

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Cette étude est une recherche corrélacionnelle qui utilise une mesure transversale et quantitative. Dans cette section, sont présentés l'échantillonnage, les instruments de mesure et les stratégies d'analyses statistiques.

4.1 L'échantillon

L'échantillon de convenance est composé de 101 personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et de troubles schizo-affectifs et schizophréniformes, décrits dans le DSM-IV.

Afin d'homogénéiser la population de l'échantillon, les critères d'inclusion choisis en termes d'âge et de traitement sont les suivants: être âgé 18 à 65 ans, et être activement suivi dans une clinique externe de psychiatrie. Pour augmenter la probabilité de validité des réponses aux questionnaires, deux autres critères d'inclusion ont été retenus : la capacité de comprendre ou de lire le français, et celle de s'exprimer dans cette langue. Enfin, deux critères d'exclusion ont été retenus : le fait de souffrir d'une déficience intellectuelle ou d'une maladie organique, et celui de se présenter intoxiqué aux entrevues.

4.2 Procédure d'échantillonnage

Le recrutement des participants s'est fait à l'intérieur de deux types de ressources : une clinique externe de psychiatrie et trois structures communautaires d'hébergement.

Des considérations pratiques et théoriques justifient ce choix. En sélectionnant des candidats dans une clinique externe, la collaboration des médecins et des professionnels peut être sollicitée pour le recrutement des participants, et la probabilité que le diagnostic et les critères d'inclusion des candidats soient respectés s'en trouve augmentée, contrairement à ce que pourrait donner une sollicitation générale faite par exemple au moyen d'une annonce. Comme aucune consultation de dossier en vue de vérifier un diagnostic ne peut être faite sans l'autorisation préalable du candidat, une sollicitation générale risquerait de faire participer à la recherche des personnes non admissibles qu'il faudrait rejeter par la suite, après vérification de leur diagnostic. Il faut donc utiliser une mesure de présélection indirecte. Fiable, la procédure choisie permet une économie de temps et d'argent, en plus de faciliter le consentement des répondants et de s'assurer d'une participation à toutes les étapes de la recherche.

Dans les ressources communautaires d'hébergement d'autre part, ce sont les intervenants qui s'occupent du recrutement des candidats. Cette procédure augmente le risque que les candidats ne correspondent pas aux critères de sélection, car ces intervenants n'ont habituellement pas accès aux dossiers de diagnostics. Cet inconvénient peut toutefois être compensé par le fait que la majorité des patients qui fréquentent ce type de ressources ont un diagnostic de schizophrénie, et que les intervenants qui y travaillent ont une bonne connaissance clinique des résidents, qu'ils côtoient depuis de nombreuses années, dans certains cas. En choisissant ces ressources comme lieux de sélection, le niveau de consentement et de fidélisation des participants à toutes les étapes de la recherche se trouve augmenté.

La raison théorique du choix de ces ressources communautaires porte sur la mesure des stressors et des tracasseries de la vie quotidienne. Comme il est important d'avoir un échantillon composé de personnes confrontées aux mêmes stressors que ceux retrouvés dans les instruments

de mesure, le choix des résidants de ces ressources d'hébergement s'avère indiqué. D'un autre côté, le choix de participants dans une clinique externe augmente la possibilité d'obtenir un échantillon mieux réparti en termes de types de logement et d'encadrement social qui s'offrent aux patients diagnostiqués schizophrènes : résidence d'accueil, pavillon, foyer de groupe, appartement supervisé, appartement, chambre et vie familiale. Beaucoup de stressors retrouvés dans les instruments de mesure, comme les tracas quotidiens, sont en effet liés à ces conditions de vie.

Par ailleurs, dans le choix des ressources communautaires, il faut tenir compte de la variable « appartenance à un secteur socio-économiquement défavorisé », caractéristique des patients de la clinique externe sélectionnée pour le recrutement, afin de s'assurer que tous les participants aient une exposition semblable aux stressors liés aux conditions environnementales.

Pratiquement, la procédure d'échantillonnage est la suivante. Après avoir reçu une présentation générale du projet et des critères d'inclusion et d'exclusion, mais sans référence aux diverses hypothèses de la recherche, les médecins et les professionnels de la clinique externe sollicitent des participants potentiels. Les coordonnées de ceux qui acceptent (nom et numéro de téléphone) sont ensuite communiquées au responsable de la recherche qui les contacte, leur explique à nouveau l'objectif de la recherche et fixe les modalités de leur participation (deux rencontres durant une semaine). Dans les ressources communautaires, ce sont les intervenants qui sollicitent les participants et règlent avec eux les modalités de rendez-vous. Quant aux formulaires de consentement, ils sont signés en présence des intervieweurs avant de commencer la première entrevue.

Cette procédure a permis la participation de 117 candidats parmi lesquels 101 ont été retenus. La sélection a été faite selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis, après

vérification des dossiers de diagnostic hospitaliers⁷, selon une grille de validation basée sur les critères du DSM-IV (Appendice E). Finalement, soixante-trois pour cent des candidats retenus (n = 64) proviennent de la clinique externe de psychiatrie.

4.3 La cueillette des données

La participation à la recherche nécessite deux entrevues. Après l'explication détaillée des implications de l'engagement dans la recherche, et la signature des autorisations d'usage, c'est-à-dire les formulaires de participation à la recherche et de consultation des dossiers (Appendice D), le participant répond, durant la première entrevue, à neuf questionnaires auto-administrés pendant une heure et demie environ,⁸ en présence d'un intervieweur. Ce dernier lit les questions et note les réponses. L'ordre de présentation des questionnaires est aléatoire. Dans 75 cas, les intervieweurs ne connaissent pas le participant ou n'ont pas de relation professionnelle avec lui.

Une semaine plus tard, le participant répond au questionnaire semi-structuré *Échelle d'adaptation sociale-II*, qu'administre une assistante de recherche préalablement formée à ce questionnaire. L'entrevue, qui comprend également un questionnaire de renseignements socio-démographiques, dure d'une heure à une heure et demie. Une somme de 20 \$ est alors remise au participant pour défrayer ses frais de participation.

7 Les motifs d'exclusion sont l'absence d'un diagnostic confirmé de schizophrénie; la présence d'une déficience intellectuelle; des difficultés liées à la compréhension des questionnaires; un état psychique qui ne permet pas au participant de répondre aux questionnaires; le manque de validité de certains questionnaires.

8 Deux entrevues se sont allongées sur trois heures, alors que deux autres ont nécessité deux rencontres pour se réaliser dans un intervalle d'une semaine.

Les six intervieweurs des questionnaires auto-administrés ont reçu une formation préalable afin de normaliser la compréhension des questions et la manière de les administrer. Par la suite, un contrôle a été effectué par le responsable de la recherche afin de s'assurer de l'uniformité dans l'administration des questionnaires.

Les deux assistantes de recherche qui ont administré le questionnaire *Échelle d'adaptation sociale-II* ont reçu une formation préalable. Un contrôle interjuge, entre l'assistante de recherche et la formatrice, a été effectué dans cinq entrevues sélectionnées au hasard pour ce qui concerne chacune des assistantes de recherche, et l'accord est identique pour chaque assistante quatre fois sur cinq. De plus, comme indice supplémentaire indiquant une non-différence dans la cotation des deux juges, il n'y a pas de différence significative entre les scores d'adaptation globale des participants mesurés par les deux juges ($t = 1,15$; $p = .253$).

Une préenquête a été effectuée auprès de cinq participants présentant des difficultés potentielles. L'analyse des réponses et des réactions de ces participants a permis de corriger les questions ambiguës dans les questionnaires auto-administrés. Les cinq questionnaires de ces participants n'ont pas été retenus dans l'échantillon final.

4.4 Les mesures

Sont maintenant décrits les instruments de mesure des variables critères utilisés dans cette recherche, ainsi que les variables descriptives pouvant éventuellement être utilisées comme prédicteurs de l'adaptation. Les instruments de mesure sont des questionnaires auto-administrés, constitués d'échelles de type Likert à ancrage numérique ou de format oui/non, ainsi qu'un questionnaire semi-structuré.

Les instruments de mesure des variables critères regroupent onze questionnaires et sont énumérés dans le tableau 4.1. L'adaptation (variable dépendante) comprend deux mesures, et les neuf autres variables indépendantes sont mesurées par des instruments comportant une ou plusieurs échelles.

4.4.1 La variable dépendante

L'adaptation est définie dans cette recherche comme une adaptation sociale. Elle se compose des habiletés de vie autonome nécessaires à l'adaptation sociale, et des divers rôles sociaux dans lesquels sont impliquées les personnes.

Deux échelles sont utilisées pour mesurer l'adaptation sociale : l'échelle des habiletés de vie autonome (HVA) et l'échelle d'adaptation sociale SAS-II. La première (HVA) mesure les habiletés de vie autonome de base, sous-jacentes à la performance dans des rôles sociaux. La deuxième échelle, SAS-II, s'insère dans l'approche des rôles et mesure les manières spécifiques par lesquelles la personne se comporte dans différents rôles.

Les scores Z du score global de chacune de ces deux variables sont additionnés pour constituer un score composite d'adaptation, c'est-à-dire la variable dépendante de l'adaptation. Ces deux variables sont donc combinées en une seule variable d'adaptation nommée tout simplement l'adaptation sociale.

4.4.1.1 L'échelle d'adaptation sociale SAS-II

Cette échelle, la *Social Adjustment Scale SAS-II de Schooler*, Hogarty et Weissman (1979) comprend 57 items divisés en neuf échelles, dont la dernière, l'évaluation globale, regroupe cinq scores globaux différents : le travail, la cohabitation, la famille éloignée, les loisirs

et activités sociales et l'adaptation générale. Le score de l'adaptation générale est celui qui est utilisé dans la recherche.

Tableau 4.1

Liste des instruments de mesure

Auteurs	Variables indépendantes
LES STRESSEURS	
Les événements de vie	
Sarason, Johnson et Siegel (1978)	Life Experience Survey (LES) Sondage sur les expériences vécues (SEV) (47 items) 1. Fréquence 2. Score de changement positif 3. Score de changement négatif 4. Score global de changement
Les tracas quotidiens	
Kanner, Coyne, Schaefer, Lazarus, (1981)	Hassles Scale Échelle de tracas (117 items) 1. Fréquence 2. Sévérité
Les symptômes	
Lecomte (1996)	Échelle de symptômes modifiée (12 items) 1. Les symptômes positifs (7 items) 1.1 La fréquence 1.2 La sévérité 2. Les symptômes négatifs (5 items) 2.1 La fréquence 2.2 La sévérité

Auteurs	Variables indépendantes
LE COPING	
L'évaluation	
Peacock et Wong (1990)	Stress Appraisal Measure (SAM) Mesure de stress perçu (28 items) <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation primaire <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Menace 1.2 Défi 1.3 Centralité 2. Évaluation secondaire <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Contrôlable par soi 2.2 Contrôlable par les autres 2.3 Incontrôlabilité 3. Intensité du stress global
Les stratégies	
Edwards et Baglioni ((1993)	Cybernetic Coping Scale (CSS) Échelle de coping cybernétique (20 items) <ol style="list-style-type: none"> 1. Centré sur le problème <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Changer la situation 1.2 Dévaluation 2. Centré sur l'émotion <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Accommodation 2.2 Réduction des symptômes 3. Évitement

Auteurs	Variables indépendantes
LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE	
Les attitudes d'une personne significative	
Cole et Kazarian (1988)	Level of Expressed Emotion (LEE) Niveau d'émotion exprimée (60 items) <ol style="list-style-type: none"> 1. Intrusion 2. Tolérance/attentes 3. Réponse émotive 4. Attitudes négatives envers la maladie 5. Score global
La stigmatisation	
Link (1987)	Perceived Stigma Questionnaire Questionnaire de stigmatisation perçue (12 items) <ol style="list-style-type: none"> 1. Dévalorisation-discrimination
LA VULNÉRABILITÉ PSYCHOLOGIQUE	
L'estime de soi	
Rosenberg (1965)	Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE) Échelle de l'estime de soi (10 items) <ol style="list-style-type: none"> 1. Score global
La détresse psychologique	
Ilfeld (1976)	Psychiatric Symptom Index (PSI) Indice de détresse psychologique (IDPSQ-29) <ol style="list-style-type: none"> 1. Facteur dépressif (10 items) 2. Facteur anxiété (11 items) 3. Facteur irritabilité (4 items) 4. Facteur problèmes cognitifs (4 items) 5. Score global

Auteurs	Variables indépendantes
VARIABLE DÉPENDANTE	
L'adaptation sociale	
Schooler, Hogarty et Weissman (1979)	Social Adjustment Scale (SAS-II) Échelle d'adaptation sociale (EAS-II) (57 items) 1. Adaptation générale
Les habiletés de vie autonome	
Wallace, Kochanowicz et Wallace (1985)	Independent Living Skills Échelle des habiletés de vie autonome (66 items) 1. Score global

L'adaptation générale se mesure par un format Likert en sept points, et sa cotation est faite par un juge externe. Cette cotation est le jugement global fait par un juge externe. Après avoir évalué, à l'aide de questions semi-ouvertes, le fonctionnement de la personne au travail, dans la cohabitation, la sexualité, les relations parentales, les relations avec la famille éloignée, les loisirs et les relations sociales, les relations amoureuses et le bien-être personnel, le juge fait une évaluation globale sur le fonctionnement au travail, la cohabitation, la famille éloignée et les loisirs et social. Sur la base de ces jugements, il pose un jugement sur l'adaptation générale de la personne sous forme d'un score allant de 1 (excellente adaptation) à 7 (inadaptation profonde). L'évaluation du sujet est faite en fonction des normes et des standards de son environnement et non en fonction des antécédents de ce dernier. Ce score d'adaptation générale est retenu car il représente le fonctionnement social global de la personne.

Les propriétés psychométriques de la version française, traduite par Toupin, Cyr et Lesage (1995), sont vérifiées auprès de deux échantillons de 188 et de 88 patients psychotiques pour ce qui est des cinq scores globaux de l'évaluation globale. La fidélité test-retest s'étale de 0,83 à 0,90.

L'évaluation de la validité divergente, qui va de 0,40 à 0,57, montre qu'il n'y a pas de relation entre l'évaluation globale et le niveau de soins requis selon l'endroit (Care 10) de la grille de New York. Enfin, la validité discriminante montre une corrélation entre le sexe et l'évaluation globale.

Dans cette étude, la version française de Toupin, Cyr et Lesage (1995) est utilisée, et le score de l'adaptation générale est retenu pour former le score composite de l'adaptation sociale.

4.4.1.2 L'échelle des habiletés de vie autonome

Développée par Wallace, Kochanowicz et Wallace (1985) sous le nom *de Independent Living Skills Survey*, cette échelle auto-administrée comprend 66 items divisés en neuf sous-échelles : hygiène personnelle; apparence et tenue vestimentaire; habitudes alimentaires et préparation des repas; entretien ménager; santé; gestion financière; déplacements; loisirs; recherche d'emploi. Elle contient un score global, et son format est en trois points : oui, non, ne sait pas. Le score global est utilisé pour former le score composite de la variable dépendante.

Dans la version française, réalisée par Cyr, Toupin et Lesage (1995), les propriétés psychométriques sont mesurées auprès de deux échantillons de 57 et de 88 patients psychotiques. La fiabilité test-retest (sur deux semaines) de la version française des sous-échelles varie de 0,48 à 0,85, semblable à celle des coefficients de consistance interne, qui varient de 0,47 à 0,93. La validité discriminante est significative pour le diagnostic, le sexe et le lieu d'hébergement des

patients, par rapport au score total et à certaines autres sous-échelles. La vérification de la validité convergente montre que la plupart des sous-échelles et le score total du EHVA corréleront significativement avec l'échelle de bien-être du SAS-II.

Dans cette étude, qui utilise la version de Cyr, Toupin et Lesage (1995), le format de l'échelle est ramené à oui/non. Le score total comprend 41 items car les items dont la corrélation inter-item est inférieure ou égale à 0,10, ont été éliminés afin d'homogénéiser l'échelle.

Le score global du HVA est utilisé pour constituer avec le score de l'adaptation générale du SAS-II, le score composite de l'adaptation sociale.

4.4.2 Les variables indépendantes

4.4.2.1 Les événements de vie

Le *Life Experience Survey* (LES) de Sarason, Johnson et Siegel (1978), mesure les événements de vie souvent vécus par la population générale. Auto-administrée, cette échelle comprend 57 items : 47 événements spécifiques aux citoyens en général, et dix événements spécifiques aux étudiants. Ces derniers n'ont pas été retenus pour cette recherche. Trois espaces blancs ont été prévus dans l'échelle pour que les participants puissent ajouter d'autres événements vécus à la liste. Les participants indiquent lequel de ces événements est survenu durant les deux périodes de six mois précédant (0 - 6; 7 - 12) la prise de mesure.

Les événements de vie survenus durant les deux périodes de six mois sont évalués sur une échelle Likert en sept points, allant de extrêmement négatif (- 3) à extrêmement positif (+ 3). Ce format permet d'obtenir quatre scores : 1) Un score de changement positif, obtenu en additionnant les évaluations d'impact des événements jugés positifs; 2) un score de changement négatif, calculé de la même façon; 3) un score de changement global, obtenu en additionnant les

scores positif et négatif. Ce dernier score représente la quantité totale de changement vécue par le sujet durant la dernière année; 4) le quatrième score est celui de la fréquence des événements de vie survenus.

De Man, Balkou et Iglesias (1987) traduisent l'échelle LES par *Sondage sur les expériences vécues*. L'analyse de la validité de convergence faite auprès de 112 étudiants universitaires québécois francophones a révélé que le score de stress négatif est en corrélation avec une échelle de dépression (0,32; $p < 0,001$); le névrotisme (0,35; $p < 0,001$) et l'anxiété (0,23; $p < 0,0215$). Le score de stress positif corréle avec l'extraversion (0,26; $p < 0,01$). Le score de stress total corréle enfin avec l'anxiété (0,19; $p < 0,05$). Les auteurs concluent que leurs résultats confirment ceux de l'étude de Sarason, Johnson et Siegel (1978).

La présente recherche utilise la traduction française de De Man, Balkou et Iglesias (1987), et les participants doivent mentionner les événements survenus dans leur vie au cours des six mois précédant l'entrevue. Afin d'homogénéiser les échelles, les items dont la corrélation inter-items est inférieure ou égale à 0,10 ont été enlevés dans le calcul de la fréquence des événements de vie. L'échelle finale de fréquence des événements de vie se compose ainsi de 35 items.

4.4.2.2 Les tracasseries quotidiennes

Les tracasseries quotidiennes sont mesurées par l'échelle *Hassles Scale* de Kanner, Coyne, Schaefer et Lazarus (1981), qui porte sur la fréquence et la gravité des irritants de la vie quotidienne (travail, santé, famille, amis, environnement, considération pratique et événements fortuits) vécus durant le mois précédant la prise de mesure. La sévérité de chaque tracasserie est évaluée par une échelle de format de type Likert en trois points : un peu sévère (1), modérément

sévère (2) et extrêmement sévère (3). Deux scores sont ainsi obtenus : la sévérité cumulée, qui se calcule en additionnant les cotations de sévérité (soit de 0 à 351 : 3 X 117); 2) la fréquence des tracas, qui est obtenue en additionnant le nombre de tracas notés par les participants.

La fidélité test-retest moyenne, mesurée sur neuf mois consécutifs, est de 0,79 pour la fréquence et de 0,48 pour la sévérité.

Pour ce qui touche la fréquence des tracas, la validité de convergence est confirmée avec les mesures faites avec les symptômes psychologiques du Hopkins Symptom Checklist, les échelles d'affects négatifs du Bardburn Morale Score et d'une échelle d'événements de vie. La sévérité des tracas n'est significativement reliée à aucune de ces échelles. Enfin, cette échelle discrimine des groupes de personnes, comme les étudiants et les propriétaires d'âge moyen.

Pour la présente recherche, un item (soucis de devenir père) a été ajouté afin de refléter une préoccupation potentiellement aussi présente chez les hommes, que le souci de devenir mère chez les femmes.

Cette échelle a été traduite par la technique de traduction inversée parallèle.

Afin d'homogénéiser les échelles, les items dont la corrélation inter-items est inférieure à .10 ont été enlevés dans le calcul de la fréquence des tracas quotidiens. L'échelle finale de la fréquence des tracas quotidiens se compose ainsi de 112 items.

4.4.2.3 Les symptômes

Les symptômes *positifs* et *négatifs* sont mesurés à l'aide d'une échelle construite par le chercheur pour les fins de cette recherche. Elle s'inspire du SANS et du SAPS d'Andreasen (1990)⁹. Auto-administrable, elle vise à simplifier l'administration d'une telle échelle dans une

9 Selten, Sijben, van den Bosch, Omloo-Vissere et Warmerbom (1993) avaient fait de même avec le SANS.

recherche qui utilise beaucoup d'instruments de mesure, et à ne pas pénaliser le participant en termes de temps.

Après avoir recensé les symptômes positifs et négatifs retrouvés dans les échelles, les énoncés des items furent rephrasés pour qu'ils puissent être compris et répondus par les participants. Ces items furent ensuite administrés à cinq participants choisis pour leurs difficultés à répondre à ces questionnaires. La compréhension de chaque item a été vérifiée auprès de ces participants. Durant l'administration des questionnaires auprès de l'échantillon final, les intervieweurs s'assuraient que chacun des participants comprenait les questions qui leur étaient posées.

Cette nouvelle échelle mesure la fréquence et la sévérité des symptômes sur une échelle Likert en trois points. Sept items mesurent les symptômes positifs, et cinq items mesurent les symptômes négatifs.

4.4.2.4 L'évaluation du stress

En conformité avec le modèle transactionnel du stress, Peacock et Wong (1990) ont développé le *Stress Appraisal Measure* (SAM). Composée de 28 items, cette mesure comprend l'évaluation primaire (trois échelles) et secondaire (trois échelles). Elle comporte aussi une septième échelle qui est un index de l'intensité du stress perçu (quatre items).

L'évaluation primaire porte sur le stress anticipé et se compose des échelles menace (quatre items), défi (quatre items) et centralité (quatre items), alors que l'évaluation secondaire porte sur les perceptions du contrôle, et comprend le degré de contrôle par soi-même (quatre items), de contrôle par les autres (quatre items) ou d'incontrôlabilité de la situation (quatre items). Le format est de type Likert en cinq points.

Les résultats de l'échelle traduite par Pelchat, Ricard, Lévesque, Perreault et Polomeno (1995) ont été obtenus auprès de 145 étudiants. Ils montrent que les échelles ont un coefficient de consistance interne qui s'étale entre 0,60 et 0,86. La validité du construit, déterminée par une analyse factorielle, révèle cinq facteurs qui expliquent 61,9 % de la variance. Une régression multiple sur l'intensité du stress perçu montre que la menace, l'incontrôlabilité de la situation et la centralité prédisent significativement ce stress perçu.

Cette étude utilise la traduction française de Pelchat, Ricard, Lévesque, Perreault et Polomeno.

4.4.2.5 Les stratégies de coping

Le *Cybernetic Coping Scale* (CCS) est issu de la théorie cybernétique du stress, coping et bien-être d'Edwards. Après avoir fait une critique de la consistance interne et de l'instabilité de la structure factorielle du Ways of Coping Checklist (WCCL), Edwards et Baglioni (1993) décident d'élaborer cette échelle. Les auteurs conceptualisent le stress comme l'écart, considéré important par l'individu, entre l'état actuel tel que perçu par ce dernier et l'état qu'il désirerait connaître. Le coping comprend les tentatives de réduire ou d'éliminer les effets négatifs du stress sur le bien-être de l'individu, c'est-à-dire l'écart. Edwards et Baglioni (1993) identifient cinq formes de coping : 1) les tentatives d'amener la situation en accord avec les désirs (changer la situation); 2) l'adaptation des aspirations à la situation (accommodation); 3) la réduction de l'importance associée à l'écart entre la situation vécue par la personne et l'état désiré (déévaluation); 4) l'amélioration directe du bien-être (réduction des symptômes); et 5) le détournement de l'attention de la situation (évitement).

L'échelle d'Edwards et Baglioni comprend 40 items mesurés sur une échelle Likert en sept points (de pas utilisé du tout à beaucoup utilisé). Les coefficients de consistance interne obtenus pour les cinq échelles du CCS varient entre 0,779 et 0,945. Pour sa part, la validité du construit est confirmée à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire.

Même si cette échelle a un autre cadre théorique que la théorie transactionnelle, elle est retenue car ses cinq stratégies s'apparentent à celles qui sont utilisées dans le coping orienté vers le problème ou l'émotion (Folkman et al., 1991).

La recommandation faite par les auteurs d'utiliser la version abrégée de 20 items (les quatre meilleurs items de chaque échelle) est retenue. Le coefficient de consistance interne est alors de 0,79 et plus pour les échelles, et le modèle de mesure postulé possède un meilleur ajustement que le modèle de 40 items.

La procédure utilisée pour répondre à ce questionnaire est la suivante : avant de remplir l'instrument, le participant doit choisir une situation problème qui lui crée ou lui a créé du stress. Il indique si cette situation problème lui occasionne encore du stress. Ensuite, en fonction de cette situation problème, il répond à l'échelle d'évaluation (SAM) et de stratégies de coping (CCS).

La version retenue a été traduite par Leclerc et Lecomte (1994).

4.4.2.6 Les émotions exprimées

Les émotions exprimées sont mesurées à l'aide de l'échelle du *Niveau d'émotion exprimée* (Level of Expressed Emotion : LEE) développée par Cole et Kazarian (1988). S'inspirant du construit « émotion exprimée » tel que décrit par Vaughn et Leff (1981), cette échelle auto-administrée comporte quatre sous-échelles, et un score total (plus les scores sont

élevés, plus le niveau d'émotion est élevé). Les sous-échelles sont 1) l'intrusion (intrusiveness); 2) la réponse émotive; 3) l'attitude négative envers la maladie, et 4) la tolérance et les attentes. Chacune de ces sous-échelles contient 15 items et un format vrai ou faux. L'échelle du Niveau d'émotions exprimées comporte deux versions : l'une pour le parent et l'autre pour le patient, cette dernière étant utilisée dans la recherche.

L'intrusion désigne les tentatives répétées des parents en vue d'établir un contact ou d'offrir au patient un conseil non sollicité et souvent critique. La réponse émotive est mesurée par les réponses faites avec colère, ou par une détresse aiguë de la part du parent qui excède le patient. L'attitude négative envers la maladie signifie les doutes manifestés envers l'authenticité de la maladie du patient. Cette attitude négative désigne aussi les blâmes souvent adressés au patient pour le manque ou le faible contrôle sur ses symptômes ou son état. Enfin, la tolérance et les attentes des parents envers le patient regroupent les paroles, les attitudes ou les comportements d'intolérance envers les troubles de comportement et les déficits sociaux à long terme du patient, attitudes qui reflètent les doutes des parents envers l'authenticité de la maladie du patient (Cole et Kazarian, 1988).

La validation de l'échelle (version du patient) auprès de 46 personnes schizophrènes ambulatoires obtient des coefficients de consistance interne de 0,84 à 0,89.

Le test-retest (intervalle de six semaines) donne des scores de 0,67 à 0,82. La validité concurrente vérifiée avec le test The Influential Relationship Questionnaire de Baker, Helmes et Kazarian (1984) a un coefficient de corrélation de 0,86, lequel s'étale de 0,39 à 0,86 pour les sous-échelles. De plus, les sous-échelles d'intrusion et de tolérance/attentes corrélaient significativement avec les commentaires critiques du CFI (Kazarian, Cole, Malla et Baker,

1990). Enfin, la valeur prédictive du LEE est confirmée à la fin d'un suivi de deux à cinq ans, le LEE élevé prédisant la réhospitalisation (Cole et Kazarian, 1993).

La version originale, format oui/non, traduite par Cialdella, Iahns, Chambon et Gerin (1990), et destinée au patient a été utilisée. Deux items ont été reformulés.

4.4.2.7 La stigmatisation

L'échelle de *dévalorisation-discrimination* est une des quatre échelles du Perceived Stigma Questionnaire de Link (1987). Elle désigne « la croyance que les patients psychiatriques sont dévalorisés et discriminés par la plupart des gens » (Link, Mirotznik et Culler, 1991, p. 305). Elle est composée de 12 items mesurés sur une échelle de Likert en six points (de fortement en accord = 1 à fortement en désaccord = 6). Ces items évaluent jusqu'à quel point les répondants croient que la plupart des gens dévalorisent une personne qui a un passé psychiatrique ou exercent de la discrimination envers elle. Un score élevé indique une croyance que les malades mentaux sont dévalorisés et subissent de la discrimination. La mesure globale est obtenue en additionnant les items individuels, qui sont divisés par le nombre d'items répondus (habituellement 12). Le score moyen sur l'échelle est de 3,5 et se situe exactement entre les pôles fortement d'accord – fortement en désaccord.

Le coefficient de consistance interne mesuré dans trois études faites auprès de patients psychiatriques schizophrènes varie de 0,78 (Link, 1987), 0,82 (Link, Mirotznik et Cullen, 1991) à 0,83 (Angermeyer, Link et Majcher-Angermeyer, 1987).

Pour cette étude, l'échelle a été traduite selon la méthode de traduction inversée parallèle.

4.4.2.8 La détresse psychologique

La détresse psychologique est mesurée par le *Psychiatric Symptoms Index* (PSI) de Ilfeld (1976, 1978). Composée de 29 items, cette échelle mesure les divers aspects du concept de démoralisation. Elle a un format Likert en quatre points et se rapporte aux sept jours précédant la prise de mesure. Elle regroupe quatre sous-échelles, soit l'anxiété (11 items), la dépression (10 items), l'irritabilité (quatre items) et les problèmes cognitifs (quatre items), en plus d'un score global.

La traduction française du PSI se nomme *L'indice de détresse psychologique* (IDPESQ-29). La vérification des propriétés psychométriques a été effectuée auprès d'un échantillon aléatoire de 2018 sujets de 15 ans et plus (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992). L'analyse factorielle en composantes principales montre une concordance élevée entre les versions française et anglaise. La variance expliquée par les quatre sous-échelles du IDPESQ-29 est de 47.1 %, et le coefficient de consistance interne du IDPESQ-29 global est de 0,92.

La validité concomitante a été mesurée de trois façons : 1) les répondants ayant un niveau élevé de détresse psychologique ont consulté plus souvent un professionnel que les autres répondants; 2) neuf fois plus de participants ayant un score de détresse psychologique élevé ont eu des idées suicidaires et cinq fois plus de participants ont fait une tentative de suicide; 3) deux fois plus de répondants ayant une détresse psychologique élevée que les autres répondants ont consommé des médicaments.

Dans cette recherche, la version IDPESQ-29 est retenue.

4.4.2.9 L'estime de soi

L'échelle *Self-Esteem* de Rosenberg (1968) a dix items, un format Likert en quatre points, et mesure le degré d'estime de soi des personnes. Plus précisément, cette échelle mesure la perception globale que la personne a de sa propre valeur. Elle a un coefficient de reproduction de 0,90 et la stabilité temporelle sur deux semaines s'élève à 0,85.

La traduction française de Vallières et Vallerand (1990) est validée par quatre études. Les coefficients de consistance interne s'étalent entre 0,70 et 0,90 selon les études, dont l'échantillon total s'élève à 539 étudiants. Une analyse factorielle confirmatoire démontre l'unidimensionnalité de cette échelle.

La validité de convergence est démontrée car il y a une corrélation positive ($r = 0,20$, $p < 0,01$) avec la satisfaction de vie, et une corrélation négative ($r = -0,32$; $p < 0,001$), avec la dépression. La stabilité temporelle (trois semaines) s'établit à 0,84 ($p < 0,001$).

Dans cette étude, la version française de Vallières et Vallerand (1990) est utilisée.

4.4.3 Les variables socio-démographiques et cliniques

En se basant sur les revues de littérature concernant l'analyse des relations entre les diverses variables cliniques et socio-démographiques, dix variables socio-démographiques et treize variables sociocliniques ont été retenues (Tableau 4.2).

Pour mesurer le niveau de médication, les différents psychotropes sont classés dans une des catégories suivantes : neuroleptique, benzodiazépine, anticonvulsivant, antiparkinsonnien, antidépresseurs. Ensuite, leur équivalence en largactil (neuroleptique), valium (benzodiazépine),

épival (anticonvulsivant), kémadrin (antiparkinsonnien) et anafranil (antidépresseur)¹⁰ est calculée.

Ces variables sont recueillies dans les dossiers hospitaliers par une assistante de recherche, à l'aide d'une grille de renseignements élaborée à cette fin. Une contre-vérification, faite par le chercheur principal dans un certain nombre de dossiers, révèle que les données recueillies sont fiables.

Tableau 4.2
Liste des variables socio-démographiques et cliniques

Les données socio-démographiques	Les données cliniques
- l'âge	- le diagnostic
- le sexe	- le nombre d'hospitalisations antérieures
- la scolarité	- le nombre d'hospitalisations durant la dernière année
- l'état matrimonial	- le nombre de mois antérieurs d'hospitalisation
- les revenus	- le nombre de jours d'hospitalisations durant la dernière année
- le type d'emploi actuel	- le nombre d'années de maladie
- la durée du travail	- le nombre d'années sans hospitalisation
- le type de résidence	- le nombre de mois de suivi en psychiatrie
- la durée de la résidence	- le type de suivi
- le partage de la résidence	- le rythme du suivi
	- la présence d'une maladie physique
	- le type de maladie physique
	- les neuroleptiques

10 Les équivalences ont été obtenues dans les références pharmacologiques récentes afin de tenir compte des nouvelles classes de psychotropes : Bezchlibnuk-Butler, K.Z., I.J. Jeffries, B.A. Martin, (Eds.). (1994). Clinical Handbook Psychotropic Drugs. Toronto: Hugrefe et Huber Pub; Formulaire thérapeutique du CHUM (1997).

4.5 Le choix des variables

La sélection des variables du modèle (variables critères, socio-démographiques et cliniques) est basée sur deux critères : la validité conceptuelle et les relations individuelles des variables entre elles et avec l'adaptation.

4.5.1 La validité conceptuelle

La validité conceptuelle des variables du modèle de régression signifie que les variables critères retenues « font sens » dans le contexte de la problématique étudiée (Montgomery et Peck, 1982). Pour leur part, parmi les 23 variables socio-démographiques et cliniques reconnues dans les études antérieures comme reliées à la problématique de l'adaptation, 16 sont conceptuellement différentes de la variable dépendante (l'adaptation) et « font également sens » dans le cadre de la problématique de la recherche. Ce sont : l'âge, le sexe, la scolarité, le diagnostic, le nombre d'hospitalisations antérieures, le nombre d'hospitalisations durant la dernière année, le nombre de mois antérieurs d'hospitalisation, le nombre de jours d'hospitalisation durant la dernière année, le nombre d'années sans hospitalisation, le nombre de mois de suivi en psychiatrie, le type de suivi, le rythme du suivi, la présence d'une maladie physique, le type de maladie physique et les psychotropes.

Parmi les variables retenues, certaines peuvent elles-mêmes être influencées par l'adaptation. Par exemple, l'estime de soi peut être affectée par l'adaptation, à savoir qu'une personne adaptée peut évaluer son estime de soi plus élevée qu'une personne inadaptée. Dans ce cas, l'adaptation peut être antérieure à l'estime de soi. Mais comme les mesures des variables indépendantes sont conceptuellement différentes du concept d'adaptation, elles peuvent quand

même être considérées comme des prédicteurs de l'adaptation, rendant possible la recherche d'une explication des liens entre les variables.

4.5.2 Les relations individuelles

Le deuxième critère de sélection des variables comprend les liens individuels bivariés entre les diverses variables critères et descriptives et l'adaptation. La corrélation de Pearson est utilisée lorsque les variables étudiées sont continues, et le test « Eta squared », lorsqu'elles sont dichotomiques¹¹. Ces analyses univariées permettent de connaître les variables les plus reliées à l'adaptation. Ainsi, lorsqu'une variable a une mesure de score global et une mesure de sous-échelles, le score global ou la sous-échelle qui a la corrélation significative la plus élevée avec l'adaptation sur le plan statistique est retenue.

Également, dans le choix des échelles ou sous-échelles, la redondance des échelles ou sous-échelles entre elles, est analysée afin d'éviter le problème de colinéarité susceptible d'affecter l'analyse de régression. Ainsi, est retenue l'échelle ou la sous-échelle la plus corrélée significativement avec l'adaptation, mais dont la corrélation bivariée est inférieure à 0,70 avec toutes les autres échelles du modèle (Tabachnick et Fidell, 1989, p. 87). Afin de respecter le critère du nombre de sujets par variable, une seule échelle ou sous-échelle est retenue pour chacune des variables.

Les variables d'interaction ont été sélectionnées de la manière suivante. Sont d'abord créées, par le produit des scores Z des échelles de mesure, les variables d'interaction possibles entre les trois variables de la dimension stressseurs et les deux variables de la dimension coping

11 Ces variables sont continues ou dichotomiques, dans lequel cas elles sont étudiées comme des variables « dummy ».

(neuf interactions possibles). Ensuite, l'examen de la corrélation de Pearson des neuf variables d'interaction avec la variable dépendante (l'adaptation) détermine leur sélection dans l'équation de régression.

4.6 Procédures de l'analyse statistique

Avant de procéder aux analyses statistiques, certaines vérifications sont faites pour s'assurer de la validité des données et des échelles de mesure. L'analyse du fichier de données permet de s'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs de codification et que la création des variables n'est pas erronée. Les données manquantes chez les participants, sept dans ce cas, ont été remplacées par la moyenne de l'item dans l'échelle.

L'analyse psychométrique des échelles de mesure montre une consistance interne (alpha de cronbach) qui se situe entre 0,541 pour la plus faible (accommodation) et 0,963 pour la plus élevée (sévérité des tracasseries quotidiennes) (Tableau 4.3). La vérification des postulats montre qu'aucun de ceux-ci n'est violé. Le nombre de sujets par rapport au nombre de variables prévues dans le modèle ($N = 9$) est 11,11, et la puissance du test se situe à plus de 0,95. La vérification des « skewness » et des « kurtosis » les situe dans les limites acceptables. Avec l'emploi du critère ($p < 0,001$) du « Mahalanobis distance », aucun sujet extrême n'est trouvé. La vérification de la normalité, de la linéarité et de l'homéodasticité des résiduels par le test Kolgorov-Smirnov ne révèle aucune écart significatif, et il n'y a pas d'effet plancher ni plafond.

4.6.1 Les analyses statistiques des deux premières hypothèses

Pour mesurer les deux premières hypothèses (effets directs et d'interaction), la régression hiérarchique est utilisée.

Tableau 4.3
Sommaire des résultats de l'analyse univariée
des variables critères par rapport à l'adaptation

Échelles	Consistance interne	Adaptation (corrélacion de Pearson)
1. Les stressseurs		
Événement de vie		
- fréquence	0,7337	0,394***
- impact négatif	0,6315	-0,253**
- impact positif	0,6203	0,218*
- impact total	0,5569	0,002
Tracas quotidiens		
- fréquence	0,9626	-0,096
- sévérité	0,9637	-0,138
Symptômes		
- fréquence globale	0,8494	-0,267**
- sévérité globale	0,8520	-0,273**
- fréquence des symptômes négatifs	0,8007	-0,305**
- sévérité des symptômes négatifs	0,7581	-0,318***
- fréquence des symptômes positifs	0,7013	-0,139
- sévérité des symptômes positifs	0,7029	-0,110

Échelles	Consistance interne	Adaptation (corrélacion de Pearson)
2. Le coping		
Stress perçu		
- intensité du stress global	0,7051	-0,084
- menace	0,7697	-0,116
- défi	0,5515	0,207*
- centralité	0,8386	-0,020
- contrôlable par soi	0,7803	0,276**
- contrôlable par autrui	0,7785	0,138
- incontrôlabilité	0,6083	-0,162
Coping cybernétique		
- changer la situation	0,8010	0,176
- accommodation	0,5417	0,307**
- dévaluation	0,8305	0,056
- réduction des symptômes	0,5521	0,321**
- évitement	0,6367	0,068
3. La vulnérabilité sociale		
Stigmatisation		
- score global	0,8337	-0,038
Émotions exprimées		
- score global	0,9356	-0,064
- intrusion	0,8305	0,013
- tolérance-attente	0,8449	-0,017
- réponse émotive	0,8421	-0,058
- attitudes négatives	0,6981	-0,224*

Échelles	Consistance interne	Adaptation (corrélation de Pearson)
La détresse psychologique		
- facteur global	0,9214	-0,166
- facteur dépressif	0,8273	-0,158
- facteur anxiété	0,8010	-0,144
- facteur irritabilité	0,5997	-0,093
- facteur cognitif	0,6495	-0,125
Estime de soi		
- score global	0,8610	0,233*
Adaptation sociale		
- score d'adaptation global	ND	0,865***
Échelles des habiletés de vie autonome		
- score global	0,8335	0,865***
2. Effets d'interaction		
2.1 Fréquence des événements de vie X contrôlable par soi		-0,124
2.2 Fréquence des événements de vie X accommodation		-0,209*
2.3 Sévérité des tracas quotidiens X contrôlable par soi		0,050
2.4 Sévérité des tracas quotidiens X accommodation		-0,229*
2.5 Sévérité des symptômes négatifs X contrôlable par soi		0,056
2.6 Sévérité des symptômes négatifs X accommodation		-0,064
2.7 Fréquence des événements de vie X contrôlable par soi X accommodation		0,268**
2.8 Sévérité des tracas quotidiens X contrôlable par soi X accommodation		0,013
2.9 Sévérité des symptômes négatifs X contrôlable par soi X accommodation		0,085

* $\leq 0,05$, ** $\leq 0,01$, *** $\leq 0,001$

La méthode de régression hiérarchique comporte plusieurs avantages dans une recherche comme celle-ci¹². Elle permet de mesurer des hypothèses sur la variance attribuable aux variables indépendantes, en contrôlant l'avancement du processus de régression. Elle permet également de tenir compte de l'importance des variables indépendantes déterminées par le chercheur, selon la logique ou la théorie dont il s'inspire.

Dans la régression hiérarchique de cette recherche, les variables socio-démographiques et cliniques sont entrées en premier, car elles sont antérieures et non contingentes aux autres variables indépendantes. Ensuite, sont entrées, dans l'ordre, la vulnérabilité sociale, la vulnérabilité psychologique, les stressseurs, le coping et les variables d'interaction (Tableau 4.4).

4.6.2 Les analyses statistiques de la troisième hypothèse

La troisième hypothèse de la recherche concerne l'analyse de sentier, à savoir l'analyse des relations linéaires parmi un ensemble de variables. Pour ce faire, chacune des variables indépendantes est régressée sur les variables indépendantes antérieures par la méthode hiérarchique.

4.6.3 Analyses complémentaires

Certaines analyses complémentaires reliées à l'interprétation des principaux résultats sont réalisées.

12 Dans cette méthode, la variance due aux variables indépendantes déjà dans l'équation est prise en compte, et chaque variable indépendante est évaluée selon ce qu'elle apporte à l'équation à son point d'entrée (à chaque variable indépendante, la variabilité unique et commune (overlapping) est assignée, en suspens à son point d'entrée).

4.7 Considérations éthiques

Le projet de recherche a été soumis aux comités de recherche et d'éthique de l'hôpital qui assure le suivi psychiatrique des participants, et il a reçu l'approbation des comités avant le début de l'expérimentation.

Tableau 4.4

Liste des variables critères et leur ordre d'entrée dans la régression hiérarchique

PREMIÈRE ENTRÉE	<ul style="list-style-type: none"> a) Variables descriptives b) Variables de la vulnérabilité sociale : <ul style="list-style-type: none"> - la stigmatisation - les émotions exprimées c) Variables de vulnérabilité psychologique : <ul style="list-style-type: none"> - la détresse psychologique - l'estime de soi d) Variables des stressseurs : <ul style="list-style-type: none"> - les événements de vie - les symptômes - les tracas quotidiens e) Variables du coping : <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation - les stratégies du coping
DEUXIÈME ENTRÉE	Variables d'interaction ¹³

13 Comme le souligne Darlington (1990), il faut aussi inclure dans l'analyse de régression les possibilités d'interaction à deux variables des trois variables qui composent l'interaction « la fréquence des événements de vie X contrôlable par soi X accommodation ».