitement sensoriel : Une prédisposition à la distraction auditive?

p18 Lettre ouverte sur le trouble du spectre de l'autisme à l'âge adulte : L'invisibilité des femmes dans le diagnostic

p25 Prévalence des problèmes de santé mentale courants chez les proches aidants de patients décédés en unité de soins intensifs : revue systématique et méta-analyse

p36 Exploration des défis, des différents types et des effets de l'addiction à l'exercice

p42 Où les astres s'alignent : Comprendre l'alliance pédagogique dans les rétroactions en supervision clinique

p48 Les enfants de parents vivant avec des troubles de santé mentale : une revue narrative sur les impacts, les enjeux et les stratégies d'intervention

p56 Remerciements

PSYCAUSE – Novembre 2025 – VOL. 15 N° 1

La revue Psycause est éditée en partenariat avec l'École de psychologie de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval, Bureau 1116, Pavillon Félix-Antoine-Savard, 2325, rue des Bibliothèques, Université Laval Québec (Québec) G1V 0A6, Canada.

ISSN 2562-4377 (Imprimé)

ISSN 2562-4385 (En ligne)

Équipe éditoriale 2024-2025

Éditeur en chef: Léandre Lavoie-Hudon, M.Sc.

Éditrice en chef adjointe: Marie-France de Lafontaine, M.A.

Comité consultatif de la revue: Isabelle Blanchette, Ph.D., Valérie Demers, Ph.D.

Équipe d'édition: Alyson Champagne, B.A., Zoé Terrault, B.A., Mégane Lacombe-Thibault, B.A.

Responsable des communications: Sophia Rose Labbé, B.A.

Responsable des finances: Jérôme Thibeault, B.A.

Responsable de la révision linguistique: Annabelle Côté, B.A.

Responsable de la mise en page: Emie Morin, B.A.

Pour nous joindre

Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval

Bureau 938, Pavillon Félix-Antoine-Savard

2325, rue des Bibliothèques

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

CANADA

revuepsycause@psy.ulaval.ca

www.revuepsycause.psy.ulaval.ca

ÉDITORIAL – L'ESSOR DE LA RECHERCHE QUALITATIVE EN PSYCHOLOGIE

Léandre LAVOIE-HUDON^{1*}, Marie-France DE LAFONTAINE¹

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

*leandre.lavoie-hudon.1@ulaval.ca

Le domaine de la psychologie a historiquement cherché à être pris au sérieux en se différenciant des autres sciences sociales et en se rapprochant plutôt des sciences naturelles. Au niveau méthodologique, ce rapprochement s'est manifesté par l'adoption d'une approche expérimentale et quantitative comme standard de la recherche scientifique (Wertz, 2014). Cette approche découlait d'une vision positiviste, qui postule que la connaissance provient de l'observation directe des phénomènes et rejette la subjectivité comme source d'information (American Psychological Association, 2018).

Alors que cette approche positiviste était vue comme le standard de la recherche en psychologie, des approches qualitatives ont néanmoins été utilisées de manière fructueuse par plusieurs chercheurs, notamment Sigmund et Anna Freud, William James, Abraham Maslow et bien d'autres (Wertz, 2014). Celles-ci visaient à comprendre l'expérience subjective de sujets divers, comme les rêves, l'expérience religieuse ou le développement du raisonnement moral. Toutefois, l'utilisation des méthodes qualitatives se faisait habituellement à demi-mot et n'était pas considérée comme légitime par plusieurs chercheurs influents. Cela était au mieux vu comme une avenue acceptable pour générer des questions de recherche qui pourraient ensuite être investiguées de manière quantitative, selon « les bonnes pratiques » (Willig & Stainton-Rogers, 2008).

Vers la fin des années 60, une révolution a débuté dans les sciences sociales, ce qui a permis aux méthodes qualitatives de se développer, de se formaliser et d'être davantage reconnues (Erikson, 2018). Encouragée par des critiques philosophiques du positivisme, cette révolution a donné naissance aux approches telles que la phénoménologie ou la « grounded theory », qui ont ensuite pris leur essor dans les années 80. Propulsée principalement par la sociologie, la psychologie a suivi ce courant après un certain temps. Ceux-ci se sont inspirés des méthodes existantes et ont éventuellement créé leurs propres méthodes qualitatives (Willig & Stainton-Rogers, 2008).

Cette nouvelle reconnaissance des méthodes qualitatives s'explique entre autres par une plus grande réceptivité au pluralisme à partir des années 60. En effet, les luttes civiques pour les droits de divers groupes marginalisés et la progression des attitudes égalitaires ont contribué à créer un intérêt scientifique envers ces groupes. Plusieurs avancées en méthodes qualitatives ont ainsi été développées pour mieux étudier et représenter l'expérience des groupes marginalisés (Wertz, 2011). Les chercheurs et chercheuses

constataient des limites aux méthodes quantitatives, notamment parce que celles-ci sont plus adaptées pour capturer des tendances globales et reflètent généralement la réalité des groupes dominants. Explorer les réalités des groupes marginalisés demandait donc des méthodes mettant à l'avant-plan les connaissances de ces personnes sur leur propre situation. Les méthodes qualitatives répondaient à ce besoin et avaient même l'avantage de pouvoir explorer les différences entre la vision des groupes marginalisés et la vision dominante des phénomènes étudiés (Erikson, 2018).

La situation a beaucoup évolué dans les dernières années, car la valeur scientifique des méthodes qualitatives est maintenant bien reconnue (Willig & Stainton-Rogers, 2008). Ces méthodes sont parfois même utilisées en conjonction aux méthodes quantitatives afin d'investiguer une plus grande diversité de questions (Syed & Westberg, 2025). Toutefois, il demeure important de reconnaître la pertinence des méthodes qualitatives en elles-mêmes. Par exemple, les méthodes quantitatives peuvent être limitées pour répondre à certaines questions cliniques, entre autres en raison du nombre de participants nécessaires. Une investigation qualitative de ce type de question peut permettre de générer des connaissances riches et des balises pertinentes dans ces situations.

Malgré plusieurs signes encourageants pour l'essor de la recherche qualitative, on assiste aujourd'hui à un retour de la contestation de sa légitimité. Ce dédain et ses conséquences potentielles s'observent particulièrement aux États-Unis. Effectivement, nos voisins du sud, bien qu'ils soient encore les chefs de file mondiaux en recherche, y consacrent de moins en moins de leur budget (Impey, 2024). De plus, de nombreux programmes d'équité, diversité et inclusion, qui tendent à utiliser la recherche qualitative, sont coupés (Sinclair, 2025) et le financement de projets utilisant certains mots référant à l'inclusion est suspendu (Yourish et al., 2025). Ces développements illustrent un recul inquiétant pour la recherche qualita-

tive et certains des sujets sur lesquels elle tend à se pencher.

L'histoire de la recherche qualitative et les menaces actuelles qui planent au-dessus de celle-ci nous amènent à nous questionner en tant que chercheurs et chercheuses sur ce que nous souhaitons étudier, ainsi que sur la façon de le faire. Les revues comme *Psycause* prennent aussi des décisions en ce sens, et c'est avec plaisir que nous publions et invitons les auteurs à soumettre des articles qualitatifs et témoignant de points de vue marginalisés. Nous souhaitons être un moteur dans la promotion de ces recherches et cet intérêt mène la revue *Psycause* à vous proposer, encore cette année, divers articles abordant des aspects qualitatifs.

En parallèle au processus d'édition et de révision scientifique, qui a permis d'assurer la qualité des articles de ce numéro, la revue *Psycause* s'est efforcée d'accroître sa visibilité, en faisant notamment la première présentation francophone à la 10^e édition du Student Journal Forum, un événement qui connecte et valorise les revues étudiantes canadiennes. Nous avons également travaillé à l'indexation de la revue *Psycause* dans de nouveaux répertoires, afin de rendre nos articles plus accessibles à la communauté scientifique dans le futur. Nous espérons sincèrement que vous apprécierez la grande qualité des articles publiés dans ce numéro, qui marque le lancement de l'édition 2025. Nous saluons encore une fois tous les auteurs, autrices, réviseurs et réviseuses pour leur important travail : c'est grâce à leurs efforts exceptionnels que la littérature scientifique publiée dans notre revue conserve sa crédibilité et sa rigueur.

Pour toute suggestion nous permettant d'améliorer les prochaines itérations de la revue ou de nous rapprocher de notre objectif de transparence et de qualité scientifique, nous vous invitons à écrire à l'adresse suivante : revuepsycause@psy.ulaval.ca.

Au nom de l'ensemble du comité éditorial, nous vous souhaitons une bonne lecture,

Léandre Lavoie-Hudon, M.Sc., éditeur en chef

Marie-France de Lafontaine, M.A., éditrice en chef adjointe

Pour citer l'article

Lavoie-Hudon, L. & de Lafontaine, M.-F. (2025). Éditorial – L'essor de la recherche qualitative en psychologie. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 15(1), 3-4.

Droits d'auteur

© 2025 Lavoie-Hudon & de Lafontaine. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

Références

- American Psychological Association. (2018). Positivism. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/positivism>
- Erikson, F. (2018). A History of Qualitative Inquiry in Social and Educational Research. Dans Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Éds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5^e ed., p. 36-65). SAGE Publications.
- Impey, C. (2024). Federal funding for major science agencies is at a 25-year low. *The Conversation*. <https://theconversation.com/federal-funding-for-major-science-agencies-is-at-a-25-year-low-232582>
- Sinclair, H. C. (2025). Cuts to research into inequality, disparities and other DEIA topics harm science. *The Conversation*. <https://theconversation.com/cuts-to-research-into-inequality-disparities-and-other-deia-topics-harm-science-252241>
- Syed, M., & Westberg, D. W. (2025). Mixed-Methods Research in Psychology : Rationales and Research Designs. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 8(2). <https://doi.org/10.1177/25152459251343919>
- Wertz, F. J. (2011). The qualitative revolution and psychology: Science, politics, and ethics. *The Humanistic Psychologist*, 39, 77–104. <https://doi.org/10.1080/08873267.2011.564531>
- Wertz, F. J. (2014). Qualitative inquiry in the history of psychology. *Qualitative Psychology*, 1(1), 4–16. <https://doi.org/10.1037/qup0000007>
- Willig, C. & Stainton-Rogers, W. (2008). Introduction. Dans Willig, C. & Stainton-Rogers, W. (Éds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in psychology* (p. 1-12). SAGE Publications.
- Yourish, K., Daniel, A., Datar, S., White, I., & Gamio, L. (2025). These Words Are Disappearing in the New Trump Administration. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2025/03/07/us/trump-federal-agencies-websites-words-dei.html>

OBJECTIFS ET MODE DE FONCTIONNEMENT DE LA REVUE

La création de la revue dans sa forme actuelle vise les objectifs suivants :

- (1). Informer et initier les étudiant(e)s de premier cycle au processus de révision par les pairs. Notre objectif premier est donc d'initier les étudiant(e)s au monde de l'écriture/de la révision scientifique.
- (2). Vulgariser et diffuser les travaux et projets de recherche des étudiant(e)s du baccalauréat, de la maîtrise et du doctorat à l'ensemble de l'École de psychologie, mais aussi à la communauté universitaire.

Pour la publication de ces articles, le journal s'est doté d'une structure de révision par les pairs. Le processus de publication et de révision a été appliqué pour la première fois d'octobre 2016 à juin 2017. Toute idée ou proposition quant au processus de révision est la bienvenue! Vous pouvez nous écrire à revuepsy-cause@psy.ulaval.ca.



LA SENSIBILITÉ AU TRAITEMENT SENSORIEL : UNE PRÉDISPOSITION À LA DISTRACTION AUDITIVE?

Clara MORAIS-CORMIER^{1*}, Mélina LAROCHELLE¹, Katherine LABONTÉ¹, Charlélie BÉNARD¹ & François VACHON¹

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

*clara.morais-cormier.1@ulaval.ca

Résumé

La sensibilité au traitement sensoriel (STS) est un trait de personnalité pouvant expliquer les différences individuelles dans la façon de répondre aux stimuli environnementaux. Selon certains chercheurs, la STS serait liée à la sensibilité à la distraction. Alors que les études existantes portent sur la distraction visuelle, la présente étude vise à déterminer s'il existe une association entre la STS et la sensibilité à la distraction auditive. Pour ce faire, 123 participants effectuent une tâche de rappel ordonné visuelle comportant trois conditions de distraction auditive : silence, sons répétés (pour induire un effet d'état constant), sons répétés accompagnés d'un son déviant (pour induire un effet de déviation). Cette tâche permet d'évaluer la sensibilité des participants à deux formes de distraction auditive, soit l'effet d'état constant et l'effet de déviation. Le *Highly Sensitive Person Scale* (HSPS) est utilisé pour mesurer leur niveau de STS. Les analyses de régression linéaire multiple révèlent que le score au HSPS ne prédit l'amplitude d'aucune des deux formes de distraction auditive, remettant en question la relation entre la STS et la distractibilité. Dans une ère où les stimulations sont nombreuses, ces résultats suggèrent que les individus détenant un trait de STS élevé ne seraient pas nécessairement affectés par la présence de bruit ambiant.

Mots-clés : Sensibilité au traitement sensoriel, distraction auditive, attention, cognition

Abstract

Sensory Processing Sensitivity (SPS) is a personality trait that may explain individual differences in responding to environmental stimuli. According to some researchers, SPS would be associated with sensitivity to distraction. While existing studies focus on visual distraction, the present study aimed to determine whether there is a link between SPS and sensitivity to auditory distraction. To this end, 123 participants completed a visual serial recall task involving three auditory distraction conditions: silence, repeated sounds (steady-state condition), and repeated sounds including one sound that stands out from the others (deviation condition). This task assessed participants' sensitivity to two forms of auditory distraction: the steady-state effect and the deviation effect. The *Highly Sensitive Person Scale* was used to measure their level of SPS. The results revealed that SPS does not predict the magnitude of either form of auditory distraction, calling into question the relationship between SPS and distractibility. In an era of abundant stimulations, these findings suggest that individuals with high SPS are not necessarily more affected by ambient noise.

Keywords: Sensory processing sensitivity, auditory distraction, attention, cognition

Certains individus sont particulièrement sensibles aux stimuli physiques et sociaux dans leur environnement, tandis que d'autres le sont peu (Greven et coll., 2019). Ces différences individuelles peuvent entre autres s'expliquer par la *sensibilité au traitement sensoriel* (STS), un trait de personnalité lié à la façon dont les individus répondent aux stimuli internes et environnementaux (Aron et Aron, 1997). Aron et Aron (1997) suggèrent que les individus disposant fortement du trait de STS seraient davantage importunés par les stimulations non pertinentes dans l'environnement, ce qui influencerait leur fonctionnement attentionnel général. Toutefois, les études empiriques s'étant penchées sur la question ont jusqu'à présent été réalisées dans un contexte où les stimuli potentiellement distrayants n'étaient pas totalement indépendants des stimuli pertinents à la tâche en cours (p. ex. ils partageaient des caractéristiques communes). La présente étude vise ainsi à déterminer si l'association entre la STS et la distractibilité peut être généralisée à des situations dans lesquelles les

distracteurs sont totalement indépendants des stimuli pertinents à l'exécution de l'activité en cours. Pour ce faire, cette étude examine le lien entre la STS et la sensibilité à la distraction par des stimuli auditifs lors d'une tâche visuelle.

Conceptualisation de la sensibilité au traitement sensoriel

La STS serait responsable de la façon différentielle dont l'information sensorielle est transmise et traitée par le cerveau. Sa conceptualisation en tant que construit psychologique ne se limite pas à la détection plus sensible de stimuli sensoriels (Aron et coll., 2012). La STS présente certains chevauchements avec des traits du modèle de personnalité à cinq facteurs, plus particulièrement le névrosisme et l'ouverture à l'expérience, tout en demeurant un trait de personnalité à part entière (Lionetti et coll., 2019). Aron et Aron (1997) ont réalisé une série d'études empiriques afin d'explorer

et d'opérationnaliser ce trait de sensibilité face à l'environnement. Ces études ont permis de développer le *Highly Sensitive Person Scale* (HSPS), une mesure auto-rapportée unifactorielle qui évalue le niveau de STS d'un individu.

Modèle théorique de la STS

La conceptualisation actuelle de la STS repose sur des données empiriques provenant des travaux de recherche du domaine de la personnalité et du tempérament, particulièrement ceux portant sur l'introversion, l'inhibition et la timidité. Selon Aron et ses collaborateurs (2012), la façon dont seraient opérationnalisés ces construits au sein de travaux antérieurs reflète plus un trait de personnalité de réactivité face à l'environnement. Dans leurs efforts pour construire un modèle théorique, les chercheurs retiennent quatre caractéristiques fondamentales pouvant représenter les assises de la STS : la profondeur du traitement de l'information, la réactivité émotionnelle, la conscience des éléments dans l'environnement et l'inhibition comportementale.

La STS serait d'abord associée à un traitement approfondi de l'information sensorielle. Aron et Aron (1997) estiment qu'en raison de leur tendance à traiter l'information de manière plus approfondie, les individus ayant un trait élevé de STS prendraient davantage de temps avant de réagir à un nouvel élément dans leur environnement. En revanche, ce traitement plus approfondi de l'information leur permettrait d'obtenir une meilleure performance dans la tâche en cours (Patterson et Newman, 1993).

La deuxième composante du modèle de STS est une réactivité émotionnelle accrue. Les individus disposant d'un trait de STS élevé vivraient des réactions émotionnelles plus intenses en réponse à une stimulation sensorielle (Homberg et coll., 2016), ce qui altérerait la manière dont ils réagissent à leur environnement (Kernis, 2003). Ces émotions favoriseraient un traitement approfondi de l'information sensorielle, lequel conduirait à la formulation d'une réponse comportementale optimale dans de futurs événements semblables (Baumeister et coll., 2007).

Le modèle de la STS intègre comme troisième composante une plus grande conscience des éléments environnementaux. Cette composante se traduirait en une meilleure aptitude à déceler de subtils changements environnants (Aron et coll., 2012). Toutefois, une plus grande sensibilité aux stimuli environnants pourrait aussi mener les individus présentant un haut niveau de STS à se sentir plus rapidement surstimulés (Aron et coll., 2012; Homberg et coll., 2016).

La quatrième et dernière composante de la STS est l'inhibition comportementale. L'inclusion de cette composante dans le modèle d'Aron et Aron (1997) découle des travaux de Gray (1985), qui établissent l'existence d'un Système d'in-

hibition comportementale (BIS) et d'un Système d'activation comportementale (BAS). Par son rôle dans la régulation de la réponse aux stimuli environnementaux, le BIS pourrait constituer la base psychophysiologique d'un trait de sensibilité à l'environnement (Aron et coll., 2012). Un BIS élevé, c'est-à-dire à une plus grande capacité à inhiber les stimuli environnementaux, amènerait plus précisément les individus à interrompre une tâche en cours afin de procéder à un traitement plus approfondi de l'information nouvelle (*pause-to-check*; Aron et Aron, 1997). Conséquemment, dans une situation où entreraient en conflit plusieurs informations sensorielles nécessitant de réagir différemment, les individus disposant d'un fort trait de STS prendraient plus de temps à se mettre en action que les individus moins sensibles.

Relation entre la STS et l'attention

En dépit de cette conceptualisation théorique de la STS, une recension critique de Greven et ses collaborateurs (2019) illustre l'importance d'approfondir la recherche dans ce domaine, notamment en raison du manque de connaissances concernant les mécanismes neurocognitifs associés à ce trait. En effet, ces auteurs ne rapportent que deux études ayant examiné le lien entre la STS et la performance à des tâches comportementales sollicitant l'attention.

Les résultats de l'étude de Bridges (2018) ont permis de mettre en lumière que les individus manifestant un trait de STS élevé porteraient davantage attention à l'information non pertinente dans une tâche de contrôle exécutif de l'attention (*Attention Network Task*; Fan et coll., 2002). Dans cette tâche, les participants devaient indiquer dans quelle direction pointait la flèche se trouvant au centre d'une série de cinq flèches alignées horizontalement. Les résultats démontrent que les participants ayant une STS élevée faisaient davantage d'erreurs que les autres participants lorsque les flèches avoisinantes pointaient dans la direction opposée à celle de la cible (c.-à-d., dans la condition incongruente), que lorsqu'elles pointaient toutes dans la même direction (c.-à-d., dans la condition congruente). De plus, une deuxième expérimentation au sein de cette étude a permis d'observer que, dans une tâche de détection de changements dans laquelle le participant rechercherait des changements de couleur, de taille, de position ou de présence d'un cercle cible apparaissant parmi un ensemble de cercles différents, ces mêmes individus mettaient plus de temps à fournir une réponse lorsque les changements étaient plus subtils, mais avaient des temps de réponse semblables aux individus moins sensibles lorsque les changements étaient plus évidents.

Ces résultats de Bridges (2018) reflètent ceux antérieurement obtenus par Jagiellowicz et ses collaborateurs (2011). Dans cette étude comportementale, les participants

devaient détecter un changement entre deux paysages similaires présentés successivement. Tout comme Bridges (2018), les chercheurs ont observé une corrélation entre la STS et le temps de réponse : plus les participants présentaient une STS élevée, plus ils mettaient de temps pour répondre aux changements mineurs (comparativement au temps pris pour répondre aux changements majeurs). Aron et Aron (1997) émettent l'hypothèse que la distraction jouerait un rôle majeur et complexe dans la compréhension de la STS, ce qui est corroboré par les résultats des études de Bridges (2018) et de Jagiellowicz et coll. (2011). En effet, ces études suggèrent que les individus ayant un trait de STS élevé auraient davantage tendance à porter leur attention vers les stimuli environnants, ce qui les rendrait parfois plus lents à réagir dans des tâches sollicitant l'attention.

Il demeure toutefois hasardeux de tirer des conclusions quant à la sensibilité aux distracteurs dans la STC uniquement sur la base des travaux de Bridges (2018) et de Jagiellowicz et coll. (2011). En effet, ces études utilisent des tâches qui favorisent l'accès des stimulations non pertinentes au focus de l'attention; la recherche de l'information pertinente entraîne le déplacement de l'attention sur une portion des éléments non pertinents, favorisant du même coup un traitement actif de ces distracteurs. Étant donné la conscience accrue des changements dans l'environnement associée à la STS, il s'avère pertinent d'examiner si les individus dotés d'un fort trait de STS n'arriveraient pas également à détecter l'information située en dehors du focus attentionnel. Le fait que les stimuli utilisés dans ces études soient exclusivement de nature visuelle n'est pas étranger à la généralisabilité limitée de leurs résultats. La présentation de distracteurs dans une modalité sensorielle différente de celle des stimuli cibles permettrait de contourner cette limite. Compte tenu de l'omniprésence de sons ambiants dans l'environnement, la présente étude propose d'examiner le lien entre la STS et la distractibilité en s'attardant à l'effet distracteur de sons non pertinents sur la performance à une tâche visuelle.

Environnement sonore et distraction auditive

Le traitement des stimuli sonores environnants se produit de façon « obligatoire » (Jones et coll., 2010), car il n'est pas possible de « fermer ses oreilles » au même titre qu'on peut fermer ses paupières pour éviter une stimulation visuelle. Un tel traitement inévitable peut engendrer de la distraction (Hughes et coll., 2005). En contexte expérimental, la distraction auditive se traduit par une diminution de la performance au sein d'une tâche (impliquant généralement la mémoire à court terme) réalisée en présence des sons à ignorer (Hughes et Jones, 2001).

La distraction auditive peut prendre différentes formes, incluant l'effet d'état constant et l'effet de déviation (voir

Marois et Vachon, 2024). L'effet d'état constant fait référence à la perturbation du fonctionnement cognitif causée par la présentation d'une séquence de sons répétés non pertinents lors de l'exécution d'une tâche (p. ex. « A A A A A A A »). Pour expliquer ce phénomène, Bell et ses collaborateurs (2019a) proposent que le traitement du fond sonore sollicite des ressources cognitives même si les sons ne sont pas pertinents à l'activité mentale en cours. Dans un contexte expérimental, cette utilisation de ressources liée au traitement des stimuli auditifs répétés provoque une réduction des ressources cognitives disponibles pour effectuer adéquatement une tâche focale. La performance s'en trouve conséquemment altérée.

En regard des études antérieures qui ont conduit à la conceptualisation actuelle de la STS (Satow, 1987; Shigehisa, 1974), une plus grande sensibilité pourrait se manifester par une plus grande distractibilité à l'exposition répétée de sons. Cette distraction accrue serait attribuable au seuil de stimulation inférieur à la normale associé à la STS, selon lequel les individus avec une STS élevée entreraient plus facilement dans un état de surstimulation (Aron et coll., 2012). Ainsi, en raison de la grande sensibilité aux stimuli environnementaux et du traitement approfondi de l'information sensorielle associées au modèle théorique de STS, un effet d'état constant de plus grande envergure pourrait être observé chez les individus dotés d'un fort trait de STS.

L'effet de déviation constitue un autre type de distraction auditive. Cette distraction se manifeste lorsque l'attention est momentanément détournée de son focus afin de traiter une irrégularité dans le fond sonore (Hughes et coll., 2005, 2007; Parmentier et coll., 2008; Vachon et coll., 2017). Durant une tâche de rappel ordonné, ce phénomène se déploie lorsqu'est présentée une séquence auditive à ignorer dans laquelle est introduit un son dit déviant, c'est-à-dire qui se distingue des autres sur une ou plusieurs propriétés acoustiques (p. ex. « A A A B A A »). L'effet de déviation correspond à la baisse de performance observée dans les essais déviants comparativement à celle des essais standards (c.-à-d. sans déviant). Vachon et ses collaborateurs (2012) démontrent que l'effet de déviation se produit plus précisément lorsque la prévisibilité de l'environnement sonore est compromise par un stimulus inattendu. Il est proposé qu'une représentation mnésique des régularités acoustiques se développe au fil de la présentation des sons, ce qui permet à l'organisme d'effectuer des prédictions quant aux stimulations sonores à venir. La violation de ces prédictions (c.-à-d. lorsqu'une irrégularité, ou déviation, est détectée) engendre une réorientation attentionnelle, ce qui perturbe momentanément l'exécution de la tâche focale et nuit à la performance.

Cette notion d'enregistrement des régularités acoustiques est particulièrement pertinente dans le contexte de la

STS puisqu'Aron et Aron (1997) suggèrent que la STS est associée au trait d'introversion, et rapportent que les individus introvertis manifesteraient une plus grande disposition à l'apprentissage implicite (cf. Deo et Singh, 1973). Woolhouse et Bayne (2000) avancent également que les individus plus sensibles sur le plan sensoriel arriveraient à mieux dégager des règles implicites lorsqu'ils doivent rappeler et comparer des séries d'items. On peut donc s'attendre à ce que les individus détenant un fort trait de STS manifestent une disposition accrue à l'apprentissage de régularités dans l'environnement sonore, notamment en raison du fait qu'ils effectueraient un traitement approfondi de l'information sensorielle. De plus, ces individus seraient également davantage disposés à détecter les changements dans l'environnement sonore. Cette particularité de leur fonctionnement cognitif pourrait se traduire par une disposition supérieure à comparer l'information sonore nouvelle avec l'information sonore récente, et donc, par une plus grande susceptibilité à l'effet de déviation.

La présente étude

Les rares recherches sur la STS montrent le lien attendu par le modèle de Aron et ses collaborateurs (2012) entre le trait de personnalité et la susceptibilité aux stimuli non pertinents. Toutefois, les conclusions qu'on peut tirer de ces recherches demeurent limitées compte tenu que celles-ci sont restreintes à la modalité visuelle et qu'elles utilisent des distracteurs qui apparaissent dans le focus attentionnel, ce qui peut influencer (p. ex. favoriser) le traitement de ces informations non pertinentes chez les individus ayant tendance à effectuer un traitement plus approfondi de l'information (cf. Aron & Aron, 1997). Une meilleure compréhension de la STS passe impérativement par un examen de l'association entre la STS et la sensibilité aux stimuli distracteurs en l'absence de telles contraintes. C'est dans cette optique que le présent projet a pour objectif d'évaluer si le fonctionnement cognitif des individus présentant un fort trait de STS est plus sensible aux impacts distracteurs de la présence d'un fond sonore. Plus précisément, cette étude vise à déterminer si, dans le contexte d'une tâche de nature visuelle, les personnes dotées d'un trait de STS élevé sont plus réactives à la distraction engendrée par la présence de stimuli auditifs non pertinents, présentés (dans un casque d'écoute) en dehors du champ attentionnel (l'écran d'ordinateur). La STS sera mesurée à l'aide du HSPS (Aron et Aron, 1997). Plusieurs items du HSPS sont formulés de manière négative, ce qui peut susciter une affectivité négative chez les individus disposant d'un fort trait de STS. Suivant les recommandations d'Aron et Aron (2018), une mesure de névrosisme est ajoutée au devis expérimental afin de s'assurer que cet affect négatif ne résulte pas plutôt d'une affectivité négative comme trait de personnalité.

Pour examiner le lien entre la STS et la distractibilité, le paradigme des stimuli auditifs non pertinents (Colle et Welsch, 1976) sera utilisé. Ce dernier consiste en la réalisation d'une tâche de mémoire à court terme visuelle (p. ex. rappeler une série de stimuli visuels de manière ordonnée) en présence de sons non pertinents à ignorer. En manipulant les caractéristiques des sons présentés, le paradigme permettra de mesurer l'ampleur de deux effets de distraction auditive, soit l'effet d'état constant et l'effet de déviation. L'observation d'une relation entre la magnitude des effets de distraction auditive et le niveau de STS permettrait de fournir un appui empirique à certaines des caractéristiques du modèle d'Aron et Aron (1997). En effet, une association positive entre l'ampleur de l'effet d'état constant et le niveau de STS suggérerait que le traitement approfondi de l'information sensorielle et la sensibilité aux stimuli environnants associés à la STS pourraient mener les individus détenant fortement le trait à diriger davantage leur attention vers les distracteurs. La disponibilité des ressources attentionnelles pour l'exécution de la tâche visuelle s'en verrait ainsi diminuée, altérant la performance. Par ailleurs, l'observation d'un effet de déviation plus important en présence d'un niveau de STS élevé constituerait une manifestation objective de l'hypothèse selon laquelle les individus détenant fortement le trait seraient plus sensibles aux changements (p. ex. la détection d'une irrégularité) dans leur environnement.

Méthode

Participants

Les participants sont des adultes âgés de 18 ans et plus recrutés au sein de la communauté de l'Université Laval ou par convenance. L'échantillon initial est constitué de 124 participants (83 femmes), âgés de 18 à 67 ans (âge moyen = 25 ans) et respectant les critères d'inclusion suivants : i) avoir une vision normale ou corrigée, ii) ne pas prendre de médication pouvant affecter le fonctionnement neuronal, iii) ne pas présenter de trouble neurologique, iv) ne pas avoir consommé de substance psychoactive 12 heures avant le moment de l'expérimentation, et v) ne pas avoir consommé de café deux heures avant le moment de l'expérimentation. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval.

Matériel

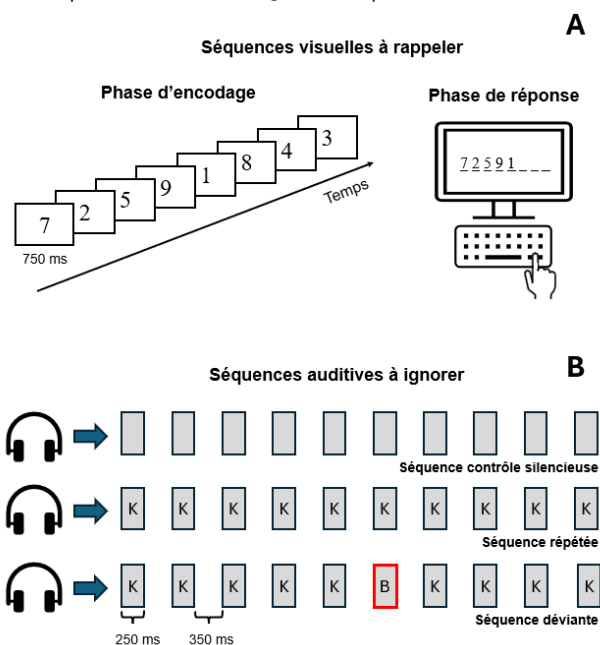
Paradigme de distraction : séquences visuelles à rappeler

Les participants doivent réaliser une tâche de rappel sériel visuelle, dans laquelle est présentée une série d'items qui doivent être rappelés dans leur ordre d'apparition. Chaque séquence visuelle est constituée de huit chiffres

différents compris dans l'ensemble 1-9. Les séquences sont constituées de manière quasi aléatoire, avec pour seules contraintes de ne pas avoir de séquences ascendantes ou descendantes de plus de deux chiffres successifs, et que chaque chiffre ne soit présenté qu'une seule fois durant une même séquence. Chaque séquence visuelle n'est présentée qu'une fois durant toute la durée de l'expérimentation. Les chiffres sont présentés en police Times New Roman de dimension 72 points, au centre d'un écran d'ordinateur de 23 pouces. Les huit chiffres sont présentés un à la suite de l'autre, chacun durant 750 ms, sans aucun intervalle interstimulus entre les chiffres (voir Figure 1A).

Figure 1

Représentation schématique des séquences visuelles à rappeler (A) et des séquences auditives à ignorer (B) présentées simultanément.



Paradigme de distraction : séquences auditives à ignorer

Les stimuli auditifs non pertinents sont présentés durant la phase d'encodage des stimuli visuels à rappeler. Les séquences de sons à ignorer sont composées de dix lettres prononcées par une voix d'homme, tirées de l'ensemble B, F, H, K, L, M, Q, R, X, Z. Les sons sont édités avec le logiciel Sound Forge (Sony), de sorte que l'intonation avec laquelle ils sont prononcés soit constante, et que leur intensité se situe à environ 65 dB (A). Chaque son est présenté dans un casque d'écoute, en stéréo, et dure 250 ms, suivi par un intervalle interstimulus de 350 ms avant la présentation du prochain son de la séquence.

Trois types de séquences à ignorer sont créés (voir Figure 1B) : (a) des séquences contrôles Silencieuses, (b) des séquences Répétées, où un même son, aléatoirement sélectionné parmi l'ensemble de lettres, est répété à 10 reprises (p. ex. K, K, K,

K, K, K, K, K, K, K), et (c) des séquences Déviantes, constituées de la même façon que les séquences répétées, à l'exception que le sixième son représente une lettre différente des autres de la séquence (p. ex. K, K, K, K, K, B, K, K, K, K). Le premier son de la séquence auditive à ignorer est présenté 125 ms avant l'apparition du premier stimulus visuel à rappeler, et le dernier son se termine 75 ms avant que le dernier stimulus de la séquence visuelle ne disparaisse de l'écran. La présentation des stimuli visuels et auditifs durant la tâche de rappel sériel est gérée par le logiciel E-Prime 3.0 (Psychology Software Tools), installé sur un ordinateur PC.

Mesure de la STS

La STS est mesurée à l'aide d'une traduction maison du HSPS, un questionnaire auto-rapporté comportant 27 items tels que « Est-ce que l'humeur des autres vous affecte? » et « Est-ce que les bruits forts vous rendent inconfortable? » (Aron et Aron, 1997). Chacun des items du HSPS comprend une échelle de type Likert à huit points d'ancrage, allant de 0 (tout à fait en désaccord) à 7 (tout à fait en accord). Le HSPS peut être divisé en trois composantes : aisance à la surexcitation, sensibilité à l'esthétisme, et faible seuil de stimulation sensorielle (Smolewska et coll., 2006). L'aisance à la surexcitation se définit par la propension à être facilement submergé mentalement par la présence de stimuli internes ou externes, p. ex. le fait d'être particulièrement affecté cognitivement et affectivement par la sensation de faim. La sensibilité à l'esthétisme se traduit par l'ouverture et le plaisir associés à l'expérience de la beauté, telle que manifestée par une préférence marquée pour les arts, l'harmonie ou les parfums. Le faible seuil de stimulation sensorielle constitue quant à lui un état d'activation déplaisante résultant de l'exposition à un stimulus externe, par exemple lié au fait de se sentir inconfortable en présence de sons forts.

De plus en plus de données empiriques convergent vers une structure factorielle du HSPS où les différentes sous-échelles corrèleraient toutes positivement entre elles, suggérant un facteur de sensibilité d'ordre supérieur (Lionetti et coll., 2018). Ainsi, le résultat total obtenu par l'addition du résultat à chacun des items permet de produire une mesure selon laquelle plus le résultat est élevé, plus grande est la sensibilité. Les études évaluant les qualités psychométriques de la version originale du HSPS démontrent que le questionnaire présente des niveaux adéquats de validité et de fiabilité (Aron et Aron, 1997; Rinn et coll., 2018; Smolewska et coll., 2006).

Mesure de névrosisme

Afin de contrôler pour l'influence potentielle du trait d'affectivité négative, Aron et Aron (2018) recommandent l'utilisation d'une mesure du névrosisme. Le trait de névrosisme se définit par la tendance à expérimenter de la détresse psychologique, et serait particulièrement élevé chez les

individus qui disposent d'une condition psychiatrique (p. ex. anxiété ou dépression; Costa et McCrae, 2008). Une traduction française du NEO-FFI (Costa et McCrae, 2008) est donc utilisée comme mesure du névrosisme. Ce questionnaire auto-rapporté de 60 items correspond à une version courte du NEO-PI-R (Costa et McCrae, 2008), et comporte cinq sous-échelles qui permettent l'obtention d'un résultat associé à chacun des traits de personnalité compris dans le modèle à cinq facteurs (c.-à-d., névrosisme, extraversion, ouverture à l'expérience, agréabilité, conscience; Digman, 1990). Seuls les résultats aux 12 items de l'échelle de névrosisme sont comptabilisés et utilisés pour les analyses statistiques. Chaque item est mesuré selon une échelle de type Likert à cinq points d'ancrage, allant de 1 (*fortement en désaccord*) à 5 (*fortement en accord*). Plus le résultat au questionnaire est élevé (après avoir inversé les items négatifs), plus le niveau de névrosisme est élevé. Des études portant sur les qualités psychométriques du NEO-FFI en version originale et en version française démontrent des indices de validité et de fiabilité adéquats (Costa et McCrae, 2008; Rolland et coll., 1998; Rolland et coll., 1994).

Procédure

Les participants effectuent d'abord la tâche de rappel ordonné. La phase d'encodage débute par la présentation d'une croix de fixation durant 1000 ms. Après un vide de 250 ms, les séquences auditive et visuelle sont présentées. Le premier son de la séquence auditive à ignorer est présenté 125 ms avant l'apparition du premier stimulus visuel à rappeler, et le dernier son se termine 75 ms avant que le dernier stimulus de la séquence visuelle ne disparaisse de l'écran. Les participants doivent ensuite mémoriser une série de chiffres dans l'ordre où ils ont été présentés, tout en ignorant les sons présentés dans le casque d'écoute. La phase de réponse débute 500 ms après la présentation du dernier chiffre. Les participants doivent alors rappeler les huit chiffres dans leur ordre de présentation à l'aide du clavier d'ordinateur (voir Figure 1A), en les inscrivant du début à la fin, sans pouvoir revenir en arrière ou effacer une réponse. Après avoir indiqué la 8^e réponse, l'écran-réponse demeure visible pour 500 ms avant de disparaître. L'écran reste vide pour 1000 ms, après quoi la présentation de la croix de fixation indique au participant de se préparer pour le prochain essai.

Deux essais d'entraînement précèdent le début de la tâche de rappel ordonné, qui comporte un total de 90 essais. Chaque participant complète deux blocs de 45 essais, avec une pause optionnelle entre les deux blocs. Les sons déviants tirent leur pouvoir distracteur de leur imprévisibilité et de leur rareté (p. ex. Vachon et coll., 2012). Ainsi, la quantité d'essais réalisés dans la condition Déviante est limitée. Chaque bloc comprend 10 essais dans la condition Silencieuse, 25 essais dans la condition Répétée, et 10 essais

dans la condition Déviante. Les conditions sont donc présentées quasi aléatoirement d'un essai à l'autre, avec la contrainte qu'il ne peut y avoir deux essais déviants de suite.

Les participants remplissent ensuite le HSPS et l'échelle de névrosisme du NEO-FFI sur Microsoft Forms. Des indications demandant de répondre aux questions de manière aussi honnête et spontanée que possible sont données à même le questionnaire. Une fois l'expérimentation terminée, une compensation financière de 10\$ est remise au participant.

Devis, mesures et analyses

Un facteur intrasujet est manipulé dans la présente expérience, soit la condition sonore dans laquelle les participants réalisent la tâche de rappel ordonnée (c.-à-d., Silencieuse, Répétée ou Déviante). Il s'agit donc d'un devis expérimental à mesures répétées à trois niveaux. Comme il n'existe pas un score au HSPS permettant de dissocier les individus ayant un fort trait de STS de ceux ayant un trait plus faible et ainsi de créer des groupes distincts, nous avons privilégié un plan d'analyse de nature corrélationnelle. Trois variables dépendantes sont extraites à l'aide des outils de mesure. La première variable correspond au niveau de STS, indiqué par le résultat total au HSPS. La deuxième variable correspond au niveau de névrosisme, mesuré par l'échelle de névrosisme du NEO-FFI. La troisième variable est la performance à la tâche de rappel ordonné, opérationnalisée par le pourcentage de bonnes réponses. Les données brutes de rappel ordonné sont comptabilisées selon un critère strict où chaque chiffre rappelé correctement dans la position à laquelle il est présenté équivaut à une bonne réponse. La performance à la tâche permet par la suite l'opérationnalisation des deux indices de distractibilité. L'effet d'état constant est mesuré en soustrayant le pourcentage de rappel correct de la condition Répétée de celui de la condition Silencieuse. En contrepartie, l'effet de déviation se mesure en soustrayant le pourcentage de rappel correct obtenu aux essais de la condition Déviante de celui obtenu aux essais de la condition Répétée. Un indice positif indique la présence de distraction, soit une performance altérée par la présence de distracteurs.

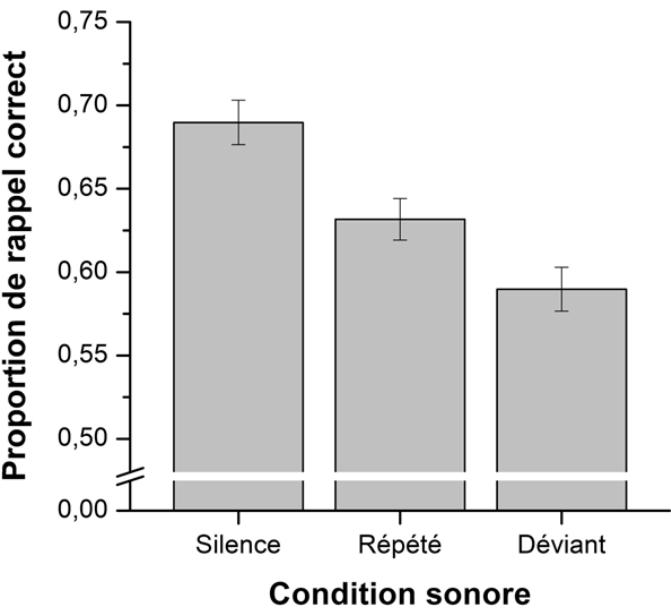
Trois tests statistiques distincts sont ensuite réalisés. D'abord, une ANOVA à mesures répétées est menée dans le but de confirmer que les sons non pertinents causent bel et bien de la distraction. Ensuite, deux corrélations de Pearson sont conduites dans le but de décrire l'association entre la STS et les indices de distractibilité. Finalement, deux régressions linéaires multiples hiérarchiques sont réalisées dans le but de déterminer le potentiel de la STS à prédire la magnitude des indices de distractibilité, en contrôlant pour le niveau de névrosisme. Toutes les analyses sont menées avec le logiciel SPSS 28 (IBM Statistics avec un niveau alpha de 0,05).

Résultats

Sur les 124 participants recrutés, un participant a été exclu des analyses puisque ses résultats aux questionnaires ont été perdus à la suite d’un problème technique. L’échantillon final comporte ainsi 123 participants.

La Figure 2 illustre la performance à la tâche de rappel dans les conditions Silencieuse, Répétée et Déviante. Des analyses ont d’abord été réalisées afin de vérifier la présence de l’effet d’état constant et de l’effet de déviation. Pour ce faire, une ANOVA à mesures répétées a été réalisée sur la performance à la tâche de rappel ordonné au sein des trois conditions sonores. Un test de Mauchly a permis de révéler que le postulat de sphéricité de la matrice variance-covariance n’était pas respecté ($p < 0,001$). Une correction de Greenhouse-Geisser a donc été effectuée sur le nombre de degrés de liberté du test. Les résultats à l’ANOVA démontrent que la performance des participants diffère significativement dans au moins une des trois conditions sonores, $F(1,579, 192,578) = 103,1$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,458$, $\epsilon = 0,789$. Des tests de comparaisons multiples avec une correction de Bonferroni démontrent que la performance des participants est significativement meilleure lors des essais de la condition Silencieuse que lors des conditions Répétée et Déviante ($ps < 0,001$), et qu’elle est également significativement meilleure dans les essais de la condition Répétée que dans la condition Déviante ($p < 0,001$). Ces résultats démontrent que les deux effets de distraction auditive sont reproduits.

Figure 2
Performance moyenne à la tâche de rappel ordonné en fonction du type de séquence auditive présenté ($n = 123$). Les barres d’erreur représentent l’erreur standard de la moyenne.



Ensuite, afin de mesurer l’association entre la STS et la distractibilité, deux corrélations de Pearson ont été réalisées entre les variables. Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives des questionnaires utilisés au sein du présent projet, de même que la matrice de corrélation entre les différentes variables à l’étude. Les résultats au HSPS vont d’un minimum de 75 à un maximum de 168, alors que ceux à l’échelle de névrosisme du NEO-FFI vont d’un minimum de 6 à un maximum de 44.

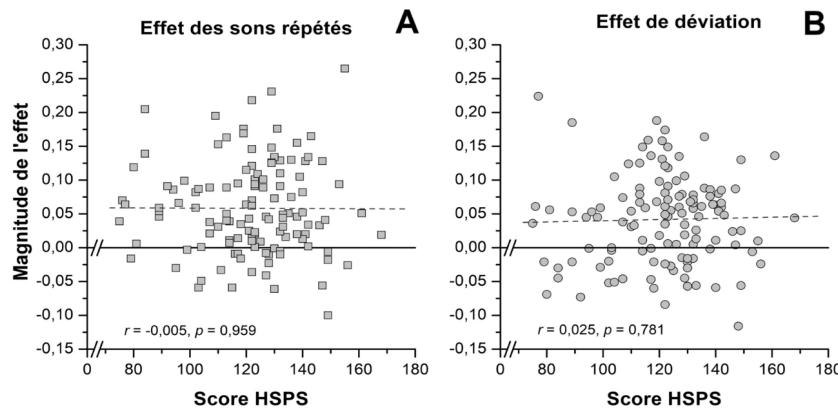
Tableau 1
Matrice de corrélation de Pearson et statistiques descriptives de chaque variable

	HSPS Total	EOE	AES	LST	Échelle névrosisme	Indice d’EEC	Indice d’ED
HSPS Total	-	-	-	-	-	-	-
EOE	0,848**	-	-	-	-	-	-
AES	0,563**	0,177**	-	-	-	-	-
LST	0,748**	0,455**	0,310**	-	-	-	-
Échelle névrosisme	0,474**	0,627**	0,005	0,194**	-	-	-
Indice d’EEC	-0,005	0,022	0,031	-0,050	-0,011	-	-
Indice d’ED	0,025	0,075	-0,020	-0,036	0,154	0,021	-
Moyenne	121,480	57,020	34,080	21,910	22,860	0,058	0,042
Écart-type	19,208	11,510	6,156	5,952	9,039	0,068	0,066

** $p < 0,01$; EEC = Effet d’état constant; ED = Effet de déviation; EOE = Aisance à la surexcitation; AES = Sensibilité à l’esthétisme; LST = Faible seuil d’excitation

Figure 3

Diagramme de dispersion des résultats obtenus au HSPS en fonction de la magnitude de l'effet d'état constant (A) et de la magnitude de l'effet de déviation (B)



La Figure 3 présente la dispersion des scores au HSPS en fonction de la magnitude des deux effets de distraction. Un premier coefficient de corélation de Pearson a été calculé entre le résultat obtenu au HSPS et l'indice d'effet d'état constant (Figure 3A). Les résultats du test n'ont pas démontré d'association statistiquement significative. Un deuxième coefficient de corélation de Pearson a par la suite été calculé, cette fois entre le résultat au HSPS et l'indice d'effet de déviation (Figure 3B). Les résultats au test n'ont pas non plus permis de démontrer une relation statistiquement significative entre les corr  l  ts.

Finalement, dans le but d'examiner la prédiction des indices de distractibilité à partir du niveau de STS en contrôlant statistiquement pour le niveau de névrosisme, deux régressions linéaires multiples hiérarchiques à deux prédicteurs ont été réalisées avec comme variable dépendante l'indice d'effet d'état constant pour la première régression, et pour la deuxième, l'indice d'effet de déviation. Les conditions d'applications de ces tests ont été vérifiées. Tout d'abord, la taille d'échantillon ($n = 123$)   tait suffisamment élevée. Un examen

des résidus a pu déterminer que les conditions de normalité, de linéarité et d'homoscédasticité des résidus étaient remplies. En prenant comme seuil de signification 0,001, les tests sur les distances de Mahalanobis ont déterminé qu'il n'y avait aucune valeur extrême multivariée dans l'échantillon.

Pour les deux régressions, le résultat à l'échelle de névrosisme du NEO-FFI a été introduit à la première étape du modèle afin de contrôler pour l'affectivité négative, et le résultat au HSPS a été introduit à la deuxième étape. Les Tableaux 2 et 3 contiennent les coefficients de régression (bruts et standardisés), les statistiques t testant chaque coefficient, les coefficients de détermination semi-partiels et le coefficient de détermination multiple (brut et ajusté) pour les tests effectués sur les indices d'effet d'état constant et de déviation, respectivement. Les résultats de la régression linéaire multiple hiérarchique effectuée sur l'indice d'effet d'état constant démontrent que le coefficient de détermination multiple n'est pas statistiquement diff  rent de 0 à la première étape du modèle, $F(1, 121) = 0,014$, $p = 0,904$, $R^2 = 0,000$,

Tableau 2

Résultats de la régression linéaire multiple hiérarchique réalisée sur l'indice d'effet d'état constant

	b	t	p	β	sr^2 (incrémentiel)
1. ��chelle névrosisme	-8,242E-5	-0,120	0,904	-0,011	0,000
2. HSPS	2,199E-6	0,006	0,995	0,001	0,000
Ordonnée	0,060	1,500	0,136	-	-
					$R^2 = 0,000$
					$R^2_{aj} = -0,017$

Tableau 3

Résultats de la régression linéaire multiple hiérarchique réalisée sur l'indice d'effet de déviation

	b	t	p	β	sr^2 (incrémentiel)
1. ��chelle névrosisme	0,001	1,791	0,076	0,183	0,024
2. HSPS	0,000	-0,602	0,548	-0,062	0,003
Ordonnée	0,060	1,500	0,136	-	-
					$R^2 = 0,027$
					$R^2_{aj} = 0,010$

$R^2_{aj} = -0,008$, ni à la deuxième, $F(1, 120) = 0,007$, $p = 0,993$, $R^2 = 0,000$, $R^2_{aj} = -0,017$. Par ailleurs, les résultats de la régression linéaire multiple hiérarchique réalisée sur l'indice d'effet de déviation ne démontrent pas non plus que le coefficient de détermination multiple est statistiquement différent de 0 à la première étape du modèle, $F(1, 121) = 2,938$, $p = 0,089$, $R^2 = 0,024$, $R^2_{aj} = 0,016$, ni à la deuxième, $F(1, 120) = 1,642$, $p = 0,198$, $R^2 = 0,027$, $R^2_{aj} = 0,010$.

Discussion

Le présent projet avait pour objectif de vérifier l'existence d'une association entre la STS et la distractibilité, telle que mesurée par la susceptibilité à la distraction auditive. À partir de la théorie élaborée par Aron et Aron (1997), il était attendu d'observer une prédiction significative de la magnitude de deux effets de distraction auditive, soit l'effet d'état constant (Bell et coll., 2019a) et l'effet de déviation (Hughes et coll., 2005, 2007), à partir du niveau de STS auto-rapporté. Les effets de distraction auditive ont été reproduits, appuyant les différentes démonstrations empiriques de leur robustesse. La STS n'a toutefois prédit la propension à aucune des deux formes de distraction, même en contrôlant statistiquement pour l'influence du névrosisme. Un tel résultat nul suggère que la relation existante entre la STS et la distractibilité mériterait d'être mieux définie. En effet, la présence de sons non pertinents ne semble pas engendrer davantage de distraction chez les individus dotés d'un trait de STS élevé. De plus, la détection de changements en dehors du focus attentionnel ne semble pas être caractéristique des individus manifestant un fort trait de STS. Des hypothèses explicatives sont abordées au sein de la présente section, et tiennent compte de la comparaison entre les présents résultats et ceux des études de Bridges (2018) ainsi que de Jagiellowicz et ses collaborateurs (2011), qui ont observé un lien entre la STS et la susceptibilité à la distraction visuelle.

Hypothèses théoriques

Contrairement aux travaux de Bridges (2018) et de Jagiellowicz et ses collaborateurs (2011), qui ont mis en lumière une association entre la distraction et la STS, les éléments distracteurs impliqués dans le devis expérimental de la présente étude étaient présentés hors du focus de l'attention. En effet, ici, les participants devaient se concentrer sur une tâche visuelle pendant que des stimuli auditifs non pertinents étaient présentés simultanément. Ainsi, on ne peut exclure que les individus disposant d'un fort trait de STS puissent rencontrer des difficultés à inhiber l'information non pertinente uniquement lorsque celle-ci se situe à l'intérieur d'une zone attentionnelle d'intérêt (Rensink et coll., 1997).

En outre, les résultats observés au sein de la tâche de contrôle exécutif de l'attention de l'étude de Bridges (2018)

pourraient s'expliquer par le fait que l'information cible et l'information non pertinente possédaient des caractéristiques sémantiques similaires (c.-à-d. qu'elles étaient toutes deux tirées de la même catégorie, soit des flèches, voir Figure 1). Il est possible que les ressemblances entre l'information cible et l'information non pertinente aient causé de l'interférence dans la réalisation de la tâche focale (Paquet et Lortie, 1990), et que les individus possédant un trait de STS élevé aient été particulièrement sensibles à cette interférence. Dans la présente étude, l'information cible et l'information non pertinente présentaient des caractéristiques sémantiques différentes (c.-à-d., des *chiffres* inscrits sur un écran d'ordinateur et des *lettres* prononcées par une voix d'homme), ce qui pourrait expliquer pourquoi la STS ne prédisait pas la magnitude des effets de distraction auditive.

L'association entre la STS et la distraction pourrait aussi être observable seulement lorsque les éléments distrayants et pertinents sont présentés au sein de la même modalité sensorielle. La majorité des recherches portant sur le trait d'introversion (qui est connu pour être lié à la STS) suggèrent que les individus introvertis seraient plus susceptibles à la surstimulation causée par un faible seuil de stimulation sensorielle (Aron et Aron, 1997; Aron et coll., 2012). À cet égard, une tentative de traiter une trop grande quantité d'information peut entraîner une demande excessive sur les modalités sensorielles, engendrant des conséquences négatives sur le fonctionnement (Malhotra, 1984). Dans la présente étude, les participants dotés d'une STS élevée pourraient ne pas avoir démontré de sensibilité particulière à la distraction étant donné la présentation multimodale de l'information cible et de l'information non pertinente, contrairement aux études de Bridges (2018) et de Jagiellowicz et ses collaborateurs (2011) où l'information cible était présentée au sein de la même modalité sensorielle que l'information non pertinente.

Les hypothèses du focus attentionnel, des ressemblances entre les caractéristiques sémantiques des stimuli cibles et non pertinents, et de la présentation unimodale de l'information sensorielle pourraient toutefois s'avérer des facettes d'une hypothèse explicative plus générale, relevant de la configuration cognitive (*task set*). Ce terme désigne la façon dont sont organisées et déployées les ressources mentales nécessaires à l'exécution d'une tâche (Monsell, 2017). La configuration cognitive serait déclenchée par des stimuli externes, de même que par l'entremise de processus descendants (*top down*) visant à organiser les ressources mentales de façon à permettre l'atteinte d'un but dominant, tout en réprimant l'atteinte de buts alternatifs (Monsell, 2003). Conséquemment, la configuration cognitive engendrerait une augmentation de la sensibilité au traitement de l'information pertinente à la réalisation d'une tâche, ainsi qu'une atténuation du traitement de l'information qui y serait non pertinente.

Dans les tâches de détection de changement des études de Bridges (2018) et de Jagiellowicz et ses collaborateurs (2011), le but dominant (c.-à-d., détecter le changement) nécessitait de traiter l'ensemble de l'information visuelle afin d'identifier correctement la localisation du changement. Dans ce contexte, l'information cible se trouve liée à l'information à ignorer, ce qui n'était pas le cas du présent projet. À partir de l'hypothèse de la configuration cognitive, il serait donc envisageable que l'association entre la STS et la distractibilité observée par Bridges ainsi que Jagiellowicz et ses collaborateurs soit explicable par le fait que les individus manifestant un fort trait de STS présenteraient une sensibilité accrue au traitement de l'information pertinente à l'atteinte d'un but dominant, ainsi que des difficultés à inhiber le traitement de l'information non pertinente, lorsque celles-ci sont liées entre elles. Cette hypothèse permettrait également d'expliquer pourquoi il n'a pas été possible d'observer de différence dans la magnitude des effets de distraction auditive en fonction de la prégnance du trait de STS, en raison du fait que l'information à ignorer n'était pas reliée à l'information à rappeler. Considérant que les différentes hypothèses théoriques abordées se montrent toutes compatibles avec un rôle potentiel de la configuration cognitive dans le lien entre la STS et la distractibilité, il s'agit d'une piste prioritaire à explorer dans des recherches futures.

Hypothèses méthodologiques

L'absence de prédiction de la magnitude des effets de distraction auditive à partir du niveau de STS pourrait s'expliquer autrement que par la remise en question de l'universalité du lien existant entre la STS et la distractibilité. En effet, il est possible que les outils employés au sein du présent devis expérimental puissent ne pas avoir permis une mesure adéquate des variables d'intérêt. Le fait que les effets de distraction auditive (effet d'état constant et effet de déviation) aient été reproduits à des magnitudes similaires à celles observées au sein d'études antérieures (cf. Bell et coll., 2019b; Hughes et coll., 2005, 2007; Vachon et coll., 2012, 2017) laisse présumer que la mesure de propension à la distraction était adéquate. Toutefois, la validité du HSPS à mesurer adéquatement la STS pourrait être en cause. En effet, les participants recrutés dans l'échantillon ayant mené à l'élaboration du HSPS étaient des individus qui rapportaient être subjectivement très sensibles. Or, dans le langage courant, la sensibilité englobe la sensibilité affective, la sensibilité reliée aux besoins d'autrui, la sensibilité créative/liée à l'esthétisme, ainsi que la sensibilité sensorielle générale (Evans et Rothbart, 2008). Ainsi, il se pourrait que les items du HSPS capturent une sensibilité beaucoup plus grande que celle pertinente à la STS, faisant référence au traitement de l'information sensorielle plus spécifiquement.

L'absence fréquente de corrélation entre les mesures autorapportées et les manifestations comportementales objectives

d'un même construit pourraient également expliquer les associations nulles observées entre la STS et la distractibilité. Dans une recension narrative, Dang et ses collaborateurs (2020) résument les résultats de méta-analyses réalisées dans plusieurs domaines (c.-à-d., empathie, propension à la prise de risque, inhibition) et notent que les mesures autorapportées et les mesures comportementales d'un même construit psychologique ne corrélaient que très peu. Les chercheurs avancent que les questionnaires autorapportés permettraient de capturer un construit psychologique par l'entremise de comportements typiques dans diverses situations naturelles non structurées. Autrement dit, les mesures autorapportées évalueraient une propension à agir de manière relativement stable à travers différentes situations. Cependant, selon Dang et ses collaborateurs, les mesures comportementales permettraient quant à elles de mesurer l'index d'un construit psychologique, opérationnalisé par une performance spécifique, dans un environnement structuré. Ainsi, il serait possible que le HSPS et les paradigmes de distraction auditive capturent des facettes différentes de la distractibilité accrue associée à la STS, ce qui expliquerait l'absence de corrélation entre les résultats à la mesure de STS et la magnitude des effets de distraction auditive, et ce, même après avoir contrôlé statistiquement la contribution du névrosisme.

Conclusion

Ce projet visait à examiner si l'association entre la STS et la distractibilité précédemment observée dans les écrits persiste lorsque l'information non pertinente (et donc potentiellement distractive) est présentée en dehors du focus de l'attention et dans une modalité sensorielle différente de l'information cible. Pour ce faire, le projet cherchait à prédire la susceptibilité à la distraction auditive pendant une tâche de rappel visuelle à partir du résultat au HSPS, une mesure auto-rapportée de STS. À partir des caractéristiques comprises dans le modèle de STS d'Aron et Aron (1997), il était attendu d'observer une plus grande susceptibilité à la distraction auditive chez les individus dotés d'un fort trait de STS. L'absence de prédiction significative des deux effets de distraction auditive à l'étude permet d'enrichir les connaissances au sujet de la STS en suggérant entre autres que la relation entre le trait de STS et la distraction puisse être limitée à certains contextes. Les données issues du présent projet impliquent donc que les individus qui présentent un trait de STS élevé ne seraient pas davantage importunés par l'omniprésence de sons, ou par la présence de variations dans l'environnement sonore. Les résultats suggèrent également que davantage d'études mettant en relation le résultat au HSPS avec des mesures comportementales objectives devront être menées afin d'évaluer la validité du modèle théorique de STS élaboré par Aron et Aron (1997).

Références

- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 345–368. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.345>
- Aron, E. N., & Aron, A. (2018). Tips for SPS Research. Récupéré sur www.hsperson.com.
- Aron, E. N., Aron, A., & Jagiellowicz, J. (2012). Sensory processing sensitivity: a review in the light of the evolution of biological responsivity. *Personality and Social Psychology Review*, 16(3), 262–282. <https://doi.org/10.1177/1088868311434213>
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Nathan DeWall, C., & Zhang, L. (2007). How emotion shapes behavior: Feedback, anticipation, and reflection, rather than direct causation. *Personality and Social Psychology Review*, 11(2), 167–203. <https://doi.org/10.1177/1088868307301033>
- Bell, R., Röer, J. P., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2019a). Distraction by steady-state sounds: Evidence for a graded attentional model of auditory distraction. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception & Performance*, 45(4), 500–512. <https://doi.org/10.1037/xhp0000623>
- Bell, R., Röer, J. P., Lang, A. G., & Buchner, A. (2019b). Reassessing the token set size effect on serial recall: Implications for theories of auditory distraction. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 45(8), 1432–1440. <https://doi.org/10.1037/xlm0000658>
- Bridges, D. (2018). Neurosensitivity: Implications for Cognition and Creativity [Doctoral Thesis, University of Plymouth]. Pearl. <https://hdl.handle.net/10026.1/12822>
- Colle, H. A. & Welsh, A. (1976). Acoustic masking in primary memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 15(1), 17–31. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(76\)90003-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(76)90003-7)
- Costa, P., & McCrae, R. (2008). The revised neo personality inventory (neo-pi-r). *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment*, 2, 179–198. <https://doi.org/10.4135/9781849200479>
- Dang, J., King, K. M., & Inzlicht, M. (2020). Why are self-report and behavioral measures weakly correlated? *Trends in Cognitive Sciences*, 24(4), 267–269. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.01.007>
- Deo, P., & Singh, A. (1973). Some personality correlates of learning without awareness. *Behaviorometric*, 3(1), 11–21.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417–440. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002221>
- Evans, D. E., & Rothbart, M. K. (2008). Temperamental sensitivity: Two constructs or one? *Personality and Individual Differences*, 44(1), 108–118. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.07.016>
- Fan, J., McCandliss, B. D., Sommer, T., Raz, A., & Posner, M. I. (2002). Testing the efficiency and independence of attentional networks. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(3), 340–7. <https://doi.org/10.1162/089892902317361886>
- Gray, J. A. (1985). A whole and its parts: Behaviour, the brain, cognition and emotion. *Bulletin of the British Psychological Society*, 38(1), 99–112. <https://doi.org/10.1080/14640748608402215>
- Greven, C. U., Lionetti, F., Booth, C., Aron, E. N., Fox, E., Schendan, H. E., Pluess, M., Bruining, H., Acevedo, B., Bijttebier, P., & Homberg, J. (2019). Sensory processing sensitivity in the context of environmental sensitivity: A critical review and development of research agenda. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 98, 287–305. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.01.009>
- Homberg, J. R., Schubert, D., Asan, E., & Aron, E. N. (2016). Sensory processing sensitivity and serotonin gene variance: Insights into mechanisms shaping environmental sensitivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 472–483. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.029>
- Hughes, R., & Jones, D. M. (2001). The intrusiveness of sound: Laboratory findings and their implications for noise abatement. *Noise and Health*, 4(13), 51–70. <https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/35434>
- Hughes, R. W., Vachon, F., & Jones, D. M. (2005). Auditory attentional capture during serial recall: Violations at encoding of an algorithm-based neural model? *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 31(4), 736–749. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.31.4.736>
- Hughes, R. W., Vachon, F., & Jones, D. M. (2007). Disruption of short-term memory by changing and deviant sounds: support for a duplex-mechanism account of auditory distraction. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 33(6), 1050–1061. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.33.6.1050>
- Jagiellowicz, J., Xu, X., Aron, A., Aron, E. N., Cao, G., Feng, T., & Weng, X. (2011). Sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(1), 38–47. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq001>
- Jones, D. M., Hughes, R. W., & Macken, W. J. (2010). Auditory distraction and serial memory: The avoidable and the ineluctable. *Noise and Health*, 12(49), 201. <https://doi.org/10.4103/1463-1741.70497>
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1–26. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01
- Lionetti, F., Aron, A., Aron, E. N., Burns, G. L., Jagiellowicz, J., & Pluess, M. (2018). Dandelions, tulips and orchids: Evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Translational Psychiatry*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0090-6>

- Lionetti, F., Massimiliano, P., Moscardino, U., Nocentini, A., Pluess, K., & Pluess, M. (2019). Sensory Processing Sensitivity and its association with personality traits and affect: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 81, 138-152. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.013>
- Malhotra, N. K. (1984). Information and sensory overload. *Information and sensory overload in psychology and marketing*. *Psychology & Marketing*, 1(3-4), 9-21. <https://doi.org/10.1002/mar.4220010304>
- Marois, A., & Vachon, F. (2024). Psychophysiological markers of auditory distraction: A scoping review. *Auditory Perception & Cognition*, 7(1), 9-49. <https://doi.org/10.1080/25742442.2023.2274270>
- Monsell, S. (2003). Taskswitching. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(3), 134-140. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(03\)00028-7](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00028-7)
- Monsell, S. (2017). Task set regulation. In T. Egner (Ed.), *The Wiley Handbook of Cognitive Control*, 29-49. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118920497.ch2>
- Paquet, L., & Lortie, C. (1990). Evidence for early selection: Precuing target location reduces interference from same-category distractors. *Attention, Perception & Psychophysics*, 48(4), 382-388. <https://doi.org/10.3758/BF03206692>
- Parmentier, F. B. R., Elford, G., Escera, C., Andr  s, P., & San Miguel, I. (2008). The cognitive locus of distraction by acoustic novelty in the crossmodal oddball task. *Cognition*, 106(1), 408-432. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2007.03.008>
- Patterson, C. M., & Newman, J. P. (1993). Reflectivity and learning from aversive events: toward a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. *Psychological Review*, 100(4), 716-736. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.716>
- Rensink, R. A., O'Regan, J. K., & Clark, J. J. (1997). To see or not to see: The need for attention to perceive changes in scenes. *Psychological Science*, 8(5), 368-373. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00427.x>
- Rinn, A. N., Mullet, D. R., Jett, N., & Nyikos, T. (2018) Sensory processing sensitivity among high-ability individuals: a psychometric evaluation of the highly sensitive person scale. *Roeper Review*, 40(3), 166-175. <https://doi.org/10.1080/02783193.2018.1466840>
- Rolland, J. P., Parker, W. D., & Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, 71(2), 269-291. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7102_13
- Rolland, J. P., & Petot, J. M. (1994). Questionnaire de Personnalité NEO-PI-R (traduction française provisoire) [NEO-PI-R Personality Questionnaire (traduction française provisoire)]. Manuscrit non publié, Université de Paris X-Nanterre.
- Satow, A. (1987). Four properties common among perceptions confirmed by a large sample of subjects: An ecological approach to mechanisms of individual differences in perception: II. Perceptual & Motor Skills, 64(2), 507-520. <https://doi.org/10.2466/pms.1987.64.2.507>
- Shigehisa, T. (1974). Effect of auditory stimulation on visual tracking as functions of stimulus intensity, task complexity and personality. *Japanese Psychological Research*, 16(4), 186-196. <https://doi.org/10.4992/psycholres1954.16.186>
- Smolewska, K. A., McCabe, S. B., & Woody, E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the highly sensitive person scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and big five. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1269-1279. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.09.022>
- Vachon, F., Hughes, R. W., & Jones, D. M. (2012). Broken expectations: violation of expectancies, not novelty, captures auditory attention. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 38(1), 164-177. <https://doi.org/10.1037/a0025054>
- Vachon, F., Labont  , K., & Marsh, J. E. (2017). Attentional capture by deviant sounds: A noncontingent form of auditory distraction? *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 43(4), 622-634. <https://doi.org/10.1037/xlm0000330>
- Woolhouse, L. S., & Bayne, R. (2000). Personality and the use of intuition: Individual differences in strategy and performance on an implicit learning task. *European Journal of Personality*, 14(2), 157-169. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(200003/04\)14:2<157::AID-PER366>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(200003/04)14:2<157::AID-PER366>3.0.CO;2-L)

Pour citer l'article

Morais-Cormier, C., Larochelle, M., Labonté, K., Bénard, C. & Vachon, F. (2025). La sensibilité au traitement sensoriel : Une prédisposition à la distraction auditive?. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'  cole de psychologie de l'Université Laval*, 15(1), 6-17.

Droits d'auteur

   2025 Morais-Cormier, Larochelle, Labonté, Bénard & Vachon. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

LETTRE OUVERTE SUR LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME À L'ÂGE ADULTE : L'INVISIBILITÉ DES FEMMES DANS LE DIAGNOSTIC

Sarah O'CONNOR^{1*} & Mélissa VILLENEUVE¹

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

*sarah.oconnor.3@ulaval.ca

Résumé

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental complexe, caractérisé par des difficultés en communication et en interaction sociale ainsi que des comportements restreints et répétitifs. Cette définition, historiquement conçue sous une vision androcentrée du TSA, est utilisée pour représenter autant les hommes que les femmes. Pourtant, les femmes avec un TSA présentent une symptomatologie différente. Malgré le développement de nouveaux outils détectant davantage leurs spécificités, telles que les stratégies de camouflage, les femmes touchées demeurent en partie dans l'ombre. Cet enjeu peut conduire à diverses répercussions, dont un accès limité aux soins et à de la souffrance psychologique. Cette lettre ouverte a pour objectif de donner de la visibilité aux femmes qui présentent un TSA, tout en sensibilisant la communauté scientifique et le public à ses manifestations. Elle plaide à une collaboration accrue entre chercheurs, cliniciens et professionnels de l'éducation pour adapter les pratiques et les outils, mais appelle également le public à reconnaître ces manifestations afin de construire une société plus inclusive. Enfin, elle souligne l'importance de repenser l'approche actuelle du TSA pour améliorer la qualité de vie des femmes touchées.

Mots-clés : Trouble du spectre de l'autisme (TSA), femme(s), diagnostic

Abstract

Autism spectrum disorder (ASD) is a complex neurodevelopmental disorder characterized by difficulties in communication and social interaction, as well as restricted and repetitive behaviors. This definition, historically conceived from an androcentric perspective, is used to represent both men and women. However, women with ASD exhibit different symptomatology. Despite the development of new tools that better detect their specific traits, such as camouflage strategies, affected women remain partly in the shadows. This issue can lead to various repercussions, including limited access to care and psychological suffering. This open letter aims to bring visibility to women with ASD while raising awareness among the scientific community and the public about its manifestations. It calls for increased collaboration among researchers, clinicians, and education professionals to adapt practices and tools, and it also urges the public to recognize these manifestations to build a more inclusive society. Finally, it underlines the importance of rethinking the current approach to ASD to improve the quality of life for affected women.

Keywords: Autism Spectrum Disorder (ASD), women, diagnosis

Saviez-vous que certaines recherches suggèrent que l'autisme pourrait se manifester différemment selon le sexe ? Cette hypothèse, encore discutée, soulève des enjeux importants, notamment en ce qui concerne le diagnostic chez les femmes. Parlons-en !

Depuis plusieurs décennies, les outils diagnostiques du TSA ne reflètent pas pleinement la complexité des expériences vécues par les femmes. Historiquement, les études cliniques ont été menées sur des échantillons majoritairement masculins (Frigaux et al., 2022). Cette surreprésentation a influencé les critères diagnostiques et les tests d'évaluation, en contribuant à une définition du TSA potentiellement moins sensible à certaines présentations féminines. La version révisée de la 5^{ème} édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, le DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022), reconnaît désormais certaines manifestations plus fréquentes chez les femmes.

Par ailleurs, certaines femmes autistes rapportent avoir recours à des stratégies de camouflage pour s'intégrer socialement, complexifiant leur profil clinique (Hull et al., 2020). Ces stratégies semblent être associées à des conséquences majeures sur leur bien-être et sur leur accès aux soins (Bargiela et al., 2016; Bölte et al., 2011; Frigaux et al., 2022). Dans ce contexte, il apparaît essentiel de repenser les approches actuelles en intégrant activement leurs perspectives dans la recherche et la pratique clinique.

Dans cette lettre, nous décrivons d'abord le TSA, ses manifestations et les différences entre les sexes. Ensuite, la problématique du sous-diagnostic chez les femmes sera abordée, en explorant les facteurs qui peuvent y contribuer. Enfin, cette lettre discutera des répercussions que cette invisibilité peut entraîner au quotidien. Par ce plaidoyer, cette lettre ouverte appelle à une mobilisation conjointe des milieux de recherche, de l'intervention et de l'éducation, pour adapter les pratiques et les outils d'évaluation.

Définition du TSA et similitudes selon le sexe

Le TSA est référencé dans la section des troubles neurodéveloppementaux du DSM-5-TR (APA, 2022). Il se caractérise par des difficultés persistantes dans la communication sociale et les interactions, observables dès la petite enfance. Ces difficultés touchent la réciprocité sociale (difficultés à initier ou maintenir une conversation), les comportements non verbaux (contact visuel réduit), puis la capacité à établir et maintenir des relations. Les personnes autistes présentent également un traitement de l'information différent, avec une tendance à la pensée analytique et à l'analyse des détails au détriment d'une intégration globale de l'information (Happé et Frith, 2006; Lai et al., 2015; Van der Hallen et al., 2015).

À cela s'ajoutent des comportements restreints et répétitifs, comme des mouvements stéréotypés, une rigidité face aux routines et aux changements, et une fascination marquée pour certains objets ou sujets. Les personnes autistes présentent une réactivité sensorielle atypique, comme une hyper- ou hyporéactivité aux bruits, textures, lumières ou à la douleur, influençant leur interaction avec leur environnement et pouvant conduire à une surcharge sensorielle (APA, 2022; Ratto et al., 2017; Tavassoli et al., 2024). Pour poser le diagnostic, ces manifestations doivent altérer de façon significative le fonctionnement quotidien.

Ces caractéristiques ne semblent pas varier selon le sexe, mais certaines manifestations diffèrent (Bargiela et al., 2016; Frigaux et al., 2022). Le DSM-5-TR intègre davantage les spécificités de l'autisme au féminin (APA, 2022), reflétant une prise de conscience croissante quant aux défis diagnostiques.

Différences entre profil masculin et féminin

L'autisme au masculin : des manifestations plus visibles

Chez les hommes autistes, les comportements sont généralement plus visibles, facilitant leur détection. Ils présentent des difficultés sociales, souvent associées à une solitude apparente (Green et al., 2019). Leurs intérêts spécifiques peuvent être atypiques et orientés vers des objets ou domaines techniques, comme les véhicules ou l'informatique (Bölte et al., 2011; Frigaux et al., 2022). Leurs comportements répétitifs incluent des mouvements stéréotypés, comme le balancement du corps ou l'agitation des mains (Ratto et al., 2017). Les comorbidités externalisées, comme le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, sont plus fréquentes (Sedgewick et al., 2019) et attirent davantage l'attention de leur entourage.

L'autisme au féminin : une présentation plus subtile

Chez les femmes, certaines manifestations sont plus discrètes et complexes à identifier. Des études montrent qu'elles développent des *stratégies de camouflage* pour compenser leurs difficultés sociales (Frigaux et al., 2022; Lai et al., 2017).

Le camouflage désigne un ensemble de stratégies mobilisées pour s'adapter aux normes sociales. Parmi elles se trouve le *masquage*, visant à dissimuler certains comportements perçus comme atypiques, puis la *compensation*, qui implique l'adoption de comportements appris. Ce concept est à considérer avec précaution, car il ne s'agit pas d'une caractéristique intrinsèque de l'autisme, mais plutôt une réponse adaptative au contexte social (Fombonne, 2020). Plusieurs comportements considérés aujourd'hui comme des signes de camouflage (maintien du contact visuel) sont précisément ceux qui sont enseignés en intervention. Ainsi, pathologiser ces « ajustements » pourrait générer de la confusion dans les critères diagnostiques. Chez les femmes, ces stratégies pourraient prendre la forme d'imitation de comportements sociaux attendus ou de simulation d'interactions sociales (Bargiela et al., 2016; Parish-Morris et al., 2017). Elles démontreraient ainsi des compétences sociales dites normales, mais au prix d'une fatigue considérable (Bargiela et al., 2016; Hull et al., 2020; Kanfischer et al., 2017).

Ces femmes présenteraient des intérêts plus congruents avec les attentes sociales genrées, comme les célébrités ou la musique (APA, 2022; Cridland et al., 2014; Frigaux et al., 2022; Lai et al., 2015; Young et al., 2018). Leurs stéréotypies incluraient des gestes discrets, comme frotter leurs doigts (Bargiela et al., 2016). Bien qu'elles présentent des difficultés comparables aux hommes sur le plan de la compréhension sociale, elles montreraient de meilleures habiletés expressives dans la conversation réciproque et le partage d'intérêts (Begeer et al., 2013). Elles initieraient plus facilement des interactions, mais éprouveraient davantage de difficultés à les maintenir (Lai et al., 2015). Par ailleurs, les femmes autistes présenteraient plus de comorbidités internalisées (anxiété, dépression), ce qui masquerait davantage leurs traits autistiques sous-jacents (Bargiela et al., 2016; Green et al., 2019; Lai et al., 2011; Tint et al., 2017).

Une vision nuancée

Malgré la présence d'études soulignant les particularités liées au genre, certaines recherches suggèrent que les différences observées peuvent être minimales ou inexistantes. Par exemple, l'étude d'Halladay et al. (2015) n'a pas relevé de disparités significatives entre les sexes quant aux traits autistiques. De même, Mandy et al. (2012) ont constaté que lorsque les enfants sont comparés à niveau égal de fonctionnement intellectuel, leurs profils comportementaux sont similaires. Ainsi,

les différences observées pourraient être attribuables à la manière dont les comportements sont perçus, plutôt qu'à une véritable différence dans leur trajectoire développementale.

Certaines études mettant en lumière des différences entre les sexes s'appuient davantage sur de petits échantillons ou sur des échantillons biaisés sur le plan clinique, dont la représentativité est limitée (Loomes et al., 2017). Ainsi, la recherche de spécificités féminines repose sur des données empiriques peu robustes, ce qui peut mener à une surinterprétation de certains écarts. Or, ces écarts ne sont pas systématiquement corroborés par des méta-analyses (Van Wijngaarden-Cremers et al., 2014).

Les recherches portant sur les stratégies de camouflage, souvent évoquées pour expliquer le sous-diagnostic chez les femmes, méritent également d'être nuancées. Selon Fombonne (2020), cette hypothèse reposerait sur des bases empiriques limitées. Les travaux actuels s'appuient principalement sur des données subjectives soulevant ainsi des limites en matière de validité externe (Hull et al., 2020; Livingston et al., 2020). Le camouflage, difficilement observable en contexte clinique, complique donc sa mesure objective (Lai et al., 2017).

Outils d'évaluation et défis diagnostiques

La surreprésentation masculine dans les cohortes de recherche constitue un biais méthodologique bien documenté. En 1982, Lord et ses collègues soulignaient déjà que les femmes autistes étaient souvent comparées à des groupes masculins nettement plus nombreux. Cela aurait favorisé le développement de critères diagnostiques axés sur des profils « typiques » du TSA possiblement masculin (Frigaux et al., 2022).

À titre d'exemple, des outils de référence comme l'Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS ; Lord et al., 1989) et l'Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R ; Rutter et al., 2003) sont construits à partir de ces manifestations dites typiques. S'ils demeurent des instruments incontournables, certains auteurs notent qu'ils seraient moins sensibles aux profils plus subtils, notamment chez certaines filles et femmes autistes. Toutefois, d'autres études montrent que l'ADOS conserve une bonne validité diagnostique, même chez les filles, à condition d'être administré avec rigueur (Rynkiewicz et al., 2016).

Dans cette perspective, de nouveaux outils ont été développés pour pallier ces limites. Le *Camouflaging Autistic Traits Questionnaire* (CAT-Q; Hull et al., 2019) mesure le camouflage autistique par autoévaluation. Toutefois, cela limite sa validité, car certaines personnes ne reconnaissent pas consciemment leurs stratégies. D'ailleurs, quelques chercheurs déduisent la présence de camouflage à partir des écarts entre les scores d'autoévaluation et les observations cliniques, bien que cette méthode manque de validation scientifique. Les mesures de

camouflage recoupent fortement celles de l'anxiété sociale, entraînant une confusion entre des phénomènes distincts. De plus, la plupart des études ne comportent pas de groupes comparatifs, empêchant ainsi de confirmer la spécificité autistique de ces comportements (Fombonne, 2020).

D'autres approches, comme les entrevues qualitatives ou l'observation en contexte écologique offrent une compréhension plus nuancée du camouflage (Tierney, 2016; FitzGerald, 2019), mais demeurent coûteuses, peu validées et ne sont donc pas encore prêtes pour un usage clinique systématique (Hull et al., 2020; 2024).

Le sous-diagnostic des femmes autistes ne peut être compris sans un regard critique sur les outils actuellement disponibles. D'autres facteurs structurels y contribuent, dont un manque de formation des cliniciens à reconnaître les manifestations nuancées du TSA et les biais de genre ancrés dans les instruments diagnostiques. De plus, certaines caractéristiques de l'autisme peuvent être confondues avec d'autres diagnostics, comme le trouble de la personnalité limite, avec lequel il partage des traits, comme la dysrégulation émotionnelle, ce qui complique davantage l'identification du TSA chez les femmes (May et al., 2021).

Cela dit, si la littérature reste à consolider, les conséquences de ce manque de reconnaissance sont bien réelles. De nombreuses femmes non diagnostiquées traversent des années d'errance clinique, développent des stratégies d'adaptation coûteuses psychologiquement, et se heurtent à une invisibilisation de leurs difficultés. Cette réalité touche à la fois la santé mentale, les trajectoires éducatives, professionnelles et les relations sociales (Bargiela et al., 2016; Kanfisz et al., 2017).

Les répercussions dans la vie quotidienne

Répercussions psychologiques et sociales

Plusieurs femmes rapportent des questionnements personnels, une impression persistante de décalage social, et un profond sentiment de solitude, souvent accentué par l'absence de repères ou d'un diagnostic clair (Kanfisz et al., 2017). Pour certaines, le diagnostic tardif agit comme un révélateur identitaire. Mais pour d'autres, l'absence de reconnaissance formelle maintient une vulnérabilité, notamment face à des situations d'abus ou de manipulation sociale, en raison de difficultés à interpréter les intentions d'autrui ou à poser des limites claires (Bargiela et al., 2016; Cridland et al., 2014). Néanmoins, cette vulnérabilité ne saurait être généralisée à toutes les femmes autistes. Elle varie selon le contexte, les ressources disponibles et la présence de réseaux de soutien. Quelques études soulignent qu'un manque de soutien, conjugué à une faible reconnaissance des besoins

particuliers, est associé à une augmentation des symptômes anxieux, dépressifs ou de l'isolement social (Hull et al., 2020; Ratto et al., 2017; Tint et al., 2017). Concernant l'isolement social, il constitue une expérience rapportée par plusieurs femmes autistes, notamment lorsque les attentes genrées, comme celles associées à la maternité, ne trouvent pas écho dans leur vécu. Cette inadéquation entre normes sociales et expériences personnelles peut nourrir un sentiment d'exclusion, particulièrement lorsque les modèles d'identification sont rares ou stéréotypés (Sedgewick et al., 2019).

Ces constats appellent à ne pas confondre invisibilité statistique et invisibilité vécue. Si les outils actuels peinent à capter certains profils féminins, les répercussions d'un non-diagnostic sur le quotidien sont, quant à eux, tangibles. Le défi est donc double. Il faut reconnaître les limites des preuves disponibles, tout en ne perdant pas de vue les réalités humaines qu'elles peinent encore à nommer pleinement.

Conséquences pour les adaptations pédagogiques

L'absence ou le retard diagnostique peut limiter l'accès à des traitements et interventions adaptés, influençant ainsi leur santé mentale et leur qualité de vie (Bölte et al., 2011; Bargiela et al., 2016; Frigaux et al., 2022). Un diagnostic précoce est souvent déterminant pour l'accès à un accompagnement scolaire personnalisé et, en son absence, certaines femmes autistes se retrouvent dans des environnements qui ne correspondent pas toujours à leurs besoins (Curd et Nguyễn, 2024; Hamdani et al., 2023). Pour illustrer ces enjeux, considérons le cas fictif de Julie, étudiante universitaire de premier cycle. Bien qu'elle réussisse académiquement, Julie rencontre quotidiennement des défis invisibles. Le bruit ambiant et les interactions sociales implicites lui sont des sources de surcharge sensorielle. Pour s'adapter, elle imite le comportement de ses pairs, anticipe les échanges en préparant des phrases et son recours au perfectionnisme lui permet de dissimuler ses difficultés. Une étude suggère que l'absence de diagnostic précoce favorise le développement de stratégies d'adaptation, telles qu'utilisées par Julie (Ratto et al., 2017). Bien que variables d'une personne à l'autre, ces obstacles environnementaux sont communs aux femmes non diagnostiquées (Halladay et al., 2015), et renforcent leur sentiment d'incompréhension et d'exclusion.

Des pistes de solutions

Pour relever ces défis, des pistes de solutions peuvent être envisagées. D'abord, il est essentiel de recourir à des méthodes participatives impliquant directement les femmes dans la conception des outils diagnostiques (Poulin et al., 2023). Des plateformes numériques collaboratives réunissant femmes autistes, cliniciens et chercheurs permettraient d'enrichir les

critères d'évaluation en documentant les nuances propres à chaque trajectoire individuelle (Bolduc et Poirier, 2017; Hannon et al., 2023; Lai et al., 2017). Davantage d'études longitudinales éclaireraient l'évolution des stratégies compensatoires et faciliteraient l'adaptation des outils aux différentes phases de vie (Frigaux et al., 2022; Lai et al., 2017; Ratto et al., 2017).

Cette lettre plaide pour plus de recherche multidisciplinaire et une collaboration interdisciplinaire dans les milieux de santé, de l'éducation et de travail. Une collaboration entre la psychologie, l'ergothérapie et l'éducation favoriserait une modélisation des connaissances et l'élaboration d'interventions fondées sur une vision holistique du TSA. Alors que les psychologues analysent les processus mentaux et émotionnels du camouflage, les ergothérapeutes mettent leur savoir-faire en matière de stratégies d'adaptation aux environnements sensoriels.

Il est primordial de renforcer la formation des professionnels de la santé (médecins généralistes, ergothérapeutes, orthophonistes) et de la relation d'aide (psychologie, éducation spécialisée, éducation à la petite enfance, travail social). La formation initiale sur le TSA, centrée sur des présentations cliniques majoritairement masculines (Hull et al., 2020), devrait intégrer davantage de contenus sur les manifestations selon le sexe. Les formations continues pourraient être renforcées pour les professionnels en exercice. Des ateliers pratiques et des conférences pourraient être proposés pour actualiser les connaissances en fonction des avancées scientifiques. Ces formations devraient aussi inclure des témoignages de femmes autistes afin d'offrir une compréhension authentique de leur vécu.

Une sensibilisation aux manifestations du TSA chez les femmes semble nécessaire dans le système éducatif. Ces manifestations tendent à être méconnues, même dans les programmes de psychologie, suggérant des lacunes potentiellement plus importantes chez les intervenants non spécialisés. Cette méconnaissance peut conduire à des interprétations erronées, particulièrement lorsqu'une personne étudiante masque sa détresse par des stratégies de camouflage. La formation des enseignants pourrait cibler des signes souvent négligés, comme l'épuisement lié à la surcharge sensorielle et l'anxiété dissimulée par le perfectionnisme. Cependant, ils ne peuvent assumer seuls cette responsabilité. Des réseaux de soutien incluant des services spécialisés et de mentorat par les pairs faciliteraient une réponse plus coordonnée, bien que leur mise en œuvre soulève des questions de ressources et de formation. Cette sensibilisation devrait également inclure les gestionnaires institutionnels et responsables des infrastructures. L'aménagement d'environnements plus inclusifs (éclairage modulable et espaces sensoriellement apaisants) relève de leur responsabilité.

Par ailleurs, en appréhendant la diversité des manifestations du TSA, il devient possible de repenser et d'adapter les pratiques pédagogiques. Cela inclut de fournir des diapositives

détaillées, des résumés écrits, et des enregistrements des cours qui rendraient le contenu plus accessible aux étudiantes ayant besoin de plus de temps pour traiter une grande quantité d'informations multisensorielles. À cela s'ajoute la mise en place de modalités d'évaluation flexibles permettant des présentations écrites au lieu d'oral (Cridland et al., 2014). Toutefois, ces ajustements exigent une collaboration étroite entre les enseignants, les services adaptés et les instances administratives, puisque la plupart impliquent une révision des politiques institutionnelles existantes.

Pour soutenir une approche inclusive, la mise en place d'un comité Équité, Diversité et Inclusion (EDI) au sein des instituts pédagogiques pourrait être bénéfique. En ayant comme mission de concevoir et de diffuser des formations sur le TSA au féminin, tout en collaborant avec des chercheurs spécialisés dans le domaine, il pourrait accompagner les établissements scolaires dans les activités de sensibilisation et dans l'instauration de pratiques éducatives inclusives. Ces adaptations pédagogiques, bien que bénéfiques à d'autres groupes ayant des conditions neurodéveloppementales, favoriseraient la reconnaissance des femmes autistes dans le système éducatif.

Cependant, un paradoxe majeur se pose : l'absence de diagnostic formel, qui est au cœur des enjeux liés au camouflage des femmes autistes, compromet l'accès aux services spécialisés, malgré un besoin évident d'intervention! En attendant ces évolutions institutionnelles, les communautés en ligne peuvent jouer un rôle de soutien important chez les femmes autistes, en favorisant un sentiment d'appartenance et en atténuant l'isolement social (Bargiela et al., 2016; Lewis, 2016).

Vers une meilleure inclusion des femmes autistes

Finalement, reconnaître et valoriser les manifestations atypiques du TSA chez les femmes contribue à briser les stéréotypes et à promouvoir une société plus inclusive. Cette démarche demande la collaboration étroite des chercheurs, des cliniciens, des acteurs de l'éducation et de la communauté étudiante. Par cette mobilisation collective, nous pouvons espérer réduire les inégalités de prise en charge et offrir aux femmes autistes les ressources pour s'épanouir.

À toutes les personnes lisant cette lettre, nous espérons avoir éveillé des réflexions et inspiré des actions visant à réduire ces obstacles. Nous sommes impatientes de voir comment vos efforts et votre engagement peuvent transformer le vécu de ces femmes et contribuer à développer une société plus inclusive. Il est temps de rendre visibles les invisibles.

Avec espoir et engagement,

Sarah et Mélissa

Références

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281–3294. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Begeer, S., Mandell, D., Wijnker-Holmes, B., Venderbosch, S., Rem, D., Stekelenburg, F., & Koot, H. M. (2013). Sex differences in the timing of identification among children and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5), 1151–1156. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1656-z>
- Bolduc, M., & Poirier, N. (2017). La démarche et les outils d'évaluation clinique du trouble du spectre de l'autisme à l'ère du DSM-5. *Revue de psychoéducation*, 46(1), 73–97. <https://doi.org/10.7202/1039682ar>
- Bölte, S., Duketis, E., Poustka, F., & Holtmann, M. (2011). Sex differences in cognitive domains and their clinical correlates in higher-functioning autism spectrum disorders. *Autism*, 15(4), 497–511. <https://doi.org/10.1177/1362361310391116>
- Cridland, E. K., Jones, S. C., Caputi, P., & Magee, C. A. (2014). Being a girl in a boys' world: Investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(6), 1261–1274. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1985-6>
- Curd, J., & Nguyễn, T. S. T. (2024). "I was always on the outside, watching quietly": Autistic women reflect on school experiences. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1), 1148. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03632-y>
- FitzGerald, C., Martin, A., Berner, D., & Hurst, S. (2019). Interventions designed to reduce implicit prejudices and implicit stereotypes in real world contexts: A systematic review. *BMC Psychology*, 7(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0299-7>
- Fombonne, E. (2020). Camouflage and autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(7), 735–738. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13296>
- Frigaux, A., Vacant, C., & Evrard, R. (2022). Le devenir autiste au féminin : Difficultés diagnostiques et ressources subjectives. Une revue de littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 87(3), 537–563. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2022.06.001>
- Green, R. M., Travers, A. M., Howe, Y., & McDougle, C. J. (2019). Women and autism spectrum disorder: Diagnosis and implications for treatment of adolescents and adults. *Current Psychiatry Reports*, 21(4), 22. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1006-3>

- Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., Messinger, D., Pelphrey, K., Sanders, S. J., Singer, A. T., Taylor, J. L., & Szatmari, P. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: Summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular Autism*, 6(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0019-y>
- Hamdani, Y., Kassee, C., Walker, M., Lunskey, Y., Gladstone, B., Sawyer, A., Ameis, S. H., Desarkar, P., Szatmari, P., & Lai, M.-C. (2023). Roadblocks and detours on pathways to a clinical diagnosis of autism for girls and women: A qualitative secondary analysis. *Women's Health*, 19, 17455057231163761. <https://doi.org/10.1177/17455057231163761>
- Hannon, B., Mandy, W., & Hull, L. (2023). A comparison of methods for measuring camouflaging in autism. *Autism Research*, 16(1), 12–29. <https://doi.org/10.1002/aur.2850>
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5–25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Hull, L., Mandy, W., Belcher, H., & Petrides, K. V. (2024). Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire short form (CAT-Q-SF). *Comprehensive Psychiatry*, 135, Article 152525. <https://doi.org/10.1016/j.compsych.2024.152525>
- Hull, L., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). The female autism phenotype and camouflaging: A narrative review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 7(4), 306–317. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00197-9>
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019). Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q) [Database record]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t72246-000>
- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). "Putting on my best normal": Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
- Kanfisz, L., Davies, F., & Collins, S. (2017). 'I was just so different': The experiences of women diagnosed with an autism spectrum disorder in adulthood in relation to gender and social relationships. *Autism*, 21(6), 661–669. <https://doi.org/10.1177/1362361316687987>
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Ruigrok, A. N., Chakrabarti, B., Auyeung, B., Szatmari, P., Happé, F., Baron-Cohen, S., & MRC AIMS Consortium. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21(6), 690–702. <https://doi.org/10.1177/1362361316671012>
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Pasco, G., Ruigrok, A. N. V., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., Chakrabarti, B., MRC AIMS Consortium, & Baron-Cohen, S. (2011). A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLoS ONE*, 6(6), e20835. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020835>
- Lewis, L. F. (2016). Exploring the Experience of Self-Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in Adults. *Archives of psychiatric nursing*, 30(5), 575–580. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.009>
- Livingston, L. A., Shah, P., & Happé, F. (2020). Compensatory strategies below the surface in autism: a qualitative study. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 766–777. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30224-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30224-8)
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) [Database record]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t54175-000>
- Lord, C., Schopler, E., & Revicki, D. (1982). Sex differences in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 12(4), 317–330. <https://doi.org/10.1007/BF01538320>
- Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A., & Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: Evidence from a large sample of children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1304–1313. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1356-0>
- May, T., Pilkington, P. D., Younan, R., & Williams, K. (2021). Overlap of autism spectrum disorder and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 14(12), 2688–2710. <https://doi.org/10.1002/aur.2619>
- Parish-Morris, J., Liberman, M. Y., Cieri, C., Herrington, J. D., Yerys, B. E., Bateman, L., Donaher, J., Ferguson, E., Pandey, J., & Schultz, R. T. (2017). Linguistic camouflage in girls with autism spectrum disorder. *Molecular Autism*, 8(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0164-6>
- Poulin, M.-H., Désormeaux-Moreau, M., & Grandison, M. (2023). Guide de pratiques inclusives en recherche participative. Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4660290>

- Ratto, A. B., Kenworthy, L., Yerys, B. E., Bascom, J., Wieckowski, A. T., White, S. W., Robertson, C. E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(11), 671–684. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>
- Rutter, M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2003). Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R, ADI™-R) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t18128-000>
- Rynkiewicz, A., Schuller, B., Marchi, E., Piana, S., Camurri, A., Lassalle, A., & Baron-Cohen, S. (2016). An investigation of the 'female camouflage effect' in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. *Molecular Autism*, 7(1), Article 10. <https://doi.org/10.1186/s13229-016-0073-0>
- Sedgewick, F., Hill, V., & Pellicano, E. (2019). 'It's different for girls': Gender differences in the friendships and conflict of autistic and neurotypical adolescents. *Autism*, 23(5), 1119–1132. <https://doi.org/10.1177/1362361318794930>
- Tavassoli, T., Miller, L. J., Schoen, S. A., Nielsen, D. M., & Baron-Cohen, S. (2014). Sensory over-responsivity in adults with autism spectrum conditions. *Autism*, 18(4), 428–432. <https://doi.org/10.1177/1362361313477246>
- Tierney, S., Burns, J., & Kilbey, E. (2016). Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.013>
- Tint, A., Weiss, J. A., & Lunsy, Y. (2017). Identifying the clinical needs and patterns of health service use of adolescent girls and women with autism spectrum disorder. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 10(9), 1558–1566. <https://doi.org/10.1002/aur.1806>
- Van der Hallen, R., Evers, K., Brewaeys, K., Van den Noortgate, W., & Wagemans, J. (2015). Global processing takes time: A meta-analysis on local–global visual processing in ASD. *Psychological Bulletin*, 141(3), 549–573. <https://doi.org/10.1037/bul0000004>
- Young, H., Oreve, M.-J., & Speranza, M. (2018). Clinical characteristics and problems diagnosing autism spectrum disorder in girls. *Archives de Pédiatrie*, 25(6), 399–403. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.06.008>

Pour citer l'article

O'Connor, S. & Villeneuve, M. (2025). Lettre ouverte sur le trouble du spectre de l'autisme à l'âge adulte : L'invisibilité des femmes dans le diagnostic. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 15(1), 18-24.

Droits d'auteur

© 2025 O'Connor & Villeneuve. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

Articles

PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE COURANTS CHEZ LES PROCHES AIDANTS DE PATIENTS DÉCÉDÉS EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS : REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE

William GAGNON^{1*}, Léa MAURICE² & Kossigan KOKOU-KPOLOU¹

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

²Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC, Canada

*william_gagnon@live.fr

Résumé

Cette étude examine la prévalence de troubles de santé mentale courants chez les proches aidants de patients décédés en unité de soins intensifs (USI). Ce contexte est souvent associé à des conséquences psychologiques significatives pour les familles. **Objectif** : L'objectif est de documenter la prévalence du TDP, du TSPT et du TDC chez ces proches, selon l'hypothèse que ces troubles sont fréquents dans ce contexte de deuil. **Méthode** : Une revue systématique et une méta-analyse ont été menées sur un échantillon d'études observationnelles (longitudinales, cas-témoins, transversales), sélectionnées dans les bases de données PsycINFO (Ovid), MEDLINE (Ovid), Embase (Elsevier), Cochrane Library (Wiley), CINAHL (EBSCO), et Web of Science (Wiley) à partir d'une date non spécifique jusqu'en mars 2024. Les études incluses comportaient des diagnostics basés sur des questionnaires ou des entretiens structurés et des participants ayant perdu un proche en USI. **Résultats** : Sur 7 077 études analysées, 28 ont été incluses, publiées entre 1991 et 2023. Quatorze études comportent des données sur la prévalence du TDP, 18 sur celle du TSPT et 19 sur celle du TDC. La prévalence s'élève respectivement à 34.4 %, 39.6 % et à 43.5 %. **Conclusion** : Ces résultats permettent de mieux saisir l'ampleur de ces psychopathologies dans ce contexte de deuil difficile pour cette population spécifique.

Mots-clés : Trouble du deuil prolongé, trouble de stress post-traumatique, dépression, unité de soins intensifs.

Abstract

This study examines the prevalence of common mental health disorders among caregivers of patients who died in intensive care units (ICUs). This context is often associated with significant psychological consequences for families. **Objective**: The objective is to document the prevalence of PGD, PTSD, and MDD among these caregivers, based on the hypothesis that these disorders are frequent in this bereavement context. **Method**: A systematic review and meta-analysis were conducted on a sample of observational studies (longitudinal, case-control, cross-sectional), selected from the PsycINFO (Ovid), MEDLINE (Ovid), Embase (Elsevier), Cochrane Library (Wiley), CINAHL (EBSCO), and Web of Science (Wiley) databases, from an unspecified start date up to March 2024. Included studies featured diagnoses based on questionnaires or structured interviews and focused on participants who had lost a loved one in the ICU. **Results**: Out of 7,077 studies screened, 28 were included, published between 1991 and 2023. Fourteen studies reported data on the prevalence of PGD, 18 on PTSD, and 19 on MDD, with prevalence rates of 34.4 %, 39.6 %, and 43.5 %, respectively. **Conclusion**: These results help to better understand the extent of these psychopathologies in this challenging bereavement context for this specific population.

Keywords: Prolonged grief disorder, post-traumatic stress disorder, depression, intensive care units.

Introduction

Considérant que le taux de mortalité en unités de soins intensifs (USI) se situe globalement à 20 % (Vallet et al., 2021), ces milieux constituent des environnements hospitaliers particulièrement éprouvants pour les patients et leurs proches aidants (Rose et al., 2019; Johnson et al., 2019). Un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) présente les traumatismes à la suite d'un accident grave et les conditions médicales critiques qui menacent les fonctions vitales (p. ex : détresse respiratoire

et choc septique) comme étant les principales causes d'hospitalisation. Les complications médicales ou décès peuvent entraîner des conséquences psychologiques significatives pour les proches, ainsi à risque de développer des psychopathologies, telles que le trouble du deuil prolongé (TDP), le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble dépressif caractérisé (TDC) (Probst et al., 2016). Selon le DSM-V, le TDP se manifeste par une douleur émotionnelle persistante et envahissante à la suite de la perte d'un proche et une détresse significative qui perdure depuis au moins 12 mois. Le TSPT peut survenir après l'exposition à un évé-

nement traumatique, entraînant certains symptômes (p. ex. cauchemars, souvenirs intrusifs, évitement, etc.) et causant une détresse significative. Le TDC est défini par la persistance d’une humeur dépressive ou d’une perte d’intérêt pour les activités habituelles. Cela est accompagné de certains symptômes (p. ex., fatigue, trouble du sommeil, pensées suicidaires, etc.) devant être présents pendant au moins deux semaines. Pour ces proches aidants endeuillés développant l’un ou plusieurs de ces troubles, les interventions actuelles sont peu nombreuses et on ne peut conclure de leur efficacité (Moss et al., 2021). Des études publiées démontrent des prévalences notables quant au TDP (Anderson et al., 2008; Meert et al., 2011), au TSPT (Erçin-Swearinger et al., 2022; Wright et al., 2010) et au TDC (Cambonie et al., 2023; Hosseinrezaei et al., 2014). Cependant, bien qu’un nombre considérable d’études portent sur ces problématiques, aucune n’a synthétisé celles-ci afin d’élaborer un portrait global et actuel de la prévalence du TDP, du TSPT et du TDC dans le contexte de deuil en USI. Cette revue systématique, accompagnée d’une méta-analyse, vise à combler ce manque. Avec un meilleur portrait de ces troubles chez cette population, ces résultats pourront être utilisés à l’élaboration d’interventions efficaces.

L’objectif de cette étude est de documenter les prévalences disponibles portant sur le TDP, le TSPT et le TDC chez les proches aidants d’un individu décédé en USI.

Méthodologie

Procédure

Nous avons réalisé une recherche systématique en date du 29 mars 2024, sans date ultérieure spécifique, dans six bases de données : MEDLINE (Ovid), PsycINFO (Ovid), Embase (Elsevier), CINAHL (EBSCO), Cochrane Library (Wiley) et Web of Science (Wiley), par l’intermédiaire de stratégies de recherche comprenant des mots-clés reliés aux thèmes des USI, du deuil et des troubles à l’étude. Ces stratégies sont présentées dans les tableaux 1 à 6 ci-dessous. Le nombre total d’études importées selon la base de données est présenté à la figure 1.

Critères d’inclusion et d’exclusion

[1] Les études incluses étaient observationnelles (longitudinales, cas-témoins et transversales), permettant de recueillir les prévalences des troubles. [2] Celles-ci devaient être composé d’un échantillon de proches adultes vivant le deuil d’un membre de la famille décédé en USI. [3] Elles devaient se concentrer minimalement sur l’étude de l’une ou plusieurs des conditions psychopathologiques visées et [4] avoir des données quantitatives collectées par l’entremise de questionnaires autorapportés ou d’entretiens structurés. Dans le cas d’études longitu-

Tableau 1
Stratégie de recherche Medline (Ovid)

Bases de données: Medline Plateforme: Ovid Date de la recherche: 29-03-2024		
#	Requête	Résultats
1	(«post traumatic» or posttraumatic or PTSD or «Trauma Related Disorders*» or «Traumatic Experiences*» or «emotional trauma*»).ti,ab,kf. exp Fear/	91 488
2	Stress Disorders, Post-Traumatic/ or Stress Disorders, Traumatic/ or Stress Disorders, Traumatic, Acute/	43 778
3	depress*.ti,ab,kf.	583 332
4	Depressive Disorder/ or Depression/	222 325
5	((grief* or griev* or bereav* or mourn*) adj3 (complicat* or prolong* or patholog* or complicat* or disturb* or persistent or complex or impair* or disorder* or intense or maladaptive or morbid* or sever* or elevated)) or PGD).ti,ab,kf.	7 065
6	exp Bereavement/	15 538
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	716 762
8	(ICU or NICU or «critical care» or «intensive care»).ti,ab,kf.	265 369
9	exp critical care/ or intensive care units/ or exp Intensive Care Units, Pediatric/	152 615
10	8 or 9	306 552
11	(Parent or parents or parental or mother* or father* or Sibling* or Family or families or child* or infant* or son or sons or daughter* or spous* or husband* or relatives).ti,ab,kf.	3 432 126
12	Family/ or adult children/ or exp parents/ or siblings/ or spouses/	250 578
13	11 or 12	3 470 985
14	7 and 10 and 13	2 424

Tableau 2*Stratégie de recherche PsycInfo (Ovid)***Bases de données: PsycInfo****Plateforme: Ovid****Date de la recherche: 29-03-2024**

#	Requête	Résultats
1	("post traumatic" or posttraumatic or PTSD or "emotional trauma*" or "Trauma Related Disorder*" or "Traumatic Experiences*").ti,ab,id.	71 183
2	exp Posttraumatic Stress disorder/ or Emotional Trauma/ or "Stress and Trauma Related Disorders"/	54 375
3	Depress*.ti,ab,id.	37 1165
4	Major Depression/ or Persistent Depressive Disorder/ or "Depression (Emotion)"/	18 3823
5	((grief* or griev* or bereav* or mourn*) adj3 (complicat* or prolong* or patholog* or complicat* or disturb* or persistent or complex or impair* or disorder* or intense or maladaptive or morbid* or sever* or elevated)) or PGD).ti,ab,id.	4 177
6	exp Bereavement/ or Prolonged Grief Disorder/	17 959
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	449 099
8	(ICU or NICU or "critical care" or "intensive care").ti,ab,id.	13 592
9	exp critical care/ or intensive care units/ or exp Intensive Care Units, Pediatric/	152 615
10	8 or 9	306 552
11	(Parent or parents or parental or mother* or father* or Sibling* or Family or families or child* or infant* or son or sons or daughter* or spous* or husband* or relatives).ti,ab,kf.	3 432 126
12	Family/ or adult children/ or exp parents/ or siblings/ or spouses/	250 578
13	11 or 12	3 470 985
14	7 and 10 and 13	2 424

Tableau 3*Stratégie de recherche Embase (Elsevier)***Bases de données: Embase****Plateforme: Elsevier****Date de la recherche: 29-03-2024**

#	Requête	Résultats
1	'post traumatic':ti,ab,kw OR posttraumatic:ti,ab,kw OR ptsd:ti,ab,kw OR 'emotional trauma*':ti,ab,kw OR 'trauma related disorder*':ti,ab,kw OR 'traumatic experiences*':ti,ab,kw	119 513
2	'posttraumatic stress'/de OR 'emotional trauma'/de OR 'stress and trauma related disorders'	93 311
3	depression OR 'major depression':ti,ab,kw	905 609
4	'major depression'/de OR 'depression'/de	586 284
5	'prolonged grief*':ti,ab,kw OR 'complicated grief*':ti,ab,kw OR pgd:ti,ab,kw OR 'pathological grief':ti,ab,kw OR 'persistent complex bereavement disorder':ti,ab,kw	12 504
6	'bereavement'/de	11 691
7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	1 033 092
8	icu:ti,ab,kw OR nicu:ti,ab,kw OR 'critical care':ti,ab,kw OR 'intensive care':ti,ab,kw	440 738
9	'intensive care'/de	151 645
10	#8 OR #9	492 534
11	parent:ti,ab,kw OR parents:ti,ab,kw OR parental:ti,ab,kw OR mother*:ti,ab,kw OR father*:ti,ab,kw OR sibling*:ti,ab,kw OR family:ti,ab,kw OR families:ti,ab,kw OR child*:ti,ab,kw OR infant*:ti,ab,kw OR son:ti,ab,kw OR sons:ti,ab,kw OR daughter*:ti,ab,kw OR spous*:ti,ab,kw OR husband*:ti,ab,kw OR relatives:ti,ab,kw	4 499 489
12	'family members' OR 'adopted children'/de OR 'adult offspring' OR 'biological family' OR 'daughters'/de OR 'only children' OR 'parents'/de OR 'siblings'/de OR 'sons'/de OR 'spouses'/de OR 'stepchildren'/de	288 028
13	#11 OR #12	4 516 410
14	#7 AND #10 AND #13	4 298

Tableau 4
Stratégie de recherche CINAHL (EBSCO)

Bases de données: CINAHL
Plateforme: EBSCO
Date de la recherche: 29-03-2024

#	Requête	Résultats
S1	TI (posttraumatic* or "post traumatic*" or PTSD or "Emotional trauma" or "Trauma Related Disorders" or "Traumatic Experiences") OR AB(posttraumatic* or "post traumatic*" or PTSD or "Emotional trauma" or "Trauma Related Disorders" or "Traumatic Experiences")	34 236
S2	MH (Stress Disorders, Post-Traumatic or Stress Disorders, Traumatic)	28 150
S3	TI (depress* or "Major Depression") OR AB (depress* or "Major Depression")	188 221
S4	MH (Depressive Disorder or Depression)	134 407
S5	TI ("prolonged grief*" or "complicated grief*" or PGD or "Pathological grief" or "Persistent Complex Bereavement Disorder") OR AB ("prolonged grief*" or "complicated grief*" or PGD or "Pathological grief" or "Persistent Complex Bereavement Disorder")	1 784
S6	MH (Bereavement)	9 161
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	261 237
S8	TI (ICU or NICU or "critical care" or "intensive care" or "Pediatric Critical care" or "Neonatal Intensive Care") OR AB (ICU or NICU or "critical care" or "intensive care" or "Pediatric Critical care" or "Neonatal Intensive Care")	119 211
S9	MH (critical care or intensive care or neonatal)	26 400
S10	S8 OR S9	129 195
S11	TI (Parent or Parents or Parental or mother* or father* or sibling* or Family or families or child* or infant* or son or sons or daughter* or spous or husband* or relatives) OR AB (Parent or Parents or Parental or mother* or father* or sibling* or Family or families or child* or infant* or son or sons or daughter* or spous or husband* or relatives)	1 104 016
S12	MH ("family members" or "adopted children" or "adult offspring" or "biological family" or daughters or "only children" or parents or siblings or sons or spouses or stepchildren)	73 299
S13	S11 OR S12	1 118 338
S14	S7 AND S10 AND S13	1 475

dinales, uniquement les prévalences relevées au premier temps de mesure devaient être prises en compte afin de standardiser les comparaisons. Les études sous forme de résumé, de rapport de cas, de commentaires, de revues ou de chapitres de livres étaient exclues. Celles-ci n’ayant pas un échantillon représentatif ou n’apportant pas suffisamment de détails quant à la prévalence des troubles. Les études qualitatives étaient également exclues, ne permettant pas de recueillir des données quant à la prévalence. Les articles rédigés dans une autre langue que l’anglais et le français l’étaient également.

Sélection des études

Deux évaluateurs ont examiné indépendamment les études sélectionnées. Un troisième évaluateur tranchait dans le cas de disparité. 12 784 articles ont été importés dans Covidence, une plateforme informatique facilitant la gestion d’articles scientifiques. 7 265 ont été analysés en se basant sur leur résumé, puis 188 articles ont été lus intégralement pour évaluer leur éligibilité. À terme, 28 articles ont été inclus dans cette revue systématique et méta-analyse, tel que démontré sur la figure 1.

Extraction des données

Parmi les études incluses, les informations suivantes ont été extraites : la date de publication, le pays, la méthode de collecte de données, la taille de l’échantillon, le nombre de femmes, l’âge moyen du participant, le type d’unité de soins intensifs, le temps écoulé depuis le décès du patient ainsi que la prévalence des troubles étudiés. La qualité de chaque étude a également été évaluée par deux évaluateurs indépendants avec la version modifiée du Newcastle Ottawa Scale (NOS) pour les études de cohorte et transversales (Wells et al., 2004). Un troisième évaluateur tranchait dans le cas de disparité. Cet outil évalue le risque de biais selon les éléments suivants : la représentation de l’échantillon (1 point : La population comprenait des membres de familles endeuillées en soins intensifs, recrutés dans plusieurs unités de soins intensifs; 0 point : La population comprenait des membres de familles endeuillées en soins intensifs, recrutés dans une seule unité de soins intensifs.), la taille de l’échantillon (1 point : La taille de l’échantillon était supérieure ou égale à 200 participants; 0 point : La taille de l’échantillon était inférieure à 200 participants.), le taux de réponse (1 point : La comparabilité entre les caractéristiques des répondants et des non répondants a été

Tableau 5
Stratégie de recherche Cochrane (Wiley)

Bases de données: Cochrane Plateforme: Wiley Date de la recherche: 29-03-2024		
#	Requête	Résultats
1	("post traumatic" or posttraumatic or PTSD or ("Trauma Related" NEXT Disorder*) or (Traumatic NEXT Experience*) or (emotional NEXT trauma*)):ti,ab,kw	11 033
2	[mh ^"Stress Disorders, Post-Traumatic"] or [mh ^"Stress Disorders, Traumatic"] or [mh ^"Stress Disorders, Traumatic, Acute"]	4 126
3	depress*:ti,ab,kw	115 926
4	[mh ^"Depressive Disorder"] or [mh ^Depression]	24 064
5	((grief* or griev* or bereav* or mourn*) NEAR/3 (complicat* or prolong* or patholog* or complicat* or disturb* or persistent or complex or impair* or disorder* or intense or maladaptive or morbid* or sever* or elevated)) or PGD):ti,ab,kw	608
6	[mh ^Bereavement]	191
7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	123 252
8	(ICU or NICU or "critical care" or "intensive care"):ti,ab,kw	43 312
9	[mh ^"critical care"] or [mh ^"intensive care units"]	3982
10	#8 OR #9	43312
11	(Parent or parents or parental or mother* or father* or Sibling* or Family or families or child* or infant* or son or sons or daughter* or spous* or husband* or relatives):ti,ab,kw	290 639
12	[mh ^family] or [mh ^children] or [mh ^relatives]	73 530
13	#11 OR #12	290 639
14	#7 AND #10 AND #13	734

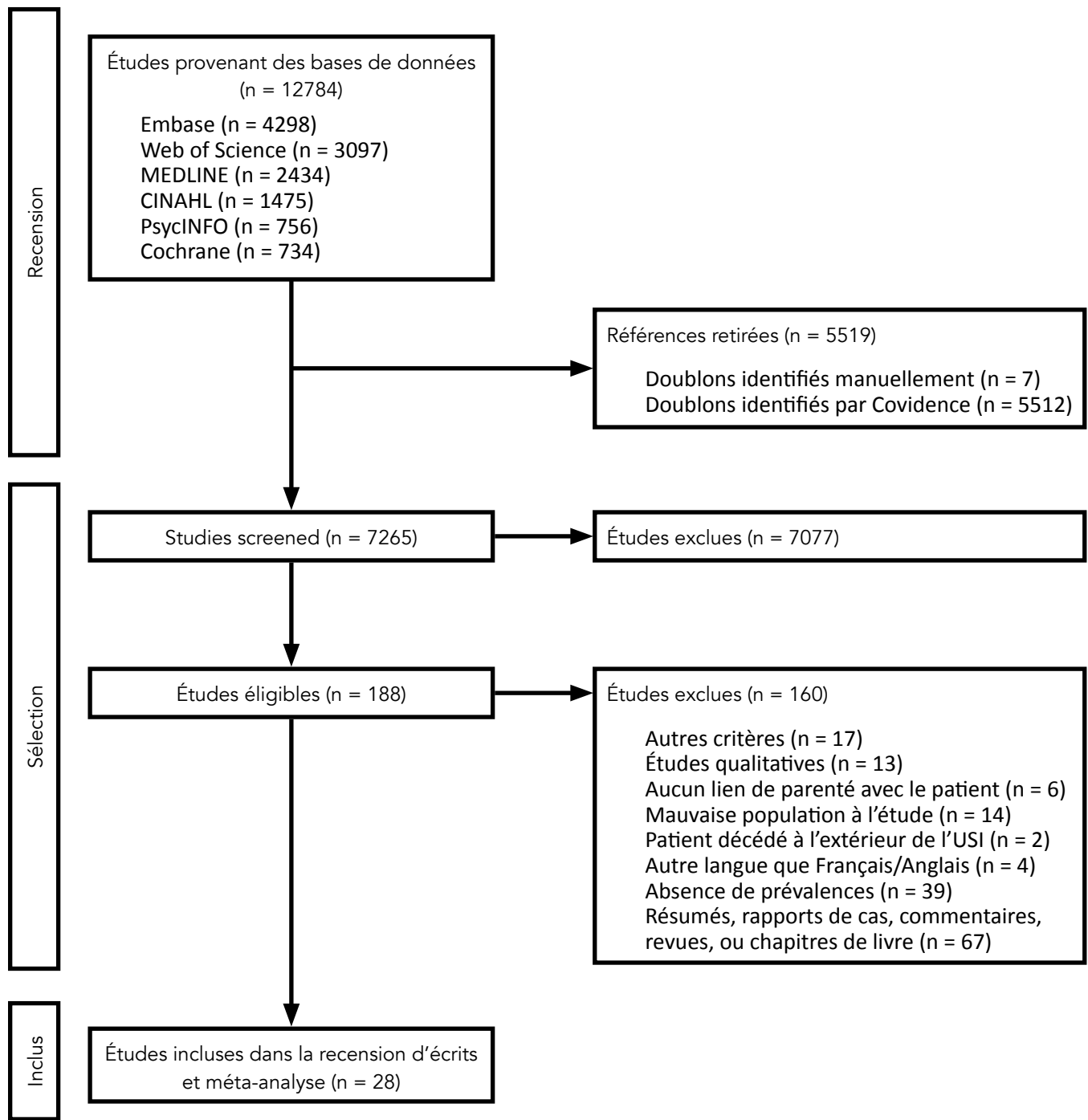
Tableau 6
Stratégie de recherche Web of Science (Wiley)

Bases de données: Web of Science Plateforme: Wiley Date de la recherche: 29-03-2024		
#	Requête	Résultats
1	TS=("post traumatic" or posttraumatic or PTSD or "Trauma Related Disorder*" or "Traumatic Experience*" or "emotional trauma*")	132 698
2	TS=depress*	859 623
3	TS=((grief* or griev* or bereav* or mourn*) NEAR/2 (complicat* or prolong* or patholog* or complicat* or disturb* or persistent or complex or impair* or	37 1165
4	disorder* or intense or maladaptive or morbid* or sever* or elevated)) or PGD)	12 000
5	#1 or #2 or #3	965 823
6	TS=(ICU or NICU or "critical care" or "intensive care")	300 847
7	TS=(Parent or parents or parental or mother* or father* or Sibling* or Family or families or child* or infant* or son or sons or daughter* or spous* or	449 099

établie, avec un taux de réponse satisfaisant; 0 point : Le taux de réponse était insatisfaisant, ou aucune description du taux de réponse ou des caractéristiques des répondants et non-répondants n'a été fournie.), l'utilisation d'un outil valide pour l'évaluation des troubles (1 point : L'étude a utilisé un outil de mesure reconnu avec un seuil de validité ou les critères du DSM pour chaque trouble; 0 point : L'étude a utilisé un outil de mesure peu utilisé.) et l'utilisation de statistiques descrip-

tives adéquates (1 point : L'étude a rapporté des statistiques descriptives pour décrire la population, avec des mesures de dispersion appropriées; 0 point : Les statistiques descriptives n'ont pas été rapportées, ont été incomplètement rapportées, ou les mesures de dispersion n'ont pas été fournies.). Cet outil permet d'établir un score total de cinq points pour chaque étude, \geq trois points représentant un faible risque de biais et $<$ trois points un risque élevé de biais.

Figure 1
Organigramme du processus de sélection



Résultats

Trouble du deuil prolongé

Parmi les études, 14 relèvent des prévalences quant au TDP dans la population spécifique. Elles varient entre 3 % et 59 % selon les études, soit une moyenne de 34.4 %. L'échantillon total comprend 2 245 participants, dont 67,9 % de femmes, avec un âge moyen de 52,5 ans. Le temps écoulé en

moyenne depuis le décès s'élève à 8,9 mois. Deux ont utilisé un questionnaire autorapporté, huit des entrevues structurées et quatre des méthodes mixtes (questionnaires et entrevues). Dix études ont été conduites dans des USI (n = 1 542) et quatre dans des USIN ou USIP (n = 703). Neuf études se sont déroulées en Amérique du Nord et cinq en France. Dix études sont considérées comme ayant un faible risque de biais et quatre présentent un risque de biais élevé. Les caractéristiques des études se retrouvent au tableau 7.

Tableau 7

Caractéristiques des articles inclus pour le TDP (n=14)

Références		Caractéristiques de l'étude		Caractéristiques de l'échantillon					Méthode		Résultats
Auteur(s)	Année de publication	Pays	Risque de biais	N	Femme (n)	Âge moyen	Type d'unités	Temps écoulé depuis le décès	Méthode de collecte de données	Instrument TDP	TDP (n)
Anderson et al.	2008	Amérique du Nord	Risque faible	13	11	56	USI	6	Entrevues structurées	ICG	6
Downar et al.	2014	Amérique du Nord	Risque faible	32	19	59	USI	7,4	Entrevues structurées	ICG-R	1
Keim et al.	2017	Amérique du Nord	Risque élevé	69	42	35,7	USIN	39,8	Méthodes mixtes	PG-13	3
Kentish-Bames et al.	2022	Autre	Risque faible	307	203	55,5	USI	6	Entrevues structurées	PG-13	64
Kentish-Bames et al.	2018	Autre	Risque élevé	117	Non spécifié	52	USI	9	Entrevues structurées	ICG	62
Kentish-Bames et al.	2017	Autre	Risque faible	190	132	56,5	USI	6	Entrevues structurées	ICG	62
Kentish-Bames et al.	2016	Autre	Risque faible	267	184	Non spécifié	USI	6	Entrevues structurées	ICG	140
Kentish-Bames et al.	2015	Autre	Risque faible	475	Non spécifié	Non spécifié	USI	3	Méthodes mixtes	ICG	248
Meert et al.	2011	Amérique du Nord	Risque faible	138	99	38	USIP	6	Questionnaire autorapporté	ICG	81
Meert et al.	2010	Amérique du Nord	Risque faible	261	179	37,2	USIP	6	Méthodes mixtes	ICG-R	154
Probst et al.	2016	Amérique du Nord	Risque élevé	77	62	57,8	USI	10,5	Méthodes mixtes	ICG-R	30
Siegel et al.	2008	Amérique du Nord	Risque faible	41	30	57	USI	7,5	Entrevues structurées	ICG-R	2
Suttle et al.	2022	Amérique du Nord	Risque faible	235	147	38,7	USIP	6	Questionnaire autorapporté	ICG	136
Trevick et al.	2017	Amérique du Nord	Risque élevé	233	15	49	USI	6	Entrevues structurées	ICG-R	5

Note. USIN = Unité de soins intensifs néonataux; USIP = Unité de soins intensifs pédiatriques; ICG = Inventory of Complicated Grief; PG-13 = Prolonged Grief Disorder-13

Trouble du stress post-traumatique

Parmi les études incluses, 18 ont examiné les prévalences du TSPT au sein de cette population spécifique. Elles varient entre 7.7 % et 73 % selon les études, soit une moyenne approximative de 39.6 %. L'échantillon total de participants s'élève à 3 079, pour 67,3 % de femmes et un âge moyen de 51,6 ans. Le temps écoulé depuis le décès s'élève à 5,84 mois. Concernant les méthodes utilisées, trois ont utilisé des questionnaires autorapportés, 12 des entrevues structurées et trois combinaient des méthodes mixtes (questionnaires et entrevues). 14 études ont été menées dans des USI (n = 2 462) et quatre portaient dans des USIN ou USIP (n = 617). Géographiquement, dix études ont été réalisées en Amérique

du Nord et huit proviennent d'autres pays (France et Taiwan). En termes de qualité, 11 études présentent un faible risque de biais, tandis que sept affichent un risque de biais élevé. Les caractéristiques des études se retrouvent au tableau 8.

Dépression

Parmi les études incluses, 19 ont examiné les prévalences de la dépression au sein de notre population cible. Elles varient entre 18.4 % et 78.7 % selon les études, une moyenne de 43.5 %. L'échantillon de participants est de 3 345, soit 65,7 % de femmes et un âge moyen de 48,4 ans. Le temps écoulé depuis le décès s'élève à 5,84 mois. Quatre études ont utilisé des questionnaires autorapportés, 12 des entrevues

Tableau 8
Caractéristiques des articles inclus pour le TSPT (n=18)

Références		Caractéristiques de l'étude		Caractéristiques de l'échantillon					Méthode		Résultats
Auteur(s)	Année de publication	Pays	Risque de biais	N	Femme (n)	Âge moyen	Type d'unités	Temps écoulé depuis le décès	Méthode de collecte de données	Instrument TSPT	TSPT (n)
Gries et al.	2010	Amérique du Nord	Risque faible	226	168	59,7	USI	6	Questionnaires autorapportés	PCL avec le DSM-IV	32
Keim et al.	2017	Amérique du Nord	Risque élevé	69	42	35,7	USIN	39,8	Méthodes mixtes	IES-R	11
Kentish-Bames et al.	2022	Autre	Risque faible	310	205	55,5	USI	3	Entrevues structurées	IES-R	68
Kentish-Bames et al.	2018	Autre	Risque élevé	137	XXX	52	USI	3	Entrevues structurées	IES-R	81
Kentish-Bames et al.	2017	Autre	Risque faible	190	132	56,5	USI	6	Entrevues structurées	IES-R	86
Kentish-Bames et al.	2016	Autre	Risque faible	385	266	Non spécifié	USI	3	Entrevues structurées	IES-R	173
Kentish-Bames et al.	2015	Autre	Risque faible	475	XXX	Non spécifié	USI	3	Méthodes mixtes	IES-R	213
La et al.	2020	Amérique du Nord	Risque élevé	30	18	60,3	USI	2	Entrevues structurées	IES-22	18
Lautrette et al.	2007	Autre	Risque faible	126	56	67	USI	3	Entrevues structurées	IES	71
Probst et al.	2016	Amérique du Nord	Risque élevé	77	62	57,8	USI	10,5	Méthodes mixtes	IES-R	26
Robin et al.	2021	Autre	Risque faible	90	62	54	USI	3	Entrevues structurées	IES-R	66
Sarigiannis et al.	2023	Amérique du Nord	Risque élevé	43	36	42	USI	After ICU stay	Questionnaires autorapporté	IES-R	22
Suttle et al.	2022	Amérique du Nord	Risque faible	235	147	38,7	USIP	6	Questionnaires autorapportés	SPRINT	122
Tang et al.	2021	Autre	Risque faible	319	188	49,9	USI	1	Entrevues structurées	IES-R	21
Trevick et al.	2017	Amérique du Nord	Risque élevé	26	16	49	USI	1	Entrevues structurées	IES-R	2
Wright et al.	2010	Amérique du Nord	Risque élevé	28	22	49,3	USI	4,5	Entrevues structurées	Entrevue structurée avec le DSM-IV	6
Youngblut et al.	2018	Amérique du Nord	Risque faible	64	64	41	USIN & USIP	3,5	Entrevues structurées	IES-R	36
Youngblut et al.	2013	Amérique du Nord	Risque faible	249	176	34,5	USIN & USIP	1	Entrevues structurées	IES-R	172

Note. USIN = Unité de soins intensifs néonataux; USIP = Unité de soins intensifs pédiatriques; PCL = Posttraumatic Stress Disorder Checklist; SPRINT = Short PTSD Rating Interview; IES = Impact of Event Scale

structurées et deux ont combiné ces deux méthodes. 14 études ont porté sur des participants dans des USI (n = 2 693) et cinq ont porté sur des services d'USIN ou d'USIP (n = 752). Géographiquement, huit études ont été réalisées en Amérique

du Nord et 11 dans d'autres pays (France, Iran, Norvège et Taïwan). Quant à la qualité des articles, 13 présentent un faible risque de biais, alors que six ont un risque élevé. Les caractéristiques des études se retrouvent au tableau 9.

Tableau 9*Caractéristiques des articles inclus pour le TDC (k=19)*

Références		Caractéristiques de l'étude		Caractéristiques de l'échantillon					Méthode		Résultats
Auteur(s)	Année de publication	Pays	Risque de biais	N	Femme (n)	Âge moyen	Type d'unités	Temps écoulé depuis le décès	Méthode de collecte de données	Instrument TDC	TDC (n)
Cambonie et al.	2023	Autre	Risque élevé	152	81	33	USIN	5	Entrevues structurées	HADS-D	61
Dyregrov et al.	1991	Autre	Risque élevé	52	27	28,3	USIN	1	Questionnaires autorapportés	BDI	21
Gries et al.	2010	Amérique du Nord	Risque faible	226	169	59,7	USI	6	Non spécifié	PHQ-8	42
Hosseinzadeh et al.	2014	Autre	Risque faible	224	123	35,6	USI	0,14	Questionnaires autorapportés	DASS-42	157
Kentish-Barnes et al.	2022	Autre	Risque faible	353	233	55,5	USI	1	Entrevues structurées	HADS	148
Kentish-Barnes et al.	2018	Autre	Risque élevé	137	XXX	52	USI	3	Entrevues structurées	HADS	53
Kentish-Barnes et al.	2017	Autre	Risque faible	208	145	56,5	USI	1	Entrevues structurées	HADS	103
Kentish-Barnes et al.	2016	Autre	Risque faible	385	266	Non spécifié	USI	3	Entrevues structurées	HADS	137
Kentish-Barnes et al.	2015	Autre	Risque faible	475	XXX	XXX	USI	3	Méthodes mixtes	HADS	171
La et al.	2020	Amérique du Nord	Risque élevé	30	18	60,3	USI	2	Entrevues structurées	DASS	12
Lautrette et al.	2007	Autre	Risque faible	126	56	67	USI	3	Entrevues structurées	HADS	99
Probst et al.	2016	Amérique du Nord	Risque élevé	77	62	57,8	USI	10,5	Méthodes mixtes	CES-D	39
Robin et al.	2021	Autre	Risque faible	90	62	54	USI	3	Entrevues structurées	HADS	50
Sarigiannis et al.	2023	Amérique du Nord	Risque élevé	43	36	42	USI	After ICU stay	Questionnaires autorapportés	HADS	9
Siegel et al.	2008	Amérique du Nord	Risque faible	41	30	57	USI	7,5	Entrevues structurées	Entrevue structurée avec le DSM-IV	11
Suttle et al.	2022	Amérique du Nord	Risque faible	235	147	38,7	USIP	6	Questionnaires autorapportés	PHQ-8	136
Tang et al.	2021	Autre	Risque faible	278	164	49,8	USI	Non spécifié	Entrevues structurées	HADS-D	117
Youngblut et al.	2018	Amérique du Nord	Risque faible	64	64	41	USIN & USIP	3,5	Entrevues structurées	BDI	32
Youngblut et al.	2013	Amérique du Nord	Risque faible	249	176	34,5	USIN & USIP	1	Entrevues structurées	BDI	114

Note. USIN = Unité de soins intensifs néonataux; USIP = Unité de soins intensifs pédiatriques; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; BDI = Beck Depression Inventory; PHQ = Patient Health Questionnaire; CES-D = Center for Epidemiologic Depression Scale; DASS = Depression Anxiety Stress Scales

Conclusion

La présente revue systématique et méta-analyse visait à estimer la prévalence du TDP, du TSPT et du TDC chez les proches aidants des patients décédés dans les USI. Les résultats révèlent des prévalences considérables : entre trois et cinq des proches sur dix développeront l'un de ces troubles. À titre comparatif, la prévalence de 34,4 % du TDP est similaire à celle observée chez la population endeuillée à la suite d'un désastre naturel, telle qu'estimée dans la méta-analyse de Lenferink (2017). Quant au TSPT, la prévalence est d'environ 40 % dans l'étude actuelle. En comparaison, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a mené un sondage en 2024 estimant celle-ci au sein de la population générale à 8,5 %. La prévalence de la dépression est similaire à celle observée dans une autre méta-analyse, soit près de 44 %, portant sur les proches aidants de patients atteints de cancer (Geng et al., 2018). Ces résultats élaborent un portrait des prévalences du TDP, du TSPT et du TDC des proches aidants endeuillés par la mort d'un membre de la famille en USI. Ils révèlent les impacts psychologiques chez les proches et permettent une meilleure idée de l'ampleur de ces troubles chez cette population. De ce fait, considérant les lacunes actuelles en soutien thérapeutique, ces résultats pourront constituer des bases pour l'élaboration de programmes d'intervention adaptés et efficaces chez ces proches endeuillés.

Discussion

Analyses de modération

Les analyses pour le TDP démontrent que le moment de l'évaluation ainsi que le choix de l'outil de mesure impactent significativement les résultats. Plus l'évaluation du deuil est faite tard à la suite du décès, plus la prévalence est faible. Autrement, les études ayant utilisé l'ICG-R ont des prévalences plus élevées que celles ayant utilisé l'original. Pour le TSPT et le TDC, aucune analyse de modération n'a révélé d'effet significatif sur la prévalence. Néanmoins, pour le TDC, les études menées en Amérique du Nord rapportent des taux de dépression plus élevés qu'ailleurs.

Biais méthodologiques

Les principales sources de biais pour le TDP étaient une taille d'échantillon faible ($n = 8$), un taux de réponse faible ($n = 5$), une représentativité de l'échantillon insuffisante ($n = 4$) et des statistiques descriptives insuffisantes ($n = 3$). Quant au TSPT, les principales sources de biais portaient sur une taille d'échantillon faible ($n = 10$), un taux de réponse insuffisant ($n = 6$), une faible représentation de l'échantillon ($n = 5$) et des statistiques descriptives insuffisantes ($n = 4$). Pour le

TDC, les principales sources de biais révélaient d'une taille d'échantillon faible ($n = 10$), d'une faible représentation de l'échantillon ($n = 5$), d'un taux de réponse insuffisant ($n = 5$) et de statistiques descriptives jugées insuffisantes ($n = 3$).

Références

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd., révision textuelle; DSM-5 TR). <https://www.psychiatry.org/getmedia/304e9a98-ca5c-4e04-97d7-30b4756705eb/APA-DSM5TR-Update-September-2022.pdf>
- Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus, D. C., & Bryce, C. L. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine*, 23(11). <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0770-2>
- Cambonie, G., Desage, C., Thaller, P., Lemaitre, A., de Baland, K. B., Combes, C., & Gavotto, A. (2023). Context of a neonatal death affects parental perception of end-of-life care, anxiety and depression in the first year of bereavement. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01183-8>
- Ercin-Swearingen, H., Lindhorst, T., Curtis, J. R., Starks, H., & Doorenbos, A. Z. (2022). Acute and Posttraumatic Stress in Family Members of Children with a Prolonged Stay in a PICU: Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Pediatric Critical Care Medicine*, 23(4). <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002913>
- Geng, H-M., Chuang, D-M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W-M., Liu, L-H., Tian, H-M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 97(39). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>
- Hosseinrezaei, H., Pilevarzadeh, M., Amiri, M., Rafiei, H., Taghati, S., Naderi, M., Moradalizadeh, M., & Askarpoor, M. (2014). Psychological symptoms in family members of brain death patients in intensive care unit in Kerman, Iran. *Global Journal of Health Science*, 6(2). <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n2p203>
- INESSS. (2018). Modes d'organisation des services de soins intensifs : État de connaissances et indicateurs de qualité. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Unite_soins_intensifs.pdf
- Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., Jackson, J. C., & Hopkins, R. O. (2019). Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(7), 894–909. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201808-540SR>

- Lenferink, L., Keijser, J., Smid, G.E., Djelantik, A., Boelen, P.A. (2017). Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1298311>
- Lim, I.C.Z.Y., Tam, W.W.S., Chudzicka-Czupate, A., McIntyre, R.S., Teopiz, K.M., Ho, R.C., Ho, C.S. (2022). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 978703. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.978703>
- Meert, K. L., Shear, K., Newth, C. J. L., Harrison, R., Berger, J., Zimmerman, J., Anand, K. J. S., Carcillo, J., Donaldson, A. E., Dean, J. M., Willson, D. F., & Nicholson, C. (2011). Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 14(2). <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0291>
- Moss, S. J., Wollny, K., Poulin, T. G., Cook, D. J., Stelfox, H. T., Ordons, A. R. des, & Fiest, K. M. (2021). Bereavement interventions to support informal caregivers in the intensive care unit: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00763-w>
- Probst, D. R., Gustin, J. L., Goodman, L. F., Lorenz, A., & Wells-Di Gregorio, S. M. (2016). ICU versus Non-ICU Hospital Death: Family Member Complicated Grief, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms. *Journal of Palliative Medicine*, 19(4). <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0120>
- Public Health Agency of Canada. (2024, December 5). Posttraumatic stress disorder among adults in Canada: Results from the Survey on Mental Health and Stressful Events (Cycle 2). Government of Canada. <https://health-infobase.canada.ca/ptsd-survey/>
- Rose, L., Muttalib, F., & Adhikari, N. K. J. (2019). Psychological Consequences of Admission to the ICU: Helping Patients and Families. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 322(3). <https://doi.org/10.1001/jama.2019.9059>
- Tang, S. T., Huang, C. C., Hu, T. H., Chou, W. C., Chuang, L. P., & Chiang, M. C. (2021). Course and predictors of posttraumatic stress-related symptoms among family members of deceased ICU patients during the first year of bereavement. *Critical Care*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03719-x>
- Tang, S. T., Huang, C. C., Hu, T. H., Lo, M. L., Chou, W. C., Chuang, L. P., & Chiang, M. C. (2021). End-of-Life-Care Quality in ICUs Is Associated with Family Surrogates' Severe Anxiety and Depressive Symptoms during Their First 6 Months of Bereavement*. *Critical Care Medicine*, 49(1). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004703>
- Vallet, H., Schwarz, G. L., Flaatten, H., de Lange, D. W., Guidet, B., & Dechartres, A. (2021). Mortality of Older Patients Admitted to an ICU: A Systematic Review. *Critical Care Medicine*, 49(2). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004772>
- Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2004). The Newcastle-Ottawa Scale (NOQAS) for Assessing the quality of Non-Randomized studies in Meta-Analyses. The Ottawa Hospital. https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). Place of death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*, 28(29). <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.3863>

Pour citer l'article

Gagnon, W., Maurice, L. & Kokou-Kpolou, K. (2025). Prévalence des problèmes de santé mentale courants chez les proches aidants de patients décédés en unité de soins intensifs : revue systématique et méta-analyse. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 15(1), 25-35.

Droits d'auteur

© 2025 Gagnon, Maurice & Kokou-Kpolou. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

EXPLORATION DES DÉFIS, DES DIFFÉRENTS TYPES ET DES EFFETS DE L'ADDITION À L'EXERCICE

Juliette PICARD^{1*}

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

*juliette.picard.1@ulaval.ca

Résumé

L'activité physique est une pratique fortement encouragée dans la société en raison de ses nombreux bienfaits, tant physiologiques que psychologiques (p. ex. amélioration des symptômes dépressifs et anxieux, une meilleure qualité de vie et image de soi). Il peut être difficile de concevoir que l'exercice physique puisse être un comportement compensatoire néfaste, mais plusieurs études le reconnaissent (Colledge et al., 2020). En effet, on peut observer des manifestations typiques d'un profil symptomatologique d'addiction, telles que le temps consacré, la tolérance, le sevrage ou encore la poursuite du comportement malgré les conflits. Cette lettre ouverte vise à clarifier ce type de dépendance, à explorer ses formes et les différences selon les sexes, à sensibiliser la population et à proposer des solutions. Elle s'appuie sur les données de la littérature afin d'établir un portrait du phénomène et également de relever les lacunes dans la littérature. Différents facteurs, tels que la vision sociétale positive de l'activité physique ainsi que la multitude de définitions et d'outils utilisés pour tenter respectivement de définir et de mesurer ce construit, rendent complexes la compréhension de cet enjeu. Toutefois, la littérature confirme la présence de l'addiction à l'exercice auprès d'une population active et exprime l'importance de s'y attarder.

Mots-clés : Addiction à l'exercice, activité physique, comorbidité, troubles d'addiction, différence entre les sexes, lettre ouverte

Abstract

Physical activity is a practice strongly encouraged in society because of its many physiological and psychological benefits (e.g. improvement in depressive and anxious symptoms, better quality of life and self-image). It may be difficult to imagine that exercise could be a harmful compensatory behaviour, but several studies recognize it (Colledge et al., 2020). Indeed, typical manifestations of an addictive symptomatological profile can be observed, such as time commitment, tolerance, withdrawal or even continuation of the behaviour despite conflict. This open letter aims to clarify and promote a better understanding of this type of addiction, explore its forms and gender differences, raise awareness and propose solutions. It is based on literature data to establish a portrait of the phenomenon and to express the gaps in the literature. Various factors, such as the positive societal vision of physical activity and the multitude definitions and tools used to attempt to respectively define and measure this construct, make understanding this issue complex. However, the literature confirms the presence of exercise addiction among an active population and expresses the importance of focusing on it.

Keywords: Exercise addiction, physical activity, comorbidity, eating disorders, addiction disorders, gender difference, open letter

Définition et similitude des troubles d'addiction

La société prône l'activité physique (AP) pour plusieurs bienfaits, tant au niveau physique que psychologique. Entre autres, l'AP permet de réduire l'anxiété, la dépression, l'humeur négative et le retrait social (Sharma et al., 2006). Également, elle permet l'amélioration des fonctions cognitives et de l'estime de soi (Sharma et al., 2006). Lors des années 70, le terme d'addiction à l'exercice (AE) fut utilisé pour une première fois (Glasser, 1976). Il fut ainsi possible d'établir qu'un excès d'AP peut être nocif et que cet enjeu a des ressemblances avec des caractéristiques d'un trouble addictif. Encore aujourd'hui, cette problématique n'est pas reconnue officiellement comme un trouble officiel dans le DSM-V-TR, bien que plusieurs caractéristiques d'un profil d'addiction y soient retrouvées.

Les mécanismes expliquant la prédisposition à une problématique d'addiction, qu'elle concerne les substances ou les comportements, reposent sur des processus similaires, ce qui suggère une base commune entre la dépendance comportementale et celle liée aux substances (American Psychiatric Association, 2022). Une suractivation du système de récompense, soit le système dopaminergique, responsable des sensations de plaisir, de gratification et de l'établissement des habitudes, est souvent observée (Koob, 2006). Le potentiel addictogène d'un comportement ou d'une substance influence directement cette dynamique. Un faible contrôle de soi constitue également un facteur de risque important pour le développement d'un profil dit « addictif » (Lichtenstein et al., 2017). Cette vulnérabilité serait liée à un traitement de l'information altéré dans certaines régions cérébrales, ce qui entraîne des comportements

impulsifs et compulsifs dus à des difficultés d'inhibition (de Wit, 2009). Sur le plan comportemental, ces individus sont souvent caractérisés par une recherche accrue de sensations fortes et une intensité marquée dans plusieurs sphères de leur vie. En complément, divers facteurs sur les plans psychologique (p.ex. capacité de gestion du stress, troubles de l'humeur), environnementaux et familiaux (p.ex. influence de consommation intrafamiliale, événements de vie adverse durant l'enfance) et socioculturel (p.ex. jeune âge lors de la première consommation, faible niveau d'éducation) viennent façonner le développement des troubles d'addiction (Harrington et al., 2011). Ces éléments mettent en lumière les liens complexes entre les différents mécanismes cérébraux et les facteurs de risque qui partagent une base commune dans l'émergence des troubles addictifs.

Étant un concept relativement nouveau, les définitions de l'AE sont foisonnantes dans la littérature. Cependant, elle tend à être plus fréquemment décrite comme un trouble comportemental caractérisé par une pratique répétée et excessive de l'exercice, au point que l'individu peine à en contrôler ou à réduire la fréquence (Sicilia et al., 2018). Elle peut entraîner des manifestations tant psychologiques que physiologiques. L'échelle de dépendance à l'exercice – Révisé (EDS-R ; Hausenblas & Symons Downs, 2002b; Symons Downs et al., 2004) a élaboré sept critères typiques d'un profil d'AE. Le premier critère est celui de la **perte de contrôle**, soit lorsqu'un individu essaye de contrôler ou de réduire l'exercice, mais sans succès. Le second critère est celui de l'**intention**, qui réfère à l'idée de faire plus d'exercice ou d'en faire plus longtemps que prévu. Le troisième critère est celui de la **tolérance**, qui exprime l'idée d'augmenter continuellement le volume d'exercice afin d'avoir les effets souhaités. Le quatrième réfère aux **conflits** qui peuvent survenir dans le quotidien de la personne, tel que lorsqu'un individu décide d'abandonner ou de réduire d'autres activités en raison de l'exercice. Le cinquième critère est celui du **maintien**. Cette caractéristique réfère à l'idée de continuer l'exercice malgré les conséquences physiques ou psychologiques que l'individu peut avoir. Le **sevrage** est le sixième critère et il renvoie au fait de ressentir de l'irritabilité, de la frustration ou de l'anxiété quand l'exercice est arrêté ou lorsqu'une séance d'exercice est manquée. Finalement, le septième critère est temporel et s'applique lorsque les individus consacrent un **temps** trop important à l'AP. D'après cet outil, un individu doit présenter au moins trois des sept critères pour être considéré comme ayant un trouble d'addiction à l'exercice.

Les sept manifestations présentées ci-dessus ressemblent aux critères retrouvés pour le trouble de jeu pathologique, soit le seul trouble d'addiction comportemental reconnu dans le DSM-V-TR. À titre d'exemple, les symptômes retrouvés pour le trouble de jeu pathologique peuvent être de ressentir de l'irritation lorsque la pratique de jeu est réduite ou

arrêtée (**sevrage**), des efforts répétés, mais infructueux pour cesser la pratique (**maintien**) ou encore de mettre en danger ou de perdre une relation personnelle, professionnelle ou scolaire (**conflits**) (American Psychiatric Association, 2022). Cependant, le manque de travaux révisés par les pairs sur le sujet a incité l'American Psychological Association à ne pas inclure l'AE parmi les troubles de dépendances comportementales (Potenza, 2014). Toutefois, une revue de la portée explique que plusieurs études ont abordé ce phénomène inquiétant (Colledge et al., 2020). Les similitudes claires entre les mécanismes biologiques expliquant l'apparition d'un trouble de dépendance ainsi que les symptômes ressemblant aux critères de jeu pathologique témoignent de l'importance et de la sévérité que l'AE peut avoir chez les individus (Potenza, 2014). Ceci renforce l'idée d'aborder cette problématique, afin de sensibiliser la population à cet enjeu.

Types d'addiction à l'exercice

Il existe deux types d'AE reconnus dans la littérature. Toutefois, il est possible d'observer de multiples définitions de ces deux types. Les articles définissent le type 1, dit « primaire », comme une pratique compulsive de l'exercice qui entraîne une dépendance, et ce, sans présence de trouble alimentaire (Freimuth et al., 2011). La motivation à réaliser cette activité est directement associée à son accomplissement et aux bénéfices qui en découlent (Weinstein & Szabo, 2023). Le second type d'AE est lorsqu'un trouble alimentaire est sous-jacent, tel que l'anorexie mentale, la boulimie ou tout autre dysfonctionnement en lien avec l'image corporelle (Zou et al., 2022). Ainsi, dans le second type d'AE, l'exercice est considéré comme un comportement compensatoire. L'AP peut remplacer les vomissements, l'usage de diurétiques ou d'autres moyens visant à obtenir un certain contrôle sur le poids ou à gérer d'autres symptômes pouvant résulter des problèmes alimentaires (Weinstein & Szabo, 2023).

Différences sexuelles dans la présence du trouble

Certains facteurs liés au sexe biologique influencent la performance athlétique, comme la taille, le sexe, la composition corporelle de la masse musculaire ou les capacités aérobie et anaérobie (Thibault et al., 2010). De plus, on reconnaît des différences cérébrales en termes de fonctions cognitives qui diffèrent selon le sexe (Ryan et al., 2004). Cependant, les recherches se concentrant spécifiquement sur les différences de l'expression de l'AE entre les sexes restent rares. Pour mieux comprendre et répondre à cette problématique, il est essentiel de tenter de conceptualiser et de comprendre la façon dont l'AE se manifeste selon le sexe (Lichtenstein et al., 2017).

L'une des seules différences reconnues par la littérature est que les hommes auraient davantage tendance à avoir un pro-

fil addictif et répondant au type 1 de l'AE (Lichtenstein et al., 2021). Un profil addictif possède des ressemblances avec les critères des troubles addictifs présents dans le DSM-V-TR, tels que ceux présentés plus haut (Cunningham et al., 2016). Alors que les femmes seraient davantage compulsives et répondraient davantage au type 2 (Lichtenstein et al., 2021). Le profil compulsif se caractérise par des comportements d'AP répétitifs pour venir répondre aux envies intenses et irréprouvables de pratiquer l'exercice physique. Une détresse sévère est présente si l'AP n'est pas pratiquée (Freimuth et al., 2011). Des études précédentes ont constaté que les hommes avaient tendance à être plus motivés par des facteurs tels que le défi et la compétition (Egli et al., 2011). Pour certains, ces facteurs sont liés directement à un désir d'intensité et de repoussement des limites. Ainsi, ils pourraient être portés à faire plus d'exercice, dépassant les limites saines et ignorant les signes de fatigue ou de blessure, ce qui peut les mener à une pratique pathologique de l'AP (Lichtenstein et al., 2017).

Près de 48 % des individus qui présenteraient des signes d'AE auraient également des symptômes de troubles des conduites alimentaires (Lev Arey et al., 2023). Les troubles alimentaires sont reconnus pour être beaucoup plus prévalents chez les femmes, plus précisément chez les jeunes femmes et les adolescentes (Mangweth-Matzek & Hoek, 2017). Il n'est donc pas surprenant que ces dernières seraient les plus représentées dans le second type d'AE. Également, on observe une tendance plus marquée chez les femmes à avoir une détresse en lien avec l'utilisation des réseaux sociaux, ce qui peut être directement lié à de plus haut taux de prévalence de troubles alimentaires pour ces dernières (Dane & Bhatia, 2023). Les impacts des médias sociaux sur l'AE seront abordés plus tard dans cette lettre.

Outre ces différences entre le type d'AE et celles établies au niveau biologique, peu d'informations émergent dans la littérature concernant la distinction entre les sexes ainsi que les critères qui auraient tendance à être retrouvés davantage chez un sexe. Cependant, de nombreux facteurs susceptibles d'affecter l'apparition de cette problématique peuvent être communs aux deux sexes, comme il sera mentionné ci-dessous.

Perception sociétale et difficultés

La perception de la société à l'égard de l'AP contribue à complexifier la définition de l'AE. De fait, la pratique régulière du sport, l'attention à l'image corporelle et la préoccupation pour la santé sont valorisées, mais aussi intimement liées avec les réseaux sociaux. Ceci est un enjeu dans notre société actuelle qui tend à venir exacerber la problématique d'AE (Featherstone, 2010). La consommation d'un type de contenu promouvant l'AP et la diffusion des idéaux corporels sur les médias sociaux peuvent créer une pression chez les individus et instaurer un nouveau standard, et ce, autant

chez les hommes que chez les femmes. De plus, l'utilisation des réseaux sociaux peut conduire à des préoccupations de l'image corporelle, des troubles de santé mentale ainsi qu'à des troubles alimentaires via différentes voies modératrices où les individus viennent à internaliser ce nouvel idéal (Dane & Bhatia, 2023). L'hypothèse dite physionomique de l'image corporelle peut éclairer cette problématique, car elle suggère que l'apparence d'une personne reflète son état intérieur (Fortes, 2012). Cela explique que la motivation et le désir de se présenter positivement aux autres peuvent renforcer la pratique d'AP, puisque l'individu souhaitera que son apparence se conforme à l'idéal qu'il souhaite atteindre. Ainsi, l'importance accordée à l'apparence physique dans notre société rend d'autant plus difficile l'abandon de ce comportement.

Recommandations cliniques

Tel que mentionné précédemment, les deux types d'AE s'expriment de manières distinctes, il est donc nécessaire de les concevoir différemment dans une optique de traitement. Pour le type primaire, soit lorsque l'individu poursuit l'AP comme étant une fin en soi, une première étape serait psychoéducation. Cela implique d'expliquer et d'éduquer sur cette problématique, sur les enjeux liés à cette addiction, ainsi que sur les risques associés, tant physiques que psychologiques, si l'exercice est maintenu à ce même niveau d'intensité. Une fois ces éléments expliqués et relativement bien compris par la personne, des activités alternatives peuvent être recommandées.

Il est également possible de référer vers un traitement en psychothérapie, afin d'aller observer la possibilité de troubles sous-jacents et de travailler sur les possibles croyances erronées (Lichtenstein et al., 2017). Puisqu'elle cible la motivation de l'individu, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) devrait être le traitement de première intention pour l'AE. La passion et la motivation jouent un rôle clé dans le maintien de ce trouble. Une passion est qualifiée d'obsessive lorsqu'elle est intériorisée et que l'activité devient une partie de l'identité de la personne (Sicilia et al., 2018). Les individus ayant ce type de passion pour l'exercice physique ont un désir puissant de poursuivre l'activité et ce comportement devient alors très difficile à contrôler. Il peut alors entrer en conflit avec d'autres domaines importants, tels que les domaines social, familial, professionnel pour ne nommer que ceux-ci. Ainsi, les séances de psychothérapies visent à faire redécouvrir à l'individu une passion dite harmonieuse avec l'AP, c'est-à-dire qu'elle devienne un désir intense de s'engager dans une activité (Sicilia et al., 2018). La psychothérapie aide également l'individu à identifier les déclencheurs de son comportement compulsif envers l'AP et à comprendre les avantages, tant physiques que mentaux, d'une pratique modérée d'AP. Les objectifs sont aussi de développer des stratégies adéquates de gestion des émotions et de gestion du temps.

En ce qui a trait au second type de trouble d'AE, le traitement est assez similaire à celui pour les troubles alimentaires. Si uniquement l'AE est traité, la personne aura recours à d'autres comportements compensatoires (p.ex., vomissements ou usage de laxatifs) et cela maintiendra la présence du trouble alimentaire (Freimuth et al., 2011). C'est pourquoi, dans des cas plus extrêmes, il faudra favoriser une hospitalisation ou faire appel à la médication en première intention afin de stabiliser la santé physique de l'individu, sans quoi la thérapie ne sera pas efficace (Barlow, 2021). Une fois les comportements compensatoires contrôlés, il est possible d'utiliser d'autres modalités d'interventions.

Les résultats les plus récents des études favorisent une modalité d'intervention à deux volets, soit où l'individu peut bénéficier d'une réintroduction saine de l'exercice, en plus de le combiner parallèlement à différents traitements thérapeutiques (Martenstyn et al., 2022). En effet, un traitement d'AP adapté, privilégiant des pratiques d'exercice équilibrées et réfléchies, pourrait aider les individus à réviser leurs habitudes inappropriées ou excessives (Calogero & Pedrotty, 2004). Des modalités de thérapie pratiquées conjointement à cela, comme de la psychoéducation ou tout type de psychothérapie, telles que la TCC, sont pertinentes pour éduquer la personne sur divers aspects de sa symptomatologie et aller plus loin avec elle dans sa compréhension du trouble (Martenstyn et al., 2022). Dans ce cas-ci, la TCC est préconisée pour les préoccupations de la personne concernant son apparence physique et pour modifier les croyances erronées. La thérapie se concentre sur la restructuration cognitive ainsi que de l'exposition graduelle *in vivo* afin de faire face à des distorsions cognitives (Barlow, 2021). Toutefois, il est nécessaire d'observer les résultats avec prudence, puisque ce type de traitement conjoint entraîne une faible réduction de l'exercice pratiqué de manière compulsive lorsqu'il est comparé au groupe contrôle. Ceci signifie que les bénéfices observés de la combinaison de ces interventions n'est peut-être pas aussi généralisable, et donc, que cette conclusion ne serait pas encore solidement établie (Martenstyn et al., 2022). Également, les traitements relevés par cette méta-analyse sont établis pour les troubles alimentaires et n'incluent pas ceux pour la bigorexie, qui présente des ressemblances avec l'AE. Ce trouble se caractérise par le fait qu'un individu présente des préoccupations intenses qu'il n'est pas suffisamment grand ou musclé, et ce, malgré une musculature souvent supérieure à la moyenne (Martenstyn et al., 2022). Cette préoccupation s'accompagne généralement d'une altération du fonctionnement.

Sensibilisation à cette problématique

En dépit de l'absence de reconnaissance de cette problématique, la littérature offre déjà de nombreuses informations sur la conceptualisation du phénomène et sur les cibles

de traitement. Ceci souligne l'importance d'aborder cette problématique, ainsi que la dangerosité qu'elle représente pour certains individus. Bien que la littérature reconnaisse la nécessité de traiter des troubles tels que la dépendance aux substances ou le jeu pathologique, cette lettre vise à sensibiliser le public au fait que l'AE, bien qu'encore non officiellement reconnue, demeure un phénomène prévalent et inquiétant. Au travers de cette lettre, je souhaite encourager les individus pratiquant régulièrement du sport à réfléchir sur leur relation à l'AP, et tout spécialement leurs motivations derrière leur pratique d'AP. De plus, cette lettre s'adresse aux intervenants en santé mentale – travailleurs sociaux, psychoéducateurs, psychologues – dans le but d'enrichir leurs connaissances lorsqu'ils interviennent auprès de personnes engagées dans une activité physique régulière. Ceci leur permettra de préciser les objectifs de traitement et d'adapter leurs interventions afin de répondre aux défis spécifiques et éventuels qu'un individu peut rencontrer dans sa pratique sportive. Enfin, j'espère également que cette prise de conscience rejoigne le personnel médical et sportif tel que les médecins, physiothérapeutes ou encore kinésioles, qui sont fréquemment les premiers à intervenir en cas de blessures, notamment celles liées à un surentraînement, puisqu'elles peuvent témoigner de signes d'une possible AE. En rejoignant les différents corps de métiers qui sont à la rencontre de ces individus, l'objectif est principalement de les sensibiliser à cette problématique et de favoriser des solutions qui seront adaptées aux enjeux des individus.

Conclusion

En somme, bien que l'AE ne soit pas encore officiellement reconnue dans le DSM-V-TR, elle demeure un phénomène préoccupant. La littérature met en lumière des processus biologiques communs ainsi que des critères diagnostiques similaires à ceux des troubles addictifs déjà reconnus comme le jeu pathologique, ce qui témoigne de la gravité de ce trouble. Il est essentiel de sensibiliser non seulement les pratiquants de sport à l'impact de leur relation à l'exercice, mais également les professionnels travaillant en relation d'aide, ainsi que le personnel médical et sportif, qui jouent un rôle clé dans l'identification précoce et le traitement adapté de ce trouble. En renforçant la reconnaissance de ce phénomène, en approfondissant sa conceptualisation et en mettant en place des stratégies thérapeutiques appropriées, nous pouvons mieux accompagner les individus touchés et offrir des solutions adaptées à leurs besoins spécifiques. Il est impératif que cette problématique soit abordée avec la même rigueur que les autres troubles de dépendance, afin de garantir un soutien efficace et holistique à ceux qui en ont besoin.

Références

- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e ed., text reviewed). APA
- Barlow, D. H. (Ed.). (2021). Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (6th ed.). The Guilford Press.
- Calogero, R. M., & Pedrotty, K. N. (2004). The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 12(4), 273–291. <https://doi.org/10.1080/10640260490521352>
- Colledge, F., Cody, R., Buchner, U. G., Schmidt, A., Pühse, U., Gerber, M., Wiesbeck, G., Lang, U. E., & Walter, M. (2020). Excessive Exercise-A Meta-Review. *Frontiers in psychiatry*, 11, 521572. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.521572>
- Cunningham, H. E., Pearman, S., 3rd, & Brewerton, T. D. (2016). Conceptualizing primary and secondary pathological exercise using available measures of excessive exercise. *The International journal of eating disorders*, 49(8), 778–792. <https://doi.org/10.1002/eat.22551>
- Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS global public health*, 3(3), e0001091. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>
- de Wit H., (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction biology*, 14(1), 22–31. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00129.x>
- Egli, T., Bland, H. W., Melton, B. F., & Czech, D. R. (2011). Influence of age, sex, and race on college students' exercise motivation of physical activity. *Journal of American college health : J of ACH*, 59(5), 399–406. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.513074>
- Featherstone, M. (2010). Body, Image and Affect in Consumer Culture. *Body & Society*, 16(1), 193–221. <https://doi.org/10.1177/1357034X09354357>
- Fortes, I. (2012). Le corps contemporain et la problématique de l'anorexie mentale. *Recherches En Psychanalyse*, 13, 51–59.
- Freimuth, M., Moniz, S., & Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International journal of environmental research and public health*, 8(10), 4069–4081. <https://doi.org/10.3390/ijerph8104069>
- Glasser, W. (1976). Positive addiction. New York, NY: Harper & Row.
- Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2002b). How Much is Too Much? The Development and Validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology & Health*, 17(4), 387–404. <https://doi.org/10.1080/0887044022000004894>
- Harrington, M., Robinson, J., Bolton, S. L., Sareen, J., & Bolton, J. (2011). A longitudinal study of risk factors for incident drug use in adults: findings from a representative sample of the US population. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56(11), 686–695. <https://doi.org/10.1177/070674371105601107>
- Koob G. F. (2006). The neurobiology of addiction: a neuroadaptive view relevant for diagnosis. *Addiction (Abingdon, England)*, 101 Suppl 1, 23–30. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01586.x>
- Lev Arey, D., Sagi, A., & Blatt, A. (2023). The relationship between exercise addiction, eating disorders, and insecure attachment styles among recreational exercisers. *Journal of eating disorders*, 11(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00855-3>
- Lichtenstein, M. B., Emborg, B., Hemmingsen, S. D., & Hansen, N. B. (2017). Is exercise addiction in fitness centers a socially accepted behavior? *Addictive Behaviors Reports*, 6, 102–105. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.09.002>
- Lichtenstein, M. B., Melin, A. K., Szabo, A., & Holm, L. (2021). The Prevalence of Exercise Addiction Symptoms in a Sample of National Level Elite Athletes. *Frontiers in sports and active living*, 3, 635418. <https://doi.org/10.3389/fspor.2021.635418>
- Mangweth-Matzek, B., & Hoek, H. W. (2017). Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Current opinion in psychiatry*, 30(6), 446–451. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000356>
- Martenstyn, J. A., Aouad, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Treatment of compulsive exercise in eating disorders and muscle dysmorphia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(2), 143–161. <https://doi.org/10.1037/cps0000064>
- Potenza M. N. (2014). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addictive behaviors*, 39(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.004>
- Ryan, J. P., Atkinson, T. M., & Dunham, K. T. (2004). Sports-related and gender differences on neuropsychological measures of frontal lobe functioning. *Clinical journal of sport medicine : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 14(1), 18–24. <https://doi.org/10.1097/00042752-200401000-00004>
- Sharma, A., Madaan, V., & Petty, F. D. (2006). Exercise for mental health. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 8(2), 106. <https://doi.org/10.4088/pcc.v08n0208a>
- Sicilia, Á., Alcaraz-Ibáñez, M., Lirola, M. J., Burgueño, R., & Maher, A. (2018). Exercise motivational regulations and exercise addiction: The mediating role of passion. *Journal of behavioral addictions*, 7(2), 482–492. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.36>

- Symons Downs, D., Hausenblas, H. A., & Nigg, C. R. (2004). Factorial Validity and Psychometric Examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 183-201. https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_1
- Thibault, V., Guillaume, M., Berthelot, G., Helou, N. E., Schaal, K., Quinquis, L., Nassif, H., Tafflet, M., Escolano, S., Hermine, O., & Toussaint, J. F. (2010). Women and Men in Sport Performance: The Gender Gap has not Evolved since 1983. *Journal of sports science & medicine*, 9(2), 214–223.
- Weinstein, A., & Szabo, A. (2023). Exercise addiction: A narrative overview of research issues. *Dialogues in clinical neuroscience*, 25(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/19585969.2023.2164841>
- Zou L, Yang P, Herold F, Liu W, Szabo A, Taylor A, Sun J, Ji L. 2022. The contribution of BMI, body image inflexibility, and generalized anxiety to symptoms of eating disorders and exercise dependence in exercisers. *Int J Ment Health Promot*. 24(6):811–823.

Pour citer l'article

Picard, J. (2025). Exploration des défis, des différents types et des effets de l'addiction à l'exercice. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 15(1), 36-41.

Droits d'auteur

© 2025 Picard. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

OÙ LES ASTRES S'ALIGNENT : COMPRENDRE L'ALLIANCE PÉDAGOGIQUE DANS LES RÉTROACTIONS EN SUPERVISION CLINIQUE

Marco ROMAGNOLI^{1, 2*}

¹Université Laval, Québec, QC, Canada

²Clinique de Psychologie Québec, QC, Canada

*marco.romagnoli.1@ulaval.ca

Résumé

Contexte : L'écoute, la qualité de l'accueil, la compréhension de la situation et la manière d'intervenir sont des compétences fondamentales pour le thérapeute lors de l'entretien clinique. Si l'alliance thérapeutique est largement étudiée, l'alliance pédagogique, notamment en contexte de supervision clinique, reste peu documentée. **Objectif :** Explorer le concept d'alliance pédagogique lors de la rétroaction en supervision clinique, en identifiant les conditions favorables et défavorables à son émergence. **Méthode :** Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de huit participants (intervenants, superviseurs et membres de la coordination) impliqués dans un organisme communautaire en santé mentale au Québec (Clic Aide). Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés de manière thématique. **Résultats :** L'écoute active, la confiance, l'ouverture et le partage d'expériences ont été identifiés comme des piliers de l'alliance pédagogique. Les participants ont souligné que la verbalisation des difficultés et réussites favorise une compréhension approfondie des enjeux cliniques et contribue à réduire le stress lié à la pratique. **Conclusions :** L'alliance pédagogique est essentielle pour le développement professionnel des intervenants en santé mentale. Mieux la comprendre permettrait d'améliorer les pratiques de supervision et, par conséquent, la qualité des services offerts.

Mots-clés : Alliance pédagogique, intervention, supervision, santé mentale, rétroaction

Abstract

Background : Listening, reception quality, understanding of the situation, and the way of intervening are fundamental for therapists during clinical interviews. While therapeutic alliance is well documented, the concept of educational alliance in clinical supervision contexts remains underexplored. **Objective :** To explore the educational alliance during feedback in clinical supervision, by identifying conditions that promote or hinder its emergence. **Method :** Semi-structured interviews were conducted with eight participants (practitioners, supervisors and coordinators) from a Quebec-based community mental health organization (Clic Aide). Interviews were recorded, transcribed, and thematically analyzed. **Results :** Active listening, trust, openness, and experience sharing emerged as central to the educational alliance. Participants emphasized how verbalizing challenges and successes contributes to a deeper understanding of clinical issues and reduces professional stress. **Conclusion :** Educational alliance is key to the development and well-being of mental health professionals. Understanding it better can enhance supervision practices and service quality.

Keywords : Educational alliance, clinical supervision, intervention, mental health, feedback

L'écoute, la qualité de l'accueil, la compréhension de la situation qui mène à consulter et la manière d'intervenir sont des postures fondamentales du thérapeute lors de l'entretien clinique. En particulier, l'écoute, suivant la pensée de Carl Rogers (1942/2015), constitue la première pierre de l'alliance thérapeutique, permettant à la personne de nouer une relation de confiance avec le thérapeute.

Bien que l'attention soit souvent portée sur l'alliance entre thérapeute et client, un autre type d'alliance se construit dans le cadre des supervisions cliniques : l'alliance pédagogique. Celle-ci désigne la relation de collaboration entre superviseur et stagiaire, axée sur le dialogue, la co-construction de sens et le développement des compétences professionnelles. Elle peut être comprise comme un « cadre conceptuel pour mieux comprendre la rétroaction axée sur

le dialogue » (Côté et al., 2017, p. 162), où l'écoute active vise à mettre en lumière des problématiques et processus psychologiques (Castillo, 2021, p. 5).

Verbaliser et partager les expériences cliniques vécues (défis, avancées, doutes) s'avère cathartique pour les intervenants, contribuant à réduire le stress et à favoriser leur développement professionnel. Cette dynamique est particulièrement visible lors des rétroactions en supervision clinique, où l'alliance pédagogique s'impose comme un vecteur central d'apprentissage, de soutien, et de construction de l'identité professionnelle.

À ce jour, la majorité des recherches sur l'alliance pédagogique ont été menées dans les milieux scolaires (Petrey Genay & Dupré, 2024) ou médicaux (Pereira Miozzari et al., 2024). Dans le champ psychothérapeutique, la littérature se concentre principalement sur l'alliance thérapeutique

(Aafjes-van Doorn et al., 2024), et non sur la relation formative entre superviseur et stagiaire. À notre connaissance, très peu d'études se sont penchées sur la manière dont cette alliance pédagogique se manifeste concrètement lors des rétroactions en supervision clinique (Watkins, 2014).

Or, la rétroaction est un moment clé de la supervision, mais aussi un espace de vulnérabilité et d'apprentissage. Le concept d'alliance pédagogique reste néanmoins flou, complexe et peu exploré dans cette configuration. Cet article propose donc d'analyser ce concept dans le contexte de la santé mentale, en mettant l'accent sur son rôle lors des rétroactions entre superviseurs et stagiaires dans un cadre de supervision clinique.

Cadre théorique : Le pouvoir de la parole

Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est un concept central dans le processus de rétablissement du patient. Elle repose sur une collaboration entre le thérapeute et la personne suivie, orientée vers des objectifs communs. D'après Ellyson (2017), elle permet aux deux parties de s'entendre sur les buts de la thérapie, de collaborer dans une relation de confiance, de s'accepter mutuellement et de reconnaître la compétence du thérapeute (dans Paquelin & Bois, 2021).

Certains auteurs en attribuent l'origine à Freud, pour qui un traitement ne saurait être efficace sans transfert et engagement du patient dans une alliance de travail (Bouchard, 2014). Le terme moderne d'« alliance thérapeutique » est dérivé du concept de « working alliance » (Greenson, 1965), plus tard précisé par Bordin (1979) qui en identifie trois composantes fondamentales : un accord sur les objectifs de la thérapie, un accord sur les tâches à accomplir, un lien affectif fondé sur la confiance et l'estime.

L'alliance thérapeutique est aujourd'hui reconnue comme un élément transversal, essentiel, peu importe l'approche clinique utilisée.

Alliance pédagogique

Le concept d'alliance pédagogique découle de celui de l'alliance thérapeutique et s'est progressivement imposé dans les champs de l'éducation et de la santé. Côté et al. (2017) la définissent comme un processus interactionnel influencé par plusieurs facteurs, tandis que Paquelin & Bois (2021) insistent sur la compréhension mutuelle des objectifs, des moyens d'y parvenir, et de la confiance réciproque entre les parties.

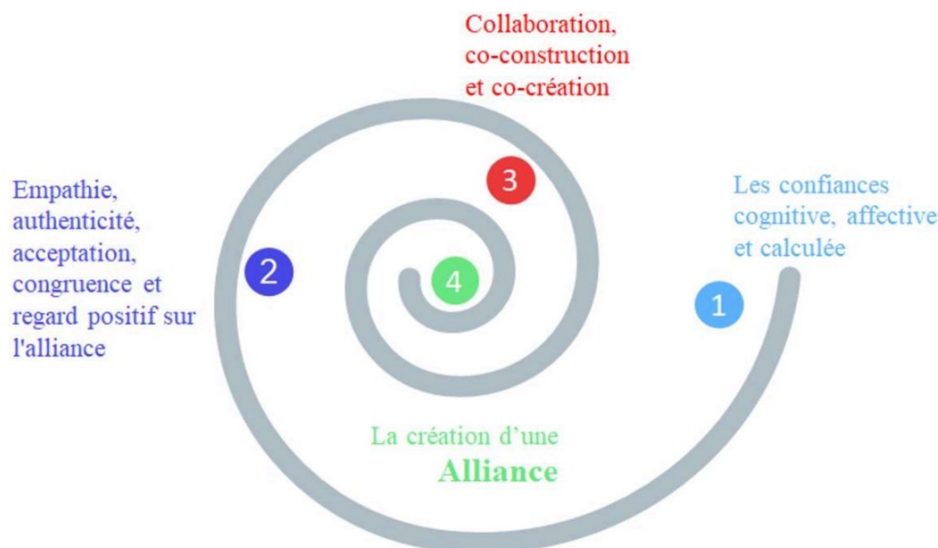
L'alliance pédagogique implique un partage expérientiel, au-delà de la simple transmission de savoirs. Telio et al. (2015) soutiennent qu'elle repose sur la création conjointe de nouvelles significations, dans une dynamique d'intersubjectivation. Cette perspective s'inspire directement de Carl Rogers (1977), qui voyait dans le partage et la présence authentique les leviers d'un apprentissage centré sur la personne.

Dans ce contexte, le stagiaire en psychologie forme une alliance avec le superviseur, comme le patient avec le thérapeute, facilitant l'apprentissage par la sécurité relationnelle. Bois (2023) propose une spirale des étapes de construction de cette alliance : elle commence par un climat de confiance, se développe par l'authenticité et l'empathie, et culmine dans une collaboration efficace (Figure 1).

Selon Telio et al. (2015), une alliance pédagogique de qualité repose sur trois piliers : un accord sur les objectifs de la rétroaction, un consensus sur les moyens à mettre en œuvre, et un lien de confiance réciproque entre superviseur et stagiaire.

Figure 1

Spirale de la séquence menant à la création de l'alliance pédagogique (Bois, 2023).



Supervision et rétroaction

La supervision clinique est un dispositif essentiel dans la formation des professionnels de la santé mentale. Elle permet de soutenir le développement des compétences, l'autonomie professionnelle, ainsi que la qualité des soins prodigués (Kilminster et al., 2007 ; Ramani & Leinster, 2008). Elle constitue un espace structuré d'échanges entre un superviseur et un ou plusieurs intervenants, dans lequel sont discutés les suivis cliniques, les questionnements, les stratégies d'intervention et les pistes d'amélioration.

Selon Castro, Santiago-Delefosse & Capdevielle-Mougnibas (2009), la supervision est un processus critique intégrant observation, analyse, commentaire et intervention, visant à améliorer la qualité de l'acte professionnel.

Au cœur de ce processus se trouve la rétroaction, comprise comme un retour structuré sur les pratiques et les compétences mobilisées. Elle aide le stagiaire à évaluer son efficacité, identifier ses forces et ses zones de développement, établir des stratégies d'apprentissage, et se motiver dans son cheminement professionnel (Norcini & Burch, 2007).

La rétroaction dépasse la simple évaluation technique. Elle devient un lieu de dialogue, d'accompagnement, et potentiellement de transformation. Côté et al. (2017) soulignent son caractère relationnel, influencé par le climat instauré entre superviseur et supervisé. Même si aucun cadre théorique n'a encore été pleinement stabilisé, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de la nature de la relation entre le prestataire et le bénéficiaire (ici la supervision et la personne supervisée) dans laquelle s'inscrit cette rétroaction (Telio et al., 2015; Bernard & Goodyear, 2014; Watkins, 2011; Hill et al., 2007).

En somme, la supervision est un terrain privilégié pour observer l'émergence et la consolidation de l'alliance pédagogique, dont la qualité peut avoir un impact direct sur l'intégration des savoirs et le sentiment de confiance des intervenants.

L'objectif de cette recherche est de comprendre comment se manifeste l'alliance pédagogique lors des rétroactions en supervision clinique. Deux questions principales guident l'enquête : (1) quelles sont les conditions qui favorisent ou freinent son émergence ? et (2) comment cette alliance influence-t-elle l'expérience de la personne stagiaire ?

Méthode

Cette recherche repose sur une approche qualitative inductive, visant à explorer le phénomène de l'alliance pédagogique dans son contexte naturel. La méthode d'enquête choisie est l'entrevue semi-dirigée, car elle permet de recueillir en profondeur la signification que les participants attribuent à leurs expériences vécues (Fortin & Gagnon,

2016, p. 319). Selon Blanchet & Gotman (2010), ce type d'entretien offre à l'enquêteur une structure souple : un guide d'entretien préétabli oriente la discussion, tout en laissant place à la spontanéité des réponses.

Les entrevues ont été menées entre juin et août 2024, auprès de huit personnes affiliées à l'organisme Clic Aide, soit quatre intervenants (stagiaires ou bénévoles en santé mentale), un superviseur clinique, et trois membres de l'équipe de coordination.

Les participants ont été recrutés par approche directe, en collaboration avec la coordination de l'organisme. Toutes les personnes ont donné leur consentement libre, éclairé et écrit avant de participer aux entrevues, conformément aux principes éthiques de la recherche avec des êtres humains.

Les entretiens ont été réalisés par visioconférence (Zoom), enregistrés avec l'accord des participants, puis intégralement retranscrits mot à mot. Une grille d'analyse thématique inspirée de Braun & Clarke (2006) a été utilisée pour coder les données.

L'échantillon est restreint ($n = 8$), mais diversifié quant aux rôles et aux responsabilités. L'âge des participants varie entre 25 et 70 ans. Les données ont été analysées selon leur rôle (intervenant, superviseur, coordination) afin d'identifier des nuances entre les points de vue.

Le chercheur principal, également enquêteur, a adopté une posture réflexive et empathique, en veillant à instaurer un climat de confiance pendant les entretiens. Bien qu'impliqué dans le domaine de la santé mentale, il n'avait aucun lien hiérarchique avec les participants, ce qui a permis une expression libre des vécus.

Résultats de recherche : S'allier, un tango d'échanges

Trois grandes catégories ont émergé : (1) définition de l'alliance pédagogique; (2) conditions favorables; (3) conditions défavorables. Le codage a été effectué manuellement. Chaque catégorie a été subdivisée en sous-thèmes à partir d'un codage inductif, en lien direct avec les questions de l'entretien. Ces thèmes reflètent les dimensions les plus saillantes évoquées par les participants, en réponse aux questions de recherche.

Définir l'alliance pédagogique

Tous les répondants s'accordent à définir l'alliance pédagogique comme une relation de confiance, de respect mutuel et de co-apprentissage entre superviseur et intervenant. Cette relation est perçue comme une forme de mentorat, où l'autorité du superviseur repose sur sa compétence et sa bienveillance, plutôt que sur une logique hiérarchique.

La supervision est décrite comme un espace de dialogue, de partage d'expériences cliniques et de réflexions sur la pratique. Elle permet aux intervenants de se sentir soutenus, d'évoluer, et de s'approprier leur rôle professionnel dans un cadre sécurisant. Une participante note :

« C'est une connexion bienveillante. Ce n'est pas juste recevoir un retour : c'est échanger, comprendre ensemble. »

Conditions favorables

Plusieurs conditions favorables à l'établissement de cette alliance émergent des données recueillies. Les participants ont souligné l'importance d'une posture ouverte à la critique constructive, d'une volonté manifeste d'apprendre ainsi que d'une implication active dans les supervisions. Ces attitudes favorisent un climat propice à l'échange et à la croissance professionnelle.

L'accessibilité du superviseur, sa posture d'écoute et sa capacité à offrir une rétroaction de manière constructive ont été fréquemment évoquées comme des éléments facilitateurs. Les participants ont également insisté sur l'équilibre entre le rôle de guide exercé par le superviseur et celui de pair, ce qui permet d'éviter une dynamique perçue comme autoritaire ou descendante.

La majorité des répondants ont mis en lumière l'importance d'une relation humanisée. Le fait de prendre des nouvelles personnelles, d'échanger de manière informelle ou simplement de créer un climat chaleureux renforçait le sentiment d'appartenance et de sécurité psychologique. Comme le mentionne une participante :

« Dans notre groupe, on prenait des nouvelles, on jasait un peu... ça rendait la chose plus humaine. »

La compétence du superviseur constitue également un facteur central. Elle se manifeste notamment par la capacité à offrir des réponses concrètes, à structurer les supervisions autour des suivis cliniques individuels, et à soutenir les intervenants au-delà des aspects purement techniques.

D'autres éléments jugés facilitateurs ont été rapportés, tels que la possibilité offerte aux intervenants de changer de groupe si nécessaire, l'organisation de rencontres entre superviseurs pour partager leurs pratiques, la disponibilité d'entretiens individuels en cas de difficulté, ainsi que le développement d'un fort sentiment d'appartenance à une communauté de pratique, parfois désignée par les participants comme une « alliance d'équipe ».

Conditions défavorables

Les obstacles à l'établissement d'une alliance pédagogique de qualité ont également été identifiés par les participants. Certains ont rapporté des expériences marquées par le

jugement, une posture fermée de la part du superviseur ou encore des critiques formulées de manière peu constructive. De telles situations ont pu entraver le sentiment de sécurité et limiter la liberté d'expression des intervenants.

Le rapport hiérarchique, lorsqu'il est perçu comme autoritaire ou rigide, semble freiner la qualité du lien pédagogique. Le manque de clarté des attentes, de même qu'une rétroaction jugée trop rare ou peu utile, ont également été mentionnés comme des facteurs défavorables.

Un intervenant a notamment déploré l'absence d'encouragement au partage d'expériences dans certaines supervisions passées :

« J'ai eu d'autres superviseurs qui encourageaient moins le partage... moi j'aimais ça donner mon avis sur les suivis des autres. »

De leur côté, les superviseurs ont parfois été confrontés à des situations délicates de rétroaction, comme en témoigne l'un d'eux, qui a préféré offrir un retour individuel à une étudiante afin de ne pas la mettre en difficulté devant le groupe.

Enfin, quelques tensions interpersonnelles entre membres d'un même groupe ont été évoquées. Toutefois, la capacité de la superviseuse à intervenir avec tact a permis de restaurer la confiance collective. Comme l'explique une intervenante :

« Ça a été réparé en ce sens-là... rien n'a été brisé, juste un petit froissement. »

Discussion

Cette discussion revient d'abord sur les deux questions de recherche : les conditions favorables ou défavorables à l'alliance pédagogique et son impact sur les stagiaires. Les résultats obtenus éclairent ces deux aspects.

Les résultats confirment que l'alliance pédagogique apparaît comme un levier central dans la supervision clinique. Elle facilite l'intégration des apprentissages, soutient la construction identitaire du stagiaire, et diminue la détresse liée à la pratique clinique.

Les conditions favorables identifiées dans cette étude recoupent les trois piliers de Telio et al. (2015) : accord sur les objectifs, choix partagés des moyens, et lien de confiance. Ce cadre relationnel permet une supervision plus horizontale, perçue comme un espace de collaboration, plutôt que comme une évaluation descendante.

La présence active et bienveillante du superviseur est cruciale. Elle crée un climat sécurisant où l'intervenant peut s'exprimer sans crainte. Ce facteur rejoint les propositions de Bois (2023) et de Rogers (1977) sur la centralité de la

relation humaine dans tout processus de développement.

L'étude met également en évidence des zones de vulnérabilité : tensions intra-groupes, supervision unidirectionnelle, manque de feedback clair. Ces éléments montrent que l'alliance pédagogique doit être entretenue activement et ne peut être tenue pour acquise.

Enfin, les données qualitatives confirment ce qu'ont observé Teunissen et al. (2009) dans les milieux médicaux : il existe un écart entre la perception de la fréquence et de la qualité des rétroactions entre superviseurs et supervisés. L'alliance pédagogique est donc un processus dynamique, dépendant de facteurs personnels, relationnels et contextuels.

Conclusion : Où les astres s'alignent

L'alliance pédagogique est un processus relationnel dynamique et co-construit entre superviseur et supervisé. Elle repose sur la confiance, le dialogue et la reconnaissance mutuelle.

Cette étude visait à comprendre comment cette alliance se manifeste dans le contexte de la rétroaction clinique en santé mentale. Elle met en lumière les conditions qui facilitent ou entravent la construction de cette relation.

La supervision clinique apparaît ici comme un lieu d'alignement des « astres » – une constellation formée par les intervenants, les superviseurs et les coordonnateurs –, où chacun participe à créer un système de relations soutenantes et formatrices.

Méthodologiquement, l'entrevue semi-dirigée s'est révélée adaptée pour accéder aux récits détaillés des participants. Toutefois, le fait que l'échantillon provienne d'un seul organisme restreint la transférabilité des résultats. Une suite possible serait d'élargir l'étude à d'autres contextes (publics, privés, universitaires), au Québec et ailleurs.

Les résultats de cette étude invitent à repenser les pratiques de supervision dans une perspective plus collaborative. Ils pourraient orienter la formation des superviseurs vers une posture plus réflexive, basée sur l'écoute et la co-construction. D'autres recherches pourraient explorer l'impact à long terme de cette alliance sur la qualité des interventions.

Enfin, un futur axe de recherche consisterait à explorer l'alliance thérapeutique, soit la dynamique relationnelle entre pairs, au sein du même groupe de supervision.

Annexe. Questions de l'étude.

En s'inspirant de la grille proposée par Côté et al. (2017), voici le guide d'entrevue sur l'alliance pédagogique lors de la rétroaction en supervision clinique, utilisé pour les entretiens semi-dirigés conduits au cours de l'étude psychologique.

- Que signifie pour vous la notion d'alliance pédagogique lors de la rétroaction en supervision clinique ? Quelles sont selon vous les conditions favorables (et défavorables) à cette alliance ?
- Depuis que vous coordonnez/supervisez à Clic Aide ou depuis que vous êtes bénévole à Clic Aide, pouvez-vous me parler d'une ou de quelques situations de supervision où l'alliance pédagogique entre le superviseur et le stagiaire s'est créée et était satisfaisante ? Selon vous, qu'est-ce qui a le plus contribué à ce que ce soit satisfaisante ?
- Depuis que vous coordonnez/supervisez à Clic Aide ou depuis que vous êtes bénévole à Clic Aide, avez-vous déjà vécu une ou des situations de supervision où l'alliance pédagogique entre le superviseur et le stagiaire était insatisfaisante ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ? Selon vous, qu'est-ce qui a contribué à ce que ce soit insatisfaisante ? Comment avez-vous géré cette (ces) situation(s) ?
- Avant de terminer cette entrevue, avez-vous d'autres commentaires à faire en lien avec l'alliance pédagogique lors de la rétroaction en supervision clinique ?

Références

- Aafjes-van Doorn, K., Spina, D. S., Horne, S. J., & Békés, V. (2024). The association between quality of therapeutic alliance and treatment outcomes in teletherapy: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 110.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th ed.). Pearson.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317–326.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien : L'enquête et ses méthodes* (2e éd.). Armand Colin.
- Bois, C. (2023). La présence : Élément participant à la création de l'alliance pédagogique. *Distances et médiations des savoirs*, (42). <https://journals.openedition.org/dms/9176>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Bouchard, M.-E. (2014). Alliance thérapeutique, expérience du thérapeute et satisfaction du client envers la thérapie : Étude des relations entre ces variables [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. *Savoirs UdeS*. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/5453>
- Castillo, M. (2021). L'écoute dans les contextes cliniques : Entre art et technique. *Rhizome*, 79, 5–6.
- Castro, D., Santiago-Delefosse, M., & Capdevielle-Mougnibas, V. (2009). La supervision de la pratique clinique : Définitions et questionnements. *Le Journal des psychologues*, 270(7), 45–48.

- Côté, L. (2015). Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique. *Pédagogie médicale*, 16(1), 79–84.
- Côté, L., Breton, E., Boucher, D., Déry, E., & Roux, J.-F. (2017). L'alliance pédagogique en supervision clinique : Une étude qualitative en sciences de la santé. *Pédagogie médicale*, 18(4), 161–170.
- Ellyson, A. (2017). La représentation de la construction de l'alliance thérapeutique et de la réparation des ruptures d'alliance chez les thérapeutes novices [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/10831/1/D3280.pdf>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives. Chenelière Éducation.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181.
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 434–449. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.4.434>
- Kilminster, S. M., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. (2007). AMEE Guide no. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*, 29(1), 2–19. <https://doi.org/10.1080/01421590701210907>
- Norcini, J., & Burch, V. (2007). Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide no. 31. *Medical Teacher*, 29(9), 855–871. <https://doi.org/10.1080/01421590701775453>
- Paquelin, D., & Bois, C. (2021). De l'alliance thérapeutique à l'alliance pédagogique : L'essence d'une collaboration éducative. *Questions Vives*, (36). <https://journals.openedition.org/questionsvives/6374>
- Pereira Miozzari, A. C., Sader, J., Gillabert, C., Bideau, M., Meynard, A., Paschoud, A., Diana, A., Sommer, J., Rieder, A., & Audétat, M. C. (2024). Cercles de qualité pédagogique (CQP) : Une recherche-action visant à optimiser la formation des cliniciens enseignants en cabinet. *Pédagogie médicale*.
- Petry Genay, I., & Dupré, F. (2024). Des alliances pédagogiques pour favoriser l'accès à l'étude des savoirs : Une étude de cas en Ulis collège. *La Nouvelle revue – Éducation et société inclusives*, 277–294.
- Ramani, S., & Leinster, S. (2008). AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Medical Teacher*, 30, 347–364. <https://doi.org/10.1080/01421590802061613>
- Rogers, C. (2015). La relation d'aide et la psychothérapie (J.-P. Zigliara, Trad.). ESF Sciences humaines. (Travail original publié en 1942)
- Rogers, C. (1977). Carl Rogers on personal power. Delacorte.
- Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi ? Comment ? *Psychothérapies*, 4(4), 215–222.
- Telio, S., Ajjawi, R., & Regehr, G. (2015). The “educational alliance” as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Academic Medicine*, 90, 609–614. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000560>
- Teunissen, P. W., Stapel, D. A., van der Vleuten, C. P., Scherpbier, A., Boor, K., & Scheele, F. (2009). Who wants feedback? An investigation of the variables influencing residents' feedback-seeking behavior in relation to night shifts. *Academic Medicine*, 84(7), 910–917. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181a81454>
- Watkins, C. E., Jr. (2011). Toward a tripartite model of supervision for psychotherapy: Enhancing knowledge, skills, and self-awareness. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 201–211. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9163-1>
- Watkins C. E., Jr (2014). The supervisory alliance: a half century of theory, practice, and research in critical perspective. *American journal of psychotherapy*, 68(1), 19–55. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.1.19>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., & Bombardier, M. (2017). L'alliance thérapeutique lors d'une télépsychothérapie par vidéoconférence pour un trouble du spectre anxieux : Recension systématique des écrits. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 277–302.

Pour citer l'article

Romagnoli, M. (2025). Où les astres s'alignent : Comprendre l'alliance pédagogique dans les rétroactions en supervision clinique. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 15(1), 42–47.

Droits d'auteur

© 2025 Romagnoli. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

LES ENFANTS DE PARENTS VIVANT AVEC DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE : UNE REVUE NARRATIVE SUR LES IMPACTS, LES ENJEUX ET LES STRATÉGIES D'INTERVENTION

Sophia Rose LABBÉ^{1,2*}

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

²Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF), Québec, QC, Canada

*srlab1@ulaval.ca

Résumé

Les enfants de parents atteints de troubles de santé mentale font face à des défis importants qui affectent leur développement, leur bien-être et leur santé mentale. Cette revue narrative explore les impacts sur les enfants des troubles de santé mentale chez les parents et propose des stratégies d'intervention adaptées. Les principaux sujets abordés sont la transmission intergénérationnelle de certains troubles de santé mentale, l'impact sur divers aspects du développement des enfants, les facteurs de risque et de protection associés, la stigmatisation et le rôle du soutien familial. Les résultats révèlent que ces enfants courent un risque accru de troubles mentaux souvent liés au stress chronique, à l'instabilité familiale et aux responsabilités disproportionnées qu'ils assument. Des interventions prometteuses émergent, notamment des programmes psychoéducatifs pour les parents, des initiatives communautaires renforçant la résilience des jeunes et des approches éducatives pour réduire la stigmatisation. Cette synthèse met en lumière la nécessité de stratégies d'intervention adaptées pour répondre aux besoins spécifiques de ces enfants et de leurs familles. Elle offre des pistes concrètes pour guider les pratiques cliniques et communautaires, tout en améliorant la compréhension des enjeux liés à cette problématique.

Mots-clés : Troubles mentaux parentaux, transmission intergénérationnelle, santé mentale des enfants, interventions psychoéducatives

Abstract

Children of parents with mental health disorders face significant challenges that affect their development, well-being, and mental health. This narrative review explores the impacts of parental mental health disorders on children and proposes adapted intervention strategies. The main topics addressed include the intergenerational transmission of certain mental health disorders, the impact on various aspects of children's development, associated risk and protective factors, stigma, and the role of family support. The findings indicate that these children are at increased risk of developing mental health disorders, largely due to chronic stress, family instability, and disproportionate responsibilities. Promising interventions include psychoeducational programs targeted at parents, community-based initiatives designed to enhance youth resilience, and educational approaches to reduce stigma. This synthesis highlights the need for customized and long-lasting interventions to meet the specific needs of these children and their families. It offers practical suggestions to improve clinical and community practices while helping to better understand the challenges faced by this vulnerable population.

Keywords: Parental mental illness, intergenerational transmission, children's mental health, psychoeducational interventions

Les troubles de santé mentale chez les parents touchent un grand nombre de familles (Apter et al., 2017; Leijdesdorff et al., 2017). Par définition, un trouble de santé mentale est une altération importante de la pensée ou du comportement qui cause une détresse psychologique ou nuit au fonctionnement (Gouvernement du Québec, 2025). Ces troubles peuvent se manifester sous plusieurs noms : l'anxiété, la dépression ou le trouble bipolaire, n'en sont que quelques-uns. Ces derniers affectent non seulement les individus qui en souffrent, mais également les enfants qui grandissent dans ces environnements marqués par l'instabilité émotionnelle et relationnelle (Rossow et al., 2016; Murphy et al., 2014). Ces enfants sont souvent confrontés à des défis uniques qui peuvent à la fois nuire à leur développement optimal et augmenter leur risque

de développer, à leur tour, un trouble de santé mentale (Karl et al., 2024; Stein et al., 2014). Cette problématique est exacerbée par la stigmatisation et le manque de ressources disponibles pour ces familles (Reupert et al., 2021; Drost et al., 2017).

Ces enfants, confrontés à des responsabilités disproportionnées et à un stress chronique, présentent un risque accru de développer un trouble de santé mentale. Cela révèle un mécanisme de transmission intergénérationnelle, soit le processus par lequel certaines caractéristiques des individus se transmettent d'une génération à l'autre, de façon consciente ou inconsciente (Apter et al., 2017; Van Santvoort et al., 2014). Malgré la reconnaissance croissante de cette problématique, les défis associés au dépistage, à la prévention et à l'intervention restent impor-

tants (Drost et al., 2017; Seeger et al., 2022). Les impacts des troubles mentaux parentaux sont exacerbés par la stigmatisation, le manque d'accès aux services de soutien et les limites des interventions actuellement disponibles (Reupert et al., 2021; Rossow et al., 2016). Ces obstacles accentuent le fardeau porté par ces enfants et leurs familles, mettant en lumière la nécessité d'élaborer des stratégies d'intervention plus ciblées et adaptées (Havinga et al., 2017; Davies et al., 2022).

Objectifs

L'objectif principal de cette revue narrative est de présenter des associations entre les impacts des troubles de santé mentale des parents sur la santé mentale et le développement des enfants de tous âges. Cette section vise à mettre en lumière les mécanismes de transmission intergénérationnelle et à identifier les principaux impacts psychologiques, émotionnels et cognitifs.

Le deuxième objectif consiste à relever les facteurs de risque et de protection qui influencent la santé mentale de ces enfants. Une attention particulière est portée à la stigmatisation et au rôle du soutien familial, étant donné leur impact important. Cette section met en évidence les variables susceptibles de moduler l'ampleur des effets négatifs sur les enfants.

Le troisième objectif est de répertorier les interventions prometteuses visant à soutenir les enfants et leurs familles. Cette partie de la recension s'intéresse notamment aux programmes de soutien parental, aux interventions communautaires et aux outils numériques visant à favoriser la résilience des enfants. Des pistes intéressantes sont également proposées pour encourager la mise en place d'interventions mieux adaptées et améliorer les stratégies de prévention.

Impacts sur la santé mentale

Risque de troubles mentaux spécifiques chez les enfants

Les enfants de parents ayant un trouble de santé mentale présentent un risque important de développer des troubles spécifiques, reflétant l'impact intergénérationnel des conditions psychologiques familiales (Leijdesdorff et al., 2017; Apter et al., 2017). Les troubles dépressifs sont ceux qui prédominent chez les enfants de parents bipolaires (Apter et al., 2017). Par ailleurs, les enfants de parents anxieux ou dépressifs courent un risque élevé de développer des troubles de l'humeur ou de l'anxiété, atteignant 65 % à l'âge de 35 ans, une prévalence 2 à 3 fois supérieure à celle retrouvée dans la population générale (Havinga et al., 2017). Les enfants de parents ayant un trouble de la personnalité limite font face à des risques accrus de développer ce même trouble, ainsi que des troubles de l'attachement (Rossow et al., 2016). Par ailleurs, l'alcoolisme des parents est associé à des

conséquences négatives sur leurs enfants, notamment des comportements à risque à l'adolescence tels que la consommation de substances, la délinquance et les comportements violents (Rossow et al., 2016). Ces jeunes sont également plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale (Rossow et al., 2016). Les troubles de santé mentale chroniques, notamment la dépression postnatale, augmentent les risques de retards de développement et de psychopathologies chez les enfants, tels que des troubles liés à l'anxiété et à la dépression (Apter et al., 2017).

Effets de la psychopathologie parentale sur les comportements suicidaires

La présence d'antécédents de suicides familiaux constitue un facteur de risque majeur pour le développement de conduites suicidaires chez les adolescents (Apter et al., 2017; Rossow et al., 2016). De plus, la psychopathologie des parents, comme la dépression, la consommation de substances ou les comportements antisociaux, augmente ce risque chez l'enfant (Apter et al., 2017; Rossow et al., 2016). Les environnements familiaux marqués par des abus ou de la violence intensifient également ces vulnérabilités (Apter et al., 2017; Rossow et al., 2016).

Conséquences sur les circuits cérébraux

Les modifications des réseaux cérébraux, impliqués dans la régulation émotionnelle chez les enfants exposés à un trouble de santé mentale chez leur parent, jouent un rôle central dans la transmission intergénérationnelle (Stein et al., 2014). Souvent observées chez les enfants exposés à des troubles parentaux périnataux, celles-ci se traduisent par une hausse des comportements externalisés, comme l'agressivité ou l'opposition (Stein et al., 2014). Ces altérations augmentent également la vulnérabilité des enfants aux troubles de l'humeur et d'anxiété (Stein et al., 2014; Karl et al., 2024). Ces modifications cérébrales, notamment sur le plan des connexions entre le cortex préfrontal et les structures sous-corticales, augmentent la difficulté de régulation émotionnelle et prédisposent les enfants à une impulsivité accrue, augmentant le risque de troubles de santé mentale (Karl et al., 2024).

Rôle du soutien social et des ressources

Le manque de soutien social exacerbe les difficultés des enfants de parents atteints d'un trouble de santé mentale (Drost et al., 2017). Sans accès à des services professionnels ou à un réseau familial de soutien, ces enfants sont plus susceptibles de développer des symptômes de détresse (Drost et al., 2017). L'accès à des informations appropriées sur les troubles de santé mentale ainsi que la mise en place d'interventions précoces, sont essentiels pour rompre ce cycle intergénérationnel (Stein et al., 2014).

Impacts sur le développement

Répercussions sur le développement socio-émotionnel

La santé mentale fragile des parents est liée au développement socio-émotionnel des enfants. Ces derniers peuvent réagir par un blocage émotionnel ou de l'évitement, exacerbant la détresse des parents (Murphy et al., 2014). Ce cercle vicieux peut limiter les enfants dans l'atteinte des étapes normales de leur développement social et émotionnel (Murphy et al., 2014).

Les troubles de santé mentale chez les parents peuvent affecter la capacité de ceux-ci à répondre aux besoins émotionnels de leurs enfants, compromettant la qualité des interactions parent-enfant (Seeger et al., 2022). Par exemple, le trouble de la personnalité limite (TPL) peut influencer les comportements parentaux. Les parents souffrant de TPL peuvent afficher des comportements marqués par une plus grande hostilité et des difficultés de régulation émotionnelle (Seeger et al., 2022). Le TPL peut également être associé à des comportements permissifs, rejetant ou négligents (Seeger et al., 2022). Ces comportements négatifs perturbent la qualité des interactions parent-enfant, réduisant la sensibilité parentale (Seeger et al., 2022).

Les divers troubles de santé mentale peuvent indirectement entraîner des attachements insécurisés ou désorganisés, lesquels sont associés à des difficultés relationnelles et émotionnelles à long terme (Stein et al., 2014; Seeger et al., 2022). Souvent, ces parents s'évaluent comme étant plus chaleureux que ce que leurs enfants rapportent (Murphy et al., 2014). Cette divergence peut aggraver les tensions familiales et accentuer les difficultés émotionnelles des enfants (Murphy et al., 2014). Ces interactions perturbées, combinées à des comportements parentaux incohérents ou imprévisibles, peuvent également nuire à la capacité des enfants à établir des relations stables à l'âge adulte (Seeger et al., 2022).

De plus, de nombreux enfants assument des responsabilités domestiques importantes, telles que le nettoyage, la préparation des repas, ou encore la supervision de la prise de médicaments d'un parent malade (Dam & Hall, 2016). Ce rôle d'aidant, parfois inadapté à leur âge, réduit leurs interactions sociales, qui sont pourtant essentielles au développement optimal (Davies et al., 2022).

Altérations cérébrales

Les troubles intériorisés, comme l'anxiété et la dépression chez les parents, sont associés à des modifications dans la connectivité cérébrale des enfants. Ces altérations affectent

des régions clés impliquées dans la régulation des émotions, telles que les connexions entre le cortex préfrontal et les structures sous-corticales (Karl et al., 2024). Les effets de ces altérations cérébrales varient également selon la nature des troubles: les troubles intériorisés, comme la dépression, diffèrent des troubles extériorisés, comme les comportements antisociaux, dans leur impact sur la connectivité cérébrale (Karl et al., 2024).

Effets des troubles mentaux maternels périnataux

Les troubles de santé mentale chez la mère pendant la grossesse, tels que l'anxiété et la dépression, augmentent indirectement les risques de naissance prématurée, de faible poids à la naissance et de retards de développement chez les enfants (Satyanarayana et al., 2011; Stein et al., 2014). Ces impacts précoces peuvent compromettre non seulement le développement physique, mais également les trajectoires émotionnelles et cognitives de l'enfant (Stein et al., 2014). Les interventions précoces pour soutenir la santé mentale des mères pendant cette période critique pourraient atténuer ces effets (Stein et al., 2014).

Événements stressants

Les facteurs de stress extrêmes chez les parents, tels que l'incarcération, la perte d'un proche ou une séparation conjugale, exacerbent indirectement les difficultés développementales des enfants (Turney, 2014). Ces contextes engendrent une accumulation de pressions psychologiques, limitant le développement émotionnel et social des enfants (Turney, 2014). Ces circonstances sont également associées à des retards de développement, des troubles de l'attention, des comportements perturbateurs, ainsi qu'à des absences scolaires fréquentes (Turney, 2014).

Facteurs de risque

Impact sur la qualité de vie des enfants

La qualité de vie des enfants peut être compromise par les troubles de santé mentale des parents. Les études montrent qu'elle diminue à mesure que les enfants avancent en âge et se voit aggravée par la prise de responsabilités accrues, l'offre de soins émotionnels et les répercussions négatives liées au soutien apporté au parent malade à domicile (Kallander et al., 2021). Ces éléments augmentent la charge psychologique et impactent leur capacité d'adaptation (Kallander et al., 2021). Les enfants souffrent également de l'absence de leur parent lors d'hospitalisations et ces périodes intensifient leurs inquiétudes sur la santé et la sécurité du parent (Dam & Hall, 2016).

Culpabilité et isolement

Les jeunes enfants interprètent souvent les mauvais jours de leurs parents comme une conséquence de leurs propres actions, ce qui les pousse à se blâmer eux-mêmes. Cette culpabilité peut engendrer une faible estime de soi et un sentiment d'infériorité (Dam & Hall, 2016). Même lorsque le parent semble bien aller, l'enfant continue de ressentir de l'inquiétude face à la possibilité d'une rechute (Dam & Hall, 2016).

Par ailleurs, les enfants se retrouvent fréquemment seuls avec leurs pensées et émotions, en l'absence de soutien émotionnel ou explicatif. Cette solitude alimente leur peur pour l'avenir et intensifie leur sentiment d'isolement (Dam & Hall, 2016).

Les enfants peuvent se préoccuper de la sécurité de leur parent au point de renoncer à sortir avec des amis. Ils craignent constamment une rechute ou un suicide parental (Dam & Hall, 2016). Certains enfants s'inquiètent d'être placés en famille d'accueil ou de développer eux-mêmes un trouble mental (Dam & Hall, 2016). Leur manque de connaissances amplifie leurs difficultés à comprendre, à reconnaître et à gérer la maladie de leurs parents (Dam & Hall, 2016).

Dynamique familiale dysfonctionnelle

Les environnements familiaux marqués par des conflits, de la négligence ou des styles parentaux autoritaires exposent les enfants à un risque accru de troubles anxieux, dépressifs et comportementaux (Ani, 2024). Le retrait social des parents ayant une schizophrénie, par exemple, limite les opportunités pour les enfants de chercher du soutien supplémentaire (Murphy et al., 2014). Ce retrait aggrave leur sentiment d'isolement et leur charge émotionnelle (Murphy et al., 2014). De plus, la famille élargie peut être moins disponible émotionnellement pour l'enfant en raison de sa propre réaction face au diagnostic du parent (Murphy et al., 2014).

Stigmatisation et intimidation

La stigmatisation liée au trouble de santé mentale des parents exacerbe l'isolement social des enfants (Dam & Hall, 2016). Ils peuvent subir des attitudes discriminatoires de la part de leur entourage social, y compris des voisins et des camarades de classe, et peuvent même faire face à de l'intimidation scolaire (Dam & Hall, 2016). Cette dynamique alimente un cercle vicieux d'exclusion sociale, où les enfants se sentent incompris, honteux ou coupables des comportements de leurs parents (Reupert et al., 2021). Par conséquent, ils évitent de demander de l'aide ou de partager leur expérience, aggravant ainsi leur isolement (Drost et al., 2017; Davies et al., 2022). La stigmatisation constitue une barrière importante à l'accès aux services de soutien pour les enfants : ces derniers ont peur d'être jugés ou

retirés de leur famille, ce qui les empêche de chercher de l'aide (Davies et al., 2022). Cette stigmatisation est souvent renforcée par des attitudes familiales silencieuses ou la dissimulation du trouble : une dynamique intergénérationnelle qui affecte durablement leur développement émotionnel et social (Reupert et al., 2021).

Cumul des risques

Le cumul de facteurs tels qu'une faible situation socioéconomique, les hospitalisations répétées des parents, ou l'absence de soutien familial, accentue les probabilités de troubles de santé mentale sévères chez les enfants (Apter et al., 2017). La pauvreté et la faible éducation des parents sont des facteurs aggravants, augmentant de deux à trois fois le risque de troubles de santé mentale chez les enfants issus de familles à faibles revenus (Apter et al., 2017). Une comorbidité des troubles de santé mentale, une chronicité de ceux-ci, et le sexe féminin de l'enfant augmentent également les risques pour ces derniers (Leijdesdorff et al., 2017).

Facteurs de protection

Influence des compétences sociales et du soutien social

Les compétences sociales auto-rapportées par les enfants, telles que leur capacité à interagir avec leurs pairs, sont associées à des effets positifs sur leur bien-être (Kallander et al., 2021). Le fait d'être un garçon, l'implication d'autres adultes pour assumer les responsabilités du parent malade, ainsi que la prestation de soins pour ce parent, contribuent également à des résultats positifs perçus par les enfants (Kallander et al., 2021). De plus, des environnements familiaux positifs, caractérisés par une communication ouverte, de la chaleur émotionnelle et des relations parentales saines, permettent de réduire le risque de troubles mentaux chez les enfants et renforcent leur régulation émotionnelle, leur résilience et leur stabilité psychologique (Ani, 2024; Havinga et al., 2017). Le soutien social joue un rôle de protection essentiel face aux défis engendrés par la maladie mentale parentale : il peut prendre la forme d'un soutien émotionnel, en contribuant à réduire le stress parental, d'un soutien informatif, par le biais de conseils pratiques fournis par des intervenants, ou d'un soutien instrumental, via une assistance concrète dans les responsabilités quotidiennes (Seeger et al., 2022).

Importance de l'information et de l'éducation

Les enfants informés sur les troubles de santé mentale de leurs parents sont mieux préparés à y faire face. Recevoir des informations claires leur permet de mieux comprendre et d'anticiper les comportements liés à la maladie, ce qui

aide à réduire l'intensité des émotions douloureuses, le sentiment d'isolement et à accroître leur sentiment de proximité dans leurs relations familiales (Dam & Hall, 2016). La capacité des enfants à comprendre la maladie est ainsi perçue comme un facteur de protection majeur, les aidant à normaliser leur expérience familiale (Drost et al., 2017).

Renforcement des forces personnelles et de la résilience des enfants

Certains enfants développent des qualités personnelles remarquables en réponse au trouble de santé mentale de leur parent. Ces forces incluent l'indépendance, la maturité et la tolérance. Les enfants qui surmontent ces défis développent des compétences d'adaptation importantes et une résilience face à l'adversité, ce qui leur permet de mieux naviguer dans d'autres sphères de leur vie (Drost et al., 2017). Ils sont également en mesure de reconnaître les signes de rechute parentale, de prendre des mesures préventives et d'assumer des responsabilités familiales lorsque nécessaire (Drost et al., 2017).

Interventions prometteuses

Impact du traitement parental sur la santé mentale des enfants

Le traitement des troubles de santé mentale chez les parents a un impact direct sur la santé mentale des enfants. Les recherches soulignent que des relations parent-enfant sécurisantes favorisent la stabilité émotionnelle et le bien-être des enfants. En promouvant un environnement familial équilibré et en soutenant les parents dans leur rôle, les risques de troubles chez les enfants peuvent être significativement réduits (Ani, 2024; Havinga et al., 2017).

Interventions pour le parent

Les interventions basées sur la famille, telles que la thérapie familiale et les programmes de compétences parentales, ont démontré leur efficacité pour améliorer les dynamiques familiales et atténuer les effets négatifs des environnements dysfonctionnels (Ani, 2024). Ces interventions sont essentielles pour réduire les facteurs de risque associés aux troubles de santé mentale chez les enfants et pour favoriser un développement positif (Ani, 2024).

Dans le cadre des soins cliniques, il est également essentiel que le personnel de santé, en particulier les psychiatres travaillant avec des adultes atteints de troubles de santé mentale, accorde une attention accrue aux rôles parentaux positifs de ces individus. Reconnaître et soutenir ces rôles peut améliorer la dynamique parent-enfant et atténuer les effets négatifs sur la famille (Murphy et al., 2014).

Les interventions doivent également commencer dès que possible après le diagnostic d'un trouble de santé mentale chez le parent pour limiter le risque d'évitement au sein de la famille (Murphy et al., 2014). Les professionnels de la santé et des services sociaux doivent proposer des évaluations et des interventions appropriées pour répondre aux besoins des enfants et des parents : cela inclut la révision des stratégies de communication pour encourager une expression ouverte des besoins et des expériences des enfants et des parents (Murphy et al., 2014).

Les programmes de prévention, comme les interventions précoces axées sur les dyades parent-enfant et le soutien parental intensif, montrent des résultats prometteurs pour réduire les impacts négatifs de ces troubles chez les parents (Apter et al., 2017). De plus, des interventions préventives qui informent les enfants sur la maladie de leur parent et leur fournissent un soutien psychosocial peuvent réduire de 40 % leur risque de développer des troubles mentaux (Leijdesdorff et al., 2017).

Des initiatives spécifiques, telles que la thérapie cognitivo-comportementale pour les mères souffrant de dépression ou d'anxiété pendant la grossesse, permettent également de réduire les risques pour les enfants et de favoriser une relation d'attachement plus sécurisante (Stein et al., 2014). Par ailleurs, des programmes comme la parentalité consciente « Mindful Parenting » présentent des résultats significatifs en matière de réduction du stress parental et des comportements inadaptés chez les enfants : ceux-ci enseignent des techniques de pleine conscience, permettant aux parents de mieux gérer leurs réactions émotionnelles et d'adopter des pratiques parentales plus positives (Bogels et al., 2014).

La faisabilité de ces interventions, comme le démontre le faible taux d'abandon, souligne leur pertinence dans les contextes de soins en santé mentale. Ces programmes renforcent les compétences parentales, améliorant ainsi les relations parent-enfant (Bogels et al., 2014). Les parents signalent une amélioration de leurs compétences parentales, notamment dans la coparentalité et la gestion des comportements des enfants (Bogels et al., 2014). Cette amélioration se traduit par une diminution des pratiques parentales coercitives (Bogels et al., 2014).

Interventions pour l'enfant

Des initiatives de clavardage en ligne offrent également un soutien crucial à ces enfants. Ces plateformes favorisent l'échange d'expériences, réduisent l'isolement social et offrent des ressources éducatives adaptées. Elles permettent aux jeunes d'accéder à des soutiens anonymes, renforçant ainsi leur résilience et leur sentiment de compétence (Drost et al., 2017). Les jeunes ayant participé à des interventions en ligne ont également montré une augmentation

de leurs intentions de recherche d'aide (Davies et al., 2022). De plus, le partage d'expériences communes sur les forums facilite le développement de compétences émotionnelles et sociales, favorisant leur adaptation face aux défis qu'ils rencontrent (Davies et al., 2022).

Les enfants ayant participé aux groupes de soutien ont présenté une réduction des pensées de culpabilité, de honte et de solitude (van Santvoort et al., 2014). Ils ont indiqué qu'ils cherchaient plus de soutien social après leur participation au groupe : celui-ci provenait d'amis, de membres de la famille ou d'autres sources, ce qui a contribué à réduire leur isolement social (van Santvoort et al., 2014).

Conclusions sur les interventions prometteuses

Les interventions doivent inclure une combinaison de stratégies préventives, de soutien parental, d'approches centrées sur la famille et de ressources éducatives pour répondre aux besoins complexes des familles. La prévention précoce est essentielle, car elle réduit les risques de transmission intergénérationnelle des troubles mentaux (Murphy et al., 2014). Les interventions doivent inclure l'éducation des parents pour les aider à communiquer efficacement avec leurs enfants (Bogels et al., 2014). Les écoles peuvent jouer un rôle essentiel en identifiant les enfants touchés par la maladie mentale parentale et en fournissant des ressources éducatives adaptées (van Santvoort et al., 2014). Les outils numériques, tels que les plateformes en ligne, doivent être utilisés pour fournir des soutiens anonymes et accessibles aux jeunes qui peuvent être réticents à demander de l'aide en personne (Drost et al., 2017).

Discussion

Les principaux constats de cette recension révèlent que les enfants de parents ayant un trouble de santé mentale courent un risque accru de développer des troubles pour diverses raisons. En effet, ils éprouvent souvent de la culpabilité, de l'anxiété et un sentiment d'isolement, nourri par l'absence de soutien émotionnel (Dam & Hall, 2016). Les dynamiques familiales conflictuelles, négligentes ou marquées par le retrait parental accentuent également leur détresse et nuit à leur développement socio-émotionnel (Ani, 2024; Murphy et al., 2014). Les altérations des circuits cérébraux chez ces enfants sont particulièrement préoccupantes, car elles jouent un rôle central dans la transmission intergénérationnelle (Stein et al., 2014; Karl et al., 2024). Ces constats appuient les résultats des études antérieures, tout en renforçant la nécessité d'interventions précoces et adaptées.

Les enfants de parents atteints de troubles de santé mentale sont également exposés à divers comportements à risque.

Par exemple, l'alcoolisme parental est associé à une augmentation de comportements déviants à l'adolescence, tels que la consommation de substances ou la violence (Rossow et al., 2016). De plus, les enfants ayant été exposés à des antécédents familiaux de suicide présentent un risque accru de conduites suicidaires (Apter et al., 2017). Enfin, ceux dont les parents souffrent de schizophrénie, de bipolarité, de troubles de l'humeur ou de la personnalité sont plus susceptibles de développer ces troubles au cours de leur vie (Havinga et al., 2017; Apter et al., 2017; Rossow et al., 2016).

Une attention particulière a été portée sur les facteurs de risque tels que la stigmatisation, l'isolement et la dynamique familiale dysfonctionnelle (Reupert et al., 2021; Drost et al., 2017). La stigmatisation aggrave l'isolement social des enfants et les empêche de demander de l'aide, un phénomène particulièrement préoccupant au vu des risques accrus de troubles anxieux, dépressifs et comportementaux (Reupert et al., 2021). Ce constat met en évidence la nécessité de programmes de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation sociale et à promouvoir des environnements scolaires inclusifs.

Du point de vue des facteurs de protection, les résultats mettent en évidence le rôle crucial du soutien social. Qu'il soit familial, scolaire ou communautaire, ce soutien agit comme protecteur face aux défis engendrés par le trouble des parents (Seeger et al., 2022). Les enfants qui en bénéficient montrent une résilience accrue, une meilleure régulation émotionnelle et un sentiment de compétence sociale renforcé (Kallander et al., 2021; Ani, 2024). Ces conclusions confirment la pertinence des interventions axées sur le renforcement des réseaux de soutien social et sur l'amélioration des compétences d'adaptation des enfants.

Les interventions prometteuses identifiées incluent les programmes de soutien parental, les approches psychoéducatives et les outils numériques. Les résultats montrent que les groupes de soutien en ligne et les forums de clavardage offrent un espace d'échange et de soutien anonyme aux enfants, leur permettant de partager leurs expériences et de briser le sentiment d'isolement (Drost et al., 2017; Davies et al., 2022). Les programmes de parentalité consciente ont également démontré leur efficacité pour améliorer les pratiques parentales et favoriser un environnement familial plus stable (Bogels et al., 2014).

Malgré ces constats, certaines limites de la littérature doivent être soulignées. Tout d'abord, plusieurs études incluent des échantillons restreints ou des méthodologies hétérogènes, ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, les aspects culturels et socioéconomiques ne sont pas toujours pris en compte, ce qui pourrait influencer la pertinence des interventions dans certains contextes. Enfin, certaines interventions nécessiteraient un suivi à long terme afin de mesurer leur impact réel sur le développement de l'enfant.

Ces constats suggèrent des recherches futures plus approfondies sur les facteurs protecteurs et les stratégies d'intervention. Les études longitudinales seraient nécessaires pour mieux comprendre la durabilité des impacts des interventions et l'évolution des enfants à mesure qu'ils grandissent. Il serait également pertinent d'explorer les approches culturellement adaptées pour tenir compte des spécificités de ces familles.

Conclusion

Cette recension des écrits met en lumière les effets des troubles mentaux parentaux sur la santé mentale et le développement des enfants. Les mécanismes de transmission intergénérationnelle, tels que l'impact des comportements parentaux et l'effet modérateur du soutien social, jouent un rôle central (Seeger et al., 2022). Les enfants confrontés à ces contextes sont plus susceptibles de développer diverses psychopathologies.

Les programmes de soutien parental et les interventions ciblées sur les comportements parentaux se sont avérés efficaces pour réduire les symptômes chez les enfants et améliorer les relations parent-enfant (Santvoort et al., 2014). Sur le plan clinique, il est crucial d'adopter des approches préventives et adaptées aux besoins des familles.

Les recherches futures doivent explorer l'efficacité des interventions à travers divers contextes culturels et socio-économiques. L'adoption de programmes à long terme, qui prennent en compte la diversité des situations familiales, est essentielle pour favoriser un développement sain et stable des enfants (Stein et al., 2014).

En conclusion, il est impératif de renforcer les systèmes de soutien pour les familles touchées, d'intégrer des approches systémiques et de promouvoir des interventions précoces. Les écoles doivent continuer de jouer un rôle proactif en identifiant les enfants à risque et en leur offrant des ressources adaptées (Turney, 2014). Ces mesures visent à limiter les effets négatifs sur les enfants et à favoriser leur épanouissement dans un environnement plus stable et protecteur.

Références

- Ani, N. C. (2024). The Impact of Family Dynamics on Children's Mental Health: Systematic Review. *Nigerian Journal of Arts and Humanities (NJA)*, 4(2), 87–97.
- Apter, G., Bobin, A., Genet, M. C., Gratier, M., & Devouche, E. (2017). Update on Mental Health of Infants and Children of Parents Affected With Mental Health Issues. *Current psychiatry reports*, 19(10), 72. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0820-8>
- Bogels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: Effectiveness and mediating mechanisms. *Mindfulness*, 5(6), 566–579. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0209-7>
- Dam, K., & Hall, E. O. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(3), 442–457. <https://doi.org/10.1111/scs.12285>
- Davies, G., Deane, F. P., Williams, V., & Giles, C. (2022). Barriers, facilitators and interventions to support help-seeking amongst young people living in families impacted by parental mental illness: A systematized review. *Early intervention in psychiatry*, 16(5), 469–480. <https://doi.org/10.1111/eip.13194>
- Drost, L. M. (2017). Survivalkid(s): Online support for adolescents and young adults with a mentally ill family member. <https://hdl.handle.net/11245.1/f296bd3f-9df9-4a2d-88d2-8117cc908ce1>
- Gouvernement du Québec. (2025) À propos des troubles mentaux. Québec.ca. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>
- Havinga, P. J., Boschloo, L., Bloemen, A. J., Nauta, M. H., de Vries, S. O., Penninx, B. W., Schoevers, R. A., & Hartman, C. A. (2017). Doomed for Disorder? High Incidence of Mood and Anxiety Disorders in Offspring of Depressed and Anxious Patients: A Prospective Cohort Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(1), e8–e17. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09936>
- Kallander, E. K., Weimand, B. M., Hanssen-Bauer, K., Van Roy, B., & Ruud, T. (2021). Factors associated with quality of life for children affected by parental illness or substance abuse. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(2), 405–419. <https://doi.org/10.1111/scs.12868>
- Karl, V., Beck, D., Eilertsen, E., Morawetz, C., Wiker, T., Aksnes, E. R., Norbom, L. B., Ferschmann, L., MacSweeney, N., Voldsbekk, I., Andreassen, O. A., Westlye, L. T., Gee, D. G., Engen, H., & Tamnes, C. K. (2024). Associations between parental psychopathology and youth functional emotion regulation brain networks. *Developmental cognitive neuroscience*, 70, 101476. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2024.101476>
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L., & Jackson, D. (2014). A Dynamic Cycle of Familial Mental Illness. *Issues in mental health nursing*, 35(12), 948–953. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.927543>

- Reupert, A., Gladstone, B., Helena Hine, R., Yates, S., McGaw, V., Charles, G., Drost, L., & Foster, K. (2021). Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. *International journal of mental health nursing*, 30(1), 6–26. <https://doi.org/10.1111/inm.12820>
- Rossow, I., Felix, L., Keating, P., & McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug and alcohol review*, 35(4), 397–405. <https://doi.org/10.1111/dar.12319>
- van Santvoort, F., Hosman, C. M., van Doesum, K. T., & Janssens, J. M. (2014). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 23(6), 473–484. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0476-9>
- Satyanarayana, V. A., Lukose, A., & Srinivasan, K. (2011). Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian journal of psychiatry*, 53(4), 351–361. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.91911>
- Seeger, F. R., Neukel, C., Williams, K., Wenigmann, M., Fleck, L., Georg, A. K., Bermpohl, F., Taubner, S., Kaess, M., & Herpertz, S. C. (2022). Parental Mental Illness, Borderline Personality Disorder, and Parenting Behavior: The Moderating Role of Social Support. *Current psychiatry reports*, 24(11), 591–601. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01367-8>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet (London, England)*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Turney K. (2014). Stress proliferation across generations? Examining the relationship between parental incarceration and childhood health. *Journal of health and social behavior*, 55(3), 302–319. <https://doi.org/10.1177/0022146514544173>

Pour citer l'article

Labbé, S. R. (2025). Les enfants de parents vivant avec des troubles de santé mentale : une revue narrative sur les impacts, les enjeux et les stratégies d'intervention. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 15(1), 48-55.

Droits d'auteur

© 2025 Labbé. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

REMERCIEMENTS

Le comité éditorial de la revue *Psycause* tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué de près ou de loin au développement de la revue au sein des dernières années :

- Les professeur(e)s et chercheur(e)s nous ayant rencontré pour discuter de nos idées, et pour nous émettre leurs commentaires et critiques : Isabelle Blanchette (Ph. D.) et Alexandre Marois (Ph. D.)
- L'équipe de la diffusion de la recherche, des communications savantes et du Bureau du droit d'auteur de la Bibliothèque de l'Université Laval. Plus particulièrement, nous voulons remercier Mme Maude Laplante-Dubé et M. Pierre Lasou, bibliothécaires aux communications savantes, qui ont permis au site du *Psycause* de gagner en visibilité.
- La direction de l'École de psychologie ainsi que le Fond d'Investissement étudiant (FIÉ), qui nous appuient dans la mise en place de la revue au sein de l'École de psychologie et nous offrent la chance de collaborer avec le corps professoral.

Le comité éditorial tient également à remercier les personnes ayant soumis des manuscrits ainsi que tous les membres étudiants et du corps professoral qui se sont impliqués bénévolement, que ce soit pour le processus de révision par les pairs ou pour la révision linguistique.



ÉDITION RECHERCHE DIRIGÉE 2025

**SURVEILLEZ LA PROCHAINE PARUTION DU PSYCAUSE
PRÉVUE À LA FIN DE L'AUTOMNE 2025.**

Cette édition Recherche Dirigée met de l'avant les projets de recherche des étudiant(e)s des concentrations « Recherche » et « Recherche et intervention » du baccalauréat en psychologie. La formule vous permettra d'apprécier ces projets sous la forme d'un résumé long ; une édition idéale pour survoler la variété de champs d'études offerts au sein de l'École de psychologie.