*Revue québécoise de psychologie, vol. 16, n°2, 1995*

# DE LA FORMATION À LA PRATIQUE À L'ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE : ENQUÊTE SUR LA SATISFACTION DES EX-STAGIAIRES[1]

Pierre-Charles MORIN
*Université Laval*

Serge LACROIX
*Université Laval*

***Résumé***

*Cet article expose les principaux résultats d'une enquête visant à mesurer le niveau de satisfaction d'ex-stagiaires en psychologie de l'Université Laval face aux diverses dimensions de leur formation pratique. L'enquête, menée en quatre étapes, fait ressortir un assez fort degré de satisfaction générale, significativement plus élevé en ce qui concerne la relation avec le superviseur et les fonctions qu'il remplit à ce titre. Cette satisfaction est nettement plus faible vis-à-vis de la formation préalable au stage. Plusieurs recommandations se dégagent, et notamment une amélioration de l'appui à fournir au superviseur ainsi qu'une intervention plus active de l'O.P.Q. dans la formation de ses futurs membres. Il serait souhaitable de poursuivre le même genre d'évaluation en prenant soin de réviser le questionnaire mis au point dans le cadre de cette recherche.*

Depuis plus de vingt ans, par son Service de consultation interne (le S.C.E.P.) et par le recours à des lieux de stages externes, l'École de psychologie de l'Université Laval a mis à la disposition de ses étudiants un programme de formation aux diverses pratiques de la

---

1 Les auteurs tiennent à remercier Nathalie Carle, Marie-Josée Doyon, Lucie Duguay, Louise Gingras, Carole Kougioumoutsakis, Catherine Lavergne, France Marcoux et Nancy Vachon pour leur participation à cette étude rendue possible grâce à une subvention du Service de consultation de l'École de psychologie de l'Université Laval. Leur reconnaissance va également à Micheline Brault et Claire Pâquet, professionnelles de recherche. Les demandes de renseignements doivent être adressées à Pierre-Charles Morin, École de psychologie, Université Laval, Sainte-Foy, Québec, G1K 7P4.

psychologie. Cependant, en dehors de l'examen régulier de ce programme par les professeurs les plus impliqués, aucune évaluation systématique n'en a été effectuée; on comprend que cette démarche présente un intérêt élevé et s'imposait dans le contexte de révision des programmes entrepris par l'Université depuis plus de cinq ans.

Ce besoin exigeait que l'on formule des recommandations dont la source ne proviendrait pas uniquement des professeurs et des superviseurs rattachés à ce processus, mais aussi et surtout des ex-stagiaires professionnellement actifs et en mesure de relever les lacunes et les bons points de la formation reçue.

La pertinence d'une telle enquête était liée aussi à l'importance pour tout futur psychologue de bénéficier d'une formation pratique adéquate. À ce sujet, des sondages réalisés antérieurement ont révélé l'importance majeure de la formation pratique pour les psychologues cliniciens (Bradley & Olson, 1980; Stevenson, Norcross, King & Tobin, 1984). Cependant, peu d'évaluations systématiques de l'efficacité de tels programmes ont été effectuées (Aronson, Akamatsu & Page, 1982). Malgré l'intérêt porté à ces études, plusieurs milieux de stage n'ont pas progressé au-delà de l'évaluation annuelle de l'étudiant par le superviseur (Harway & Serafica, 1977). Cette lacune s'expliquerait par les difficultés inhérentes à ce genre d'évaluation dont les principaux obstacles sont, selon Stevenson et Norcross (1984), le manque de temps et de personnel, l'absence de méthodes et de mesures adéquates de même que le passage transitoire des étudiants. Cependant, comme le S.C.E.P. souhaitait mieux connaître l'appréciation de la formation reçue sous sa responsabilité, il a accepté d'en assumer les coûts.

Plutôt que de porter sur l'évaluation des instances administratives ou des superviseurs, cette recherche visait à mieux comprendre et dégager, par des moyens quantitatifs et qualitatifs, les différents aspects de l'appréciation que font de leur stage les ex-stagiaires engagés dans les diverses pratiques de la vie professionnelle. Il s'agissait donc d'une enquête rétrospective visant à recueillir les impressions des usagers mêmes, marquées par l'expérience et le recul du temps. Elle s'est déroulée sur un parcours de quatre étapes dont les deux dernières constituent le corps principal de cet exposé.

La première étape a été consacrée à la construction d'un questionnaire, moyen retenu afin de permettre une meilleure uniformité des situations de mesure, parce que son administration

était moins coûteuse et qu'il permettait, par son anonymat, une plus grande liberté d'expression (Selltiz, Wrightsman & Cook, 1976). La deuxième a consisté en un premier envoi de 182 questionnaires aux ex-stagiaires du S.C.E.P. et à la compilation des réponses de 89 répondants. Ces résultats ont déjà fait l'objet d'une communication (Morin, Brault & Lavergne, 1992); un résumé (tableau 2) en est présenté plus bas de façon comparative, de manière à éclairer davantage les données obtenues à la troisième étape. Cette dernière comprend l'envoi du questionnaire aux ex-stagiaires externes et une *analyse quantitative* des réponses. Ce questionnaire a aussi servi d'instrument de base à l'*analyse qualitative* qui constituait la quatrième étape de cette recherche. La grille d'analyse a été construite à partir de l'enrichissement, par les participants, de leurs réponses au questionnaire. Ces réponses ont été obtenues lors de rencontres avec un échantillon représentatif des personnes qui s'étaient déclarées disponibles pour ce mode d'enquête plus complexe, exigeant des compétences particulières (Kerlinger, 1986). L'exposé de la méthode d'enquête et de ses résultats correspondra à ces deux modes d'analyse.

## MÉTHODES ET PROCÉDURES

### Construction du questionnaire

Les superviseurs du S.C.E.P. et quelques ex-stagiaires ont d'abord été consultés selon la technique du groupe nominal (Mayer & Ouellet, 1991), qui consiste en une procédure rigoureuse servant à l'élaboration d'un canevas de questions pertinentes à poser. Ces questions se présentent sous la forme d'énoncés avec lesquels le répondant se prononce en accord ou en désaccord selon une échelle de Lickert de 1 à 4. À titre d'exemple, le dixième énoncé qui porte, avec cinq autres questions, sur la clientèle vue en stage, se lit comme suit : *J'ai eu la possibilité de rencontrer un nombre suffisant de clients.* Ces énoncés sont regroupés en dix dimensions émergeant de l'application de la technique du groupe nominal : (1) préparation au stage; (2) supervision; (3) clientèle vue en stage; (4) ressources matérielles; (5) information reçue en stage; (6) techniques et compétences acquises; (7) équipe de supervision; (8) superviseur; (9) préparation au marché du travail; (10) croissance personnelle.

Une version définitive du questionnaire a été obtenue grâce au prétest effectué auprès d'ex-stagiaires actifs sur le marché du travail, respectant les conditions établies par Mucchielli (1986)

pour coter la pertinence des questions posées. Ce questionnaire est formé de 36 des 45 questions initiales, reformulées à la lumière des commentaires fournis par les répondants (Duguay, Kougioumoutzakis & Lavergne, 1992). Des modifications mineures ont été apportées en troisième étape pour l'adapter aux divers lieux de stages externes, les énoncés demeurant foncièrement identiques, de façon à pouvoir obtenir des données quantifiables et comparables aux résultats obtenus des ex-stagiaires du S.C.E.P. Soumis à un échantillon représentatif de la population (Mayer & Ouellet, 1991), le questionnaire a aussi permis la généralisation des résultats. Il comprend :

des données démographiques;
34 questions fermées où les répondants doivent coter chaque item sur une échelle de type Lickert de 1 (en désaccord total) à 4 (en accord total);
deux questions ouvertes;
un espace pour les commentaires libres.

## Sujets

À la troisième étape (volet quantitatif), l'échantillon de départ a consisté en la population des ex-stagiaires externes de l'École de psychologie ayant effectué leur stage entre 1980 et 1991, et faisant partie de l'Ordre des psychologues du Québec. Cette population comprend 308 sujets. Un questionnaire leur a été envoyé. Parmi ces 308 personnes, 157 ont répondu à l'envoi.

De ces 157 personnes, 66 ont manifesté leur intérêt à pousser plus loin leur participation en se montrant disponible à une entrevue, base du volet qualitatif de la recherche. En tenant compte des contraintes financières et temporelles de l'étude, les personnes ont été sélectionnées selon deux critères : leur proximité par rapport à Québec, lieu des entrevues, et leur disponibilité.

Au-delà des aspects pratiques, la sélection correspondait aussi à certains critères méthodologiques. Seize personnes ont été interrogées, soit environ 10% de la population, conformément à une des règles de base de la méthode non probabiliste (Mayer & Ouellet, 1991, p. 393). Le tableau 1 illustre l'échantillon retenu tant au volet quantitatif qu'au volet qualitatif.

**Tableau 1 Échantillons retenus aux troisième et quatrième étapes**

| Questionnaires envoyés (Population totale) | Questionnaires reçus (Échantillon) | Taux de retour au volet quantitatif |
|---|---|---|
| 308 | 157 | 51% |
| **Échantillon original au volet qualitatif** | **Personnes rencontrées** | **Échantillon retenu** |
| 157 | 16 | 16 |

Il est important de souligner, pour plus de précision, que les étudiants ayant fait leur stage entre 1980 et 1991 ont répondu aux mêmes exigences universitaires relatives aux heures de stage, aux clients rencontrés et à la supervision. Le programme de maîtrise n'a pas été modifié au cours de cette période. Les changements apportés au programme de baccalauréat par l'École de psychologie ne sont entrés en vigueur qu'à l'automne 1991, ce qui n'a donc pas affecté notre échantillon.

Il est cependant intéressant de noter qu'à l'intérieur de leur cheminement de premier cycle, les étudiants avaient la possibilité d'orienter leur formation clinique soit vers la relation d'aide, soit vers l'apprentissage des méthodes d'évaluation.

## Procédure

Pour l'échantillon du volet quantitatif, l'envoi comprenait une enveloppe-réponse, une lettre présentant la recherche et une copie du questionnaire. Cet envoi était suivi d'une lettre de relance après deux semaines.

Au volet qualitatif, une analyse de contenu a fait suite aux entrevues prévues à la quatrième étape. Ces entrevues, réalisées sur un mode non directif et actif (Mucchielli, 1991), ont été faites par deux psychologues. Elles consistaient à reprendre les réponses du sujet afin de lui permettre de préciser les motifs de sa satisfaction ou de son insatisfaction. Une conversation informelle précédait l'entrevue, permettant aux interlocuteurs de faire connaissance et d'établir un bon rapport.

A partir du verbatim enregistré de ces entretiens, une grille d'analyse ouverte et sans catégorie préétablie (Landry, 1992; L'Écuyer, 1987) a été utilisée. Le matériel ainsi recueilli n'est donc pas restreint à des catégories prédéfinies et immuables (Gingras, Marcoux & Vachon, 1994). Cette procédure, inspirée de la méthode élaborée par L'Écuyer (1987), est illustrée plus loin, à la figure 1. La rédaction des données comporte quatre étapes, après la lecture indépendante des verbatims par deux chercheurs. Ceux-ci discernent les «unités de sens» (L'Écuyer, 1987), qui peuvent être un mot, une expression ou une phrase complète. Ces unités de sens sont choisies selon deux critères de signification : leur fréquence d'apparition et leur importance. Par «importance», il est entendu que «les données de certains sujets sont meilleures que celles d'autres, selon qu'ils sont plus introspectifs, articulés, connaissants ou proches de l'événement ou du milieu qui intéresse le chercheur» (Bachelor & Joshi, 1986).

Après avoir été synthétisées, les unités de sens sont regroupées en descripteurs, puis en catégories, une fois les redondances éliminées. Ces regroupements respectent les différentes dimensions du questionnaire et s'articulent autour du thème de la satisfaction/insatisfaction.

**Figure 1 : Progression de l'analyse de contenu**

| | |
|---|---|
| Première organisation des données en catégories | • Regroupement des éléments qui se ressemblent (unités de sens)<br>• Attribution d'un premier descripteur général |
| Élimination des catégories redondantes | • Remise en question des premières catégories<br>• Mise en retrait des énoncés ambigus pour classification ultérieure |
| Détermination définitive des catégories | • Révision des noms des catégories (précision, clarté, différenciation, nuance)<br>• Définition de sous-catégories, au besoin |
| Classification finale de tous les éléments dans la grille d'analyse | • Révision et classification de tous les énoncés (confrontation minutieuse à la nomenclature prédéfinie) en **thèmes**. |

La **figure 2**, tirée de Gingras *et al.* (1994), illustre ce processus. Pour arriver à la classification la plus objective possible, six combinaisons de deux juges ont été formées. Chaque dyade compare les unités de sens préalablement extraites de chaque verbatim.

## RÉSULTATS

Les résultats présentés ici regroupent ceux des analyses quantitative et qualitative de la satisfaction des ex-stagiaires ayant fait leur stage en externe. Ces résultats sont comparés avec ceux des ex-stagiaires du S.C.E.P. (internes).

Les résultats des stagiaires à l'externe indiquent un degré de satisfaction globale de l'ordre de 76%[1] . Il s'agit d'un résultat comparable à celui des ex-stagiaires du S.C.E.P. lors de la première étape de l'étude (70%), et à celui de l'échantillon de l'analyse qualitative (75%). Le tableau 2, tiré de Carle et Doyon (1993), offre une vue d'ensemble des résultats des deux groupes, avec les moyennes aux questions et aux dimensions. Les seules différences qui soient significatives entre les deux groupes se retrouvent aux dimensions suivantes : «clientèle», «techniques et compétences acquises» et «préparation au marché du travail». Ces différences montrent toutes une évaluation plus favorable de la part des ex-stagiaires en externe.

Le tableau 3, tiré aussi de Gingras *et al.* (1994), présente la comparaison des résultats obtenus par l'échantillon de 157 personnes et par les 16 répondants interrogés lors de l'analyse qualitative. Aucune différence significative n'est apparue entre les deux groupes, comme le démontre le résultat au test «Z» ($Z = 0.244$). Les sujets de l'analyse qualitative obtiennent un taux de satisfaction de 75% contre 78% pour la population totale.

Les dimensions «clientèle» et «croissance personnelle» obtiennent les différences les plus élevées (10% et 11%). Les résultats aux huit autres dimensions ne démontrent aucune différence significative entre les deux groupes.

---

1 Les données exprimées en pourcentage sont le résultat du calcul des données des différents tableaux, réparties selon une échelle de Lickert de 1 à 4.

**dimension *Superviseur***

| Dimension du questionnaire | Unités de sens | Descripteurs | Catégories | Thème |
|---|---|---|---|---|
| | «J'ai trouvé ça riche. Il était très bien capable d'exprimer ce qu'il savait...». | Bon pédagogue | | |
| | «J'étais complètement prise en charge par mon superviseur. Il m'a laissée aller de l'avant mais il m'a récupérée aussi.» | Bon encadrement | Compétence | |
| *Superviseur* | «On avait des évaluations puis des échanges vraiment corrects. Ils nous disaient ce qu'ils avaient perçu, nos points forts, nos points faibles.» | Bonnes rétroactions | | |
| | | | | Relations professionnelles et interpersonnelles avec le superviseur |
| | «Le superviseur, sa personnalité en tant que telle, la place qu'il m'a laissée, comment il s'y est pris avec moi, ça a été bien important.» | Personnalité | Caractéristiques personnelles | |
| | | • etc. | | |

| | Préparation au stage | | | Supervision | | | | | | Clientèle lors du staoe | | Ressources matérielles | | Information | | Techniques et compétences aCQUise | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Questions | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14· | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| M | 2.71 | 3.00 | 2.23 | 2.94 | 3.21 | 3.06 | 2.57 | 2.93 | 2.81 | 2.87 | 3.17 | 3.17 | 3.19 | 2.95 | 2.88 | 3.10 | 2.72 | 2.72 |
| M Dar dimension | 2.64 | | | 2.92 | | | | | | 3.02 | | 3.18 | | 2.91 | | 2.85 | | |
| M | 2.62 | 2.97 | 2.24 | 2.99 | 3.16 | 3.27 | 2.54 | 3.18 | 3.34 | 3.39 | 3.41 | 3.11 | 3.20 | 2.89 | 2.68 | 3.39 | 3.30 | 3.06 |
| M Dar dimension | 2.64 | | | 3.08 | | | | | | 3.40 | | 3.15 | | 2.78 | | 3.25 | | |

s:::eP" (gr. 1)' N = 89,

Externe; (gr. 2) ! N = 157.

| | Equipe de supervision. | | Superviseur | | | | | | | | | Préparation au marché du travail | | | | | Satisfaction alobale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Questions | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | |
| M | 3.35 | 3.34 | 3.32 | 3.13 | 3.21 | 3.10 | 3.22 | 2.72 | 2.97 | 2.99 | 3.24 | 2.64 | 2.84 | 2.44 | 1.80 | 3.19 | 2.93/4 (70%) |
| M par dimension | 3.35 | | 3.09 | | | | | | | | | 2.43 | | | | | |
| M | 3.56 | 3.47 | 3.42 | 3.19 | 3.33 | 3.32 | 3.43 | 3.00 | 3.27 | 3.05 | 3.46 | 3.36 | 2.94 | 2.88 | 2.18 | 3.33 | 3.13/4 (78%) |
| M par dimension | 3.51? | | 3.27 | | | | | | | | | 2.84 | | | | | |

9:H (gr. 1); N = 89

Externe! (gr. 2)! N = 157 !

**Tableau 3 Moyennes, par dimension, de la satisfaction des ex-stagiaires de l'École de psychologie (à l'externe). Comparaison des moyennes obtenues par l'ensemble des répondants (157) et celle de l'échantillon (16 sujets)**

| DIMENSION | Préparation au stage | Supervision | Clientèle lors du stage | Ressources matérielles | Information | Techniques et compétences acquises |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Moyenne de la population | 2.61 | 3.08 | 3.40 | 3.15 | 2.78 | 3.25 |
| Moyenne de l'échantillon | 2.62 | 2.92 | 3.00 | 3.45 | 2.75 | 3.21 |

| DIMENSION (suite) | Équipe de supervision | Superviseur | Préparation au marché du travail | Croissance personnelle | SATISFACTION GLOBALE |
|---|---|---|---|---|---|
| Moyenne de la population | 3.57 | 3.27 | 2.84 | 3.33 | 3.13/4 (78%) |
| Moyenne de l'échantillon | 3.44 | 3.15 | 2.79 | 2.89 | 3.03/4 (75%) |

Note. Les moyennes sont calculées sur 4.

**Test Z = 0.244**

Les dimensions ayant trait à la supervision, c'est-à-dire «supervision», «équipe de supervision» et «superviseur» ont obtenu des cotes élevées, parmi les plus significatives, témoignant du rôle primordial que joue la relation avec le superviseur dans le processus de stage (Adelfer & Lynch, 1986). La satisfaction à ces dimensions regroupant la moitié des questions atteint plus de 81%.

Ainsi, l'analyse de contenu a permis de faire ressortir trois thèmes majeurs de satisfaction : «Relations professionnelles et interpersonnelles entre le superviseur et le stagiaire», «Période d'apprentissage privilégiée» et «Intégration au milieu de stage». Trois thèmes majeurs d'insatisfaction sont aussi ressortis; il s'agit de «Relations professionnelles et interpersonnelles entre le superviseur et le stagiaire», «Période d'apprentissage mal exploitée» et «Préparation universitaire insuffisante». La partie qui suit présente plus de détails relatifs à ces résultats et à la satisfaction exprimée par les sujets. Il ressort principalement une appréciation favorable et des commentaires sur la façon d'améliorer les futurs stages . Cette appréciation favorable des stagiaires a été décrite avec plus de précision par les répondants lors de l'analyse qualitative.

Le tableau 4 décrit les thèmes majeurs de satisfaction (Gingras *et al.*, 1994) avec les sous-catégories qui expliquent leur provenance. On y apprend que la satisfaction par rapport au superviseur tient compte, entre autres, de sa compétence, de sa disponibilité et de ses qualités personnelles. Le même genre de détails est illustré pour chacun des thèmes.

Le tableau 5 illustre ce même processus avec les thèmes majeurs d'insatisfaction (Gingras *et al.*, 1994). On retrouve de façon identique le détail des sous-catégories qui mènent jusqu'à ces thèmes. L'aspect «Préparation universitaire insuffisante», facteur d'insatisfaction qui a fait l'unanimité, y est notamment décrit.

**Tableau 4 Catégories des thèmes majeurs de satisfaction**

**RELATIONS PROFESSIONNELLES ET INTERPERSONNELLES ENTRE LE SUPERVISEUR ET LE STAGIAIRE**

- Compétence (bon pédagogue, bonnes rétroactions, techniques et façons de faire)
- Disponibilité
- Encadrement
- Évaluation
- Caractéristiques personnelles :
  - personnalité
  - relation de confiance
  - respect
- Modèle

**PÉRIODE D'APPRENTISSAGE PRIVILÉGIÉE**

- Compétence :
  - sentiment de confiance (progression)
  - sentiment de valorisation
  - préparation à l'autonomie professionnelle
  - préparation à l'intervention
  - développement d'un style personnel
- Responsabilité professionnelle :
  - impact de ses opinions et interventions
- Habiletés :
  - tenue de dossiers
  - diagnostic et évaluation
- Clientèle :
  - nombre et variété
  - clientèle de son choix
- Autres : apprentissages nombreux et diversifiés

**INTÉGRATION AU MILIEU DE STAGE**

- Informations abondantes du milieu (documentation)
- Rapports avec intervenants du milieu
- Relations intra-équipe (discrétion, dynamisme, respect, renforcement)

**Tableau 5 Catégories des thèmes majeurs d'insatisfaction**

**RELATIONS PROFESSIONNELLES ET INTERPERSONNELLES ENTRE LE SUPERVISEUR ET LE STAGIAIRE**

- Compétence :
  - rétroactions insuffisantes/non pertinentes
  - incapacité à transmettre son savoir
  - critiques non constructives
- Non-disponibilité (autonomie forcée)
- Manque d'encadrement
- Évaluation :
  - trop générale
  - manque de suivi
  - manque d'information sur les barèmes
  - difficulté de communication
- Difficultés relationnelles

**PÉRIODE D'APPRENTISSAGE MAL EXPLOITÉE**

- Manque d'approfondissement
- Durée insuffisante par rapport aux apprentissages trop nombreux
- Insuffisance du nombre de clients
- Insuffisance du nombre de motifs de consultation

**PRÉPARATION UNIVERSITAIRE INSUFFISANTE**

- Intervention :
  - relation d'aide
  - problématiques diverses (alcoolisme, inceste, anorexie etc.)
  - situation de crise
  - médication (pharmacologie)
  - outils de testing
- Manque d'information sur la profession dans différents milieux (réseau, etc.)
- Manque d'information sur les aspects administratifs et déontologiques (démarrage d'un bureau privé, tenue de dossiers, aspects juridiques, etc.)

Ainsi, une bonne relation au superviseur est définie par rapport à sa compétence professionnelle, qui s'appuie sur la capacité à transmettre son savoir, à la pertinence, la qualité et la quantité de ses rétroactions, à sa disponibilité et l'encadrement judicieux qu'il offre.

Ce taux élevé de satisfaction a été nuancé par certains répondants qui ont insisté sur le manque de disponibilité et de soutien de la part du superviseur.

> *J'ai trouvé ça riche. Il était capable d'exprimer ce qu'il savait, tant au niveau de l'être, ce qu'il était comme psy, ce qu'il était dans sa maturité [...], que tout l'aspect théorique... Il écoutait, tout ça, mais au niveau de sa disponibilité, on s'en plaignait pas mal tout le monde* (Sujet N° 63).

Le processus d'évaluation, qu'on souhaite être continu, est associé à la personne du superviseur. La personnalité même de ce dernier constitue aussi un aspect considéré dans l'évaluation de la satisfaction dans les dimensions supervision/superviseur. La capacité du superviseur à établir une relation de confiance avec le stagiaire tout comme le respect qu'il lui manifeste sont des qualités maintes fois mentionnées par les sujets.

Le thème des «Relations professionnelles et interpersonnelles entre le superviseur et le stagiaire» constitue d'ailleurs le plus marquant des six thèmes retenus lors de l'analyse qualitative. Il est présent tant pour la satisfaction, à un degré élevé, que pour l'insatisfaction, à un degré beaucoup moindre.

Au niveau des insatisfactions, la dimension «Préparation au marché du travail» avait obtenu la cote la plus basse au S.C.E.P., avec un taux de satisfaction de seulement 61%. Pour l'échantillon de l'externe, qui a coté cette dimension à 71%, c'est plutôt celle de «Préparation au stage» qui a obtenu la cote de satisfaction la plus basse, avec 65%, soit onze points sous la moyenne générale. Ce résultat, dans une dimension qui n'occupe que 10% des questions du questionnaire, est cependant mis en relief par les nombreux commentaires qu'il a suscités lors des entrevues. Tous les sujets ont décrié leur manque de préparation face au stage, allant plus loin que le contenu des questions qui portent surtout sur le choix de l'orientation théorique et la confiance dans ses interventions.

Sous la rubrique «Préparation universitaire insuffisante» (tableau 4), les répondants ont souligné des lacunes du programme de baccalauréat qui se rapportent au manque de préparation à l'intervention. On y déplore le peu de notions théoriques et pratiques reçues sur des problématiques courantes comme l'alcoolisme, l'inceste ou l'anorexie. On y souligne aussi le peu d'informations transmises sur les questions psycholégales ou pharmacologiques, et le manque de techniques d'entrevues. Le

manque d'information sur les aspects administratifs et déontologiques de la profession est aussi inclus dans cette préparation insuffisante au stage.

> *Je ne trouve pas que le bac nous prépare au stage. Sur les enfants, au bac, y a presque pas de cours... La maladie mentale, on ne parle pas de ça en psychologie. [...] La pharmacologie, y avait pas de cours. Moi je suis allée en prendre un à l'École de pharmacie. Les gens qui viennent nous voir sont souvent sous médication...* (Sujet N° 22).

Entre ces deux extrêmes, d'autres résultats viennent ajouter à l'appréciation des stages par les sujets. Le stage est décrit par certains comme une «Période d'apprentissage privilégiée» et par d'autres comme une «Période mal exploitée» (tableau 4). La satisfaction face à cette période est liée à l'accroissement de leur confiance professionnelle et au sentiment de compétence qu'ils ont développé durant cette période. Ils insistent sur des acquis tels que le sentiment de responsabilité professionnelle, le fait d'avoir développé un style personnel d'intervention et la prise de conscience de l'impact de leurs opinions sur le client. Parmi ces acquis, ils mentionnent aussi les notions apprises sur le diagnostic, l'évaluation et la tenue de dossiers.

> *[Le stage] m'a donné des outils précis et limités, mais qui me permettaient de faire une intervention dans un milieu pour lequel je me sentais compétent* (Sujet N° 101).

Les insatisfactions proviennent surtout du manque d'approfondissement des apprentissages. D'autres sujets ont aussi déploré avoir parfois à intégrer un nombre trop important d'apprentissages pour une durée de stage insuffisante. Ces deux résultats se rejoignent. Un stage plus long aurait en effet pu leur permettre d'intégrer plus de matière et d'approfondir celle qui a été vue. Par cette réflexion, ils posent le problème suivant : les stages doivent-ils être plus longs ou doit-on diminuer la quantité de matière transmise?

Contrairement à la majorité qui s'est dite satisfaite du nombre de clients rencontrés, quelques-uns ont déploré le petit nombre de ceux-ci et le manque de diversité des motifs de consultation.

Un dernier thème de satisfaction est ressorti de l'analyse : «L'intégration au milieu de stage». La plupart des sujets ont

apprécié l'information qu'ils ont reçue sur la clientèle et le milieu, de même que les contacts qu'ils ont entretenus avec les intervenants du lieu de stage. Plusieurs mentionnent que leur sentiment d'appartenance au milieu est d'autant augmenté qu'il se situe dans un contexte de relations positives avec celui-ci. Certains nuancent en disant que l'intégration est parfois plus difficile, compte tenu du statut temporaire du stagiaire et de sa présence sporadique dans l'établissement.

Pour ce qui est de l'insatisfaction, les ex-stagiaires sont nombreux à réclamer des renseignements sur le démarrage d'une pratique privée et la tenue de dossiers, aspect qui manque à leur formation, selon eux. Arrivés aussi loin dans leur cheminement, ils suggèrent, à ce propos, un soutien plus grand de l'Ordre des psychologues du Québec (O.P.Q.). Ils proposent, par exemple, une implication de l'Ordre par le biais de sessions de formation continue ou par la création d'une association professionnelle du genre «Collège des médecins» qui assurerait que l'enseignement reçu par les étudiants est complet et suffisant pour le démarrage d'une pratique professionnelle. Les sujets évoquent d'ailleurs cette faible présence de l'Ordre pour souligner que la formation ne relève pas seulement d'un stage ou d'un programme, mais qu'elle appartient aussi à l'institution qui, plus tard, leur demandera des comptes.

## DISCUSSION

Cette recherche avait pour objectif de révéler et de préciser les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction des ex-stagiaires face à leur stage de maîtrise.

Les résultats démontrent un taux de satisfaction globale assez élevé relativement à la formation reçue au cours du stage. Ce taux de satisfaction est principalement lié à l'appréciation de la relation du stagiaire avec le superviseur et au fait que le stage est perçu comme une période privilégiée d'apprentissage. L'intégration au milieu de stage a également été appréciée.

Cette satisfaction est cependant nuancée par quelques points d'insatisfaction liés aussi à la relation au superviseur et à l'exploitation insuffisante de cette période d'apprentissage. La plus grande insatisfaction se rattache à la préparation universitaire, jugée inadéquate.

En y regardant de plus près, il ressort que la relation avec le superviseur teinte fortement, que ce soit favorablement ou défavorablement, l'évaluation du stage. De nombreux écrits viennent appuyer cette constatation voulant que la relation avec le superviseur soit en lien étroit avec la satisfaction exprimée en ce domaine.

Allen, Szollos et Williams (1986) notent que l'aspect déterminant de la qualité du stage est la compétence du superviseur et sa capacité d'établir une relation de confiance. L'importance doit être accordée à la croissance personnelle du stagiaire plutôt qu'à l'enseignement des habiletés techniques. Les qualités personnelles recherchées chez un superviseur sont le respect, l'authenticité et la capacité d'établir une relation de confiance, qualités présentées comme les habiletés de communication fondamentales du thérapeute (Egan, 1987). Ce dernier n'a pas pour autant à devenir le thérapeute de son stagiaire.

Le cheminement vers le travail de psychologue requiert une implication personnelle et un travail sur soi. Comme le mentionnent Carrere et Weiss (1988), «la ressource première apportée en thérapie par le psychothérapeute, c'est d'abord sa personnalité. Selon diverses perspectives théoriques, ce que le thérapeute est en tant que personne constitue une variable importante dans l'efficacité d'une psychothérapie»[1] . Ils estiment de plus qu'aucun psychologue ne peut explorer les expériences d'autrui s'il est incapable de faire face aux siennes. «Ils vont jusqu'à suggérer aux étudiants de ne pas entreprendre leur stage gradué avant d'avoir acquis une expérience suffisante, autant comme praticien que comme client et ce, dans le but de se construire une identité personnelle solide à partir de laquelle pourra être intégré un entraînement didactique»[2] (Carrere et Weiss, 1988, p.154).

Comme Carrere et Weiss (1988) ainsi que Marineau (1987), plusieurs informateurs soulignent l'importance pour l'apprenti psychologue d'entreprendre ou de poursuivre une démarche personnelle en psychothérapie. La thérapie comporte alors le double objectif de la formation professionnelle et personnelle, et le thérapeute devient un modèle de plus pour les stagiaires (Gingras *et al.,* 1994)

---

1 Traduction libre des auteurs

2 Traduction libre des auteurs

Quelques répondants ont également proposé, comme l'ont fait Bradley et Olson (1980), la réalisation de stages dans des milieux variés et avec des superviseurs différents, de manière à permettre aux stagiaires de multiplier les modèles, les expériences et les sources d'apprentissage. Une telle formule leur permettrait d'accroître leur sentiment de compétence professionnelle.

Compte tenu de la grande place qu'occupe la relation du stagiaire avec son superviseur dans l'appréciation du stage, il est facile de comprendre pourquoi certains sujets ont pu exprimer des insatisfactions face à leur stage, puisqu'ils avaient été déçus par leur relation avec leur superviseur. Le manque de disponibilité et d'encadrement de la part du superviseur fait l'objet des principaux reproches.

Parmi les autres dimensions où l'on retrouve des visions différentes et contradictoires, mentionnons la perception des stagiaires par rapport à leur stage vécu soit comme une «période d'apprentissage privilégiée» (illustré au tableau 4), soit comme une «période d'apprentissage mal exploitée» (illustré au tableau 5).

Encore une fois, une majorité a exprimé plus de satisfaction que d'insatisfaction dans l'appréciation de cet aspect. Les facteurs de satisfaction retenus se rapportent à des acquis précis tel le développement d'habiletés et d'un sentiment de compétence auquel s'ajoutent des apprentissages nombreux. Les sujets ont, de plus, apprécié le nombre et la variété de la clientèle rencontrée tout en ayant la possibilité de prendre conscience de l'impact de leurs opinions et interventions sur celle-ci.

À l'opposé, certains ont déploré le manque d'approfondissement des apprentissages, et d'autres ont insisté plutôt sur le temps insuffisant par rapport à des apprentissages trop nombreux. Ces sujets ont été insatisfaits du niveau de formation qui, en stage, devrait dépasser la simple introduction à la relation d'aide. Pour eux, le premier cycle aurait dû fournir cette introduction. Il en va de même des techniques et habiletés acquises durant cette période. Le stage devrait, selon eux, constituer une occasion d'approfondir des notions pratiques acquises antérieurement. Ils estiment qu'une clientèle se rapprochant en nombre et en variété de motifs de consultation de celle que l'on retrouve sur le marché du travail aurait été plus profitable pour leur formation. Ils disent ne pas avoir eu suffisamment de clients.

Tout en étant généralement satisfaits de la formation reçue en stage, les sujets expriment tous de l'insatisfaction vis-à-vis du baccalauréat et du manque de préparation au stage. Les résultats au volet quantitatif, se situant entre 61 et 68%, sont en deçà de la moyenne et illustrent cette insatisfaction. Il sera intéressant de voir si les psychologues formés dans le nouveau programme de baccalauréat — amorcé à l'automne 1991 — exprimeront la même insatisfaction.

Faisant suite à un processus de révision échelonné sur trois ans, ce nouveau programme comprend maintenant plus de cours obligatoires et de nouveaux cours divisés à l'intérieur de blocs de formation. Les futurs psychologues qui recevront cette nouvelle base pourront mieux évaluer si cette formation est plus adéquate. Pour le moment, et à la lumière des commentaires des sujets de cette recherche, ce programme semble encore comporter un bon nombre de lacunes. L'étudiant qui s'oriente vers la clinique — ce qui est le cas de la plupart des stagiaires —, doit effectuer des choix de cours qui forcément l'amèneront à mettre de côté des aspects importants d'une formation complète. Par exemple, il devra choisir entre un cours sur les approches humanistes, (le seul) et un autre sur les théories psychanalytiques (une occasion d'approfondissement). De la même façon, s'il désire une formation surtout pratique («Travaux pratiques A ou B»), il devra délaisser l'objectif d'acquérir une base théorique plus poussée ou de développer ses connaissances de l'évaluation, les conflits d'horaires devenant inévitables. Ce nouveau programme, plus alléchant à première vue, en laissera sûrement plus d'un sur son appétit, la panoplie de cours offerts n'étant pas aussi accessible qu'elle ne le paraît de prime abord. Ce ne sont là que quelques exemples liés aux commentaires des sujets relativement à leur formation de premier cycle qui, malgré les modifications apportées, ne semble pas encore suffisamment près de la réalité actuelle du psychologue.

L'intégration de l'étudiant à son milieu de stage constitue également un élément de satisfaction. Une forte proportion des sujets ont fait mention de leur satisfaction relativement à cet aspect, même si le questionnaire lui accordait peu de place. Ils ont apprécié l'information reçue sur le milieu, les rapports avec les autres intervenants et les relations intra-équipe. À cause de leur statut transitoire, certains sujets ont éprouvé plus de difficulté à s'intégrer au milieu.

Cette dimension, peu exploitée dans le questionnaire adressé aux stagiaires du S.C.E.P. pour qui l'étude avait d'abord été prévue,

gagnerait à être développée davantage. Il en va de même de la dimension «Préparation universitaire au stage» qui n'a pas été retenue dans l'élaboration du questionnaire, mais qui a été soulevée par les sujets aux volets qualitatifs. Les étudiants choisissant l'orientation clinique étaient nombreux à suggérer l'acquisition d'une plus grande formation pratique avant la maîtrise. Cette formation pourrait prendre la forme de stages de sensibilisation ou de travaux pratiques *obligatoires*. La maîtrise offrirait alors une occasion de parfaire les acquis du baccalauréat.

Aux fins d'utilisations futures, le questionnaire devrait faire l'objet d'une révision exhaustive. L'analyse approfondie effectuée dans le cadre de la présente recherche a mis au jour les lacunes de certaines questions et de certaines dimensions comme celles mentionnées précédemment; des questions restent ambiguës et des thèmes demeurent à explorer — le thème de la croissance personnelle, par exemple. La révision pourrait même mener à la création de deux questionnaires différents à partir du questionnaire original. De plus, il conviendrait de vérifier la validité et la fidélité de ce dernier.

## Conclusion

La recherche effectuée auprès des ex-stagiaires de l'École de psychologie de l'Université Laval permet de conclure à une satisfaction globale de ceux-ci vis-à-vis de leur stage. Les différentes données quantitatives, tout comme le résultat de l'analyse qualitative et les écrits sur la formation pratique en psychologie, montrent notamment le rôle de premier plan que joue le superviseur. En reconnaissant son rôle et la valeur de son travail, il devient important d'appuyer le superviseur dans sa tâche afin de rehausser la qualité des stages.

Étape cruciale de la formation du psychologue, les stages acquerraient une plus grande valeur si la base sur laquelle ils reposent s'avérait tout aussi satisfaisante, ce qui n'est pas le cas de nombreux sujets qui sentent le besoin d'aller chercher ailleurs les notions qui leur manquent. Or, le Regroupement des psychologues cliniciens/nes de Québec reçoit plusieurs demandes en ce sens. Depuis sa fondation, en 1992, chacune des sessions de formation qu'il a offertes a suscité un intérêt suffisamment important pour l'amener à créer des groupes additionnels et des ateliers de suivi. Une formation au DSM-III-R a notamment rejoint plusieurs groupes de participants.

De plus, l'évaluation du nouveau programme de baccalauréat sera d'autant plus nécessaire que les insatisfactions liées au premier cycle sont nombreuses. Elles se regroupent, par exemple, autour d'éléments comme le manque d'information sur les aspects administratifs et déontologiques, et l'absence de cours concernant certaines réalités du travail de psychologue comme l'implication au niveau des expertises psycholégales. À ce sujet, il serait opportun pour l'Ordre d'occuper une place plus visible en tant qu'organisme qui gère et détermine le respect des règles et la formation universitaire de ses membres. Les prises de position de son administration pourraient passer par une implication plus substantielle dans la formation, comme la participation directe à des cours, des conférences ou des ateliers portant sur des thèmes précis axés sur les besoins de ses futurs membres.

Toutefois, les étudiants demeureront toujours l'objet principal de leur formation. Ce sont eux qui utilisent les services et qui, en même temps, peuvent susciter des changements. Leurs attentes sont importantes en ce qui a trait à leurs formateurs; ils passent plus facilement sous silence leurs responsabilités, comme pour exprimer une certaine impuissance face à l'appareil universitaire. En exigeant une meilleure formation, ils doivent s'attendre à y consacrer plus de temps et d'énergie. Le pourront-ils vraiment?

Avec l'Accord nord-américain de libre-échange, l'Ordre cherche à agencer ses exigences de formation à celles des nouveaux partenaires du Québec. Ces exigences impliquent une diminution de la durée des études postsecondaires et la mise en place d'un programme de doctorat d'intervention. Des modifications du contenu et de la structure des programmes actuels sont donc à prévoir.

La formation pratique du psychologue passe par des stages de qualité répondant à ses besoins comme professionnel. L'évaluation continue de ces stages demeure un moyen privilégié permettant d'assurer cette qualité. À cette fin, le questionnaire, une fois révisé, pourra servir d'outil pratique et fiable.

En poursuivant l'objectif de toujours mieux former les futurs psychologues, nous devons nous rappeler leur satisfaction actuelle et, du même coup, leurs recommandations qui demandent une analyse plus globale de leur formation. Pour y arriver, il ne faudrait pas hésiter, comme l'ont suggéré Brault, Morin et Pâquet (1992), à analyser des programmes de stages d'autres milieux professionnels comme la médecine, l'éducation ou le service social. Les besoins exprimés rappellent la grande nécessité de toujours

offrir une formation qui répondra le plus adéquatement possible à la réalité du marché du travail.


***Abstract***

*This paper exposes the main results of a research evaluating the satisfaction level of former psychology interns of Laval University, towards their practical training. This research, conducted in four phases, shows a fairly high level of satisfaction, significantly higher in regard to the relationship held with the supervisor, and the duties related to his function. Regarding the professional training that preceeds the internship, a definitely lower level of satisfaction is obtained. Many recommendations emanate from this research, among them, the enhancement of the support given to the supervisor, and a more active role of the O. P. Q. in the professional training of its futur members. It would be important to proceed with the same kind of evaluation and, in doing so, to revise the questionnaire that was elaborated in the present study.*


**Références**


Alderfer, C., & Lynch, B. (1986). Supervision in two dimensions. *Journal of Strategic and Systemic Therapies, 5*(4), 70-73.

Allen, G.J., Szollos, S.J., & Williams, B.E. (1986). Doctoral students' comparative evaluations of best and worst psychotherapy supervision. *Professional Psychology : Research and Practice, 17*(2), 91-99.

Aronson, D.E., Akamatsu, J., & Page, H.A. (1982). An initial evaluation of a clinical psychology practicum training program. *Professional Psychology, 13*(5), 610-619.

Bachelor, A., & Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie.* Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Bradley, J.R., & Olson, J.K. (1980). Training factors influencing felt psychotherapeutic competence of psychology trainees. *Professional Psychology, 11*(6), 930-934.

Brault, M., Morin, P.C., & Pâquet, C. (1992). *Résultat de l'enquête sur la satisfaction des ex-stagiaires du Service de consultation (1980-1990).* Québec : Université Laval, École de psychologie, Service de consultation (document non publié).

Carle, N., & Doyon, M.J. (1993). *Étude comparative sur la satisfaction des ex-stagiaires de l'École de psychologie dans divers milieux de stage.* Québec : Université Laval, École de psychologie, Service de consultation (document non publié).

Carrere, R.A., & Weiss, A.G. (1988). The relationship of the personal from graduate training to professional practice. *Journal of Phenomenological Psychology, 19*, 47-157.

Duguay, L., Kougioumoutzakis, C., & Lavergne, C. (1992). *Enquête sur la satisfaction des ex-stagiaires du Service de Consultation de l'École de Psychologie.* (rapport de recherche non publié). École de psychologie, Université Laval.

Egan, G.I. (1987). *Communication dans la relation d'aide.* Montréal : Éditions Études Vivantes:

Gingras, L., Marcoux, F., & Vachon, N. (1994). *Analyse qualitative des résultats d'une enquête sur la satisfaction des ex-stagiaires de l'École de psychologie.* (rapport de recherche non publié). École de psychologie, Université Laval.

Harway, N., & Serafica, F. (1977). Issue in the evaluation of the psychology department clinic. *Professional Psychology, 8*,(4), 650-671.

Kerlinger, F.N. (1986). Foundations of Behavioral Research (3e éd.) New York : CBS College Publishing.

Kvale, S. (1983). The qualitative research interview : a phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology, 14* (2), 171-196.

Landry, R. (1992). L'analyse de contenu. *In* B. Gauthier, *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (2e éd.) (337-359). Sillery : Les Presses de l'Université du Québec.

L'écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notions et étapes. *In* J.P. Deslauriers, *Les méthodes de la recherche qualitative* (49-65). Sillery : Les Presses de l'Université du Québec.

Marineau, R.F. (1987). Lieux de formation à la psychologie clinique. *Revue québécoise de psychologie, 8*(2), 121-136.

Mayer, R. & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour intervenants sociaux.* Boucherville : Gaëtan Morin.

Morin, P.C., Brault, M. & Lavergne, C. (1992). *Enquête sur la satisfaction des ex-stagiaires du Service de consultation de l'École de psychologie (Université Laval)*, Communication non publiée (ACFAS, Université de Montréal).

Mucchielli, A. (1986). *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale.* (8e édition). Pari : Les éditions EDF.

Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives.* Paris : P.U.F. (coll. Que sais-je?)

Selltiz, C., Wrightsman, L., & Cook, S.W. (1976) *Les méthodes de recherche en sciences sociales*, Anjou : Holt, Rinehart et Winston.

Stevenson, J.F. & Norcross, J.C. (1984). *Local training evaluation : Who's doing it and what works.* 92e convention annuelle de l'A.P.A., Toronto.

Stevenson, J.F., Norcross, J.C., King, J.T., & Tobin, K.G. (1984). Evaluating clinical training programs : a formative effort. *Professional Psychology, 15*(2), 218-229.

*Revue québécoise de psychologie, vol. 16, n°2, 1995*

# TÉMOIGNAGES ÉCRITS D'HOMMES ACCOMPAGNANT LEUR PARTENAIRE DANS LE PROCESSUS D'IVG ÉLABORATION D'UNE GRILLE DE LECTURE

Claire DESCHAMBAULT
*Université du Québec à Montréal*

Irène KRYMKO-BLETON
*Université du Québec à Montréal*

Diane QUEVILLON
*Université du Québec à Montréal*

Louise SAINT-GERMAIN
*Université du Québec à Montréal*

***Résumé***

*L'article présente l'élaboration d'une méthode d'analyse de discours appliquée à de courts textes d'environ trente lignes. Les textes constituent le matériel clinique. La méthode vise à faire ressortir leur contenu et créer une ouverture vers l'interprétation psychanalytique du sens latent. Nous exposons brièvement les différentes étapes qui ont conduit à la conceptualisation et à la mise en application de notre méthode d'analyse (sans rendre compte toutefois de la complexité de la démarche d'élaboration qui a conduit à ce résultat). La grille d'analyse que nous présentons permet d'apprécier les trois fonctions qu'elle doit remplir: aller au-delà de l'impression première, limiter la part de l'imaginaire dans l'interprétation des textes et permettre une lecture systématique qui autorise des comparaisons entre sujets. Deux exemples d'utilisation de la grille illustrent notre propos.*

## INTRODUCTION

Notre travail se situe à l'intérieur d'une recherche d'équipe dont l'objectif consiste en l'élaboration d'une méthode d'analyse qualitative inscrite dans le paradigme général de l'analyse du discours. Ce paradigme nous semble pertinent puisqu'il tient compte de la part d'implicite présent dans tout discours. De plus, notre corpus est justement clinique et contraint à une ouverture vers l'interprétation psychanalytique du sens latent.

Le présent article présente cette méthode appliquée à de courts textes d'environ trente lignes. Le matériel à partir duquel a en effet été construite la grille d'analyse provient de notes librement écrites par des hommes lors de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) de leur compagne, sur le cahier laissé à leur disposition dans la salle d'attente. En dépit du caractère succinct de ces textes, l'intensité émotive des témoignages et la complexité des réactions provoquées par l'expérience de l'avortement y apparaissent clairement.

La brièveté des textes, conjuguée à l'intensité émotive, nous a contraintes à nous démarquer des techniques usuelles d'analyse de contenu et à concevoir une méthode plus adaptée à une lecture en filigrane du discours s'attachant à en faire ressortir le contenu latent. Nous avons donc adapté divers éléments inspirés de méthodes généralement employées en psychologie. Les auteurs que nous avons mis à contribution sont les théoriciens de l'analyse qualitative de l'école de Chigago ainsi que Bardin, Flahault et d'Unrug, théoriciens de l'analyse du discours. Un abrégé de leurs approches respectives précédera la présentation de notre propre élaboration méthodologique.

Nous exposons brièvement les différentes étapes qui ont conduit à la conceptualisation et à la mise en application de notre méthode d'analyse sans rendre toutefois compte de la complexité de la démarche d'élaboration. Celle-ci fera l'objet d'un article différent, puisque sa présentation alourdirait indûment notre présent propos.

Au départ donc, les textes de notre corpus se caractérisent d'une part par la situation déclenchant le processus d'écriture (un homme accompagnant sa conjointe lors d'un moment particulièrement intense de leur vie de couple : l'avortement) et d'autre part, par la situation pragmatique déterminée par les textes (ils s'adressent à un destinataire imaginé).

C'est en passant du manifeste à l'implicite, dans ce discours défini par la situation déclenchante et par la situation communicationnelle, que nous est apparue la nécessité de superposer et d'articuler différentes analyses qualitatives susceptibles de rendre celui-ci parlant. Chacune de ces analyses est pertinente à un des niveaux discursifs, jusqu'au registre inconscient, tout à fait déterminant selon nous.

## LES MÉTHODES D'ANALYSE

### L'École de Chigago

Dans les années cinquante, l'École de Chicago (Laperrière, 1982) a mis au point une méthodologie qualitative apte à cerner la dynamique des phénomènes sociaux à un niveau de complexité que les modèles mathématiques formels utilisés en sciences humaines ne permettaient pas d'atteindre. Elle visait à construire des théories valides et empiriquement fondées, à partir de l'observation de phénomènes sociaux peu analysés.

Cette méthodologie consiste essentiellement à définir les éléments d'importance et leurs interrelations dans une situation sociale donnée. Le plan de recherche s'élabore non pas à partir d'un schème conceptuel établi formellement a priori, mais au fur et à mesure que les données s'accumulent sur le terrain. Il ne s'agit pas de vérifier une théorie préétablie, mais d'en construire une, de façon inductive et systématique, à partir de données empiriques. La systématisation de la théorie est atteinte par une analyse comparative constante des données recueillies. Cette façon de procéder donne lieu à l'émergence d'une série de catégories conceptuelles et d'hypothèses reformulées jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune donnée nouvelle ne vienne les contredire.

Le déroulement de l'analyse qualitative telle qu'elle est conçue par l'école de Chicago, passe essentiellement par quatre phases :

- la spécification de la situation à l'étude;
- le relevé des données topologiques;
- la construction des catégories conceptuelles et leurs propriétés;
- l'analyse comparative constante.

Nous avons retenu de cette école sa philosophie selon laquelle il convient de laisser émerger une parole, un sens, une hypothèse à partir du matériel recueilli et non d'imposer à celui-ci un cadre rigide où s'insérer afin de vérifier une hypothèse préalablement formulée. Le matériel a donc été abordé aussi naïvement que le permettait notre cadre de référence, cadre constitué par nos études, nos lectures et nos expériences — qui sont d'ailleurs des éléments toujours présents, influant sur notre lecture malgré notre désir de ne pas imposer de cadre limitatif au matériel étudié. Nous avons

également suivi les phases de l'analyse établies par l'École de Chicago, bien que notre élaboration ait cheminé par les allers et retours entre ces différentes étapes. La dernière étape a servi en particulier à limiter l'échantillon de textes à partir desquels notre grille a été conçue.

Dans ce cadre de travail, nous avons d'abord préparé le matériel pour l'analyse de son contenu manifeste.

## NOTIONS ET ÉTAPES DE L'ANALYSE DE CONTENU MANIFESTE

En nous fondant sur les concepts de Bardin (1977) et de L'Écuyer (1978), et en accord avec la philosophie de l'École de Chicago, nous avons procédé en premier lieu à la lecture «flottante» de notre corpus, en laissant émerger nos impressions. Petit à petit, au fil de la lecture sont apparues les premières hypothèses. Cette familiarisation avec le matériel nous a permis de dégager un sens général et d'orienter l'ensemble de l'analyse subséquente.

Nous avons ensuite découpé le matériel en énoncés plus restreints que Bardin appelle «unités de contexte». Possédant un sens complet par eux-mêmes, ces énoncés réfèrent à la signification que prend un mot, une phrase ou une portion de celle-ci dans le contexte où ils apparaissent. Cette signification n'est donc pas nécessairement identique dans tous les cas et pour tout le monde.

Ainsi, nous avons entrepris de regrouper en thèmes larges, sous un titre générique, tous les énoncés dont le sens se ressemblait.

Quelques-unes de nos catégories étaient préétablies. Nous rejoignions par là le modèle mixte de L'Écuyer (1978). En effet, nous avions déjà relevé quelques thèmes à la suite d'une analyse des entrevues cliniques effectuées auprès d'hommes accompagnant leur partenaire lors d'un avortement (Krymko-Bleton & *al.*, 1993). Nous avons toutefois envisagé la possibilité que certains thèmes s'ajoutent ou en remplacent d'autres en cours d'analyse. Les catégories préétablies n'ont aucun caractère immuable; elles peuvent être conservées, rejetées, modifiées ou nuancées.

C'est ainsi que nous avons réalisé le premier regroupement des énoncés dans les catégories préétablies et dans les catégories préliminaires nouvelles, pour finalement les définir

sommairement et éliminer les thèmes redondants. De façon concomitante, nous avons entrepris l'analyse dynamique du matériel en identifiant et en classifiant les émotions exprimées afin de mettre en lumière, au-delà des sujets abordés, les significations sous-jacentes des thèmes.[1]

Ces étapes ont mené à l'analyse de la situation déclenchante, c'est-à-dire l'avortement, à partir du contenu manifeste du corpus.

Pour passer de ce qui est dit à ce qui est tu, nous nous sommes intéressées à l'analyse de la situation communicationnelle. Ici, nous nous sommes référées, en premier lieu, aux conceptions de Flahault (1978).

## ANALYSE DES POSITIONS INTERLOCUTIVES

La procédure des rapports de place conçue par Flahault permet de passer du niveau du discours manifeste à celui du discours implicite. L'auteur analyse la place que les interlocuteurs tentent d'occuper l'un par rapport à l'autre lors d'un échange langagier. Il met en évidence le fait que parler ne se résume pas à l'échange d'idées ou d'arguments, mais implique que chacun se situe par rapport à son interlocuteur. La position des interlocuteurs est le plus souvent implicite dans l'échange; elle est plus ou moins conditionnée par le contexte, mais elle est également tributaire des stratégies qui sont mises en oeuvre dans l'échange.

Flahault distingue quatre types de rapports de place en jeu entre les interlocuteurs dans toute situation d'interaction communicative :

1. place dans la formation sociale à laquelle ils appartiennent (registre idéologique);
2. place qui leur est dévolue dans la situation particulière de sa production (registre institué par la situation actuelle);
3. place prise par chacun des interlocuteurs par rapport au discours qui, dans cette situation, tend à être dominant (registre de la circulation d'insignes);

---

1 Cette élaboration ne devrait pas mener à la quantification et au traitement statistique, bien que ce soit possible.

4. place dans les relations illocutoires[1] qui ont structuré inconsciemment l'échange (registre inconscient).

Les quatre registres d'analyse sont toujours présents, bien que l'un d'eux joue souvent un rôle prépondérant.

Ce cadre d'analyse permet de situer le rapport imaginaire que le sujet établit avec son interlocuteur. En effet, celui-ci peut être implicitement situé à la place du juge, du complice, du confident, etc.

Le cadre permet en outre de discerner les idéologies dominantes du discours.

Dans le cas du cahier de notes mis à la disposition des couples dans la salle d'attente, l'interlocuteur du sujet est fantasmé; le sujet s'adresse à un autre imaginé. La production du discours est ainsi dégagée du poids de la sollicitation du chercheur. Les textes regroupés dans le cahier peuvent être lus par tous. Ceux qui décident d'y écrire sont conscients de ce fait.

Le contenu de chaque texte est grandement conditionné par cet autre imaginaire auquel le texte est destiné. Identifier à qui s'adresse le sujet peut nous fournir des indices de la dynamique émotive qui a structuré inconsciemment l'échange. S'adresser à un juge ou à des pairs imaginés n'entraîne pas la même position ni la même dynamique.

Il faut noter que le chercheur, à sa place de lecteur, rencontre aussi un autre imaginé dans la personne de l'auteur. Si l'élaboration même de notre grille de lecture doit servir à limiter cette part de l'imaginaire, celle-ci demeure inévitable. Nous reviendrons sur cet aspect dans la discussion.

---

1 Relations déterminées par la forme discursive: dans un ordre, le locuteur, quel que soit son statut hiérarchique par rapport à celui de l'interlocuteur, se place en position supérieur (ce qui explique les formules de politesse, les ordres indirects: ils permettent, sans qu'aucun des interactants ne perde la face, de préserver à la fois le statut hiérarchique dans la société et le statut illocutoire déclenché par le discours).

## DE L'ENONCE A L'ENONCIATION

Pour aller plus loin dans le décodage du sens latent de textes étudiés nous nous sommes tournées vers l'analyse de la construction du discours en référence à D'Unrug (1974).

Si cette auteure s'attarde aussi à l'évaluation de la position qu'un locuteur adopte par rapport à l'objet du discours ou par rapport à un ou plusieurs interlocuteurs, elle attire l'attention sur les caractéristiques du discours produit.

Son analyse de contenu cherche à appréhender un texte intégralement. Le repérage des sens seconds s'opère par l'entremise d'indices comme les répétitions, les récurrences, les interruptions, les illogismes, les hésitations, les lapsus et les jeux de mots présents dans le discours. Nous y avons rajouté certaines caractéristiques d'écriture (les ratures, l'usage de majuscules, etc.). L'examen de la qualité du discours, donc de son style, nous rapproche du contenu latent et tente de mettre en lumière le contenu inconscient qui le sous-tend.

Ainsi, un style confus, hésitant et répétitif témoigne d'une perte momentanée de la maîtrise du discours, donc de l'émotion, de l'hésitation, etc. Au-delà des mots, quelque chose d'autre se dit. . .

## PRÉSENTATION DE LA GRILLE

C'est donc en nous inspirant des principes élaborés par ces auteurs que nous avons conçu une grille de lecture adaptée à de courts textes. Nous avons ainsi retenu ce qui nous semblait le plus approprié pour notre matériel. Nous y avons rajouté des éléments d'analyse de forme et de contenu qui semblaient utiles pour nous permettre d'approfondir davantage l'étude de la dynamique sous-jacente présente chez les hommes de notre échantillon.

Une lecture spontanée des textes peut certes fournir plusieurs indications intéressantes quant à la nature de l'expérience d'accompagnement vécue par ces hommes. Cependant, une telle lecture est aléatoire et peu méthodique; elle ne permet pas de procéder à une analyse comparative des textes et d'en tirer une connaissance globale, puisque les cadres de référence, l'attention ou l'intérêt au moment de la lecture sont laissés au hasard. Nous souhaitions créer un cadre d'analyse réduisant ces interférences. Notre grille permet la lecture et l'analyse des textes selon les

mêmes thèmes, les mêmes critères. Nous avons tout de même noté, dans un cahier à part, nos réactions subjectives aux textes lus. Ces notes n'ont pas fait l'objet d'une systématisation dans la grille, bien que c'eût été possible. Nous nous en sommes servies au cours de certaines discussions, au moment de l'élaboration des hypothèses interprétatives. Il est bien entendu que d'autres que nous pourraient élaborer une grille différente dans le même but. À la fin de cet article, nous présentons une brève discussion quant à l'utilité de la construction d'un tel cadre de lecture et à la pertinence de cette grille pour notre étude.

La grille que nous présentons ci-dessous comprend 16 catégories :

1. SUJET : Classification numérique des sujets (chacun est identifié par un numéro afin de préserver son anonymat).
2. SIGNATURE : Identification du sujet (dénomination utilisée par le sujet à la fin de son texte : nom, prénom, initiales, etc.).
3. DATE : Inscription de la date de l'intervention (IVG).

Les catégories 2 et 3 ont été introduites à la suite de nos lectures. En effet, en parcourant notre corpus, nous nous sommes aperçues que certains sujets signaient et dataient leur texte. Dans la perspective de notre recherche, il nous a semblé important de tenir compte de cet aspect qui indique que ces sujets désirent inscrire cet événement dans leur mémoire et dans celle des autres.

4. FORME DU DISCOURS : Utilisation du dessin, de la prose, de la poésie, etc.

La catégorie 4 s'est instituée d'elle-même. En prenant connaissance du cahier de notes, nous avons rapidement remarqué que tous les sujets n'utilisent pas la même forme pour exprimer leur expérience du moment. La plupart ont recours à la prose, mais quelques-uns s'expriment par la poésie ou le dessin. D'autres encore ont utilisé simultanément deux de ces modes d'expression. Nous considérons que la façon dont les sujets ont présenté leur discours est significative d'une mentalisation, d'une élaboration psychique différente de l'événement.

5. THÈMES ABORDÉS : Le contenu du discours tel qu'il est présenté ou formulé par le sujet par l'entremise de

mots, de phrases ou d'idées (perte, paternité, renouveau, etc.).

6. THÈMES ABSENTS : Contenu attendu en fonction de la préexpérimentation (Krymko-Bleton, I. *et al.*, 1993) et de la catégorisation des courts textes, mais qui n'est pas abordé par le sujet.

Les catégories 5 et 6 s'appuient sur les méthodes de Bardin et de L'Écuyer. Elles permettent de découvrir les thèmes abordés par les sujets ainsi que les thèmes prévus mais non abordés par certains d'entre eux.

7. LOCUTEUR : Cette catégorie indique au nom de quel personnage ou de quelle entité *(chum,* père du fœtus, couple, etc.) le sujet s'exprime.
8. POSITION OCCUPÉE PAR LE LOCUTEUR : Place que le sujet occupe par rapport à son interlocuteur imaginaire (accompagnateur, témoin, victime, conseiller, etc.).
9. INTERLOCUTEUR : l'objet auquel le discours (le texte) du sujet est destiné (pairs, compagne, équipe soignante, etc.).
10. POSITION OCTROYÉE À L'INTERLOCUTEUR : Place que le sujet octroie à son interlocuteur imaginaire (juge, témoin, pairs, etc.).

Les catégories 7, 8, 9, et 10 s'appuient sur la méthode de Flahault. Elles situent le sujet par rapport : (a) à son interlocuteur imaginaire; (b) à la commémoration de l'événement; (c) à la place qu'il occupe dans la situation actuelle; et (d) au discours idéologique véhiculé par le sujet.

11. RÉFÉRENCES IDÉOLOGIQUES : Discours dominant utilisé par le sujet pour justifier ou expliquer son choix (féministe, économique, etc.).

La catégorie 11 s'inspire à la fois des idées de d'Unrug et de Flahault. Elle renvoie aux valeurs socioculturelles auxquelles adhère l'émetteur du discours et aux jugements explicites ou implicites émis par le locuteur. Elle indique sa position par rapport à l'objet du discours.

12. PARTICULARITÉS DU DISCOURS : Caractéristiques singulières du texte (ratures, répétitions, contradictions, etc.).

Pour concevoir cette section de la grille, nous avons mis à contribution la théorie de d'Unrug qui étudie le déroulement du discours, à savoir le style et la maîtrise de celui-ci.

13. ÉVALUATION DES ATTITUDES : Les jugements explicites ou implicites émis par le sujet (ambivalence, banalisation de l'intervention, pensée magique).
14. ÉMOTIONS : Réactions émotives explicites ou implicites manifestées par le sujet à l'égard de l'intervention et de ses suites.

À partir des catégories 13 et 14, nous introduisons des éléments de l'interprétation. Ces catégories se centrent davantage sur la question de l'implicite dans le discours.

15. MÉCANISMES DE DÉFENSE : Principales défenses utilisées par le sujet pour contrer l'angoisse (déni, banalisation, etc.).
16. INTERPRÉTATIONS : Élaboration d'hypothèses relatives au sens que revêt l'expérience pour le sujet (rite initiatique, rite de passage, résolution œdipienne, etc.).

Dans ces deux dernières catégories, nous passons, en nous appuyant sur les analyses réalisées précédemment, aux concepts psychanalytiques tels que les mécanismes de défense, l'identification, les passages à l'acte, l'ambivalence, etc. De plus, les hypothèses interprétatives présentées dans la catégorie l6 tiennent aussi occasionnellement compte de nos réactions subjectives aux textes lus lorsque celles-ci donnaient lieu à un consensus. Nous tentons de mettre en lumière le sens que revêt l'expérience de l'avortement pour chaque sujet et, dans la mesure du possible, de dégager des analogies et des différences entre les sujets.

Les 16 catégories poursuivent donc une logique particulière : le passage de l'explicite vers l'implicite et l'élaboration des hypothèses interprétatives. Le contenu explicite du début de la grille fait graduellement place au contenu implicite du discours.

Ces catégories sont d'abord inspirées de nos lectures spontanées du corpus, puis de notre réflexion méthodologique; elles découlent aussi de la conjonction entre notre échantillon, nos références méthodologiques préalablement établies et notre travail d'élaboration en commun. Il est clair que tout changement d'un de ces paramètres aboutirait à l'élaboration d'une grille différente. Ce qui importe, c'est qu'une grille d'analyse permette d'évaluer toutes

les productions, différentes, à la même aune. Ainsi, un thème présent chez la majorité des sujets ou absent chez l'un d'entre eux alors qu'il est abordé par les autres se met à acquérir du sens. Des possibilités de rapprochements sont donc possibles et facilitent l'élaboration d'hypothèses interprétatives, puisqu'un sens synthétique se dégage, en colonne et en ligne.

La grille permet ainsi d'aborder les textes dans une perspective d'ensemble ou dans une perspective individuelle. Ces deux lectures engendrent des analyses différentes.

La lecture à l'horizontale représente l'analyse globale du matériel émis par l'ensemble des sujets. Ainsi, pour chaque ligne, il est possible de découvrir les analogies et les disparités entre eux, et d'élaborer des hypothèses générales, appuyées ou non par des statistiques.

La lecture à la verticale met davantage en évidence la parole singulière du sujet. Elle permet une lecture individuelle des réactions et des émotions éprouvées. Ainsi, il est possible d'élucider le sens que revêt l'expérience vécue pour chaque sujet.

À titre d'exemple, voici deux courts textes tirés de notre échantillon et leur analyse effectuée à l'aide de notre grille de lecture.

**GRILLE D'ANALYSE**

| | | |
|---|---|---|
| 1. Sujet | 1 | 2 |
| 2. Signé | Oui, Nom et Prénom | Oui, Initiales |
| 3. Daté | Oui | Oui |
| 4. Forme discours : Dessin, Poésie, Prose | Prose | Prose lyrique |

| | | |
|---|---|---|
| 5. Thèmes abordés | Amour<br>Perte : «Pis, j'ai pleuré parce que ça aurait pu. . . »<br>Enfant<br>Douleur physique de sa compagne | Perte : «Mon bébé n'est plus de ce monde. . . »<br>Enfant<br>Destin<br>Façon appropriée de réagir à cette expérience<br>Douleur physique de sa compagne |
| 6. Thèmes absents | Paternité | Amour : Il ne parle pas de ses sentiments à l'égard de sa compagne. |
| 7. Locuteur | Chum : «C'est la première» | Père : «Mon bébé n'est plus de ce monde. . . » |
| 8. Position | Accompagnateur : «Je l'ai accompagné pendant l'avortement. . . » | Accompagnateur (signature)<br>Ami, conseiller : «Je tiens à dire à tous ceux et celles qui viennent de subir une telle. . . » |
| 9. Interlocuteur | Pairs : Il s'adresse à tous ceux susceptibles de le lire. | Pairs : «Tous ceux et celles. . . » |
| 10. Position | Ses égaux | Démuni(e)s |
| 11. Références idéologiques | Aucune. L'âge est le seul argument pour justifier l'IVG. | Déterministe : «Comme le destin l'a voulu ainsi. . . » |

| | | |
|---|---|---|
| 12. Particularités du discours | Répétition : amour, douleur<br>Illogisme<br>Utilisation du pronom indéfini : «ça aurait pu être un Beau enfant» | Locutions stéréotypées : «Cela devrait être comme ça», «S'il faut pleurer : pleurez. S'il faut rire : riez. »<br>Répétitions de «Il faut. . . il faut pas»<br><br>Rajouts<br><br>Confusions grammaticales |
| ÉCRITURE | | |
| | | Points d'exclamation<br>Majuscules : Ami Sincère |
| | Majuscules et lettres détachées : BLONDE, Beau enfant<br>Rature : mais<br>Corrections : dort, aurait, c'est, tout, mais, bon, je, m'a.<br>Changement de la taille de lettres : Bonne chance | |
| 13. Évaluation des attitudes | Fataliste : «Il a fallu que ça arrive à moi et à elle. . . »<br>Ambivalente : il hésite entre le soulagement et l'appréhension.<br>Banalisation de l'intervention : «elle a seulement un peu mal au ventre.» | Résigné et mentor en même temps<br>Exaltation et banalisation : de sa douleur psychologique et de la douleur physique de sa compagne.<br><br>Rééducation de la douleur de sa compagne à la douleur physique.<br><br>Soumission : l'IVG ici, est perçu comme une épreuve prescrite par le destin, à laquelle il doit se soumettre. |

| | | |
|---|---|---|
| 14. Émotions | Perte : «Ça aurait pu être un beau enfant plus tard. . . »<br><br>Soulagement, tristesse. Inquiétude, résignation. | Perte : «Oui tout est fini!»<br>«Mon bébé n'est plus de ce monde. . . »<br>Tristesse, résignation. |
| 15. Mécanismes de défense | Déni de la douleur psychologique de la partenaire : «Ça n'a pas l'air à faire trop mal pour elle. » et de sa propre responsabilité.<br><br>Refoulement<br><br>Banalisation. | Mise à distance<br><br>Projection : Se perçoit dans les autres auxquels il octroie les conseils.<br><br>Rationalisation.<br><br>Déni de sa responsabilité<br><br>Évitement<br><br>Annulation |
| 16. Hypothèses interprétatives | La conception ne semble pas correspondre à un désir d'enfant, mais plutôt s'inscrire dans le passage d'un état (enfance) à un autre (âge adulte) | La conception semble s'inscrire dans une problématique complexe de vie et de mort à laquelle le sujet fait face en tant que père de l'enfant : objet sacrificiel. |

## ANALYSE DU SUJET # 1

Le sujet a signé et daté son court texte. Il a également spécifié l'heure. Ces précisions indiquent qu'il désire inscrire l'intervention dans le temps, dans son souvenir et dans la mémoire collective, comme tout événement d'importance, impliquant le début ou la fin d'un terme, que nous nous remémorons à la date anniversaire.

Trois thèmes sont abordés : l'amour pour sa compagne, la douleur physique éprouvée par elle à la suite de l'IVG et la perte de l'enfant.

L'amour est certainement le thème le plus éloquent de ce texte. En effet, à plusieurs reprises le sujet exprime de la tendresse et de la sollicitude pour sa copine. L'importance qu'il lui accorde et son respect pour elle sont soulignés par l'usage des majuscules et lettres détachées, ce qui est tout à fait exceptionnel pour ce sujet, *c'est la première «BLONDE» que j'aime vraiment pis qu'elle m'aime. . .*

Puis, il exprime également une pensée pour son enfant qui ne sera Jamais : *. . . Ça aurait pu être un Beau enfant plus tard. . .*

Le B majuscule du Beau enlève le caractère éventuellement banal à cette phrase[1] . Pourtant, le sujet n'aborde pas le thème de la paternité, il ne s'approprie pas son enfant. Il ne dit pas *mon enfant aurait pu. . .*, mais bien *ça aurait pu être. . .* Il ne se voit pas père, et le «ça» renvoie au non-représentable.

Ce jeune homme se présente davantage comme étant le *chum* qui accompagne sa copine pendant l'IVG, pour s'assurer (se rassurer?) que tout se déroule bien.

> *Je l'ai accompagné pendant l'avortement cela a été pas si pire que ça.*
> *ça n' a pas l'air à faire trop mal pour elle. / / elle a seulement un peu mal au ventre.*

Il utilise cette expérience d'accompagnement pour s'adresser à tous ceux qui sont susceptibles de vivre une telle intervention, leur souhaitant *Bonne chance* et, de cette façon, les rejoignant dans un mouvement de projection.

---

1 Le sujet aurait du écrire «un Bel» enfant. Nous n'avons pas interprété cette erreur à cause de son extrême fréquence.

À l'égard de la conception et de l'interruption de grossesse, le sujet manifeste une attitude fataliste.

*Il a fallu que ça arrive à moi et à elle.*

Comme si cet événement, à propos duquel il n'est pas question de sa propre responsabilité, était inattendu et imprévisible : une épreuve de la vie qu'il se doit de supporter. L'âge de sa blonde et le sien semblent la raison principale justifiant leur décision d'interrompre la grossesse :

*Mais j'ai 19 ans et elle 16.*

On a l'impression que le sens de cet événement, qui échappe à son contrôle, lui demeure obscur, puisque l'avènement de la grossesse est nébuleux. C'est donc un passage à l'acte dont l'origine n'est pas élaborée.

Par ailleurs, l'attitude fataliste dénote la tristesse de ce sujet. Une tristesse qui s'exprime tout au long du récit (la répétition du mot «fini» sur le fond de la nostalgie dont témoigne l'expression «ça aurait pu. . . », des larmes et la réitération des sentiments amoureux semblent en être les signes). Aux déclarations de l'amour qui l'unit à sa blonde répond en écho la crainte que la relation amoureuse ne se rompe à la suite de cet événement ou, du moins, qu'elle ne se détériore. Échouent partiellement une tentative de banalisation de l'événement et l'exclusion de l'idée de la douleur psychologique que sa compagne pourrait éprouver : *elle a seulement un peu mal au ventre.*

La phrase *Elle m'a dis qu'elle aurait toujours un souvenir de moi mais pour elle je ne sais pas si c'est un bon ou un mauvais. En tous cas je l'aime.* semble comprendre un illogisme puisque l'expression *il lui a laissé un souvenir* implique un enfant vivant. Il s'agirait ici d'une condensation : à la fois négation de la perte (il restera un souvenir à la place de l'enfant) et de l'idée d'une rupture possible (le souvenir à la place de la relation).

L'insistance sur les liens d'amour qui l'unissent à son amie peut aussi être remise en question à partir de l'absence d'un «nous» d'alliance; l'événement arrive *à moi et à elle.*

Néanmoins, même si ce sujet ne se situe ni comme père de son enfant ni comme compagnon de sa «blonde», même s'il se sent

soulagé par le fait que la douleur physique éprouvée par elle est minime et que l'avortement n'a pas été «si pire que ça», son bouleversement se manifeste quand même. Il est à noter que certaines particularités du discours et du graphisme dévoilent ce que les mots tentent de masquer. Ratures, corrections et répétitions du texte indiquent que le sujet est submergé par un sentiment troublant qu'il a de la difficulté à maîtriser. Cela s'exprime par une faute de conjugaison, par une redondance ou par un tracé du crayon très foncé qui souligne un mot de façon particulière.

> *J'ai pleuré parce que ça aurait pu être un Beau enfant plus tard* était originalement écrit : *. . . pourrait pu être un Beau. . .*

Cette erreur de temps, agrammaticale synthèse du présent et du passé, implique que l'enfant ou ce qu'il représente n'est pas mort pour ce sujet. Dans son conditionnel, ce sujet semble confus entre le présent et le passé, *comme si l'interruption de grossesse servait de passage entre un état et un autre, entre une condition et une autre.*

En résumé, nous pouvons avancer que l'avortement est perçu par ce sujet comme une épreuve difficile qui ne saurait être évitée et qui laisse beaucoup de tristesse et d'appréhension.

Le lien amoureux qui unit ce sujet à sa compagne est idéalisé et l'enfant semble être ici la représentation symbolique de cette relation. La perte de l'enfant est associée à la fin de leur amour ou du moins, à une transformation de leur union.

> *Oui c'est fini c'est la première blonde que j'aime pis qu'elle m'aime.*

Le désir de procréation ne correspond pas dans ce cas à un désir d'enfant viable, puisque ce dernier n'a pu voir le jour. Pourrait-il alors correspondre au passage de l'enfance à l'âge adulte? Resterait-il, à la place de l'enfant, un signe, «souvenir» marquant un passage?

## ANALYSE DU SUJET # 2

Ce sujet a daté, mais seulement paraphé son texte, ce qui peut constituer un compromis entre diverses tendances ambivalentes (prendre et ne pas prendre sa place, se montrer et se cacher etc.). Finalement, il signe en tant qu' «accompagnateur». Il tente donc d'occuper la place que les intervenant(e)s du CLSC lui ont octroyée (c'est ainsi que le personnel du CLSC nomme les hommes présents à l'avortement). Cependant, le texte fait peu mention de sa compagne ou du lien qui les unit. Les thèmes abordés se polarisent plutôt autour de la perte de l'enfant et de sa propre douleur psychologique :

> *Mon bébé n'est plus de ce monde. . .*
> *Ça fait mal, oui beaucoup. Je vous jure cela m'a fait beaucoup peine.*

Ce sujet s'exprime comme père de l'enfant et non comme compagnon de sa partenaire. On dirait qu'il accompagne son enfant vers le passage de la vie à la mort :

> *Mon bébé n'est plus de ce monde ou plutôt il ou elle est parti pour un monde meilleur. . .*

À propos de sa compagne, il souligne avec emphase son mal physique, pour aussitôt le neutraliser :

> *Elle est couchée présentement et elle semble souffrir énormément, mais cela est tout simplement temporaire.*

Il parle très peu de sa compagne. Ces quelques mots à la fin de son texte soulignent qu'elle avait mal au ventre : ce mal physique paraît bien passager par rapport à sa douleur à lui qui semble inscrite à jamais.

L'idée générale du texte exprime par ailleurs des attitudes à la fois de fatalisme et de banalisation de l'IVG puisque le sujet doit se soumettre à l'épreuve qui lui est envoyée :

> *le destin l'a voulu ainsi, il faut la prendre*

et

> *il ne faut pas s'en faire.*

Le discours utilise pour justifier le choix d'interrompre la grossesse semble de l'ordre de la pensée magique. C'est une force supérieure (le destin) qui a voulu que cela lui arrive.

S'en délester sur le compte du destin permet au sujet #2 d'éviter une exploration émotive complexe, puisque la décision ne vient pas de lui; il n'a pas à chercher un sens à ce passage à l'acte. Cette référence soutient le déni de sa propre responsabilité : c'est à lui et aux autres que le sujet explique que la conception et l'interruption de la grossesse sont des épreuves du destin. Si c'est le destin qui l'a voulu ainsi, le sujet n'a rien à y voir, il n'a aucune responsabilité. . . et ne peut donc comprendre le sens que revêt cette expérience pour lui.

Par ailleurs, c'est en s'adressant aux autres, en leur prodiguant les conseils que le sujet tente d'évacuer ses émotions qui sont rationalisées. Il est là pour aider les autres et non pour explorer l'incidence de cette expérience sur sa propre vie. Il tente de maîtriser un sentiment de culpabilité intense en dictant aux autres la conduite à adopter : *Je tiens à dire à tous ceux et celles qui viennent de subir une telle intervention soit physiquement ou psychologiquement de ne pas s'en faire puisque cela devrait être comme ça.*

Malgré ces attitudes qui tendent à réduire au minimum l'impact de cette interruption de grossesse, les répétitions et les locutions stéréotypées du discours affirment le contraire. D'Unrug (1974) souligne que les locutions stéréotypées permettent une distanciation par rapport à un sentiment pénible. Nous retrouvons ce type de locutions à plusieurs reprises dans le texte :

*le monde meilleur*
*s'il faut pleurer : pleurez s'il faut rire : riez.*

Ces divers mécanismes de contrôle, les rationalisations et les attitudes banalisantes remplissent leur fonction très partiellement. Les émotions exprimées se rapportent à la perte, à la tristesse et à la résignation : l'expérience n'est donc pas dépourvue de sens et d'impact :

*Oui tout est fini.*
*Mon bébé n'est plus de ce monde.*

Il semble clair que le sujet est submergé par les sentiments qu'il tente de mettre à distance. Mais de quels sentiments s'agit-il,

mis à part ceux qui sont facilement identifiables, et à qui parle-t-il?

Dans la signature : *D'un ami sincère,* le mot «sincère» vient renforcer le «je vous le jure» initial; de quelle insincérité le sujet se défend-il? Qu'est-ce qui se cache derrière cette affirmation d'amitié et de sincérité contredite par la signature énigmatique réduite aux initiales? À qui le sujet s'adresse-t-il?

*Prend beaucoup soins de vous* semble s'adresser plutôt à une personne singulière qu'à tous ceux qui le lisent. Ces interlocuteurs-lecteurs anonymes semblent très importants, puisque le sujet a écrit en fait deux textes : un en français et un autre en anglais[1] (afin d'être compris de tous?).

En somme, on peut avancer que l'avortement constitue une épreuve importante que le destin lui a envoyée. Il vient dire adieu à son enfant. Ce sujet insiste beaucoup sur la douleur occasionnée par la perte de cet enfant que le destin lui a enlevé (comme dans une épreuve - meurtre sacrificiel?). Il semblerait que les autres à qui est adressé son discours devraient servir à faciliter cette séparation : le sujet s'attarde à leur sort et non au sien. Le caractère défensif de ce texte dédoublé est repérable aussi dans son style lyrique, voire mélodramatique.

Pour se consoler, il affirme que son bébé est parti pour un monde meilleur. Lui-même est-il souffrant dans ce monde-ci? Malgré tous les stratagèmes utilisés, ce sujet semble néanmoins submergé par les sentiments qu'il tente de mettre à distance.

## ANALYSE COMPARATIVE

Ces deux exemples nous permettent d'entrevoir un certain nombre de traits communs et différentiels entre ces deux sujets. Parmi les premiers, on note que les deux inscrivent l'événement dans le temps; ils s'adressent à l'autre imaginaire collectif qui leur permet de partager une expérience commune (bien que le second sujet ne le réussisse pas tout à fait et, malgré un effort accru, passe au singulier); ils annulent la question de la douleur psychique de leur

---

1 Aux fins de notre démonstration, nous n'avons analysé que le texte écrit en français. Nous pouvons signaler que la reprise de l'écriture, par surcroît dans une langue qui semble être sa langue seconde, permet à ce sujet de mieux se ressaisir : ce qui se solde par un texte plus personnel.

compagne — ils soulignent l'épreuve corporelle qu'ils tentent d'ailleurs à banaliser —; ils éprouvent un sentiment de perte, mais n'assument pas la responsabilité de leurs actes. C'est une épreuve. Nous ne pouvons pas savoir de quelle épreuve il s'agit pour le second sujet, mais il semble qu'elle ne concerne que lui-même.

La différence la plus frappante entre ces deux sujets est celle du registre dans lequel s'inscrit l'expérience de l'avortement : pour le premier, c'est celui de sa relation amoureuse — nous pouvons émettre l'hypothèse que l'expérience prend son sens dans sa relation à sa compagne. L'idée d'un enfant potentiel est présente, mais c'est un enfant abstrait. Pour le second, l'expérience s'inscrit dans la relation à l'enfant et à sa paternité.

Le second sujet paraît beaucoup plus perturbé que le premier par les sentiments qui le submergent : d'où l'utilisation massive de mécanismes de défense.

Cette comparaison à titre de démonstration n'est pas exhaustive. Le lecteur est invité à la poursuivre. . .

## CONCLUSION

Il nous semble que cet aperçu de la grille permet d'apprécier les trois fonctions qu'elle doit remplir : permettre d'aller au-delà de l'impression première, limiter la part de l'imaginaire dans l'interprétation des textes et permettre une lecture systématique qui autorise des comparaisons entre sujets.

L'usage et surtout l'élaboration d'une grille sont toujours fastidieux, mais les profits que nous avons tirés d'une telle procédure semblent justifier cette peine.

Nous avons soumis les deux textes présentés plus haut à l'analyse de lecteurs avertis (psychologues de formation, enseignants au niveau collégial et œuvrant en pratique privée) mais non munis d'un outil méthodologique. Bien que de prime abord ils se soient sentis dépourvus devant la brièveté de ces textes, ils en ont fait une lecture attentive, annotée et répétitive. Ils ont été aptes à faire ressortir les principaux éléments des textes : leurs commentaires se sont concentrés essentiellement sur les réactions émotives des sujets. Ils ont souligné pour le texte #1 des sentiments de deuil et de culpabilité ainsi que l'incertitude quant à l'avenir de la relation amoureuse. Pour le sujet #2, ils ont surtout

noté des sentiments de fatalisme et de deuil que le sujet tente de contrer par un mécanisme de rationalisation.

Il semble que le premier gain que nous ayons retiré de l'élaboration de la grille est *l'organisation de notre pensée* qui nous a conduites plus loin que cette lecture non systématique. La recherche d'indices nous a amenées à émettre des hypothèses sur le sens que l'expérience de l'avortement revêt pour les sujets, sur celui que prend pour eux son inscription ainsi que sur le récit qu'ils en donnent.

Dans cette recherche des hypothèses interprétatives, la grille permet de retracer systématiquement des indices sur lesquels elles se fondent et de soutenir ainsi avec plus de rigueur la discussion quant à l'interprétation des textes. Une analyse plus rigoureuse, détaillée, similaire pour chaque sujet est limitative, dans le sens qu'elle aide à limiter l'imaginaire — bien que nous ne nous soyons pas fixé la mission de l'exclure. En effet, par l'intermédiaire de l'analyse des mécanismes de défense et des hypothèses interprétatives, nous cherchons à nous fabriquer une représentation des sujets à l'étude et de l'expérience de l'avortement qui est la leur. Nous ne tentons donc pas cerner de façon objective et définitive l'expérience de chaque sujet, car nous gardons à l'esprit que nous ne sommes que des lectrices, des traductrices subjectives qui interprètent des messages chargés d'émotions, écrits sur le vif du moment et adressés à un autre imaginaire. Pour ces raisons, nous ne pouvons totalement objectiver ces données, mais nous pouvons limiter nos élans interprétatifs en procédant à des analyses systématiques, selon les critères explicités, fondés sur l'expérience clinique et les procédés d'analyse de textes à partir d'un ensemble homogène.

Une analyse des textes séparés les uns des autres ne rend pas compte de la dynamique de l'élaboration des textes qui constituent l'ensemble du cahier. Un dialogue autant explicite qu'implicite a pu se constituer entre certains sujets; l'ensemble des textes précédents a également pu influer sur les thématiques de même que sur la rhétorique des textes suivants. Les textes des deux sujets qui nous ont servi d'exemple se suivent dans le cahier. Le premier commence son texte en écrivant que «oui c'est fini» et le second, en citant le premier, se situant ainsi par rapport à lui, et en continuant l'élaboration du thème du destin.

Bien qu'une analyse d'un ensemble de textes doive ultérieurement faire l'objet d'une étude dans[1] le cadre de la recherche sur ce que les hommes ressentent lors de l'avortement provoqué de leur partenaire, nous ne visons pas à formuler des hypothèses généralisables à l'ensemble des hommes, mais plutôt à éclairer les impacts et les sens de cet événement pour une infime partie d'entre eux.

Peut-être d'autres, qui n'ont pas osé écrire ou qui n'ont pas eu cette occasion, se reconnaîtront-ils et parviendront-ils à mettre des mots sur une expérience qui leur échappe, pour ainsi enclencher une symbolisation et conférer un sens à l'expérience d'avortement pour l'homme.


***Abstract***

*The article presents the elaboration of a method of speech analysis applied to short texts, each about thirty lines long. The texts constitute the clinical material. The method's aim is to extract their latent content and to create an opening towards the psychoanalytical interpretation of that latent meaning. The different stages wich lead to our analytical method's conceptualisation and to its application are briefly exposed (without exposing at length the complexity of the process of elaboration wich leads us to this result). The analytical grid permits us to appreciate the three functions it must fulfil: to enable us to move beyond the first impression, to limit the part played by the imaginary in interpreting the texts and to enable a systematic reading which autorises comparisons between subject. Two examples of usage of the grid are given to illustrate our point.*


Références


Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu.* Paris : P.U.F.

D'Unrug, M. -Ch. (1974). *Analyse de contenu et acte de parole : de l'énoncé à l'énonciation.* Paris : Éd. Universitaires.

Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire.* Paris : Seuil.


---

1 Un sujet répondait ainsi à la question :« Vous aviez envie d'écrire quelque chose?»
— *Non parce que je pense que si j'avais écris quelque chose la-dedans j'aurai p't'être été un petit peu trop radical, j'ai l'impression. Pis je pense pas que ç soit à moi de. . . l. . ./ j'aurais dit soyons libre, laissons nous pas influence laissons nous pas envahir par ce sentiment là de culpabilité* (Entrevue réalisé par Louise St.Germain).

Krymko-Bleton, I., Saint-Germain, L., Achim, D. & Deschambault, C. (1983). The reaction of the man to his spouse's abortion. *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine, 5*(1), 15-26.

Laperrière, A. (1982). Pour une construction empirique de la théorie : la nouvelle École de Chicago. *Sociologie et sociétés, XIV*(1), 31-41.

L'Écuyer, R. (1978). *L'analyse de contenu : notions et étapes. Les méthodes de la recherche qualitative.* Québec : P.U.Q., 49-63.

# LES APPROCHES COGNITIVES

## PRÉSENTATION

Éditer le premier numéro de la *Revue québécoise de psychologie* portant sur les approches cognitives représente, en 1995, un défi important. Ces approches ont en effet connu un essor fulgurant durant les deux dernières décennies, et elles constituent maintenant un courant majeur de la psychologie nord-américaine.

La thérapie cognitive, dont l'apparition avait maintes fois été qualifiée de «révolutionnaire», subit déjà des transformations significatives. Ce phénomène semble également se produire dans d'autres domaines de recherche ou d'application des approches cognitives. Il pourrait donc se révéler difficile d'avancer une définition ralliant une telle diversité de conceptualisations et de techniques. Nous proposons, à cet effet, l'énoncé unificateur de Rosen (Kuehlwein & Rosen, 1993) sur les thérapies cognitives. «Toutes les orientations particulières en thérapie cognitive sont liées entre elles par leur conviction selon laquelle les structures médiatrices de connaissance ou les processus de pensée jouent un rôle fondamental dans l'explication et la modification du comportement humain» (p. 403).

Le présent numéro cherche à donner un aperçu de la grande diversité des champs d'application des approches cognitives. Il aborde les domaines suivants: (a) la thérapie d'origine «beckienne» ainsi que les transformations qu'on lui a fait subir afin de l'adapter à une gamme de plus en plus étendue de problématiques; (b) l'application d'une conceptualisation cognitive dans les sphères de la sécurité routière, des pratiques d'enseignement en milieu scolaire et de la motivation chez les personnes âgées.

Les trois premiers articles portent sur la thérapie cognitive. Depuis la publication par Beck, en 1976, de l'ouvrage *Cognitive therapy and the emotional disorders*, cette approche n'a cessé d'accroître son influence sur le domaine de la psychothérapie.

Grandement inspiré de la tradition beckienne, l'article d'André Marchand et de Pascale Brillon sur le traitement des troubles anxieux ouvre en force cette section. On y retrouve en effet les éléments de base grâce auxquels l'approche cognitive est maintenant considérée un modèle d'intervention majeur. Après avoir brossé un tableau des principales conceptualisations sur lesquelles s'appuie l'intervention cognitive dans le traitement des troubles anxieux, les auteurs décrivent les principes généraux de cette forme de thérapie et soulignent les dimensions cognitives de certains troubles anxieux. La dernière partie constitue une synthèse exhaustive des stratégies cognitives permettant l'identification et la modification des pensées dysfonctionnelles.

Danielle Lefebvre-Sabourin, John Wright, Stéphane Sabourin et Hélène Poitras-Wright démontrent ensuite l'impact des facteurs cognitifs sur la détresse conjugale. Il abordent des concepts tels que l'attribution dysfonctionnelle, le traitement biaisé et incomplet des perceptions, etc. Ils nous apprennent que les modèles théoriques utilisés en thérapie de couple peuvent différer selon l'importance accordée aux processus cognitifs. Deux modèles soulignant l'interconnexion fréquente des dimensions cognitives et béhavioristes dans l'intervention sont présentés. De plus, une étude de cas illustre les stratégies thérapeutiques proposées par les auteurs.

L'article de Pierre Cousineau complète bien cette trilogie sur la thérapie cognitive. Cette approche s'était établie à partir du traitement des troubles de l'Axe I, particulièrement la dépression et l'anxiété. L'auteur montre comment la préoccupation récente pour les troubles de personnalité (Axe II) a imposé d'importantes transformations conceptuelles et stratégiques au modèle cognitif d'origine. Il souligne, entre autres, la plus grande importance accordée à la relation thérapeutique et à l'expression affective. ainsi que l'intérêt de retracer les origines des schémas dans les souvenirs d'enfance.

Les trois derniers articles de ce numéro thématique révèlent la très grande diversité des champs d'application du modèle cognitif. Celui de Thérèse Audet témoigne du lien fondamental unissant les approches cognitives et la recherche. L'auteure y présente une impressionnante revue de la littérature sur divers aspects de l'attention et leur incidence, établie ou non, sur les accidents routiers. Elle insiste sur les dimensions suivantes: l'attention sélective ou dirigée, l'attention partagée ou divisée, la vigilance.

Jacques Tardif nous entraîne dans un tout autre champ de l'approche cognitive, soit celui de son influence sur les pratiques d'enseignement et d'évaluation en milieu scolaire. Puisque ce sujet occupe sans cesse l'avant-plan des préoccupations d'une partie significative de la population québécoise, cet article très érudit constitue une contribution capitale à ce dossier. Les thèmes abordés sont la différence entre l'approche béhavioriste et l'approche cognitive; le lien entre cette dernière et l'apprentissage; l'enseignement stratégique et l'apprentissage contextualisé; ainsi que les pratiques d'évaluation.

Frédéric Guay, Robert J. Vallerand et Gaëtan F. Losier nous offrent les résultats de leurs recherches sur la motivation des personnes âgées. Ils démontrent que l'évaluation cognitive faite par celles-ci de leur contexte social agit sur leurs sentiments d'autodétermination; en retour, ces derniers exercent une influence sur la motivation des aînés et, finalement, sur leur adaptation. Les auteurs expérimentent, auprès d'une population particulière, la fascinante théorie de Deci et Ryan, qui a, entre autres, ouvert la voie à l'étude expérimentale de concepts psychologiques aussi complexes que la motivation extrinsèque autodéterminée (identification, intégration) et non autodéterminée (régulation externe, introjection). La recherche expérimentale touche ici aux confins de l'application clinique; elle laisse entrevoir une voie extrêmement prometteuse pour l'avenir de l'intervention psychologique.

Nous concluons cette présentation sur les approches cognitives en recourant à quelques commentaires de Beck dans la préface d'un ouvrage récent sur l'évolution de la thérapie cognitive (Kuehlwein & Rosen, 1993). Il y remet en question la croyance selon laquelle la «thérapie cognitive est une entité superficielle, centrée sur une technique, monolithique». Selon Beck, elle démontre plutôt «une profondeur théorique et une versatilité clinique» qui permettent à des «thérapeutes créateurs» de faire des contributions «significatives et inventives [. . .] à partir d'une multitude de perspectives». Voilà des propos intéressants de la part du «père de la thérapie cognitive», propos qui caractérisent bien l'ouverture des modèles cognitifs aux données et hypothèses susceptibles d'enrichir leur conceptualisation. Dans un langage piagétien, nous dirions que les approches cognitives font preuve d'une grande capacité «d'accommodation».

## Références

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Kuehlwein, K.T. & Rosen, H. (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice.* San Francisco: Jossey-Bass.

Pierre Cousineau
*Cité de la Santé de Laval*
*Pratique privée*

*Revue québécoise de psychologie, vol.16, n°2,1995*

# THÉRAPIE COGNITIVE ET TROUBLES ANXIEUX[1]

André MARCHAND
*Université du Québec à Montréal*
*Centre de recherche Fernand-Seguin*
*de l'hôpital Louis-H. Lafontaine*

Pascale BRILLON
*Université du Québec à Montréal*

***Résumé***

*Le présent article se veut une introduction à la thérapie cognitive dans le traitement des troubles anxieux et a pour principal objectif de présenter les principes et techniques cognitives propres à cette thérapie. L'article se divise en trois principales sections. La première partie brosse une revue succincte des principaux modèles conceptuels sur lesquels s'appuie l'utilisation de la thérapie cognitive dans le traitement des troubles anxieux et décrit les principes généraux de cette forme de thérapie. La deuxième partie présente les diverses dimensions cognitives reliées à certains troubles anxieux. La troisième partie porte sur les étapes qui ponctuent une thérapie cognitive et plus particulièrement sur les deux plus importantes: l'identification et la remise en question et la modification des pensées dysfonctionnelles chez les individus souffrant de troubles anxieux. Les stratégies cognitives spécifiques permettant de travailler ces étapes sont présentées en détail dans cette section. Les problèmes rencontrés au cours d'application de la thérapie cognitive ainsi que les limites d'une telle approche sont abordées en conclusion.*

---

1 Cet article a été rendu possible grâce à l'obtention d'une subvention de recherche provenant du programme conjoint en santé mentale FRSQ-CQRS (no: 920763O) par le premier auteur et à l'obtention d'une bourse FCAR par la deuxième auteure.

Les auteurs tiennent à remercier Sébastien G. Messier pour son aide appréciée ainsi que les évaluateurs anonymes qui ont parcouru attentivement ce manuscrit et ont permis de le bonifier à la lumière de leurs commentaires judicieux.

L'adresse de correspondance est la suivante: André Marchand, Ph.D., Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C. P. 8888, Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8

L'anxiété et la peur sont des expériences si communes chez l'être humain que chacun pourrait en donner un récit personnel. Lorsque l'anxiété est vécue de façon modérée, elle peut motiver et mobiliser l'individu vers une performance (Izard & Blumberg, 1985; Lindsley, 1952, 1957, 1960). Plusieurs disent, par exemple, "mieux travailler sous pression", c'est-à-dire qu'ils ressentent un niveau d'anxiété modéré, mais suffisamment élevé pour les pousser à se dépasser. Par contre, un niveau d'anxiété trop élevé peut diminuer la qualité de la performance et même causer une souffrance physique et émotionnelle importante qui peut être grave et incapacitante pour l'individu (Lindsley, 1952, 1957, 1960).

Il demeure difficile de tracer une ligne de démarcation entre l'anxiété "normale" et "saine" et l'anxiété "pathologique", toutes catégorisations étant relatives. Cependant, une façon efficace de délimiter ces concepts consiste à analyser les conséquences de l'anxiété sur la qualité de vie de l'individu anxieux et de son entourage. Ce sont les conséquences néfastes sur le travail et la vie relationnelle de l'individu, sa détresse, sa souffrance, son sentiment d'impuissance à contrôler ses symptômes ainsi que la durée du trouble (en général au-delà de six mois) qui permettent très souvent de dire que le seuil de la pathologie est franchi.

Les individus souffrant de troubles anxieux représentent une large part de la clientèle se retrouvant en psychothérapie. Par exemple, le trouble panique avec agoraphobie représente 50% des problèmes d'anxiété traités par les cliniciens (Marks, 1987). Ce sont donc des individus qui ne ressentent plus l'anxiété comme une émotion stimulante, mais comme une sensation souffrante et handicapante qui a franchi le seuil de la pathologie. Selon Dubovsky (1990), 10% à 15% des individus qui consultent un généraliste éprouvent des réactions anxieuses importantes. Dans la population générale, 25% des individus ont vécu ce type de réactions intenses à un moment ou à un autre de leur vie. Enfin, environ 7.5 % des personnes souffrent d'un trouble anxieux. Face à ces individus, le thérapeute peut considérer plusieurs stratégies ou approches thérapeutiques. Cependant, l'approche qui s'est avérée la plus efficace pour traiter ce genre de problème est la thérapie d'orientation cognitivo-comportementale (Barlow, 1988; Brillon, Marchand, Dupuis, Fontaine, Stephenson, 1994; Clum, Clum & Surls, 1993; Marchand & Comeau, 1992; Marchand, Dupuis,

Todorov, Stip, Fontaine, Borgeat, Gareau & Trudel, 1994; Margraf, Barlow, Clark & Telch, 1993).

Le présent article vise à aborder une des facettes de la thérapie cognitivo-comportementale, soit l'approche cognitive dans le traitement des troubles anxieux. Il s'adresse aux professionnels qui possèdent déjà une certaine expérience en psychothérapie mais qui désirent intégrer à leur pratique des notions de thérapie cognitive (TC). Il vise principalement à faire le point sur les différentes modalités du traitement cognitif des troubles anxieux, et s'appuie en grande partie sur les travaux et perspectives de Beck et ses collaborateurs (1979; 1985) de Clark et Salkovkis (1992), Barlow (1988) et Freeman et Simon (1994).

L'article se divise en trois sections principales. La première partie définit le concept d'anxiété, passe brièvement en revue les principaux modèles conceptuels sur lesquels s'appuie l'utilisation de la TC dans le traitement des troubles anxieux et décrit brièvement les principes généraux de cette forme de thérapie. La deuxième décrit les différentes dimensions cognitives présentes dans certains troubles anxieux. La troisième présente les différentes étapes qui ponctuent une TC et se consacre principalement aux deux étapes les plus importantes: l'identification et la confrontation de la validité et de la pertinence et la modification des pensées dysfonctionnelles chez les individus souffrant de troubles anxieux. Au sein de cette partie, les stratégies cognitives spécifiques permettant de travailler ces étapes sont présentées en détail. La conclusion aborde les problèmes rencontrés lors de l'application de la TC ainsi que les limites d'une telle approche.

## UNE PERSPECTIVE COGNITIVE DE L'ANXIÉTÉ

Cette section tente de définir l'anxiété, aborde les principaux concepts théoriques sur lesquels s'appuie l'utilisation de la thérapie cognitive (TC) dans le traitement des troubles anxieux et décrit les principes généraux de cette forme de thérapie.

### Définitions de l'anxiété

Cerner la réalité de ce concept est plus ardu (et controversé) qu'il n'y parait de prime abord. Nous nous attarderons ainsi à présenter les caractéristiques communes à plusieurs définitions de l'anxiété puisqu'il existe une grande variété de définitions de l'anxiété comme émotion ou comme syndrome clinique. Selon Lewis (1970)

l'anxiété constitue, avant toute chose, un état émotionnel déplaisant, orienté vers l'anticipation d'événements futurs et jumelé à une expérience de peur subjective. Pour leur part, Taylor et Arnow (1988) définissent l'anxiété comme un sentiment insaisissable d'inquiétude à propos d'une menace mal définie à son intégrité physique ou psychologique. Le sentiment est diffus et inexprimable, et sa nature indéfinissable lui procure sa qualité déplaisante et intolérable. Lorsque la menace peut être clairement identifiée, il s'agit d'un sentiment de peur. Taylor et Arnow (1988) affirment que "l'étude des phénomènes d'anxiété doit être abordée selon une perspective biopsychosociale, laquelle postule qu'il y a divers systèmes qui interagissent ensemble et d'une manière complexe pour produire une réponse anxieuse chez un individu en particulier" (p. 41). Ils décrivent les dimensions subjective, cognitive, physiologique, biochimique et comportementale de l'anxiété comme des systèmes variés qui interagissent les uns avec les autres. Cet article se limite cependant à la dimension cognitive.

L'anxiété peut se situer sur un continuum allant de la normalité à la pathologie. De notre point de vue, elle constitue non seulement une réaction normale, mais elle se révèle un atout essentiel pour l'être humain (Marchand & Letarte, 1993). Elle tient lieu de signal d'alarme (alarme vraie en présence de danger réel, et fausse ou attaque de panique lorsqu'il y a absence de danger objectif) pour notre mécanisme de défense et, dans certaines situations, elle assure notre survie. L'anxiété fonctionnelle et adaptée pourrait donc se définir comme la crainte d'un danger réel qui est souvent accompagnée de réactions émotives de panique ou d'effroi et de manifestations comportementales de fuite ou d'attaque. En somme, le versant positif de l'anxiété consiste à la fois à préparer à l'action et à éviter les dangers potentiels à la vie. En effet, plusieurs auteurs prétendent que l'anxiété constitue avant toute chose une réponse phylogénétique que l'être humain a développée à travers son existence et qui possède une valeur de survie pour l'espèce (Plutchnick, 1980) ou un avantage évolutif significatif qui permet à l'individu de s'adapter au danger de son environnement. Cependant, comme nous l'avons souligné, l'anxiété peut aussi être une réaction anormale et dysfonctionnelle. Dans ce cas, elle constitue un signal d'alarme inadéquat pour le mécanisme de défense puisqu'il n'y a effectivement pas de danger objectif. Par exemple, la phobie constitue une forme inadaptée de peur disproportionnée par rapport à la situation. Il s'agit d'une peur irrationnelle d'une situation objectivement non dangereuse qui devient incapacitante et souffrante pour l'individu.

En pratique clinique, il est généralement possible d'identifier plusieurs types de manifestations anxieuses. Ces manifestations ne sont pas automatiquement considérées comme des troubles si elles ne rencontrent pas les critères diagnostics établis par un manuel nosologique comme le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ou le CIM-10 (Organisation mondiale de la santé, 1992). Les principales manifestations sont: la peur, l'anxiété généralisée, les attaques de panique ou d'épisodes d'anxiété intense, l'anxiété anticipatoire ou d'appréhension, l'anxiété avec épisodes modérés, l'anxiété et la dépression modérée, l'anxiété sociale et l'anxiété reliée à des événements traumatiques. Tous ces types de manifestations anxieuses peuvent se positionner sur un continuum d'intensité, de fréquence et de symptomatologie.

## Modèle cognitif de l'anxiété

Bien que l'on compte plusieurs dimensions, l'aspect cognitif semble jouer un grand rôle dans le développement et le maintien d'une réponse anxieuse. En fait, dans la plupart des modèles cognitifs de l'anxiété, les différents chercheurs et cliniciens pensent que, pour ressentir une réaction anxieuse (pour développer un trouble anxieux), l'individu doit percevoir un danger ou une menace. Par exemple, les attaques de panique et les phobies sont déclenchées et maintenues par des schémas cognitifs de danger, de menace, qui sont situés dans la mémoire à long terme (Cottraux, 1992). Pour Freeman et Simon (1994), l'individu perçoit cette menace comme étant dirigée vers lui ou vers ce qui lui est important (cible de la menace), comme provenant de l'extérieur ou de l'intérieur (origine de la menace) et comme impliquant des conséquences présentes et futures négatives (direction de la menace) (Beck, 1970; Clark & Beck, 1988).

Le modèle cognitif de base de l'anxiété (Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1989) comporte une évaluation de la menace perçue et la capacité de l'individu à y faire face. Celui-ci vit une situation particulière et la perçoit en fonction de croyances et de postulats préétablis (schémas de base) (Beck & Emery, 1985). Si la situation est perçue comme menaçante, il se sent en danger. Si elle ne l'est pas et si elle est perçue comme un défi surmontable et intéressant, il se sent excité et enthousiaste. La perception de menace et l'évaluation d'auto-efficacité (Bandura, 1977) représentent donc des éléments très importants de la réaction émotionnelle de l'individu dans les situations courantes de la vie.

Les perceptions, l'évaluation de la menace et de la capacité à gérer le stresseur sont influencées par les schémas cognitifs de base; ceux-ci constituent des structures cognitives sous-jacentes qui organisent les expériences de l'individu et qui sont à la base de ses biais ou distorsions cognitives (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979); ces schémas représentent "le coeur du trouble cognitif" (the core of the cognitive disturbance) (DeRubeis & Beck, 1988). Ils sont appris à partir des principaux agents de socialisation (maison, école et religion), et ce, dès l'enfance. Beck et ses collaborateurs (1979) mentionnent qu'ils ont souvent été appris à un âge ou un niveau de développement où la personne ne possédait pas les habiletés suffisantes pour en voir les failles. Ils modifient et restreignent par la suite la perception des expériences de façon à ce que la réalité s'y adapte et les reconfirment constamment. Ils sont donc "sur-répétés", "sur-appris".

Situés dans la mémoire à long terme, ces schémas filtrent l'information en sélectionnant certains aspects de l'expérience vécue et modifient son interprétation. Ils contiennent à un moment donné tout le savoir d'un individu sur lui-même et le monde. Cependant, ce savoir tend à se reconfirmer en entraînant des déformations systématiques de la perception, de l'attention, et en assimilant de nouvelles informations qui concordent avec celles qui ont déjà été stockées. Ils représentent donc le poids du passé sur l'avenir de l'individu: des prophéties qui se réalisent.

Beck et Emery (1985) ont établi trois principaux types de schémas de base rencontrés plus spécifiquement chez les individus souffrant de troubles anxieux. Ces schémas sont reliés à l'acceptation sociale, à la compétence et au contrôle. L'individu possédant ce premier type agit continuellement afin de mériter l'acceptation inconditionnelle et la reconnaissance d'autrui. Sa façon habituelle de penser pourrait être formulée ainsi: "Je dois être aimé de tout le monde pour être quelqu'un", "J'ai absolument besoin d'être compris par tous", "Être rejeté est la pire chose qui puisse m'arriver", "Je ne peux pas être seul, sinon c'est épouvantable", "Je ne peux supporter que quelqu'un soit en colère contre moi". L'acceptation par les autres est perçue comme vitale à son bien-être, il est hyper-vigilant à tout indice de gratification ou de rejet. Il devient anxieux à la seule pensée que les autres puissent découvrir ses défauts et que cette découverte le rende peu désirable à leurs yeux. Il surestime l'importance de l'acceptation sociale et du rejet.

Celui qui possède des schémas reliés à la compétence croit en son for intérieur qu'il est incompétent et il devient anxieux à la pensée que cette pseudo-incompétence soit révélée aux autres. Chaque tâche ou activité est perçue comme une compétition afin de prouver sa valeur aux autres et comme une occasion de rehausser son estime de lui même. Il exagère très souvent les demandes de la situation et sous-estime ses capacités à y faire face. Ce thème se manifeste par des phrases telles que: "Si je fais une erreur, cela prouve que je suis une nullité", "Je suis ce que j'accomplis", "Je dois absolument réussir dans la vie pour être quelqu'un", "Le monde est divisé entre perdants et gagnants", "Si je ne suis pas au sommet, je ne suis rien."

L'individu qui possède des schémas de base reliés au contrôle a une peur bleue de se retrouver dans une position où il ne pourra contrôler ses sentiments ou ses actions. Les attaques de panique sont particulièrement anxiogènes pour lui parce qu'elles sont perçues comme des expériences imprévisibles et incontrôlables durant lesquelles il perd le contrôle de lui-même. Il perçoit souvent le monde comme divisé entre les faibles et les forts et considère ses moments de perte de contrôle comme des instants de grande faiblesse. Ces schémas peuvent se formuler ainsi: "Je ne peux supporter d'être sans contrôle", "Si je laisse quelqu'un devenir trop intime, cette personne va essayer de me contrôler", "Je ne peux tolérer que d'autres me disent quoi faire", "Je suis le seul capable de régler mes problèmes", "Je ne dois pas demander d'aide".

Les pensées automatiques découlent des entités cognitives plus générales, inconscientes et impératives que constituent les schémas; elles paraissent surgir spontanément, sans processus de raisonnement conscient et de manière automatique en réponse aux événements de vie. Elles sont très souvent dysfonctionnelles, idiosyncratiques, répétitives et irrationnelles chez les individus anxieux parce qu'elles sont le résultat de distorsions cognitives. Elles leur apparaissent plausibles et tendent à être endossées sans discernement critique (Beck & al., 1979). Généralement, la reconnaissance et la modification des schémas de base s'effectuent plus tard dans le processus thérapeutique. On commence, en effet, par cerner les pensées automatiques dysfonctionnelles qui sont responsables des manifestations anxieuses, et ce, parce qu'elles sont plus accessibles à la conscience.

Les processus cognitifs constituent l'intermédiaire entre les schémas (structures profondes) et les pensées automatiques (structures superficielles). Ces processus sont des règles de

transformation de l'information qui, chez les individus anxieux, se manifestent particulièrement par d'importantes distorsions. Ces perturbations profondes et stables des mécanismes de la pensée logique assimilent les événements au thème des schémas: le monde est ainsi vu à travers un filtre. Les processus dysfonctionnels et irrationnels réduisent la vision du monde de façon à reconfirmer constamment les schémas de base (Cottraux, 1992). Sept types de processus cognitifs dysfonctionnels (distorsions cognitives) ont été établis (Beck & al., 1979; Beck & Emery, 1985, De Rubeis & Beck, 1988). Ce sont: 1) L'inférence arbitraire: Arriver à une conclusion en l'absence de plusieurs évidences; 2) L'abstraction sélective: Centrer son attention sur un détail en ignorant des aspects plus importants de la situation, et conceptualiser toute son expérience sur la fonction de ce fragment incomplet; 3) La surgénéralisation: Arriver à une conclusion sur la base d'un indice isolé et appliquer cette conclusion à d'autres situations; 4) L'exagération: Distorsion dans l'évaluation de la signification ou de la gravité d'un événement; 5) La minimisation: Distorsion dans l'évaluation de la signification ou de la gravité d'un événement; 6) La personnalisation: S'approprier la cause ou les conséquences d'un événement alors qu'aucun indice ne permet une telle attribution; 7) La pensée dichotomique: Tendance à catégoriser les expériences en deux catégories extrêmes.

## Les principes de base de la thérapie cognitive

Cette section aborde, brièvement, les principes fondamentaux inhérents à la pratique de la TC découlant des modèles cognitifs de l'anxiété. Ces principes, résumés par Beck et Emery (1985) et repris par Freeman et Simon (1994), précisent la perspective conceptuelle, les caractéristiques du cadre thérapeutique, les rôles et obligations du client et du thérapeute ainsi que les conditions nécessaires au changement thérapeutique au sein de la TC.

Les dix principes fondamentaux sont les suivants: 1) La TC est basée sur le modèle cognitif des troubles émotionnels, et dans ce cas-ci, des troubles anxieux. Ce modèle postule que les symptômes anxieux sont le résultat de processus automatiques et dysfonctionnels de pensées; 2) La TC est basée également sur un modèle éducationnel. L'individu développe des symptômes d'anxiété parce qu'il a appris certaines façons inappropriées de percevoir et d'interpréter ses expériences. La remise en question de ces anciens schémas et des pensées automatiques reliées à ces schémas, en plus de l'apprentissage d'un nouveau style cognitif plus fonctionnel aura pour effet de diminuer les symptômes anxieux du client; 3) Le

rationnel et les techniques de la TC découlent de la méthode inductive. Cette forme de thérapie consiste, entre autres, à apprendre au client une façon "scientifique" d'interpréter les événements et de percevoir ses problèmes; 4) La TC est brève et limitée dans le temps. Généralement cette forme de thérapie se veut de courte durée pour les troubles anxieux (soit 5 à 20 séances, sauf peut-être pour certaines pathologies plus sévères telles l'obsession-compulsion); 5) La TC nécessite une relation thérapeutique chaleureuse basée sur la confiance, le respect et l'acceptation; 6) La TC requiert un travail conjoint de la part du thérapeute et du client pour la résolution des problèmes de ce dernier. Le client est donc encouragé à jouer un rôle actif au sein de la thérapie. Le travail thérapeutique s'apparente alors à celui d'une équipe de scientifiques où les pensées dysfonctionnelles du client sont traitées comme des hypothèses qui doivent être testées. Le client est considéré, en ce sens, "responsable" de la résolution de ses problèmes et donc du cours de la thérapie; 7) La TC utilise la méthode de questionnement socratique. Au lieu de fournir des réponses toutes faites démontrant l'incohérence des pensées du client, les thérapeutes cognitivistes amènent celui-ci à les tester logiquement afin qu'il prenne conscience de lui-même de l'incongruence, de l'irréalisme et du rôle inadapté de ces cognitions; 8) La TC est structurée et directive afin d'offrir au client anxieux un cadre rassurant et favorable à l'apprentissage de nouvelles habiletés cognitives; 9) La TC est orientée vers le ou les problèmes et leurs résolutions puisque son but premier consiste à résoudre les problèmes actuels du client; 10) La TC met l'emphase sur les exercices pratiques dans leur milieu naturel, afin de consolider les apprentissages acquis en thérapie, afin, d'observer et enregistrer avec plus d'exactitudes les pensées automatiques et leurs impacts et finalement afin de mettre en pratique les stratégies élaborées en thérapie.

## LA DIMENSION COGNITIVE DES TROUBLES ANXIEUX

Avant d'aborder la description des étapes du processus thérapeutique et des stratégies cognitives utilisées, cette section présente à titre d'exemples, les contenus cognitifs spécifiques de certains troubles anxieux (du trouble panique avec agoraphobie, du trouble obsessionnel-compulsif et de la phobie sociale selon le DSM-IV (APA, 1994) afin de mieux examiner les cibles de travail de la TC. Il existe, en effet, plusieurs pensées communes aux individus anxieux mais également des cognitions spécifiques à chacun des troubles.

## Le trouble panique avec agoraphobie

Ce trouble provient généralement de l'expérience d'une ou plusieurs attaques de panique. Il se caractérise par la crainte de revivre une attaque similaire si l'individu retourne dans la ou les situations où elles se sont originalement déclenchées et dans lesquelles il lui est difficile ou gênant de s'échapper ou dans lesquelles il ne peut pas trouver du secours en cas de malaise (métro, cinéma, ascenseur, etc.). De plus, l'individu a l'impression que les attaques de panique sont des événements imprévisibles, incontrôlables et surtout catastrophiques. Conséquemment, il évite systématiquement toutes les situations où les attaques peuvent se produire, ce qui restreint de façon très importante sa liberté de mouvement.

Les cognitions propres aux individus agoraphobes sont sensiblement les mêmes que pour le trouble panique sans agoraphobie (voir Chambless, Capato, Bright & Gallagher, 1984). Le principal élément étiologique du trouble panique avec agoraphobie résulte de la façon inadéquate qu'ont certains individus d'interpréter les stimuli et les sensations physiologiques comme des signes d'une menace, d'un danger. Selon Clark (1988), l'interprétation des sensations corporelles joue un rôle déterminant dans le déclenchement d'une attaque de panique et de l'évitement qui s'en suit. Si cette interprétation est de nature catastrophique, il y a panique. Pour qu'il y ait attaque de panique et pour qu'il s'agisse d'un trouble panique, il faut que les sensations physiques soient perçues à la fois comme étant plus dangereuses qu'elles ne le sont en réalité et comme étant le signe avant-coureur d'une catastrophe physique ou mentale imminente.

Selon Ehlers, Magraf & Roth (1988), les attaques de panique sont le résultat d'une rétroaction positive entre des stresseurs physiologiques ou cognitifs et l'interprétation ou la réaction comportementale à ces stresseurs. Ainsi, des sensations physiologiques (telles les réactions physiques à l'effort) ou des pensées stressogènes (telles que celles associées à un événement traumatique) peuvent être perçues et interprétées comme dangereuses. En retour, ces interprétations de danger génèrent encore plus de sensations physiques anxieuses et de pensées effrayantes, ce qui renforce alors la perception initiale de danger de l'individu.

Très souvent à cette interprétation s'ajoute celle d'une perception d'absence de contrôle sur la symptomatologie anxieuse et ses manifestations comportementales, ce qui contribue à

l'amplification des symptômes d'anxiété. Par exemple, l'individu tente désespérément de reprendre le contrôle sur ses symptômes d'anxiété en manifestant des comportements tels que l'augmentation du rythme respiratoire. L'émission de tels comportements amplifient à leur tour les symptômes anxieux, donnant ainsi lieu à une attaque de panique. Selon le modèle de Williams & Laberge (1992) lequel repose sur la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura, le jugement qu'a le client de son habileté à contrôler un épisode d'anxiété détermine la persistance avec laquelle il tente de gérer les composantes cognitives, comportementales et physiques de cet épisode.

Généralement, les individus agoraphobiques vont justifier leurs comportements d'évitement (par exemple, "Je ferai cette tâche demain", "Je n'ai pas de raisons valables de me déplacer en métro, ou d'aller faire mes courses", "Je peux marcher", etc.). De plus, ils vont entretenir tout un processus de vérification, de contrôle interne et externe afin de se sécuriser (vérifier constamment s'ils ne ressentent pas de symptômes désagréables, se placer près des sorties de secours, transporter leurs médicaments avec eux, etc.).

## Le trouble obsessionnel compulsif

La caractéristique essentielle de ce trouble consiste en la présence d'obsessions ou de compulsions récurrentes. Dans le système obsessionnel, la pensée intrusive est la première donnée du système. Le terme obsession désigne une image, une impulsion, une pensée persistante, involontaire, pénible et anxiogène, qui envahissent la pensée du sujet malgré lui et malgré leur caractère irrationnel et répugnant (par exemple l'idée intrusive de tuer son propre enfant, de s'exhiber dans une église, de blasphémer, de frapper un individu, de se livrer à des actes sexuels de grossière indécence, etc.). Le thème de cette obsession est souvent la saleté, la contamination, le sacrilège, la sexualité, le désordre, la peur d'être responsable de la mort d'autrui ou de catastrophes. Les pensées intrusives s'imposent au sujet pendant des périodes prolongées et très souvent elles entraînent une culpabilité douloureusement ressentie.

Pour Salkovkis (1985), il est préférable de conceptualiser les pensées intrusives comme des stimuli cognitifs. Pour les individus obsessionnels, ces stimuli sont suivis par des réponses cognitives inadéquates (pensées automatiques négatives) et ce sont ces réponses qui produisent la détresse associée aux obsessions. Le

contenu de ces réponses cognitives constitue surtout des croyances excessives. L'individu se sent responsable ou se blâme pour le tort fait aux autres ou à soi même.

Selon Rachman et da Silva (1978) ainsi que Salkovkis (1985), il n'y a pas de différences majeures au niveau du contenu entre les pensées intrusives des patients obsessionnels et celles des individus normaux. Les pensées intrusives obsédantes des individus "pathologiques" se distinguent seulement de celles éprouvées par les gens "normaux" par la détresse qu'elles provoquent, leur fréquence, leur durée et par le fait qu'elles n'entraînent pas de réponse d'habituation: La personne obsessionnelle ne s'y habitue pas et ne peut la rejeter. Il la considère honteuse et dangereuse (alors que pour des gens "normaux" cette même pensée est considérée comme simplement bizarre, bénigne, ou méchante). De ce fait, le sujet obsessionnel doit édifier toute une stratégie complexe de défense. Ainsi, pour expier sa faute d'avoir eu cette pensée, pour empêcher qu'elle se réalise ou pour empêcher l'occurrence d'une autre pensée similaire, l'individu obsessionnel va effectuer des rituels cognitifs ou comportementaux: les compulsions.

Le mot compulsion désigne un besoin impérieux qui pousse l'individu à effectuer des comportements répétitifs et stéréotypés (vérifier, compter, nettoyer, mettre en ordre) qui ont comme fonction de rétablir l'ordre moral et de neutraliser l'anxiété et le sentiment de culpabilité déclenchés par la pensée intrusive. "Je dois tout de suite me laver pour effacer cette pensée sexuelle", "Je dois absolument vérifier si le four est bien éteint sinon je serai responsable d'un malheur à mes enfants." La compulsion cognitive occupe la même fonction que celle des rituels compulsifs. Par exemple: "Je dois compter de 1 à 10 trois fois pour me punir d'avoir eu des pensées méchantes concernant ma mère", ou "Je dois me dire cinq fois "J'aime mon fils et ne lui veut aucun mal" pour éviter qu'il ait un accident".

Le schéma cognitif de base de l'individu obsessionnel consiste souvent en une exigence d'être vigilant par rapport au danger qu'il peut lui même provoquer, sinon il devient automatiquement responsable: Par exemple: "Tu dois toujours être sur tes gardes et éviter la saleté sinon tu seras contaminé et tu seras responsable de la contamination." L'obsessionnel a l'impression qu'il n'a pas beaucoup de contrôle sur ces actes et démontre une pensée magique (par exemple, il croit que le fait de penser à quelque chose va le pousser à effectuer un certain geste même s'il ne le veut pas, à moins qu'il ne fasse le rituel qui l'absout et "efface" la pensée." Les

principaux postulats obsessionnels sont donc: "Penser c'est faire". "Nos pensées et nos souhaits se réalisent", "On peut avoir une influence sur les gens et les choses par de mauvaises pensées", "On doit toujours être vigilant par rapport aux dangers que l'on peut soi-même provoquer sinon on en est responsable.", etc." Ainsi, les sentiments excessifs d'incertitude et de perte de contrôle deviennent intolérables. Les rituels (cognitifs ou comportementaux) peuvent donc être conçus comme des tentatives inadaptées pour se réapproprier un certain contrôle sur ces pensées (Ladouceur et Cottraux, 1993).

### La phobie sociale

La dimension cognitive de ce trouble consiste principalement en une peur irrationnelle et persistante de l'opinion d'autrui. L'individu éprouve ainsi la peur de se trouver dans des situations qui l'exposent à l'observation attentive d'autrui et à leur jugement éventuel. Il craint particulièrement d'agir d'une façon perçue humiliante ou embarrassante (par exemple: ne plus savoir que dire ou dire des bêtises en public, s'étrangler en mangeant en face d'autrui, être incapable d'uriner dans les toilettes publiques, trembler en écrivant en présence d'autres personnes, etc.). L'individu est constamment centré sur la crainte que sa performance soit interprétée comme un signe évident qu'il est inapte ou stupide et il s'attend à tout moment à subir un échec ou un rejet social. Conséquemment, il vérifie continuellement sa performance dans les situations sociales.

Voici un certain nombre de pensées automatiques et de peurs concernant l'évaluation négative d'autrui que l'on rencontre fréquemment chez les phobiques sociaux: " Je n'ai pas le droit de me mettre en avant", "Mon image n'est pas bonne.", "On va me détester.", "On va remarquer que je rougis.", "On va s'apercevoir que mes mains tremblent.", "Je vais oublier ce que j'ai à dire.", "On va me juger confus, stupide, ennuyeux.", "Ma voix va se casser et l'on ne m'entendra pas.", "Les autres connaissent mieux le sujet que moi.", "Je ne serai jamais réinvité.", "Je suis un perdant".

## PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Cette section inclut une description du processus thérapeutique de la TC et ce, de façon générale et spécifique. Elle se centre plus spécifiquement sur les deux phases les plus importantes de la TC: 1) L'identification des pensées automatiques irrationnelles et de

leur impact sur l'état émotionnel de l'individu. 2) l'examen de la validité (ou confrontation) des pensées et schémas identifiés.

## Processus thérapeutique: description générale

Le rationnel thérapeutique de la TC postule que les symptômes anxieux découlent et sont maintenus par l'interprétation erronée ou dysfonctionnelle des situations vécues par l'individu. Cette conceptualisation inadéquate de ses expériences actuelles et des événements futurs est à l'origine du développement et du maintien des symptômes comportementaux, affectifs et motivationnels pathologiques. C'est en modifiant les types et les contenus des pensées automatiques dysfonctionnelles ainsi que les schémas dysfonctionnels fondamentaux que l'on peut modifier et améliorer la symptomatologie (Beck & Emery, 1985).

La TC des troubles anxieux vise donc à modifier les pensées, anticipations, idées, attentes et croyances négatives et irrationnelles que l'individu entretient par rapport à une situation anxieuse par une perception plus exacte et plus réaliste de la situation. L'individu est ainsi amené à dédramatiser les scénarios catastrophiques qu'il se représente avant, pendant ou après l'exposition à une situation anxiogène.

Le thérapeute cognitiviste accomplit plusieurs étapes lors de l'application des différentes stratégies; il doit: 1) Initier et s'assurer d'édifier une alliance thérapeutique solide favorisant une implication active du client dans le processus thérapeutique; 2) Bien évaluer le ou les problèmes, bien identifier les facteurs déclenchants et de maintien; 3) Introduire et bien renseigner le client à propos du modèle, des principes, des étapes de la TC; 4) Informer, expliquer, démystifier et dédramatiser avec précision les divers symptômes anxieux; 5) Permettre au client de bien distinguer la relation entre certaines pensées automatiques et ses symptômes anxieux; 6) Identifier clairement les cognitions ou les pensées automatiques dysfonctionnelles; 7) Identifier les schémas de base inadéquats; 8) Confronter (c'est-à-dire examiner la validité et la pertinence) les cognitions erronées; 9) Corriger les pensées dysfonctionnelles par des pensées plus fonctionnelles; 10) Favoriser l'application des stratégies cognitives et comportementales pour consolider les acquis; 11) Favoriser les exercices pratiques, l'entraînement au changement durant les sessions et entre les sessions de thérapie; 12) Planifier des stratégies de prévention de la rechute; 13) Mettre en branle des stratégies pour favoriser la fin de la thérapie.

Dans les faits, la base de la TC comprend deux principales étapes: 1) L'identification des pensées automatiques irrationnelles et de leur impact sur l'état émotionnel de l'individu. 2) l'examen de la validité (ou confrontation) des pensées et schémas identifiés. La première étape vise à bien identifier les pensées négatives ou irrationnelles et leur effet sur les symptômes anxieux. La deuxième étape permet de choisir une ou des pensées ou schémas les plus dysfonctionnels et d'en vérifier la validité et la pertinence. Cela implique de poser un regard objectif sur cette pensée afin d'examiner attentivement si elle est logique ou si elle se fonde plutôt sur des distorsions cognitives de la réalité (voir plus haut section "Modèle cognitif de l'anxiété" pour une description des distorsions cognitives).

## Processus thérapeutique: description spécifique

Afin de permettre l'identification des cognitions erronées et des schémas de base de la personne anxieuse, le thérapeute se doit de créer une ambiance propice à l'échange et à l'expression des peurs. C'est, en effet, à partir de ce travail d'identification des cognitions reliées au problème que le travail de confrontation et de correction pourra ensuite prendre place. Il importe donc de cerner adéquatement toutes les cognitions du client.

Généralement, l'identification et la modification des schémas de base s'effectuent plus tard dans le processus thérapeutique. On commence, en effet, par identifier les pensées automatiques qui sont responsables des symptômes anxieux car elles sont plus proches de la conscience. Certains clients sont capables d'identifier leurs pensées automatiques négatives dès le début de la thérapie. Par contre, plusieurs ont besoin d'entraînement afin d'y parvenir. Parce que les pensées automatiques dysfonctionnelles sont parfois difficiles à reconnaître, les thérapeutes cognitifs ont recours à diverses techniques spécifiques. La prochaine section présente les techniques d'intervention les plus souvent utilisées afin 1) d'identifier les pensées automatiques et schémas, 2) de confronter et de modifier les pensées et schémas de base. Les personnes intéressées à obtenir une description plus détaillée des procédures généralement utilisées en TC peuvent consulter les auteurs suivants (Beck, 1976; Beck & Emery, 1985; Burns, 1980; Clark & Salkovkis, 1992; Cottraux, 1992; Ladouceur & Cottraux, 1993; Young & Beck, 1982)

## IDENTIFICATION DES PENSÉES AUTOMATIQUES ET SCHÉMAS DE BASE

### a. Identification des pensées automatiques

Voici les principales stratégies (6) utilisées par les thérapeutes cognitivistes afin d'identifier les pensées automatiques et schémas de base responsables des symptômes anxieux du client.

1. *Établir le lien entre situation - émotion - cognition.* Il s'agit au départ d'expliquer à la personne, la distinction et la relation entre les situations, les pensée automatiques et les réponses anxieuses. Les individus souffrant de troubles anxieux ont beaucoup de difficulté à distinguer entre la pensée automatique et la réponse anxieuse. Cette distinction permet de leur faire comprendre que l'événement ne cause pas directement la réponse anxieuse, mais c'est plutôt leur interprétation ou leurs pensées automatiques intermédiaires qui en sont responsables. En fait, ils doivent développer une conscience de soi. Le thérapeute doit alors les encourager à accroître leur attention face à leur cognitions et processus cognitifs sous-jacents qui influencent leurs symptômes anxieux. Cette stratégie va favoriser grandement l'identification des pensées automatiques.

2. *Observation et enregistrement des pensées automatiques.* Une grille d'auto-observation peut aussi être utilisée en thérapie et dans la vie de tous les jours afin de bien identifier et isoler les situations anxieuses, les émotions pénibles et les pensées automatiques dysfonctionnelles (voir Beck et al., 1979; Cottraux, 1992). À l'aide de cette grille, l'individu doit décrire l'événement anxiogène, ensuite préciser l'émotion qui y est associée et en évaluer l'intensité. Enfin, il doit écrire les pensées automatiques qui précèdent, accompagnent ou suivent l'émotion. La personne remplit cette grille à chaque occasion qu'elle ressent une forte émotion. La grille est par la suite étudiée avec le thérapeute et constitue une base de discussion pour fixer les thèmes de chaque séance. (Voir le tableau 1).

**Tableau 1 Grille d'auto-observation**

| SITUATION-ÉMOTION | PENSÉES AUTOMATIQUES | PENSÉES ALTERNATIVES | DISTORSIONS |
|---|---|---|---|
| 1. Décrire l'évènement précis ou le fil d'idées produisant l'émotion déplaisante<br><br>- J'ai lu le journal et je suis devenu angoissé, menacé. | 1. Écrire les pensées qui précèdent, accompagnent ou suivent l'émotion.<br><br>- Je vis dans un monde rempli de criminels | 1. Écrire les pensées opposées aux pensées automatiques. Ce sont des pensées que vous jugez plus rationnelles.<br>- Il n'y a pas que des criminels dans le monde, il y a également des gens intéressants, honnêtes. | 1. Identifier le type de distorsion sous-jacent aux pensées.<br><br>- Abstraction sélective |
| - J'ai fait une erreur de frappe dans une lettre que mon patron m'avait demandé de taper. Je me sens mal, je me sens responsable.<br><br>- Je suis convaincu que mon patron va être insatisfait de moi et qu'il va m'engueuler. | - Je fais toujours des erreurs dans tout ce que j'entreprends.<br><br>- Je ne suis qu'une nulle alors que l'autre secrétaire est bien meilleure que moi. | - C'est faux, je ne fais pas des erreurs dans tout ce que j'entreprends. il y a plusieurs occasions où je réussis ce que j'entreprends. De plus, je n'ai aucune preuve que l'autre secrétaitre soit parfaite. | - Pensée dichotomique |

| SITUATION-ÉMOTION | PENSÉES AUTOMATIQUES | PENSÉES ALTERNATIVES | DISTORSIONS |
|---|---|---|---|
| 2. Préciser l'émotion: colère, tristesse, angoisse ou autre<br><br>- Culpabilité, angoisse<br><br>3. Évaluer l'intensité de l'émotion (de 0 à 10): 5 | 2. Évaluer votre degré de croyance dans les pensées automatiques (de 0 à 10): 7 | 2. Évaluer votre degré de croyance aux pensées opposées (de 0 à 10): 4<br><br>3. Réévaluer votre degré de croyance dans les pensées automatiques;3 | |

3. *Discussion d'expériences émotionnelles récentes.* Le thérapeute travaille conjointement avec l'individu afin d'identifier les événements ou situation récentes qui ont déclenché des réponses émotionnelles intenses et négatives. Les moments d'intenses émotions (anxiété, dépression, agressivité ou d'autres réactions), particulièrement de changement d'humeur ou d'attitude qui apparaissent durant l'entrevue, peuvent permettre également d'identifier les pensées de l'individu reliées à ses émotions. Par exemple, lorsque le client devient tendu ou se met à pleurer, le thérapeute peut lui demander d'identifier son monologue intérieur, les images qui ont déclenché ou accompagné ses réactions anxieuses ou de tristesse. Les signes d'anxiété plus ou moins discernables et les silences doivent être pris en considération et doivent amener le thérapeute à s'enquérir, avec respect et empathie, de ce que vit le client. Le thérapeute tente de faire prendre conscience à son client de la relation qui peut exister entre un événement, certaines cognitions et les émotions. Il pose au client des questions directes et spécifiques qui ont pour but de lui permettre de mieux identifier ses pensées automatiques, telles que: "Qu'avez vous pensé à ce moment?", "Quelle est l'image qui vous est venue alors?", "Au milieu d'une attaque de panique, quelle est la pire chose qui puisse vous arriver?". Selon Beck et al., (1979), Clark & Beck (1988), ce type de questions amène les individus à mieux identifier leur problématique en donnant des réponses concrètes et spécifiques.

4. *L'imagerie mentale ou les techniques de visualisation en imagination.* Cette technique consiste à solliciter la personne à imaginer une scène de la vie courante, habituellement pénible à affronter, ou suscitant de fortes réactions anxieuses. Le thérapeute lui demande alors de se concentrer sur son monologue intérieur engendré par les images invoquées et d'observer les liens entre les situations, les émotions et les pensées automatiques.

5. *Le jeu de rôle pour revivre une expérience interpersonnelle.* Les jeux de rôles sont utilisés afin de recréer les situations anxiogènes (particulièrement avec les phobiques sociaux). En jouant la situation, le client peut recréer, revivre les sentiments et les pensées qui l'habitent et ainsi identifier avec plus d'exactitude ses pensées automatiques dysfonctionnelles. Selon Clark & Beck (1988), lorsque l'événement anxiogène se rapporte à une expérience interpersonnelle, la technique du jeu de rôle semble donner de meilleurs résultats que l'imagerie.

6. *Revivre la situation dans la réalité et porter attention aux pensées.* Afin de recréer et de revivre les émotions déjà ressenties, l'individu peut s'engager dans une activité qui provoque une réaction anxieuse, observer et prendre conscience de ses pensées. Il faut que l'individu porte une attention particulière aux images, aux idées et aux anticipations suscitées par des changements rapides du niveau d'anxiété.

### b. Identification des schémas de base

Les schémas de base de l'individu anxieux sont identifiés par le thérapeute et le client au fur et à mesure de l'identification des pensées automatiques. L'accumulation de pensées automatiques dans un domaine précis et la mise en évidence d'une certaine permanence entre elles, permettent en effet, de faire ressortir certains thèmes principaux plus fondamentaux (schémas) qui structurent l'expérience du client.

La technique de "la flèche descendante" est une technique efficace afin d'identifier les postulats de base. Elle permet, grâce à un questionnement successif, de mettre en évidence la cascade de pensées de plus en plus fondamentales qui sous-tendent la première pensée automatique. En effet, à partir d'une pensée automatique anxieuse, le thérapeute descend (par questionnement) pas à pas jusqu'aux postulats qui sont à la source de la pensée. Cette technique peut s'apparenter au jeu des poupées russes où l'individu est en contact d'abord avec la plus grosse poupée (la pensée

automatique la plus accessible à sa conscience), pour ensuite parvenir par déballement successif à la poupée centrale (le schéma de base). Le thérapeute demande ainsi au client à chaque pensée subséquente: "Quelles sont les conséquences de cette pensée? Qu'est-ce qu'elle implique pour vous?". Cette technique permet donc à partir d'une pensée automatique dysfonctionnelle de descendre pas à pas jusqu'aux postulats de base.

L'identification des pensées automatiques négatives n'est pas une mince tâche et encore moins l'identification des schémas de base. Toutefois, c'est une phase essentielle de la TC. Par conséquent, il convient d'y accorder beaucoup d'importance. Dans ce contexte, il faut se rappeler que plus on connaît spécifiquement quelles sont les pensées inadéquates reliées à la problématique, plus on sera en mesure d'élaborer des stratégies d'intervention spécifiques afin de modifier ces pensées et plus on obtiendra de meilleurs résultats thérapeutiques.

### Confrontation et modification des pensées automatiques et des schémas de base

Une fois que le thérapeute possède une conceptualisation complète du problème, qu'il a établi avec l'aide du client les priorités et les objectifs de l'intervention, qu'il a bien identifié les pensées automatiques et les schémas de base reliés aux symptômes anxieux, il peut commencer à planifier et à mettre en branle le traitement comme tel. Cette étape de la TC consiste à amener l'individu à reconsidérer certaines informations ignorées, mises de coté, mais qui ont le potentiel de contredire le schéma dysfonctionnel de base. L'objectif consiste à changer les contenus et processus cognitifs immatures en schémas matures puisque le client possède maintenant les habiletés nécessaires pour le faire. Les techniques cognitives visent à confronter et modifier les pensées automatiques d'abord, puis les schémas de base sous-jacents ensuite.

Afin d'aider le client à examiner la validité et la pertinence de ses pensées et schémas et d'en favoriser la modification ou le remplacement, la TC utilise non seulement des techniques cognitives mais également des techniques comportementales. Plusieurs raisons justifient l'utilisation de techniques comportementales: Le thérapeute introduit cette forme de stratégie parce qu'il veut modifier les comportements directs de l'individu, qu'il s'attend à la consolidation des changements cognitifs durant l'application de la technique comportementale ou parce qu'il cherche ainsi à obtenir des modifications plus durables en pairant les deux techniques. Il

faut mentionner, à cet effet, que les techniques dites comportementales sont très efficaces dans le traitement des troubles anxieux (Barlow, 1988; Marks 1987). Les principales techniques comportementales sont: 1) Les cédules d'activités, 2) L'entraînement aux habiletés sociales, 3) L'entraînement à l'affirmation de soi, 4) La bibliothérapie, 5) L'exposition in vivo ou aux stimuli intéroceptifs, 6) Les tâches ou activités graduées, 7) Les jeux de rôles et la pratique, 8) L'entraînement à la relaxation, 9) L'entraînement respiratoire, etc. (pour une description plus détaillée voir: Barlow, 1988; Cottraux, 1992; Marks, 1987). Cependant, le présent article porte exclusivement sur les techniques cognitives.

L'examen de la pertinence et de la validité des pensées automatiques (et des schémas de base identifiés plus tard dans le processus thérapeutique) peut s'effectuer sur trois principaux fronts: 1) Examiner la validité de la pensée automatique ou du schéma; 2) Formuler des interprétations alternatives à la pensée automatique ou au schéma; 3) Évaluer les conséquences réelles de la pensée automatique ou du schéma.

1) L'examen de la validité de la pensée automatique ou du schéma consiste à confronter la validité du matériel cognitif afin d'en vérifier la logique. Le thérapeute et le client pourront ainsi identifier quels types de distorsions de la réalité sont responsables de l'irrationalité de la pensée automatique. 2) Les clients anxieux ont souvent une vision très courte et étroite de leur situation et restent collés à leur interprétation des faits. La formulation des interprétations alternatives de la pensée automatique ou du schéma consiste à élargir leur perspective, à leur apprendre à considérer d'autres possibilités que leurs propres prédictions et interprétations: il s'agit de changer leur "perspective de taupe" pour une "vision d'oiseau" (Beck & Emery, 1985). Ils doivent se rendre compte que certaines alternatives aussi valables (sinon plus justes et plus fonctionnelles) que leur première pensée automatique existent et valent la peine d'être considérées. À l'aide de cette technique, le thérapeute encourage l'individu à percevoir toutes les interprétations et solutions alternatives à son problème (Blackburn, 1988). Très souvent, les clients qui ont un style anxieux croient ne posséder qu'une façon de réagir, de penser. Lorsqu'ils perçoivent d'autres solutions alternatives ou interprétations plus réalistes de leur problématique, ils ont l'impression de posséder un meilleur contrôle sur leurs pensées et leurs actions et deviennent souvent moins anxieux. 3) Enfin, évaluer les conséquences réelles de la pensée automatique ou du

schéma, pousse l'individu à envisager ce qui arriverait si cette conclusion ou interprétation de la situation s'avérait effectivement juste et vraie. Le client anxieux craint les pires conséquences mais ne se les avoue pas et évite le plus possible de les affronter. Le but de cet exercice est de dédramatiser les conséquences futures.

### a. Confrontation des pensées automatiques

Les différentes stratégies (12) permettant d'effectuer ces trois méthodes d'intervention sont:

1. *Le questionnement socratique.* La première stratégie consiste en la confrontation par le thérapeute de la validité et de la logique des pensées automatiques et ce, par des questions bien ciblées. Le client est ainsi incité à questionner ses interprétations et conclusions, à ne plus les accepter telles qu'elles mais à les soumettre à une vérification de leur justesse. Les questions posées par le thérapeute essaient de confronter la logique sous-jacente à la pensée automatique et d'identifier les distorsions cognitives responsables de celle-ci. Par exemple: "Quels sont les fondements de cette interprétation?", "Est-ce que vous sursimplifiez la relation causale?", "Est-ce que vous utilisez un type de pensée "tout ou rien"?", "Est-ce que vous posez une interprétation extrême ou exagérée?", "Est-ce que vous vous basez sur une source d'information fiable?", "Est-ce que vous pensez en terme de certitudes plutôt que de probabilités?", "Est-ce que vous posez des jugements basés sur vos sentiments plutôt que sur des faits?".

Le thérapeute incite ainsi l'individu à soumettre ses pensées au test de la réalité, à en vérifier la validité, la logique, la pertinence. Le but de cette méthode n'est pas d'induire un faux optimisme, en conduisant le client à penser que ses interprétations anxiogènes sont totalement sans fondement, mais plutôt d'encourager une analyse critique de la façon dont il interprète les événements. Par exemple, si un client est convaincu que certains symptômes qu'il a déjà ressentis plusieurs fois dans le passé (sans jamais avoir eu d'attaques cardiaques ni de prédisposition selon les spécialistes) sont des signes alarmants d'une crise cardiaque, le thérapeute peut l'amener à remettre en question cette croyance que des symptômes familiers prédisent un résultat totalement nouveau. Le client pourrait ainsi être amené à conclure qu'il éprouve effectivement des symptômes d'anxiété mais qu'il n'y a pas d'évidence que ces symptômes soient des indices annonciateurs d'une catastrophe.

Le thérapeute utilisera aussi le questionnement socratique afin de faire réaliser au client qu'il reste collé à sa seule interprétation des faits et de l'aider à générer des interprétations et conclusions alternatives à ses pensées automatiques. Des questions permettent au client de considérer d'autres conséquences que celles qu'il avait prévues: "Que penserait de cet événement un observateur neutre?", "Comment pourrais-tu interpréter différemment cette situation?", "Qu'as-tu à perdre ou à gagner de cette situation?, "Que peux-tu apprendre de cette expérience?".

Enfin, le questionnement socratique peut être utilisé afin de faire préciser au client les conséquences spécifiques de sa pensée automatique si celle-ci s'avère vraie. Cette stratégie exige qu'il verbalise les peurs qu'il n'ose pas affronter ou s'avouer. Le fait de les exprimer fait souvent en sorte qu'elles paraissent moins terribles que lorsqu'elles sont tenues secrètes. Le thérapeute peut parvenir à cet objectif en utilisant des questions telles que: "Et alors, qu'est-ce que cela implique?", "Qu'est-ce que ça va produire?", "Quelle est la pire chose qui puisse arriver?"

2. *Informer, démystifier, dédramatiser.* Le thérapeute peut choisir de donner de l'information spécifique au client quand il réalise que les causes de son anxiété reposent sur l'ignorance. Beck entrevoit, par exemple, de spécifier la distinction entre anxiété, folie, manie et hallucination, de donner les véritables probabilités d'être victime d'un acte criminel ou d'un accident, ou d'expliquer la nature et le processus de développement d'une attaque de panique. Ces interventions recadrent le client, lui donnent un sentiment de contrôle et de compréhension de ses symptômes, les dédramatisent et confrontent la validité des anciens schémas. Il est important d'informer les gens sur leurs symptômes, sur les facteurs déclencheurs et de maintien, sur la nature et l'efficacité du traitement. Il est également important d'analyser objectivement avec eux les conséquences irréalistes. En fait, il faut démystifier les peurs irréalistes, les réactions anxieuses et leurs conséquences. Finalement, le thérapeute doit mettre l'emphase sur la diminution des pensées catastrophiques en aidant le client à formuler des interprétations réalistes et à appliquer des stratégies de gestion afin de mieux transiger avec les situations perçues comme catastrophiques.

3. *Observation et modification des pensées automatiques.* Une grille d'auto-observation et de modification des pensées automatiques peut être utilisée afin d'aider le client à restructurer ses cognitions erronées (voir Beck & Emery, 1985; Cottraux, 1992). Cet

exercice (qui peut être effectué à la maison) vise à lui apprendre 1) à se distancer émotivement de ses pensées automatiques afin de les considérer d'un point de vue plus neutre, 2) à reconnaître ses pensées automatiques et à identifier le type de distorsions sous-jacent à celles-ci et 3) surtout à considérer une réponse alternative à la situation anxiogène, réponse qui serait exempte de distorsions. Afin d'aider le client à formuler la pensée rationnelle, le thérapeute peut lui suggérer d'identifier l'interprétation qui viendrait à un observateur neutre qui assisterait à la situation anxiogène.

Cet exercice permet au client de pratiquer à la maison l'habileté de générer des interprétations différentes de celles envisagées habituellement. Le thérapeute doit lui recommander d'inscrire le plus d'alternatives possibles incluant celles qui lui semblent les plus saugrenues sans effectuer préalablement de censure. Cette consigne permet au client de créer plusieurs solutions alternatives, ce qui lui permettra de choisir par la suite, celles qui lui conviennent plus particulièrement. (voir le tableau 1 )

4. *Tester l'hypothèse.* Le thérapeute peut encourager le client à écrire ses prédictions quant à la réalisation d'événements futurs. Un examen de la justesse de ces prédictions est par la suite effectué. Cette stratégie se base sur l'observation de Beck qui affirme que les clients anxieux ne se souviennent pas de leurs prédictions catastrophisantes passées qui ne se sont jamais réalisées. Cette stratégie vise à démontrer au client que, la plupart du temps, ses prédictions catastrophisantes ne se réalisent pas, ce qui peut mener à une modification de ses cognitions dysfonctionnelles.

5. *La technique de "décentrage".* Cette technique vise à remettre en question la croyance de plusieurs individus anxieux à l'effet qu'ils sont le centre de l'attention de tous. Cette stratégie est particulièrement adaptée aux clients souffrant de phobie sociale, d'attaques de panique ou d'agoraphobie qui verbalisent, par exemple, "Tout le monde me regarde, ils savent que je me sens mal, que je suis timide, que je vais m'évanouir..." La stratégie consiste à établir avec le client des critères concrets qui permettront de déterminer quand il n'est pas le focus d'attention et quel comportement ou attribut sont en cause.

6. *La technique de réattribution.* Les clients anxieux s'attribuent souvent un contrôle et une responsabilité excessifs quant à l'occurrence d'un événement potentiellement négatif. La tâche du

thérapeute cognitiviste consiste alors à lui faire réaliser que certains éléments sont inévitablement hors de son contrôle et à lui faire prendre conscience que sa propension à se sur-responsabiliser, à se blâmer constitue en elle-même une source d'anxiété. Il est important que le thérapeute aide le client à faire la différence entre le fait de se sur-responsabiliser pour des événements incontrôlables et celui d'exercer de façon responsable son influence dans certaines situations. Le message à passer n'est donc pas "foutez-vous de tout, vous ne pouvez rien y changer", mais "exerçons notre responsabilité, là où elle est nécessaire et réaliste". En fait, le thérapeute tente de guider le client vers une évaluation plus raisonnable de ses responsabilités.

7. *Le plan de gestion.* Une autre stratégie consiste à préparer un programme en prévision des conséquences anticipées. L'objectif consister à fournir du matériel thérapeutique afin que l'individu se sente prêt et davantage outillé à affronter l'événement craint. On donne de l'information et des outils afin de diminuer l'anxiété d'appréhension associée à une insécurité, à un sentiment d'impuissance et à une impression de manque d'habiletés face à la situation redoutée. Le thérapeute et le client préparent donc une liste de tâches simples qui permettront au client de gérer plus efficacement les conséquences prévues. Le thérapeute se doit cependant de préciser que l'objectif consiste à pouvoir "gérer" la situation crainte plutôt que de la "contrôler".

8. *Exposition aux pensées intrusives.* Afin d'obtenir l'extinction ou l'habituation aux pensées intrusives, il est possible d'exposer de manière prolongée l'individu à sa pensée. Trois moyens sont suggérés pour faciliter cette exposition. Selon Salkovkis & Kirk (1989), on peut demander au client d'invoquer l'obsession et de la maintenir jusqu'à ce qu'elle disparaisse d'elle même. Le client peut également écrire de manière continue et répétée la pensée obsessionnelle ou l'enregistrer sur cassette et l'écouter. Selon Ladouceur et Cottraux (1993), cette dernière méthode est particulièrement efficace pour favoriser l'exposition prolongée aux pensées intrusives.

9. *Exagération ou intention paradoxale.* L'intention paradoxale repose sur l'hypothèse suivante: plus un individu lutte pour contrôler et réduire son anxiété lorsqu'il anticipe ou s'expose à une situation phobogène, plus il risque d'être anxieux (Ascher, 1981). Pour résoudre ce paradoxe, la personne ne doit pas essayer de diminuer son anxiété, mais plutôt l'accepter et tenter de l'augmenter exagérément, ce qui permettra de la modifier.

10. *L'arrêt de pensée*: C'est une stratégie qui vise à interrompre les pensées automatiques que la personne entretient face à certains lieux, sensations physiques, images ou individus. L'arrêt de pensée consiste à demander au client à chaque fois qu'il pense à une image ou à une idée anxieuse de faire suivre cette pensée d'un stimulus aversif (par exemple: crier intérieurement le mot "stop", se pincer avec un élastique, émettre un son déplaisant, etc).

11. *L'auto-distraction*. Cette technique vise à interrompre les pensées négatives et irréalistes que les individus anxieux entretiennent avant et surtout lors des situations problématiques. Elle permet à la personne de ce centrer sur la réalité environnante et de diminuer l'hypervigilance et le processus d'anticipation négative. On demande à l'individu de porter son attention sur l'environnement immédiat ou d'imaginer des éléments agréables qui ne génèrent pas de peur, tels que écouter attentivement les bruits, les voix, toucher aux objets, interagir avec les personnes de l'entourage, se concentrer sur une tâche en cours, goûter ou sentir les choses, s'engager dans un acte répétitif ou purement mécanique (à ne pas appliquer avec des obsessionnels compulsifs).

12. *L'auto-instruction*. L'auto-instruction est surtout employée pour amener la personne à se doter elle-même d'instructions qui lui permettront de mieux faire face aux situations anxiogènes, mais elle peut être aussi très utile pour modifier les inquiétudes qui traversent l'esprit de l'individu après avoir affronté une situation. Lors de l'application de cette technique, l'individu identifie les verbalisations réalistes qu'il doit se dire (en réponse aux pensées automatiques négatives) et verbalise ces nouvelles pensées plus adéquates avant, pendant ou après une situation anxiogène.

### b. Confrontation et modification des schémas de base

Les schémas de bases sont remis en question de la même façon que les pensées automatiques afin de parvenir ultérieurement à les remplacer par des schémas alternatifs plus justes, plus réalistes et plus fonctionnels.

L'examen de la validité des schémas dysfonctionnels a pour conséquence de diminuer leur intensité, ce qui permet leur remplacement par de nouveaux schémas plus valides et adaptés. Cependant, il arrive souvent que le client a de la difficulté à modifier un schéma cognitif de base. Le thérapeute doit alors considérer les renforcements positifs que ceux-ci rapportent, malgré tout, au client: par exemple, posséder un schéma relié à

l'acceptation sociale peut faire adopter au client une attitude attentionnée et soumise qui est appréciée de l'entourage, ou bien posséder un schéma de compétence peut être particulièrement renforçant dans un milieu compétitif où le perfectionnisme, l'implication au travail et l'efficacité de l'individu, sont bien perçus. Enfin posséder un schéma relié au contrôle peut être utile au client qui aura peu de difficulté à s'astreindre à des besognes exigeantes, des diètes ou un régime sportif ardu.

La remise en question de ces pensées automatiques et schémas de base devrait avoir trois conséquences principales sur la réaction émotive du client (Beck & Emery, 1985): 1) Diminuer l'anxiété envers les événements anxiogènes passés et diminuer l'affect négatif lors de ruminations ou de souvenirs qui leur sont reliés, puisque la croyance à leur fondement ne tient plus. 2) Rendre les réactions émotives plus compréhensibles et ainsi augmenter le sentiment de contrôle et d'espoir. 3) Apprendre un nouveau style de pensée. La TC met l'emphase sur l'importance pour le client d'intégrer les stratégies thérapeutiques afin de parvenir à identifier de lui-même ses schémas dysfonctionnels, les confronter et les modifier.

## Fin de la thérapie cognitive et prévention de la rechute

Les diverses techniques cognitives permettent au client anxieux de développer une interprétation plus réaliste des différents événements anxiogènes de sa vie et ainsi réussir à contrôler et diminuer ses manifestations anxieuses et surtout les facteurs qui les déclenchent. À la fin de la thérapie, l'emphase est mise sur l'application de techniques d'intervention favorisant non seulement le maintien des acquis mais la prévention de la rechute.

Par exemple, afin de favoriser l'autonomie du client, l'intervalle de temps entre les séances est espacé. Lorsque les symptômes ont diminué de façon importante et que le client possède bien les techniques cognitives, le thérapeute peut planifier une entrevue intensive de mise en pratique. En travaillant durant cette session à provoquer des images anxieuses et à transiger avec ces images, l'individu pourra constater jusqu'à quel point il possède les habiletés requises afin de mieux composer avec l'anxiété.

Il est également important de bien expliquer au client qu'il risque de vivre de nouveau des manifestations d'anxiété suite à la thérapie mais que celles-ci sont normales et font partie de la vie. Le client doit comprendre que cette anxiété ne doit plus être perçue

négativement ou interprétée de manière catastrophique comme auparavant et qu'elle peut être tolérable.

L'intervenant et le client doivent tenter de prévoir les difficultés à venir, les sources de stress qui pourraient ébranler les progrès thérapeutiques ou favoriser un dérapage (par exemple, la perte d'un emploi, la fin d'une relation). Même si la probabilité que de tels événements produisent une réactivation des manifestations anxieuses demeure faible, il est utile d'en discuter et de planifier l'utilisation des habiletés acquises durant l'intervention pour faire face à de nouveaux problèmes. Pour faciliter ce nouvel apprentissage, on demande aux clients de faire la listes des données et des techniques qu'ils ont appries durant la thérapie et de mettre au point un plan d'intervention rapide à appliquer en cas d'urgence. Enfin, il ne faut pas hésiter à prévoir des séances ponctuelles de thérapie en cas de nécessité.

## Conseils cliniques pour le thérapeute intéressé à pratiquer la thérapie cognitive

Quelques auteurs cognitivistes ont formulé des conseils cliniques à l'intention des intervenants intéressés à la pratique de la TC. Voici quelques conseils (10) qui nous semblent parmi les plus représentatifs et significatifs à suivre auprès d'une clientèle anxieuse.

1. *Effectuer l'analyse fonctionnelle de la problématique.* Le thérapeute cognitiviste se doit d'appliquer les diverses techniques cognitives qu'après avoir préalablement effectué une évaluation exhaustive des causes, des facteurs de développement, de déclenchement et de maintien de la problématique. Les techniques doivent être choisies en fonction des priorités et des objectifs fixés avec le client et surtout en tenant compte de son rythme et de ses capacités d'apprentissage.

2. *Présenter et expliquer au client toutes les procédures à venir.* Le processus thérapeutique, les différentes phases de la thérapie et les stratégies prévues doivent être décrits à l'individu anxieux. De plus, le rationnel de chacune des techniques doit être clairement expliqué. Plus l'individu anxieux est au courant de la démarche thérapeutique, plus il pourra s'impliquer dans celle-ci.

3. *Formuler des questions fermées.* Plusieurs cliniciens croient qu'il est préférable d'utiliser des questions ouvertes afin d'obtenir de l'information de la part du client. Cependant, en accord avec les

recommandations de Freeman & Simon (1994), nous conseillons plutôt au clinicien cognitiviste travaillant avec une clientèle anxieuse de poser davantage de questions fermées. Cette façon de faire permet: 1) une prise de conscience plus importante par le client de la validité et de la pertinence de ses cognitions. En effet, le questionnement socratique amène le client à ne répondre que par oui ou non; 2) une diminution de l'anxiété. En effet, les clients anxieux confrontés à des questions ouvertes deviennent très souvent encore plus anxieux et éprouvent par le fait même beaucoup plus de difficultés à répondre ou à donner des informations précises et pertinentes. Lorsqu'ils sont confrontés à des questions simples et directes, leur anxiété tend à diminuer. Par exemple, plutôt que dire "Comment trouvez-vous cette pensée?", le thérapeute peut demander "Cette pensée ne vous semble-t-elle pas exagérée dans le contexte?".

4. *Simplifier, simplifier, simplifier.* Il est primordial que le clinicien s'assure que le client a bien compris les explications, les exercices qui lui sont assignés. En ce sens, il faut toujours utiliser un langage clair, spécifique et concret. En fait, il faut mettre l'emphase sur des explications, des interprétations simples (mais non pas simplistes) et compréhensibles.

5. *Avoir une compréhension idiosyncratique des problèmes du client.* Il faut aider le client à préciser, à expliquer, à donner les définitions spécifiques des termes qu'il utilise pour décrire ses difficultés. Quand la personne dit "je suis anxieux", le thérapeute doit bien comprendre exactement ce que représente pour le client le terme anxieux.

6. *S'assurer de l'exécution des exercices pratiques.* Il est particulièrement utile de demander au client de consigner par écrit les tâches, les exercices qu'il doit accomplir dans la prise en charge de son traitement.

7. *Modifier la recherche de réassurance.* Certains clients anxieux recherchent très souvent la réassurance auprès des spécialistes et particulièrement auprès du thérapeute. Celui-ci, autant que faire se peut, doit rassurer le client le moins possible et doit plutôt l'inciter à se donner les moyens de se rassurer lui même, à se réapproprier une responsabilité et une confiance en ses moyens ou interprétations et ne plus avoir à rechercher de réassurance à tout moment et de manière exagérée.

8. *Résister à l'envie de répondre aux questions posées au client.* Il faut amener le client à faire lui même les liens entre les événements, ses émotions, ses cognitions, à prendre conscience de ses pensées automatiques, à tenter de comprendre ses symptômes anxieux sans lui dicter notre interprétation de sa problématique. Si le client démontre de la difficulté à répondre aux questions, il s'agit de savoir si cette difficulté provient d'une incompréhension ou d'un refus de répondre et alors de reformuler la question sans cependant y répondre.

9. *Viser une intervention brève.* Il faut toujours garder en tête qu'un des objectifs de la TC est une intervention de courte durée. Le client doit être informé de cet objectif dès le début de la thérapie. Ce but favorise l'établissement de cibles réalistes par le thérapeute et le client suivies par des interventions efficaces qui impliquent activement le client dans le processus thérapeutique.

10. *Démontrer les habiletés thérapeutiques de base.* Le thérapeute doit faire preuve de certaines habiletés essentielles à l'application de cette forme de thérapie. Il doit faire preuve de persistance, de patience et surtout être capable d'avoir des attentes et objectifs réalistes mais efficaces. Le thérapeute doit non seulement maintenir une relation chaleureuse, empathique, respectueuse et surtout de collaboration (basée sur la confiance et l'acceptation), mais aussi il doit être capable d'admettre ses erreurs. Il ne faut pas oublier que le thérapeute cognitiviste sert de modèle au client anxieux et qu'il doit lui enseigner entre autres que l'être humain n'est pas parfait et que faire des erreurs n'est pas une tragédie Enfin, rajoutons que la maîtrise des différentes techniques de la TC demande un certain apprentissage. Les praticiens sont encouragés à se perfectionner sur le sujet en cherchant l'aide de spécialistes, de superviseurs ou en s'inscrivant à des ateliers de formation.

## CONCLUSION

L'anxiété représente un des problèmes les plus fréquents rencontré en pratique clinique. Elle peut affecter plusieurs systèmes de réponses de l'organisme. Les manifestations de l'anxiété peuvent être ressenties de manière affective, cognitive, physiologique-biochimique et comportementale et ont très souvent des répercussions néfastes importantes sur le fonctionnement personnel, familial et occupationnel de l'individu.

Bien qu'il y ait plusieurs causes à l'anxiété, l'aspect cognitif semble jouer un rôle important dans l'étiologie d'une réponse

anxieuse. En effet, selon ce modèle, les perceptions de l'individu anxieux, ses pensées, ses images, ses croyances, sa façon d'interpréter les événements influencent le développement et le maintien de divers troubles anxieux.

L'objectif principal de la TC avec une clientèle anxieuse consiste à aider l'individu à mieux composer avec son anxiété. Nous avons vu qu'avec l'aide de diverses techniques de la TC, le client peut développer une interprétation réaliste des différents événements de sa vie et ainsi réussir à diminuer et à contrôler ses manifestations anxieuses. L'emphase est mise sur l'apprentissage de techniques favorisant non seulement le développement de nouvelles habiletés cognitives mais également la généralisation et le maintien des acquis.

La TC possède plusieurs forces; elle est bien explicitée et structurée pour les thérapeutes intéressés à la mettre en pratique. De plus, elle constitue une forme de thérapie qui donne un cadre directif, organisé et rassurant, ce qui peut constituer un avantage lorsque le thérapeute travaille avec une clientèle anxieuse. De plus, la TC peut être jumelée à d'autres formes de stratégies cliniques, ce qui constitue un avantage puisque avec ce type de clientèle les résultats semblent meilleurs lorsque l'on combine les techniques cognitives avec des techniques comportementales. Enfin, les stratégies cognitives peuvent s'intégrer avec une certaine aisance et succès dans des approches psychothérapeutiques diverses. Un thérapeute béhavioriste, humaniste ou psychodynamique peut aisément intégrer des notions et techniques cognitivistes afin d'effectuer une pratique plus éclectique et plus adaptée à ses clients.

Parallèlement à ces forces, la TC possède certaines limites. D'abord, elle ne convient pas à tous les types de clients ou de problématique. Elle demande de la part des individus une capacité d'abstraction, de compréhension et d'implication dans le processus thérapeutique. De plus, pour l'instant, les données concernant son efficacité thérapeutique lorsque pratiquée seule avec une population anxieuse demeurent controversées. En fait, de plus en plus de cliniciens et de chercheurs suggèrent de l'utiliser conjointement avec des stratégies comportementales (Marchand, Dupuis, Fontaine, Gareau, Borgeat, Stip, & Todorov, 1994).

L'approche cognitive met beaucoup d'emphase sur les processus cognitifs et leur restructuration. Cependant, il semble y avoir très peu de place consacrée à l'expression des émotions qui y sont reliées. Elle peut conséquemment être trop

"intellectualisante", et malgré les recommandations faites aux thérapeutes de rester simple, elle peut être inutilement centrée sur des aspects trop abstraits pour la problématique du client. La TC laisse peu de place à l'expression des émotions. Le client doit pouvoir explorer, identifier, accéder et exprimer ses émotions s'il le faut et analyser comment elles influencent ses symptômes anxieux.

L'utilisation de la méthode de questionnement socratique très souvent utilisée par les thérapeutes cognitifs peut être confrontante pour le client et perçue par ce dernier comme intrusive. Il est important de transmettre au client que par le questionnement on cherche à cerner les cognitions dysfonctionnelles et non pas à cerner ses points faibles ou à le démolir. Il ne faut pas négliger l'utilisation des reflets, de questions ouvertes, de l'écoute active, d'interventions synthèses afin de faire sentir au client qu'on l'écoute, qu'il est compris et que son interprétation des événements est importante.

***Abstract***

*This article aims to provide an introduction to cognitive therapy in the treatment of anxiety disorders. Its main goal is to present the cognitive principles and techniques characteristic of this therapy. The article is divided into three main sections. In the first section, the authors provide a brief overview of the main theoretical models on which rests the use of cognitive therapy in the treatment of anxiety disorders, as well as a description of the general principles of this form of therapy. In the second section, the different cognitive dimensions found in each of the anxiety disorders are identified. The third section, in which the different stages that mark a cognitive therapy are distinguished, is devoted mainly to the two most important stages: 1) identification, and, 2) confrontation and modification of dysfunctional thoughts among individuals who suffer from anxiety disorders. In this section, the specific cognitive strategies used in the first two stages will be presented in detail. We conclude by addressing the difficulties encountered during implementation of cognitive therapy, as well as the limitations of this approach.*

**Références**

Agras, S. (1985). Stress, panic and the cardiovascular system. Dans Hussain Tuma et J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and anxiety disorders* (pp. 363-368). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ascher, M. (1981). *Employing paradoxical intervention in the treatment of agoraphobia.* Behaviour Research and Therapy, 19, 1-10.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: *Toward a unifying theory of behavioral change.* Psychological Review, 84, 191-215.

Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders.* New York: The Guilford Press.

Beck, A.T. (1970). *The core problem in depression: The cognitive triad.* Dans J.H. Masserman (Ed.), Depression: Theories and therapies (pp. 47-55). New York: Grune et Stratton.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A.T.& Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias:* A cognitive perspective. New York: Basic Books.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: The Guilford Press.

Blackburn, I.M. (1988). *Thérapie cognitive: Description.* Dans I.M. Blackburn et J. Cottraux (Eds.). Thérapie cognitive de la dépression (pp. 64-108). Paris: Masson.

Brillon, P., Marchand, A., Dupuis, G., Fontaine, R., & Stephenson, R. (1994). *Impact of two group strategies on patients suffering from panic disorder with agoraphobia: Gender issues.* Communication par affichage présentée au 28e Congrès de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy (AABT), San Diego, États-Unis, 10-13 novembre.

Burns, D. D. (1980). Feeling good: The new mood therapy. New York: Signet.

Chambless, D.L., Caputo, G., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). *Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations* Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1090-1097.

Clark, D.M. (1988). *A cognitive model of panic attacks.* Dans S. Rachman et J.D. Maser (Éd.) Panic: Psychological Perspective. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey.

Clark, D.M. & Beck A.T. (1988). Cognitive approaches. Dans C. Last et M. Hersen (Éd.) *Handbook of anxiety disorders* (pp. 362-385). New York: Pergamon.

Clark, D.M. &Salkovkis, P.M. (1992). *Cognitive therapy for panic and hypochondriasis.* New York: Pergamon.

Clum, G. A., Clum, G. A. & Surls. (1993). *A meta-analysis of treatments for panic disorder.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 317-326.

Cottraux, J. (1992). *Les thérapies cognitives.* Paris: Retz.

deRubeis, R. & Beck, A.T. (1988). Cognitive therapy. Dans K.S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies (pp. 273-306). New York: The Guilford Press.

De Rubels, R. & Beck, A.T. (1988). Cognitive therapy. Dans K.S. Dobson (éd.), *Handbook of cognitive-behavior therapies* (pp. 273-306). New York : The Guilford Press.

Dimsdale, J.E. (1985). *A psychosomatic perspective on anxiety disorders.* Dans A. H. Tuma et J. D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 355-262). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Dubovsky, S. L., (1990). *Anxiety disorders.* Dans J. H. Scully, D. W. Bechtold, J. A. Bell, S. L. Dubovsky, G. L. Neligh, J. L. Petersen (Éd.). Psychiatry. Pennsylvania: Harwal Publishing Company.

Ehlers, A., et Margraf, J. & Roth, W. (1988). *Selective Information Processing Interception and Panic Attacks..* Dans I. Hand et H.U. Wittchen (Ed.), Panic and Phobias 2. Springer-Verlag: Berlin.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K.M. (1989). *Clinical applications of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

Freeman, A. & Simon, K. M. (1994). *Cognitive therapy of anxiety.* Dans A. Freeman, J., Pretzer, B. Fleeming, K. M. Simon (Ed.), Clinical applications of cognitive therapy (pp. 347-364). New York: Plenum.

Gray, J.A. (1985). *Issues in the neuropsychology of anxiety.* Dans A. Hussain Tuma et J. D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 5-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Izard, C.E. & Blumberg, S.H. (1985). *Emotion theory and the role of emotions in anxiety in children and adults.* Dans A. Hussain Tuma et Jack D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 109-129). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ladouceur, R.& Cottraux, J. (1993). *Ruminations obsédantes.* Dans R. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux (éd.). Thérapie comportementale et cognitive. (pp. 55-62). Masson: Paris

Lewis, A. J. (1970). *The ambiguous word "anxiety".* International Journal of Psychiatry, 9, 62-79.

Lindsley, D.B. (1952). *Psychological phenomena and the electroencephalogram. Electro-encephalography and Clinical Neurophysiology,* 4, 443-456.

Lindsley, D.B. (1957). *Psychophysiology and motivation.* Dans M.R. Jones (Ed.), Nebraska symposium on motivation (pp. 45-105). Lincoln: University of Nebraska Press.

Lindsley, D.B. (1960). *Attention, consciousness, sleep and wakefulness.* Dans J. Field et H.W. Magoun (Eds.). Handbook of physiology (Vol. 3; pp. 1553-1593). Washington, DC: American Physiology Society.

Marchand, A. & Comeau, S. (1992). *Une recherche clinique sur le traitement en groupe de l'agoraphobie avec ou sans partenaire.* Science et Comportement, 22, 163-174.

Marchand, A. et Letarte, A. (1993). *La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique.* Montréal: Stanké.

Marchand, A., Dupuis, G., Todorov, C., Stip, E., Fontaine, R., Borgeat, F., Gareau, D., & Trudel, G. (1994). *Comparing differential impact of a behavioral, cognitive, and behavioral-cognitive group therapy with medication on panic disorder and agoraphobia symptomatology: Preliminary results.* Communication par affichage présentée au 23e Congrès Européen de l'Association of Behavior Therapy (ECABT), Corfu-Grèce, 6-10 septembre.

Marchand, A., Dupuis, Fontaine, R., Gareau, D., G., Todorov, C., Stip, E., & Borgeat, F., (1994). *Étude comparative de l'efficacité de différentes modalités d'intervention dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie.* Rapport de recherche présenté au programme conjoint en santé mentale du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) (920763-104),

Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M. & Telch, M. (1993). *Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients and follow-up.* Behavior Research and Therapy, 31, 1-8.

Marks, L.M. (1987). Fears, phobias and rituals. New York: Oxford University Press.

Organisation Mondiale de la Santé (1992). *La classification internationnale des maladies et des problèmes de santé* (10th. ed.). Genève: Auteur.

Plutchnik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis.* New York: Harper et Row.

Rachman, E. & daSilva, P. (1978). *Abnormal and normal obsession.* Behaviour Research and Therapy, 16, 233-248.

Salkovskis, P. (1985). *Obsessional-compulsive problems. A cognitive behavioural analysis.* Behavioral Research Therapy, 23, 571-583.

Slakovkis, P.M.,& Kirk, J. (1989). *Obsessional disorders.* Dans K. Hawton, P. M. Salkovkis, J. Kirk and D. M. Clark (Eds.), Cognitive behavior therapy for

psychiatric problems: A pratical guide (pp 129-168). Oxford University Press, Oxofor.

Schacter, S. (1967). *Cognitive effects on bodily functioning: Studies of obesity and eating.* Dans D.C. Glass (Ed.), Neurophysiology and emotion (pp. 117-144). New York: Rockfeller University Press.

Schacter, S. (1964). *The interaction of cognitive and physiological deternimants of emotional state.* Dans L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology (Vol. 1; pp. 49-80). New York: Academic Press.

Spielberger, C.D. (1972). *Anxiety as an emotional state.* Dans C.D. Spielberger (Ed.), Anxiety: Current trends in theory and research (Vol. 1; pp. 23-49). New York: Acedemic Press.

Spielberger, C.D. (1966). *The effects of anxiety on complex learning and academic achievement.* Dans C.D. Spielberger (Ed.), Anxiety and behavior (pp. 361-398). New York: Academic Press.

Stokes, P. (1985). *The neuroendocrinology of anxiety.* Dans A. Hussain Tuma et J. D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 53-76). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Taylor, C.B. & Arnow, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders.* New York : The Free Press.

Weiner, H. (1985). *The psychobiology and pathophysiology of anxiety and fear.* Dans A. Hussain Tuma et J. D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders (pp. 333-354). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Williams, S. L.& Laberge, B. (1992). *Panic Disorder and agoraphobia.* Dans C.G. Last et M. Hersen (Eds.), Adult Behavior Therapy Casebook. Plenum: New York.

Young, J. E., & Beck, A. T. (1982). *Cognitive therapy: Clinical applications.* Dans A. J. Rush (Ed.), Short-term psychotherapies for depression (pp. 182-214). New York: Guilford Press.

*Revue québécoise de psychologie, vol. 16, n°2, 1995*

# DIVERSITÉ DES MODÈLES CONTEMPORAINS EN PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE D'ORIENTATION COGNITIVE

Danielle LEFEBVRE-SABOURIN
*Université Laval*

Stéphane SABOURIN
*Université Laval*

John WRIGHT
*Université de Montréal*

Hélène POITRAS-WRIGHT
*Clinique de consultation conjugale et familiale*

***Résumé***

*L'émergence des modèles cognitivistes en psychothérapie conjugale s'appuie sur un ensemble de recherches qui montre l'existence de déterminants cognitifs de la détresse conjugale. Au sein de ces modèles, l'accessibilité chronique à diverses attributions dysfonctionnelles, le recours répété à des stratégies d'adaptation simplistes et le traitement automatique biaisé ou incomplet des perceptions du conjoint constituent le pendant, la résultante ou la cause de l'inflexibilité comportementale observée chez les conjoints dont le degré de détresse conjugale est élevé. Les spécialistes de la psychothérapie cognitive du couple n'accordent pas tous la même importance aux processus cognitifs. Nous nous attarderons plus particulièrement dans le présent article à deux modèles importants soit: la psychothérapie de couple d'orientation cognitive de Dattilio et Padesky (1990), inspirée des travaux de Beck sur la dépression et la psychothérapie de couple d'orientation behaviorale intégrative de Jacobson (Cordova & Jacobson, 1993; Jacobson, 1992). Cette présentation de deux modèles d'intervention sera suivie d'une étude de cas illustrant l'application de certains préceptes cognitifs en psychothérapie de couple.*

Du probabilisme adaptatif de Rausch et ses collègues (1974), aux analyses topographiques et fonctionnelles de Jacobson (1992), en passant par la notion d'activation physiologique diffuse et de modèle en cascade chez Gottman (1994), les psychothérapeutes conjugaux d'orientation cognitive-behavioriste ont presque tous tenté, en rompant avec les conceptions étiopathogéniques traditionnelles,

d'élaborer des typologies comportementales empiriques. Ces typologies se fondent généralement sur des concepts tels que la dominance, le pouvoir, la communication, la résolution de problèmes, l'escalade, la réciprocité et la coercition. L'exploration des structures dyadiques d'interaction a conduit à l'identification de thèmes conflictuels récurrents: le cycle demande-évitement, le conflit autonomie-dépendance, le patron rationnel-émotif, la combinaison émancipation-contrôle et les appariements symétriques du type retrait mutuel et menaces réciproques. Ces types se caractérisent généralement par l'adhésion d'un conjoint à un répertoire de comportements interpersonnels stéréotypés tandis que le partenaire adopte un style interactionnel rigide complémentaire. Les dysfonctions conjugales s'accompagnent donc d'une diminution de la flexibilité des conduites des conjoints et d'une constriction du répertoire behavioral.

Ces modélisations typologiques servent fréquemment de point d'ancrage aux interventions diagnostiques des psychothérapeutes de couple d'allégeance cognitive-behaviste (e.g., Baucom & Epstein, 1990; Cordova & Jacobson, 1993). Au surplus, nous le verrons plus loin, l'identification d'un thème qui marque l'ensemble des interactions d'un couple peut donner naissance à diverses stratégies de restructuration des représentations de la relation. La régulation des comportements des individus qui affichent un degré de détresse conjugale élevé passe parfois par la modification des structures cognitives qui régissent le développement des patrons d'interaction dysfonctionnels. Ces structures représentationnelles de la relation, du partenaire et de soi, ont des fonctions épistémiques (description, explication et contrôle des conduites de chacun) et/ou psychosociales particulières (maintenir ou améliorer les attitudes positives entretenues vis-à-vis soi, le conjoint et la relation). Les conjoints cherchent tantôt à développer une image précise, complète et objective de la relation tandis qu'à d'autres moments, l'activation des structures cognitives vise la protection de l'estime de soi, de l'image du conjoint et de l'idéal relationnel.

L'émergence des modèles cognitifs-behavioristes de psychothérapie conjugale s'appuie sur un ensemble de recherches qui montre l'existence de déterminants cognitifs de la détresse conjugale. Nos propres travaux dans ce secteur traitent de l'attribution (Lussier, Sabourin, et Wright, 1993), des attentes d'efficacité personnelle en matière de résolution de problème (Bélanger, Sabourin, Dulude, et Wright, 1993), des stratégies d'adaptation (Sabourin, Laporte, et Wright, 1990) et d'une conception cognitive de la motivation (Blais, Sabourin, Boucher, et

Vallerand, 1990). Nous avons aussi souligné, plus récemment, l'importance des représentations de soi, du partenaire et du partenaire idéal en termes de masculinité et de féminité (Langis, Sabourin, Lussier, et Mathieu, 1994). Les résultats de ces études complètent bien l'abondante documentation américaine et ils soulignent comment ces précurseurs cognitifs guident le traitement des informations sociales et, ultimement, les comportements des conjoints. L'accessibilité chronique à diverses attributions dysfonctionnelles, le recours répété à des stratégies d'adaptation simplistes et le traitement automatique biaisé ou incomplet des perceptions du conjoint constituent donc le pendant, la résultante ou la cause de l'inflexibilité comportementale notée plus haut chez les conjoints dont le degré de détresse conjugale est élevé. Les développements récents en psychothérapie de couple d'orientation cognitive-behaviorale tiennent donc compte du déterminisme réciproque et de la coordination du répertoire comportemental et des structures de représentation de la relation.

Bien entendu, les spécialistes de la psychothérapie cognitive-behaviorale du couple n'accordent pas tous la même importance aux processus cognitifs. Certains cherchent à corriger les distorsions qui affectent les croyances des conjoints tandis que d'autres visent l'acquisition d'habiletés cognitives centrées sur la résolution de problèmes ou la prise de perspective. Nous nous attarderons ici plus particulièrement à deux modèles importants soit: la psychothérapie de couple d'orientation cognitive de Dattilio et Padesky (1990), inspirée des travaux de Beck sur la dépression et la psychothérapie de couple d'orientation behaviorale intégrative de Jacobson (Cordova & Jacobson, 1993; Jacobson, 1992). Le choix de ces modèles tient à ce qu'ils représentent deux points extrêmes; nos propres conceptions en matière de psychothérapie conjugale sont d'ordre éclectique et elles ont déjà fait l'objet de publications au Québec (e.g., Wright et Sabourin, 1985). Dattilio et Padesky réfèrent explicitement aux processus cognitifs et à des techniques d'intervention spécifiquement cognitives. Jacobson s'inspire plus directement de la tradition behaviorale radicale et il occulte la notion de processus cognitifs au profit du concept de comportement privé. D'ailleurs, il ne présente pas de techniques cognitives; il emploie plutôt l'expression «stratégies d'acceptation». Toutefois, la consultation attentive des textes de Jacobson révèle la nature essentiellement cognitive de ces stratégies d'acceptation. Cette présentation de deux modèles d'intervention sera suivie d'une étude de cas illustrant l'application de certains préceptes cognitifs en psychothérapie de couple.

## LE MODÈLE DE PSYCHOTHÉRAPIE CONJUGALE DE DATTILIO ET PADESKY (1990)

Le modèle de Dattilio et Padesky accorde la préséance aux cognitions qui influencent le développement et le maintien de conflits conjugaux. Dans ce contexte, le style cognitif des conjoints représente une cible de choix pour une intervention efficace. Il s'agit d'un modèle éducationnel, basé sur l'identification par les conjoints des cognitions pouvant nuire à leur fonctionnement conjugal. Lorsque les conjoints ont pris conscience des pensées irrationnelles qui mènent au conflit entre eux, l'intervenant peut ensuite agir sur ces dernières de manière à ce qu'elles n'entravent pas le fonctionnement conjugal. Les développements récents auprès des clients souffrant de troubles de la personnalité (l'approche centrée sur les schémas de J. Young) feront aussi l'objet de notre attention à cause de la possibilité d'appliquer cette approche à la thérapie conjugale.

Pour Dattilio et Padesky, les cognitions constituent un concept central dans le traitement de couples perturbés. En effet, pour eux, ce que les conjoints pensent et perçoivent d'eux-mêmes, de leur monde et du futur est pertinent, important et a un effet direct sur leurs émotions et leurs comportements. Ainsi les problèmes psychologiques surgiraient de la construction d'inférences inadéquates faites à partir d'informations non pertinentes ou inadéquates.

Les pensées inadéquates sont formées à partir de distorsions cognitives; les cognitivistes en répertorient une dizaine environ qui regroupent celles rencontrées le plus souvent. Ces inférences ou croyances irrationnelles sont issues entre autres d'une tendance à tirer des conclusions sur des comportements ou des événements sans preuves à l'appui (l'inférence arbitraire) ou encore basées sur un seul incident (la surgénéralisation). Le conjoint peut aussi avoir tendance à magnifier les événements négatifs ou encore à minimiser les événements positifs, de sorte qu'il élabore sur lui-même et sur les autres des théories remplies d'erreurs d'évaluation. Ces modélisations plus ou moins élaborées ont des conséquences graves sur sa vie de couple. De même, il peut, surtout s'il est en détresse, apporter des explications erronées aux comportements de son conjoint; il a alors tendance à lui attribuer des intentions négatives ayant pour effet d'influencer négativement non seulement ses propres comportements et émotions, mais aussi

sa relation avec son conjoint. Cette caractéristique renvoie directement aux travaux fondamentaux et appliqués sur l'attribution en psychologie conjugale (Bradbury et Fincham, 1990; Lussier, Sabourin, et Wright, 1993).

D'autres distorsions cognitives font l'objet d'une évaluation attentive de la part du psychothérapeute d'approche cognitive: la sélection d'informations qui vont dans le sens des théories personnelles des conjoints (par exemple, certains détails sont exagérés pendant que d'autres sont ignorés), les pensées dichotomiques (ce qui m'arrive est un succès total ou un échec complet), la généralisation abusive (un incident isolé ou deux suffisent pour que ma théorie soit prouvée), la personnalisation (tous les événements extérieurs arrivent à cause de moi), la vision en tunnel (ne voir que ce que je veux bien voir ou ce qui convient à mon humeur) et la lecture de pensée (penser savoir ce que l'autre pense sans vérifier si c'est le cas).

Dès la période d'évaluation, le thérapeute a accès, par le truchement de la façon dont les clients présentent leur problème de couple, aux croyances qu'ils entretiennent à propos de leur relation (par exemple, «si je ne crie pas, il ne m'écoutera pas»). Il est aussi en mesure d'évaluer la nature et l'ampleur des attentes irréalistes souvent transformées en demandes irréalistes. Ces demandes entraînent de la déception et de la frustration aboutissant généralement à des interactions négatives. Au moyen d'entrevues conjointes où l'intervenant demande aux conjoints d'interagir, il est possible d'identifier certaines attentes irréalistes qui contribuent à la détresse conjugale. De même, la conduite d'entrevues individuelles permet aux concepteurs de ce modèle d'interagir avec chacun des conjoints en l'absence de l'autre.

Outre l'utilisation de différents questionnaires remplis séparément par les conjoints, sans se consulter (le Marital Questionnaire Revised, l'échelle d'ajustement dyadique, le Marital Happiness Scale et le Marital Satisfaction Inventory), Dattilio et Padesky ont recours à d'autres outils diagnostiques permettant d'identifier plus spécifiquement certaines croyances que les conjoints entretiennent à l'égard de leur relation (le Questionnaire d'évaluation des croyances par rapport au changement, outil développé par Beck pour mesurer l'importance des croyances défaitistes, l'auto-justification et l'identification du conjoint comme étant le problème). D'autres questionnaires développés par Beck sont utilisés pour recueillir des renseignements concernant les zones problématiques dans la relation, l'expression de l'amour

et le style de communication. Ces questionnaires aident le couple à ventiler, mesurent leur niveau de collaboration ainsi que les progrès du couple en thérapie. Ainsi, l'utilisation d'entrevues conjointes, d'entrevues individuelles et de questionnaires constituent les trois composantes de l'évaluation sauf en situation de crise où la procédure sera différente comme nous le verrons plus loin. Ces instruments de mesure et les références correspondantes sont présentés dans le volume de Dattilio et Padesky.

Au terme de l'évaluation, le psychothérapeute présente, dans un langage simple, une conceptualisation de leur cas ainsi qu'un plan de traitement où sont spécifiées les zones problématiques ainsi que la présence de pensées automatiques qui provoquent des sentiments ou des comportements qui mènent au conflit dans leur relation. Il est utile d'enseigner aux clients à identifier ces pensées automatiques. Il est possible aussi, en identifiant les pensées automatiques et les croyances irrationnelles, de déceler la présence de schémas. Ceux-ci sont formés à partir de croyances fondamentales, inflexibles et inconditionnelles qui se développent tôt dans l'enfance et résultent d'expériences personnelles et d'influences parentales et sociétales. Le schéma constitue habituellement la première cible d'action auprès de patients souffrant de troubles de la personnalité.

La famille d'origine joue un rôle majeur dans la construction des représentations de la relation de couple. Les conjoints seront donc invités à réviser les croyances auxquelles ils ont été exposés lorsqu'ils vivaient chez leurs parents et à en adopter de nouvelles pour leur propre couple. Il devient alors plus facile pour l'intervenant d'utiliser l'un de ses principaux outils de changement, c'est-à-dire la restructuration cognitive. Il s'agira pour le couple d'adopter un nouveau système de croyances susceptibles de les rapprocher l'un de l'autre.

En somme, l'objectif du traitement réside principalement dans l'identification des distorsions cognitives et les techniques utilisées serviront à corriger ces biais en en testant la validité. Il s'agira pour le thérapeute d'aider les conjoints à créer une nouvelle façon de percevoir les événements, à modifier leurs attentes irréalistes, à réviser les attributions et à utiliser des auto-instructions pouvant contribuer à diminuer leurs interactions négatives. Le thérapeute aidera également les conjoints à substituer à leurs croyances destructrices des croyances plus réalistes leur permettant de rétablir un climat plus harmonieux dans leur relation.

Voici quelques-unes des techniques et procédures utilisées par Dattilio et Padesky pour traiter les cognitions dysfonctionnelles :

1. Initier les conjoints au modèle cognitif des relations de couple. Il s'agit ici d'aider le couple à prendre conscience des pensées irrationnelles qui mènent au conflit entre eux. Ils pourront ensuite regarder ensemble les attentes qu'ils ont l'un vis-à-vis de l'autre pour voir si elles sont réalistes et remarquer leurs tendances, s'il y a lieu, à observer davantage les aspects négatifs de leur relation au détriment des aspects positifs. Un plan de développement d'habiletés de communication et de résolution de problèmes pourra aussi leur être proposé. Cette approche accorde de même une très grande importance aux projets de travail à la maison.

2. Enseigner aux conjoints à repérer, dans leur répertoire de croyances, les principales distorsions cognitives (voir plus haut).

3. Expliquer aux partenaires le processus dysfonctionnel par lequel ils ont tendance à recueillir des informations non pertinentes pour développer ensuite des croyances irrationnelles (par exemple: les gens peuvent avoir peur d'une souris seulement parce qu'on le leur a enseigné et non parce qu'elle représente un réel danger).

4. Procéder au recadrage de certains éléments des perceptions de façon à rendre positif ce qui peut apparaître négatif aux yeux du conjoint. Par exemple, souvent ce qu'une personne reproche à son conjoint (paresseux, soupe au lait, pointilleux, distrait et obsédé sexuel) était exactement la caractéristique qui l'attirait au début de la relation (reposant, sait ce qu'il veut, précis, insouciant et amoureux). Il ne s'agit pas ici du concept bien connu de «pensée positive» mais bien de permettre aux conjoints d'adopter un point de vue plus réaliste de la réalité: le conjoint envisage le côté positif du comportement négatif de son partenaire.

5. Enseigner à identifier des pensées automatiques (par exemple: les principales pensées automatiques qui causent les conflits: «S'il m'aimait, il passerait plus de temps avec moi» (lecture de pensée); «Elle ne pense qu'à elle» (vision en tunnel); «La relation est sans issue» (magnifier); «Rien ne le satisfait jamais» (généraliser); «Je ne fais rien de bien» (étiquette).

6. Aider les conjoints à faire le lien entre les pensées automatiques et les émotions pour identifier ensuite les comportements impulsifs résultant d'émotions chargées qui endommagent la relation (par exemple: un homme croit que la thérapie ne sera pas utile puisqu'il ne ressent plus rien pour sa femme). Donc, il s'agit ici de trouver des pensées alternatives qui lui permettront de tirer profit de la thérapie.

7. Utiliser l'imagerie et les jeux de rôles, qui font partie des techniques cognitives, pour avoir accès à des souvenirs heureux (anniversaires, mariage, sortir ensemble, etc.), faire le lien entre les pensées positives et les émotions positives et développer l'espoir qu'avec des efforts, les sentiments positifs peuvent revenir.

8. Amener le client à décrire une situation, à identifier les pensées automatiques et les émotions qui y sont associées et à prouver la véracité de ces pensées en les confrontant à la réalité. Ensuite, le conjoint tente une hypothèse, rassemble des informations pouvant la confirmer ou l'infirmer et trouve une ou des alternatives pouvant expliquer cette situation ou encore le comportement du conjoint. Il est invité ensuite à être attentif à la réponse émotionnelle moins perturbatrice qui s'en suit.

9. Recourir aux «jours heureux» (caring days) pour augmenter ce qu'il y a de positif dans la relation (faire comme si on s'aimait toujours). Il s'agit de faire une liste des comportements spécifiques qu'ils aimeraient que l'autre fasse pour ensuite échanger les listes et choisir 5 comportements qu'ils sont prêts à adopter pour améliorer leur relation.

10. Entreprendre l'entraînement aux habiletés à la communication et à la résolution de problèmes en prenant soin cependant d'accorder une importance particulière aux cognitions qui interfèrent avec l'apprentissage de ces habiletés («Il est trop tard», «Ça va être pire», «C'est trop long», etc.).

Dattilio et Padeski adoptent certaines lignes de conduites en matière d'intervention lorsqu'ils rencontrent des situations particulières.

1. Les situations de crise:

Les cas par exemple de grossesse non désirée, d'infidélité, d'abus physique ou d'arrestation, d'abus de drogues ou d'alcool, nécessitent une intervention d'urgence de plusieurs séances pour

aider les conjoints à ventiler. Une évaluation plus globale est effectuée (sans questionnaires à remplir) et des buts thérapeutiques sont fixés rapidement.

2. Les situations de colère ou de violence

La sécurité du conjoint violenté est prioritaire et la séparation physique peut s'avérer indispensable. Ici, le thérapeute identifie et teste les croyances de chacun des conjoints. Le conjoint violent: «Ce n'est pas ma faute, elle me choque trop». Le thérapeute lui montre que, dans d'autres circonstances (au travail ou avec d'autres personnes, il arrive à contrôler ses comportements violents). Le conjoint violenté: «Je n'ai pas le choix, il faut que j'endure,» «Je le mérite», «On est marié», «Il était saoul, ce n'était pas sérieux». Les recommandations du thérapeute vont dans le sens de tester ces croyances et d'expliquer que derrière la colère se cachent souvent de la peur et de la tristesse. Il s'agit d'arrêter le cycle de la colère par de l'écoute et du support. On recommande souvent la thérapie de groupe dans ces situations.

3. Les situations où il y a eu infidélité

Plusieurs croyances relatives aux expériences extra-conjugales peuvent être répertoriées: «C'est normal pour un homme», «Je me sens attirée, je ne peux pas faire autrement», «Moi, au moins, je ne tombe pas en amour avec mes amantes», etc. Ces croyances peuvent être discutées et on peut montrer aux clients qu'il est possible de contrôler ce genre de comportement (n'ont-ils pas déjà résisté à un professeur, à un collègue, à un thérapeute, à un employeur? Comment y sont-ils arrivés?). Il est important aussi de travailler les croyances contre les relations sexuelles protégées et ce, afin de protéger la population (par obligation morale).

4. Les situations où seulement l'un des deux veut se séparer

Ici, le thérapeute s'emploiera à essayer de comprendre les raisons qui motivent sa décision de quitter la relation et à tester les croyances potentielles relatives à l'impuissance ou au peu d'espoir de changement dans la relation. Si le conjoint maintient sa décision de partir, il existe des stratégies pour aider les deux conjoints à s'adapter à cette décision. Dans le cas de celui qui est laissé, les croyances qui rendent le processus de séparation difficile seront testées. Par exemple: «Je ne serai jamais capable de m'arranger toute seule»; le thérapeute, en plus démontrer de l'empathie devant

les sentiments de tristesse et de perte, demande au conjoint s'il y arrivait avant ou pendant la relation.

Un autre exemple de croyance irrationnelle assez répandue: «C'est moi qui est fautive», sera exploré avec l'aide du thérapeute de la façon suivante: «Est-ce que vous connaissez quelqu'un qui s'est déjà séparé? Quelqu'un que vous aimez et que vous respectez? Est-ce que cette personne était fautive? Pourquoi son conjoint l'a-t-il laissée alors?». Il peut l'amener à parler de personnes qu'elle connaît et apprécie mais qu'elle n'aurait certes pas choisies comme partenaire.

Dans le cas de celui ou celle qui quitte, des croyances qui rendent le processus de séparation difficile sont aussi à explorer. Par exemple, «Je suis responsable de la douleur que je provoque chez l'autre. Il faut que je la fasse partir». Le thérapeute peut revoir avec cette personne, les raisons de son départ et lui expliquer que les deux sont responsables de la détérioration de la relation. Il peut aussi mentionner que la douleur n'est pas nécessairement négative et que l'autre a le droit d'éprouver de la douleur et apprendre de cette expérience. Toute cette démarche aidera le couple à pouvoir parler directement des problèmes qui nécessitent encore des solutions.

5. Les couples gais ou lesbiennes

Le thérapeute suivra les mêmes objectifs et les mêmes principes que pour les couples hétérosexuels. Toutefois, certaines croyances sont à confronter; «Si j'ai des problèmes dans ma relation, c'est peut-être parce que je suis gai». Peut-être pas! De plus, plusieurs ont perdu des amis par le SIDA, ce qui les a exposés à un stress important et les ont amenés parfois à se sentir coupable de leur avoir survécu. Enfin, le thérapeute doit être conscient de ses propres valeurs et attitudes vis-à-vis ce genre de relation.

6. Les désordres psychiatriques

Dans les cas de dépression, d'abus de substances (alcool ou drogues), d'anxiété ou de troubles de la personnalité, on recommande un suivi en individuel en même temps que la thérapie de couple. Avec les personnes déprimées, une attention particulière sera portée aux pensées négatives que le client entretient à l'égard de la relation. Chez les personnes anxieuses, les prédictions catastrophiques et les inquiétudes dominent; il s'agira donc de tester ces croyances en thérapie individuelle au moyen de petites

expériences. Dans les cas où il y a trouble de la personnalité, la présence de croyances rigides et cristallisées peut nuire à la relation. Par exemple, quelqu'un qui n'arrive pas à exprimer sa colère parce qu'il a une peur morbide que son conjoint s'en aille ou qu'il soit fâché aurait avantage à tester ces croyances. Toutefois, ces croyances ou schémas sont plus coriaces et tenaces que les croyances irrationnelles plus récentes et moins bien ancrées dans la perception des clients puisqu'elles originent de l'enfance et nécessitent une technologie plus sophistiquée pour y arriver.

La théorie du schéma élaborée récemment par Young (1990), recèle un potentiel intéressant d'application à la thérapie conjugale. En effet, même si pour le moment le modèle de Young est surtout utilisé en thérapie individuelle, auprès de clients qui souffrent de troubles de la personnalité, il offre cependant aux psychothérapeutes de couple la possibilité de diagnostiquer les différents schémas de pensée chez les conjoints et même d'agir sur ces derniers de concert avec le conjoint.

Les thématiques de ces schémas tournent autour des aspects suivants du fonctionnement:

1. L'autonomie: (a) la dépendance: «Je ne peux fonctionner moi-même sans aide», (b) l'individuation: «Les besoins des autres sont plus importants que les miens», (c) la vulnérabilité aux blessures ou au maladies: «J'ai peur d'un désastre, à tout moment» et (d) la peur de perdre le contrôle: «De mes comportements, de mes émotions, de mes pensées, de mon corps».
2. L'attachement: (a) la privation émotionnelle: «Personne ne peut répondre à mes besoins», (b) l'abandon/perte: «J'ai peur de le perdre et d'être isolée à jamais», (c) la méfiance: «Les autres me veulent du mal, abuser de moi, me tricher, me mentir, me manipuler» et (d) l'isolement social: «Je suis seul et différent des autres».
3. Le sentiment de valeur personnelle: (a) «Je suis un incapable», (b) «Je ne peux pas être désirable parce que je suis laid, pas attirant sexuellement, je n'ai pas de statut, etc., (c) «Je suis un incompétent, un raté», (d) «Je suis mauvais ou irresponsable et je mérite d'être puni ou critiqué» et (e) «Je suis inadéquat et c'est inacceptable pour les autres».
4. Les limites et les standards: (a) «Je ne suis pas à la hauteur», Je dois réussir au prix du plaisir, de la santé, des relations satisfaisantes, etc.», (b) «Je mérite plus. J'ai le droit de faire, de dire ou d'avoir tout ce que je veux immédiatement (criminalité, abus de substances, etc.)». L'intervenant intéressé

aux travaux de Young peut consulter l'ouvrage «Je réinvente ma vie» (Young et Klosko, 1995).

## LA PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE D'ORIENTATION BÉHAVIORISTE INTÉGRATIVE DE JACOBSON

L'approche intégrative de Jacobson consiste en l'intégration de nouvelles stratégies d'intervention visant à promouvoir l'acceptation émotionnelle de l'autre à celles, plus traditionnelles qui visaient un changement de comportements dans la relation. Inspirée des approches systémiques, psycho-dynamiques (Wile, 1988) et expérientielles (Greenberg et Johnson, 1988: thérapie centrée sur les émotions), l'approche intégrative effectue quand même un retour à la philosophie du behaviorisme moderne. Il s'agit donc d'une approche contextuelle qui tient compte des contingences naturelles (utilisation d'un événement renforçateur qui est naturellement disponible dans l'environnement) plutôt que des contingences arbitraires (non disponible dans l'environnement).

Un autre des principes de l'approche intégrative consiste à agir sur les comportements qui sont modelés par des contingences non verbales plutôt que verbales. En effet, les apprentissages résultant des instructions verbales ne sont généralisables et durables que si elles sont contrôlées aussi par des contingences non verbales ou naturelles. Par exemple, si le conjoint observe et ressent les bénéfices liés à l'acquisition d'habiletés d'écoute, à savoir diminuer la fréquence des malentendus et se sentir compris, la probabilité qu'il ait recours à cette règle augmente même quand le thérapeute n'est plus là. En tenant compte de cette variable, les gains et les acquis auront plus de chances de se maintenir à l'extérieur de la psychothérapie.

Les stratégies de changement traditionnelles agissaient essentiellement sur le comportement «public» des conjoints (par exemple: «faire la vaisselle» ou «arrêter de critiquer»). Par contre, en ce qui concerne des sentiments tels l'amour, la colère et l'intimité, il s'avère plus important d'avoir accès au comportement «privé» et de rendre «public» le sentiment privé. C'est pourquoi les techniques d'acceptation du modèle intégratif que nous décrirons plus loin seront utiles pour aider les partenaires à contrer les effets négatifs des tentatives de contrôle verbal du comportement privé (cognitions et émotions). L'adoption de ces stratégies devrait se répercuter sur le degré de satisfaction des conjoints. Jacobson souligne aussi l'importance de retourner aux principes essentiels de l'analyse fonctionnelle en psychothérapie conjugale (Kanfer &

Saslow, 1969). Dans ce contexte, l'intervenant s'intéresse surtout aux fonctions d'un comportement et non à sa topographie. De cette façon, le thérapeute est en mesure de voir quels comportements ont la même fonction pour ensuite agir sur les thèmes interactionnels cycliques.

Les tenants de l'approche intégrative cherchent donc à déceler les thèmes interactionnels qui apparaissent de façon stéréotypée dans les querelles des conjoints (par exemple: «intimité vs distance» «affiliation vs indépendance» ou «demande vs retrait»). Dans cette nouvelle approche, le psychothérapeute aide le conjoint insatisfait à voir le comportement de son conjoint comme compréhensible et tolérable mais pas nécessairement désirable ou appréciable au lieu de le voir comme inacceptable et à blâmer. Même si les conjoints ont développé certaines habiletés de communication, ils arrivent parfois difficilement à transférer leurs apprentissages dans les moments de conflit intense liés à un de ces thèmes interactionnels. Il importe alors de clarifier les cognitions et les sentiments sous-jacents par l'utilisation de questions, de reflets et d'interprétations. Ce travail d'identification des thèmes cycliques peut diminuer l'intensité des disputes. Là où le psychothérapeute cognitif procède à un travail de recadrage de façon à percevoir la situation de manière plus constructive, Jacobson s'emploie à explorer les thèmes conflictuels récurrents au sein de la relation. Il décrit ces différents thèmes pour aider ensuite les partenaires à briser ce patron d'interaction négatif.

Enfin, pour Jacobson, un mariage sain résulte de compromis et d'accommodations ainsi que de la capacité à accepter que certains problèmes ne peuvent être résolus. Il va même jusqu'à dire que cette habileté les amènent même à percevoir ces problèmes comme source d'intimité. Par exemple, un homme peut parler à sa femme de sa difficulté à être proche et, ce faisant, il se rapproche de cette dernière.

En psychothérapie de couple d'orientation behaviorale intégrative, la phase évaluative vise essentiellement à répondre à 6 questions. Lors de la séance de bilan, l'intervenant répond à ces questions et il suggère un plan de traitement aux conjoints. À partir de ces informations, les partenaires décident s'ils vont s'engager dans le processus de traitement. L'évaluation permet aussi de voir si l'approche intégrative convient à ce couple et quelle sera la proportion des interventions qui visent l'acceptation par rapport à celles qui visent le changement direct du style interactionnel. La période d'évaluation dure de 2 à 3 séances.

Voici les 6 questions auxquelles l'intervenant tente de répondre au cours de l'évaluation :

1. Quel est leur niveau de détresse conjugale? 2. Quel est leur niveau d'engagement dans la relation? 3. Quelles sont les principales sources de conflit dans la relation? 4. Pourquoi est-ce problématique? Est-ce que leur style d'interaction ne joue pas un rôle dans leurs difficultés? 5. Quelles sont les forces qui les unissent? 6. Comment le traitement peut-il les aider?

Les buts et les procédures de la thérapie sont ensuite proposés au couple, par exemple, le thérapeute explique qu'il y aura des discussions sur les thèmes, des consignes à appliquer, des pratiques d'habiletés et des projets de travail à la maison. Le tout se termine sur une note positive pour compenser le fait que toutes les séances d'évaluation portent sur les différents problèmes du couple. La durée moyenne de la thérapie est de 20 séances.

Les couples sévèrement en détresse, plus âgés et ancrés dans leur patron destructeur depuis des années, désengagés émotionnellement et incompatibles auront plus de difficultés à collaborer et à faire des compromis que leurs contraires, c'est-à-dire jeunes, engagés, compatibles et dont le niveau de détresse est faible. Voilà donc les prédicteurs de la réponse au traitement intégratif.

## La priorisation des cibles de traitement

S'il y a violence ou séparation, une attention immédiate sera portée à ces problèmes même si la phase évaluative n'est pas terminée. Sinon, les conjoints fixent eux-mêmes leurs priorités, chaque semaine. Ainsi, le couple est plus motivé et intéressé si le problème est présent actuellement dans leur vie. L'application de cette procédure comporte aussi l'avantage que la situation abordée est contemporaine puisqu'elle s'est produite au cours de la semaine qui précède. Deux règles doivent cependant être respectées pour que le traitement soit efficace: (a) on doit pouvoir revenir chaque semaine sur la discussion précédente, en termes des émotions et des pensées que cela a pu susciter; (b) on doit aborder des problèmes majeurs dans la relation et non des événements anodins qui viennent de se produire.

Le recours aux stratégies de changement ou d'acceptation est influencé par plusieurs critères: (a) chez certains couples, où le

niveau de collaboration est élevé mais où le niveau de détresse est faible, le thérapeute usera de stratégies de changement en premier. Si besoin est, il utilisera aussi des stratégies d'acceptation dans une perspective de prévention des problèmes futurs, (b) chez d'autres couples, il sera plutôt indiqué d'utiliser les deux types d'intervention en même temps. Dans les cas, par exemple, où la collaboration est très forte mais où le niveau de détresse est élevé ou lorsque le niveau de détresse est faible mais que la collaboration l'est aussi, des stratégies de changement telles que l'échange de comportements, seront mises de l'avant en même temps que des discussions sur les thèmes interactionnels sous-jacents, (c) enfin, auprès des couples qui présentent un niveau de détresse élevé mais dont la collaboration laisse à désirer, l'emploi de stratégies d'acceptation prévaudra sur les stratégies de changement. Plusieurs conjoints doivent accepter que l'autre soit différent et devenir plus acceptant vis-à-vis de ses comportements négatifs avant d'introduire le changement, sinon l'un des conjoints opposera de fortes résistances ou les changements observés ne seront que de courte durée.

Quand un thérapeute d'approche intégrative voit un changement spontané chez un des conjoints, il en profite pour lui donner un feedback positif. Toutefois, il s'assure que le conjoint a conscience de ce changement et il les incite à la prudence. En effet, le conjoint peut ne pas être capable d'être toujours différent et il est sujet aux rechutes. Les partenaires peuvent se préparer aux rechutes en développant une plus grande tolérance aux comportements négatifs du conjoint et en se protégeant contre les effets dévastateurs de ces comportements. Jacobson souligne donc que la probabilité d'un changement soudain et permanent est faible; les rechutes ou le retour à l'ancien patron de comportements sont inévitables et il est parfois nécessaire d'utiliser des techniques de résolution de problèmes pour faire face à ce genre de situations en plus des techniques d'acceptation.

## Les stratégies qui favorisent l'acceptation

Il est souvent bien plus facile, selon Jacobson, de blâmer l'autre que de voir sa part de responsabilité au sein d'une relation. Il n'est pas rare que les conjoints voient leur problème de couple comme le résultat du fait que l'autre est «égoïste, haineux, décevant, frigide ou contrôlant». En conséquence, ils croient que s'ils pouvaient changer l'autre, leur vie serait meilleure.

Le psychothérapeute les aidera donc à reformuler le problème en référant à la présence de réactions compréhensibles chez les conjoints et en soulignant le caractère normatif des difficultés conjugales rencontrées. Pour ce faire, il amènera les conjoints à développer différentes attitudes en plus de les encourager à prendre conscience de leurs patrons d'interaction de trois façons: (a) en développant une plus grande capacité d'empathie chez les conjoints, (b) en augmentant la tolérance aux comportements négatifs du conjoint et (c) en aidant les individus à se prémunir contre la douleur en les incitant à mieux se protéger.

## Développer une solidarité empathique vis-à-vis du problème

La présence des conjoints en thérapie résulte souvent d'un triple motif: soit que les actions de l'autre sont vues comme des traits indésirables (ex: «mauvais, méchant, égoïste, etc.»), soit que l'autre souffre d'un trouble mental ou émotif (ex: selon le conjoint, l'autre souffre «d'hystérie, de compulsion, d'une certaine peur de l'intimité, de dépendance ou d'hostilité») ou encore soit que l'autre est un partenaire inadéquat (ex: «incapable de communiquer, d'aimer, d'être intime»). Ces comportements sont expliqués à partir de stéréotypes sociaux et l'adoption de ces croyances stéréotypées interfère avec l'acceptation de l'autre. L'intervenant va donc reformuler le problème en termes de différences entre les conjoints et de réactions à ces différences. Il soulignera la détresse de chacun et les efforts consentis pour éviter cette détresse même si ces efforts sont inefficaces.

Jacobson prend plaisir à illustrer le processus d'acceptation à l'aide de deux petites équations: (a) la douleur + les accusations = la mésentente conjugale et (b) la douleur - les accusations = l'acceptation de l'autre.

Voici donc quatre stratégies utilisées par Jacobson pour développer chez le couple un plus haut niveau d'empathie:

1. Le langage de l'acceptation

L'intervenant enseigne aux conjoints le langage de l'acceptation via l'acquisition d'habiletés de communication. Il procède à cet entraînement au moyen d'instructions, de modeling, de façonnements, de pratiques et de renforcements positifs, à l'expression et à l'écoute. Il est plus actif au début de la

consultation car il doit agir comme modérateur durant les discussions. Au fur et à mesure que les individus peuvent avoir des discussions constructives, le psychothérapeute devient moins interventionniste.

(a) En quoi consiste une expression de sentiments qui favorise l'acceptation de l'autre? Le thérapeute invite le client à parler de sa propre expérience en utilisant le «je» et en parlant de ses sentiments et de ses pensées au lieu de ce que l'autre a fait ou pensé. Il lui demandera aussi de parler de sentiments de vulnérabilité: par exemple, il souligne l'importance de se montrer vulnérable à l'autre en parlant de sa douleur, de sa peine, de sa peur, de sa déception, de ses doutes, de son impuissance, de sa peur de ne pas être important pour le conjoint, de sa crainte de ne pouvoir y arriver seul ou de son désir de lui plaire. Bien sûr, tout ça est plus difficile à faire mais plus facile à entendre pour l'autre. L'adoption d'un tel langage favorise une meilleure empathie et une plus grande intimité.

L'expression de sentiments durs, forts et dominants comme la colère, le ressentiment, l'affirmation, le pouvoir et le contrôle est plus facile à faire mais nettement plus difficile à entendre pour le conjoint. Souvent, ces sentiments sont associés à des sentiments de vulnérabilité, par exemple: la colère peut cacher de la douleur, le ressentiment peut cacher de la déception et les pensées agressives peuvent cacher de la peur et de l'insécurité. Lorsque le thérapeute encourage l'ouverture de l'autre, les sentiments «durs» apparaissent en premier mais ne mènent pas à l'acceptation. Il est donc très important que le thérapeute crée un environnement sécurisant qui favorise l'expression de sentiments et de pensées douces.

(b) Qu'en est-il du genre d'écoute qui favorise l'acceptation? Le conjoint, en plein conflit, a davantage tendance à se défendre, à expliquer, à donner des exemples pour prouver le contraire de ce que son conjoint avance ou à contre-attaquer. Or, il est plus efficace d'aider le client à écouter et à essayer de comprendre l'autre activement surtout quand l'échange mène à une impasse ou quand le message n'est pas entendu ou exprimé systématiquement.

2. La formulation du problème comme si c'était un objet externe

Même si les conjoints arrivent à rattacher des émotions douces à leurs problèmes, ils sont susceptibles de continuer à être en désaccord. Il s'agit donc de les aider à percevoir leur problème

comme si c'était un objet externe placé devant eux et auquel ils doivent faire face ensemble.

Ce faisant, ils développeront une plus grande tolérance aux différences sans se blâmer ou se sentir coupable. Par exemple, ils peuvent discuter de la difficulté de faire de la famille une priorité au lieu de se battre pour faire de la famille une priorité.

3. L'exploration des thèmes récurrents

Le psychothérapeute peut aider les individus à prendre conscience de leur patron d'interaction destructeur et à l'interrompre. Les principaux thèmes présentés par Jacobson gravitent autour des préoccupations suivantes: la demande vs le retrait, le discours émotionnel vs le discours logique, la critique vs la défensive, l'évitement, le blâme ou la menace vs la résistance.

4. La discussion de divers types d'événements

Le psychothérapeute peut créer un contexte pour promouvoir l'acceptation. Les trois premières stratégies évoquées plus haut sont utilisées lors de quatre types de conversations: (a) une discussion générale sur les différences entre eux (le thème), dont le but serait de promouvoir la compréhension empathique du comportement de l'autre et des interactions négatives qui en découlent, (b) une discussion sur un événement à venir qui risque d'activer le thème d'interaction problématique. (Par exemple: une fin de semaine avec des amis ou la famille risque de provoquer du ressentiment face à la réponse anticipée du conjoint. Ce genre de situation appelle une discussion où le problème est vu comme un objet externe abordé à l'aide d'expression de sentiments «doux». De telles discussions facilitent l'introduction de nouvelles réponses à la situation. Les conjoints peuvent ainsi anticiper, planifier et réduire leur impuissance et leur ressentiment.) (c) Une discussion sur des événements négatifs récents où il s'agira de reformuler ces événements récents en termes d'objets externes (ex: une maladie physique chronique, une dépression, des horaires de travail conflictuels, etc.); il s'agit de profiter de ces discussions pour mettre au grand jour des émotions cachées, résultant de réactions naturelles qui attirent la sympathie et le réconfort et non le blâme et la contre-attaque. Ces discussions sont de très bonnes occasions pour constater que ces thèmes sont récurrents et (d) enfin, une discussion à propos d'événements récents qui auraient pu être problématiques mais qui ne l'ont pas été est aussi d'une grande utilité. L'examen de situations où les individus ont réussi à briser

leur patron d'interaction inefficace et à constater la différence engendrée sur le plan des réponses émotionnelles, les prépare à des rechutes probables. En général, les couples chez qui on observe des progrès sont très vulnérables aux effets dévastateurs d'une rechute. Ils se sentent désespérés et éprouvent un fort sentiment d'échec. L'intervenant prendra soin de leur expliquer que les rechutes sont normales et qu'elles doivent être anticipées.

## Bâtir une plus grande tolérance aux comportements négatifs du conjoint

Pour le commun des mortels, il est très difficile d'accepter la douleur. L'être humain fera donc tout ce qui est en son pouvoir pour la prévenir, l'éviter ou la fuir. Pour faciliter l'acceptation, Jacobson a recours à diverses stratégies pour augmenter la tolérance des conjoints aux comportements qui font problème dans la relation et ainsi éprouver moins de douleur (arrêter de faire des efforts pour changer l'autre ou faire l'expérience de ces comportements dans un contexte d'acceptation).

En thérapie, les clients souhaitent fréquemment que le psychothérapeute prenne partie pour l'un des deux et l'aide à convaincre l'autre qu'il est dans l'erreur. Or, le thérapeute ne va pas prendre partie pour l'un contre l'autre; il aidera plutôt les individus à arrêter de vouloir changer l'autre. La douleur vient de la bataille. Si on arrête la bataille, cela allégera la douleur.

Jacobson cite l'exemple d'un mari qui veut que son épouse arrive à l'heure à la maison après le travail. Si elle arrive tard cela signifie pour lui qu'elle ne l'aime pas et qu'elle préfère être au travail qu'avec lui. Le thérapeute mettra ici l'accent sur son sentiment d'insécurité et sur ses incertitudes face à l'amour que son conjoint lui porte. Ainsi les plaintes du mari seront plus faciles à tolérer car il exprime son besoin d'être rassuré et non une intention de voler à son épouse son indépendance. De la même façon, l'épouse pourra exprimer le sentiment d'accomplissement et de joie qui l'envahit lorsqu'elle est au travail. Elle pourra spécifier à son époux que cela n'a aucun rapport avec son désir d'être avec lui si elle arrive en retard. Il y va de son enrichissement personnel et non d'une volonté de s'éloigner. Alors, le comportement du conjoint devient plus tolérable dans les deux cas. On peut donc constater ici que ce n'est pas le comportement qui change mais le contexte dans lequel il prend place.

Comment développer cette plus grande tolérance?

1. L'identification des fonctions du comportement

Il ne s'agit pas, comme le font les psychothérapeutes familiaux d'approche systémique, de donner une connotation positive au comportement du conjoint (par exemple: les critiques de madame viennent de sa colère, de sa douleur et de sa perception erronée que c'est sa seule façon d'atteindre son mari) ni de faire du recadrage comme le font les cognitivistes, mais bien de voir les avantages et les inconvénients du comportement.

L'intervenant d'approche intégrative cherche des aspects positifs qui sont vraiment présents pour eux. Il ne cherche pas à altérer leur perception du problème mais plutôt à expliquer la fonction que ce comportement exerce. Par exemple, ce qui a déjà attiré ou attire encore une cliente est le fait que son conjoint n'ait jamais fait de pression sur elle pour avoir des rapports sexuels et que c'est elle qui initiait ce genre de contact. Maintenant, elle se plaint de son manque d'initiative sexuelle. Il y aura donc une discussion sur leurs différences à ce niveau et sur la différence entre d'autres hommes et son conjoint. Autrefois, madame appréciait le respect qu'avait son mari pour ses frontières, maintenant, elle veut que son mari prenne plus d'initiatives même si son mari n'est pas à l'aise avec cette idée. Alors, l'avantage du style de son mari c'est qu'elle a le loisir de contrôler l'intimité sexuelle. De plus, elle n'a pas à s'acharner à tracer des frontières. Par contre, le désavantage de ce comportement réside dans le fait qu'elle adopte plus souvent un rôle de donneur que de receveur. Le psychothérapeute fournit donc un portrait intégré de leur couple qui inclut les aspects positifs et négatifs des comportements problématiques.

Ce dernier pourra dire aux conjoints, que «tous les deux vous aviez besoin que l'autre soit comme il est». En effet, «si le mari avait choisi un conjoint qui lui ressemble, il y aurait eu une grande distance entre les deux et la relation n'aurait pas été possible». Si l'épouse avait choisi quelqu'un comme elle, chacun aurait pu perdre son individualité. Ce genre d'intervention facilite l'acceptation et le changement. Il demeure cependant important que les besoins de chacun soient coordonnés avec ceux de l'autre. Chacun doit apprendre du trait positif de l'autre pour poursuivre son développement.

2. Le jeu de rôle ou la reconstitution d'un événement négatif

Le but de cet exercice est d'exposer les conjoints à un scénario où les forces destructrices (attaque, défense, contre-attaque) sont annihilées par l'expression de sentiments de vulnérabilité. Cette expérience les amène à se désensibiliser à ces scénarios pour arriver à une plus grande acceptation de l'autre (ex: simuler des moments de rechute). Il est donc très important de parler des circonstances dans lesquelles ils sont le plus à risque et prévoir d'avance les réponses les plus appropriées pour faire face à ces situations. Le couple sera alors inoculé face aux patrons d'interaction négatifs.

3. Les simulations contrôlées

Il s'agit ici d'une autre stratégie pour développer la tolérance des individus et désensibiliser les conjoints aux comportements négatifs d'autrui. Au cours de la semaine, le conjoint simule un comportement négatif à un moment où il ne ressent pas d'émotions négatives (par exemple: la femme accuse son mari de ne pas assez faire attention à elle, quand ce n'est pas le cas). Le conjoint peut alors observer la douleur que cela provoque chez son conjoint et interrompre l'escalade. Assez tôt, l'épouse doit dire à son mari qu'il s'agissait seulement d'une simulation afin qu'ils puissent en discuter calmement. Les instructions quant à l'utilisation de cette technique sont évidemment données la semaine avant de l'essayer et devant le conjoint. Ainsi, le partenaire sait que cela peut se produire et ceci l'empêche de réagir de façon stéréotypée. Les instructions spécifient: 1) le comportement à simuler, 2) le rationnel de la prescription et 3) l'importance d'écrire le projet de travail à la maison afin de mieux se rappeler ce qu'il y a à faire.

Cet exercice ressemble à la technique de «la prescription du symptôme» utilisée en approche systémique et qui vise à réduire la probabilité du symptôme au moyen d'une directive paradoxale. Par contre, le but visé par l'intégrationniste est une plus grande désensibilisation et une plus grande acceptation du comportement négatif inévitable. De plus, le rationnel est partagé avec les individus, ce qui va à l'encontre des principes d'application des stratégies paradoxales adoptées par les tenants de l'approche systémique.

Le développement de la tolérance peut améliorer la relation de trois façons: 1) promouvoir l'acceptation, 2) changer la forme

et ou la fonction des vieux patrons d'interaction et 3) interrompre le patron dysfonctionnel. Si la fonction de l'ancien patron disparaît, il y a de bonnes chances pour que le comportement disparaisse aussi.

## Une plus grande protection de soi

Un autre type de stratégie utilisée par Jacobson pour augmenter l'acceptation est de développer chez les conjoints une façon de se protéger contre leur difficulté à accepter que l'autre ne puisse pas répondre à tous leurs besoins. En effet, si le conjoint en détresse parvient à développer une plus grande autonomie et une meilleure capacité à répondre à ses besoins lorsque le conjoint n'est pas disponible, cela augmentera sa capacité d'acceptation de l'autre. Le thérapeute encouragera donc le client à prendre la responsabilité vis-à-vis de ses propres besoins puisqu'il est impossible pour son conjoint de répondre à tous ses besoins, en tout temps. Même s'il s'agit de besoins sexuels, l'intervenant encourage le client à voir à ses propres besoins, à jouer un rôle actif (par exemple, faire des demandes explicites) et ainsi à diminuer le blâme en cas d'insatisfactions.

Le client peut prendre ses responsabilités de deux façons: (a) en utilisant des moyens alternatifs pour répondre à ses besoins. Un client peut choisir ces moyens comme deuxième meilleur choix après le conjoint. Par exemple, madame veut plus d'intimité avec son conjoint, veut pouvoir se confier à lui, et ce dernier n'est pas disponible; il est possible qu'elle puisse mieux répondre à ce besoin auprès d'amis. Ce deuxième choix doit cependant être utilisé si le conjoint ne peut satisfaire ses besoins et non pour le libérer de ses responsabilités par rapport au couple. Une telle alternative peut être vue par la cliente comme une façon de s'éloigner de son conjoint et générer beaucoup de résistances. Par contre, s'il est clair pour elle qu'il s'agit au contraire d'augmenter le niveau d'intimité en se protégeant mieux lorsque le conjoint n'est pas disponible, il y aura moins de résistances à l'exploration de ces moyens alternatifs. Enfin, même si madame persiste à ne pas vouloir développer une plus grande intimité avec ses amis, cette discussion peut l'aider à accepter qu'il y ait une certaine distance entre elle et son conjoint de temps en temps; et (b) en se protégeant des conséquences des comportements négatifs de l'autre. Il s'agit ici de développer des moyens pour éviter l'escalade et se protéger contre le stress. Le psychothérapeute aide les conjoints à explorer des stratégies alternatives sans aliéner son conjoint ou empirer la situation. Si

l'un des conjoints attaque l'autre, ce dernier peut, par exemple, quitter la situation ou la pièce pour un certain temps ou encore chercher le réconfort des autres en appelant un ami.

Certains autres moyens de faire face à la situation favorisent davantage une plus grande acceptation. En effet, le conjoint attaqué peut s'affirmer pour mettre un terme à la situation; il peut lui dire franchement qu'il n'a pas à écouter ces propos injurieux sur lui; cela risque alors de donner une direction différente à l'interaction. Enfin, il peut aussi définir la situation autrement: «c'est une rechute temporaire et même si elle est douloureuse, ce sera bientôt fini»; en se disant cela, le partenaire peut plus facilement arrêter l'escalade sans rester impuissant face à ce qui se passe.

## PRÉSENTATION D'UNE HISTOIRE DE CAS

### La modification des cognitions dans la thérapie conjugale éclectique

Les deux écoles de pensée présentées se positionnent aux extrêmes d'un continuum et dans ce sens pourraient être considérées comme des approches puristes. L'espace nous limitant, nous n'effectuerons pas une analyse détaillée des mérites respectifs de ces approches. En effet, en situation clinique, les présents auteurs préconisent l'adaptation des grilles d'analyse et des méthodes d'intervention aux besoins du couple. Ainsi, avec des cas réels, nous pouvons favoriser une ou plusieurs techniques issues de l'une ou l'autre des approches ci-haut présentées, et emprunter des techniques d'autres approches de thérapie conjugale selon les besoins spécifiques d'un couple précis. Par le fait même, certaines approches peuvent prédominer avec un couple en début d'intervention pour céder la place à d'autres approches au fil de l'évolution de celui-ci. À cet effet, l'étiquette qui décrirait le mieux notre approche serait d'«éclectique».

### Présentation du cas

Le cas présenté ici est actuellement suivi par un des auteurs du manuscrit. Ce cas a été choisi parce qu'il illustre bien les avantages de souplesse d'une approche éclectique en particulier avec des couples dont la dynamique est complexe et présente de nombreux volte-face en début de thérapie.

Puisque le couple n'était pas en crise, l'intervenant a procédé comme suit pour la phase de l'évaluation: une entrevue de 90 minutes en couple, suivie par 2 entrevues individuelles d'une heure chacune, la passation des questionnaires et une session de bilan portant sur leurs résultats. Le mandat thérapeutique a ensuite été négocié.

## Historique du couple

Suzanne a 30 ans et Pierre 33 ans. Deux individus verbaux et instruits. Ils sont mariés depuis 6 ans lorsqu'ils débutent la thérapie. En bref, après un an de fréquentation tous deux envisagent le mariage avec une vision romantique qui met l'autre sur un piédestal. Ils ne se connaissent en fait que très peu. Incident significatif, à la veille de son mariage, Suzanne est prise de panique, en larmes et envahie par le doute, elle veut annuler le mariage. La mère de Suzanne insiste alors pour que Suzanne procède au mariage en faisant valoir que Pierre est un «excellent parti». Par la suite, Suzanne se rappelle les trois premières années de leur union avec tendresse: «nous vivions en harmonie à la campagne, je vivais pour et avec Pierre». Par contre, Pierre décrit avec beaucoup de frustration cette période: «Nous ne faisions presque jamais l'amour au complet; lors des rares fois que j'ai essayé de pénétrer Suzanne c'était toujours trop douloureux pour elle». Durant leur quatrième année de vie commune, Pierre a de sérieux ennuis avec son entreprise et est accusé de vol de secrets industriels. Suite à ces événements, Suzanne et Pierre vivent 30 mois de stress et sont aux prises avec 400 000 $ de dette en frais légaux avant que Pierre ne soit finalement acquitté de tout blâme.

Durant cette période, la famille de Suzanne, sa mère en particulier, s'ingère dans leur vie de couple incitant Suzanne à laisser Pierre. Peu après l'acquittement, Suzanne décide d'effectuer une séparation temporaire de Pierre pour essayer de faire le point car elle reproche à Pierre de ne pas reconnaître tous les efforts et sacrifices qu'elle a faits pour le soutenir durant la crise. C'est pourquoi ils se sont engagés dans un processus psychothérapeutique. Donc, dès la première entrevue, ils rapportent une myriade de problèmes dont les thèmes principaux sont résumés au tableau 1 et cotés selon le niveau d'importance accordé par chaque individu.

**Tableau 1 La nature et l'importance des problèmes des conjoints: 1= problème le moins important; 10= la plus haute priorité**

| Nature du problème | S | P | Tot. |
|---|---|---|---|
| 1.Leur vie sexuelle | 10 | 10 | 20 |
| 2.De ne pas se sentir aimé par l'autre | 10 | 10 | 20 |
| 3.Séparation actuelle - Suzanne a quitté leur appartement | 6 | 10 | 16 |
| 4.Planification des finances et le financement d'un ou deux logements | 10 | 9 | 19 |
| 5.Problèmes de communication | 9 | 9 | 18 |
| 6.Ingérence et rejet de la mère de Suzanne | 7 | 10 | 17 |
| 7.Négociation de l'indépendance et dépendance | 8 | 8 | 16 |
| 8.Rancune de Suzanne à propos des déboires financiers de Pierre et son manque de reconnaissance du soutien qu'elle a offert | 10 | 5 | 15 |
| 9.Manque de contact comme couple avec la famille et les amis de Pierre | 5 | 10 | 15 |
| 10.Préoccupation sur la viabilité de leur union | 5 | 10 | 15 |

## Première entrevue de couple

Lors de la première session, ce couple présente de nombreux défis dont chacun pourrait servir de cible thérapeutique: 1) le nombre et l'intensité des problèmes non résolus énumérés au tableau 1; 2) un style de communication très dramatique où chaque conjoint se montre flamboyant, change de sujet rapidement, est compétitif à l'extrême (interruptions, choix d'images provoquantes) et lance plusieurs doubles messages; 3) chaque époux vit beaucoup d'émotions contradictoires parfois mentionnées mais souvent tacites et évidentes dans le non verbal, ces émotions sont aussi vives pour leur histoire passée que pour leur situation actuelle; 4) chaque individu véhicule une panoplie de croyances dysfonctionnelles résumées au tableau 2 (un peu plus loin).

Les entrevues individuelles et les questionnaires révèlent des problèmes personnels importants. Comme les parents de Suzanne ont chacun perdu leur premier conjoint, décédés à la suite d'un cancer, Suzanne a vécu dans une famille recomposée. Sa mère et sa grand-mère étaient très critiques et abusives tandis que son père, un idéaliste timide, n'était pas en mesure de combattre les stratégies de contrôle des deux femmes de la maison. Adolescente, Suzanne est très belle, précoce physiquement et insécure. De 14 à 21 ans, Suzanne a eu des relations de courte durée avec plusieurs hommes plus âgés, relations qui souvent se terminent en «agression sexuelle sans pénétration». Il y a eu pénétration une seule fois. Quoiqu'elle dit avoir été la victime dans ces situations, ces «agressions» se sont produites trop souvent et dans un même contexte (maison familiale ou chalet) pour que l'intervenant soupçonne qu'une partie de la responsabilité de ces agressions revienne à Suzanne et à ses parents, tout au moins au niveau de la prévention. Au moment de l'entrevue, elle déclare encore éprouver de l'attirance pour Pierre. Suzanne est capable de lubrifier et avoir des orgasmes lors de caresses préliminaires. Cependant, Suzanne éprouve un mélange de dégoût, d'anxiété et de douleur intense lors de toute tentative de pénétration même si celle-ci est tentée avec un doigt. Les résultats des tests standards de Suzanne reflète une insatisfaction conjugale assez élevée (77 sur 155 à l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier, 1976); une insatisfaction sexuelle frôlant la limite maximale de détresse (94 sur 100 sur l'échelle de Hudson, 1982) et une moyenne de perturbation de la santé mentale de 48 sur 100 à l'inventaire de Ilfeld (1976) se situant donc dans la zone cliniquement perturbée mais non aigüe. Les tests de Suzanne démontrent plus d'élévation sur les sous-échelles de colère (58 sur 100) et de dépression (50 sur 100) que d'anxiété (45 sur 100) ou de troubles cognitifs (42 sur 100).

Pierre affirme avec véhémence «qu'il n'a jamais eu de problèmes avant d'épouser Suzanne». Cependant, il a été témoin du suicide de son frère lorsqu'il avait 17 ans, son père souffrait depuis longue date de périodes de dépression et d'agressivité et bien qu'il ait passé à deux doigts de perdre tous ses avoirs (et ceux de Suzanne) ainsi que d'être incarcéré, Pierre décrit cet épisode avec la belle indifférence d'un «optimiste inébranlable». Il rapporte si

peu de problèmes de santé mentale (70% de moins que la moyenne Québécoise), que l'intervenant est convaincu qu'un de ses moyens d'adaptation privilégié est le déni. Cependant, il admet d'importantes insatisfactions vis-à-vis de sa vie conjugale (83) et sexuelle (79) bien qu'étonnamment moins insatisfait de leur vie sexuelle que sa femme.

Au moment du bilan, l'intervenant présente aux conjoints leurs résultats individuels et le résumé de son évaluation du fonctionnement du couple. Ensuite, à la lumière des ressources sur lesquelles ils pouvaient miser et des difficultés à surmonter, il invite le couple à choisir un mandat thérapeutique soit: une intervention de séparation ou de réconciliation. Le couple opte pour cette dernière avenue.

L'intervenant qui reçoit un mandat de réconciliation avec un couple en grande détresse composé de deux individus où chacun vit avec tant de souffrances peut choisir entre de multiples cibles thérapeutiques. Dans le cadre d'une perspective éclectique comme la présente, il pourrait aussi bien concentrer son intervention sur l'expression des émotions douloureuses par le «Emotionally focused couple therapy» (Greenberg et Johnson, 1988) que viser l'amélioration du style d'interaction/communication immédiate telle que décrite par Wright et Sabourin (1985); ou encore travailler sur les cognitions dysfonctionnelles nombreuses et perturbantes dans le cas présenté au tableau 2. Le consultant peut aussi utiliser une intervention qui allie le travail sur le style d'interaction, sur les émotions et sur les cognitions. Cependant avec des couples perturbés, il est préférable de se concentrer sur un seul volet par rencontre de thérapie et aider le couple à évoluer progressivement d'une cible thérapeutique à l'autre. Dans le cas présent, la priorité de la première rencontre d'intervention vise la modification de certaines composantes de leur communication. Les techniques utilisées sont: la discussion structurée sur un problème actuel, la rétroaction verbale et les consignes de l'intervenant, le visionnement des segments révélateurs de leur style de communication sur vidéo et la pratique sur place des conjoints de stratégies de communication plus efficaces. L'intervenant n'a étiqueté que très rarement les cognitions dysfonctionnelles durant cette première session. À l'origine, le plan pour la deuxième rencontre était de continuer le travail sur la communication avec l'ajout graduel du travail cognitif. Cependant, deux éléments ont amené l'intervenant à modifier ses objectifs. D'abord, le couple a beaucoup progressé sur le plan de la communication, ce qui réduit la pertinence d'en faire l'objectif premier de la rencontre. Mais

surtout, le couple est habité par deux incidents marquants qui se sont produits depuis la dernière rencontre: un acte important d'ingérence de la part de la mère de Suzanne et une tentative de rapprochement sexuel très aigre-douce. Afin de ne pas surcharger leur capacité d'assimiler les renseignements, de permettre un progrès observable et d'éviter des attaques mutuelles, l'intervenant a mis en veilleuse l'intervention cognitive et a ciblé son intervention sur l'expression des émotions de manière constructive (Wright et Sabourin, 1985, Greenberg et Johnson, 1988). En effet, lorsque le travail sur les cognitions est trop hâtif ou se produit dans une situation de crise, les commentaires de l'intervenant peuvent nuire et par inadvertance servir de munitions et nourrir l'animosité («Vois-tu le thérapeute l'a dit! Tu penses tout croche!»)

## Le travail sur les cognitions: où commencer et avec quelle stratégie thérapeutique

L'intervenant qui souhaite modifier des cognitions en thérapie conjugale doit surmonter plusieurs obstacles qui ne se présentent pas en thérapie individuelle. En effet, bien que ces deux formats de thérapie exigent la même chose, soit identifier une zone problématique de la vie liée étroitement à des émotions, l'accès à cette zone est plus ardue en thérapie conjugale. En effet, en contexte de couple, très souvent les individus ne s'entendent pas sur le sujet à aborder ni sur la perception des événements reliés au sujet. Par surcroît, plus souvent qu'autrement, le sujet provoque des croyances et émotions très différentes chez les deux individus ce qui rend périlleuse une analyse élémentaire des cognitions fonctionnelles et dysfonctionnelles, et peut susciter disputes, blâmes et larmes. Cependant, l'intervenant peut prendre avantage de ce défi puisque la matière cognitive et/ou émotive réelle immédiate est toujours très accessible et présente dans les échanges de couple, ce qui n'est pas toujours le cas en thérapie cognitive avec les individus.

Lors de la troisième session, l'ingérence et le rejet de la mère de Suzanne constituent l'un des trois thèmes que les conjoints souhaitent aborder. L'intervenant suggère de commencer la session par ce sujet dans un travail de restructuration cognitive avec comme instructions: «Nous commençons à aborder vos croyances rationnelles et irrationnelles telles que décrites dans le livre de La Survie du Couple (Wright, 1985) que vous avez lu. Ces croyances teintent votre perception d'un même événement et souvent vous

opposent. Pour apprendre à identifier ses propres croyances et à distinguer les croyances rationnelles des croyances irrationnelles, chacun présentera sa vision des événements problématiques qui se sont produits avec la mère de Suzanne. Cette discussion sera enregistrée sur vidéo pour nous servir par la suite de point de référence pour évaluer vos croyances». Chacun décrit, durant 15 minutes, sa vision de la belle-mère et son interprétation propre des événements. Le thème précis de la discussion porte sur l'ingérence de la belle-mère dans la thérapie de couple. En effet, celle-ci, personnage pour le moins coloré a, la veille, contacté l'intervenant pour le mettre en garde contre son gendre et tenter de décourager tout effort de réconciliation. Refusant de s'identifier au téléphone, la belle-mère donne suffisamment de détails pour que les partis en cause soient identifiés. L'essentiel de son intervention se résume à ce qui suit: «Mon gendre est un menteur et un voleur; d'ailleurs son crime le prouve! Ma fille est très fragile psychologiquement mais avec mon aide elle peut s'en sortir, mais pas si elle reste avec lui. Vous faites une grosse erreur d'essayer de les réconcilier.» J'ai offert à mon interlocutrice anonyme de participer à une rencontre avec le couple (qu'elle refuse d'identifier) si les conjoints y consentent. Elle refuse vigoureusement et insiste pour que nous gardions notre conversation secrète. J'informe la belle-mère de mon obligation d'informer le couple de son appel et lui offre un soutien d'appoint en consultation avec un de mes collègues puisqu'elle semble tourmentée par la situation de sa fille. Refus catégorique de cette offre et attaque au professionnalisme de l'intervenant s'ensuivent, puis elle raccroche l'appareil téléphonique.

Le tableau 2 présente des exemples de pensées pour chacun selon des catégorisations de Dattilio et Padesky, 1990 (D & P) et Wright et Sabourin, 1985 (W & S).

**Tableau 2 Exemples des croyances dysfonctionnelles**

| Type de croyance dysfonctionnelle | Pierre | Suzanne |
|---|---|---|
| Lecture de pensée et sur généralisation (D & P) | Suzanne pense que c'est plus important de se réconcilier avec sa mère que moi. | Pierre veut que je coupe tout lien avec ma mère. |
| Analyse incomplète des intentions (D & P) | La belle-mère réagit seulement par malice. | Ma mère veut seulement mon bien. |
| Idéalisation trop perfectionniste des rapports de couple et de famille (W & S) | Il faut que je m'entende bien avec la belle-mère - c'est pas normal de ne pas avoir des rapports harmonieux | Il faut que je protège ma mère elle le mérite. |
| Expression inefficace de l'amour (W & S) | Si Suzanne m'aimait vraiment elle aurait réglé ce problème il y a longtemps. | Si Pierre m'aimait il accepterait ma mère et tous ses caprices sans la prendre trop au sérieux. |
| Pensée catastrophique surgénéralisation, magnifier le négatif et minimiser le positif | La belle-mère va réussir à ruiner notre vie. | Je ne pourrais jamais briser le contrôle malsain que ma mère a sur moi. |
| Pensée noir-blanc = dichotomique | Ou on fait la paix avec la belle-mère ou on ne la voit plus jamais. | Ou chacun de nous trois comprend ses torts et on fait la paix ou je vais devenir folle. |
| Gestion inefficace des priorités = priorisation des valeurs dysfonctionnelles (W & S) | Il faut à tout prix que mes parents ne soient pas au courant que nous avons ces problèmes. | Il faut que nous réglions nos chicanes avec elle avant que je puisse revenir avec toi. |

| Type de croyance dysfontionnelle | Pierre | Suzanne |
|---|---|---|
| Manque d'étiquette cognitive pour une émotion intense (W & S) | Je ne déteste pas ma belle-mère. | Je suis pas fâchée contre elle, je l'aime. On doit toujours aimer notre mère. |
| Manque d'étiquette de l'influence des émotions sur les stratégies interactionnelles choisies ( W & S) | Je l'ai visité même si je savais qu'elle me fermerait la porte au nez parce que je t'aime Suzanne. | Je téléphone à ma mère deux fois par jour parce que je l'aime. |

Après ces 15 minutes de discussion, l'intervenant résume les notions de croyances fonctionnelles et dysfonctionnelles. Il explique l'influence circulaire des émotions sur les croyances qui, en retour, influencent les émotions. Il démystifie ensuite l'ambivalence et l'adhésion à des croyances souvent contradictoires et fait valoir le potentiel bénéfique de mieux connaître notre fonctionnement cognitif.

Par la suite, l'intervenant suggère que chacun visionne l'enregistrement vidéo de leur échange des dernières 15 minutes avant de remplir séparément sa feuille de: «croyances fonctionnelles et dysfonctionnelles». L'intervenant en question utilise la rétroaction par vidéo depuis 20 ans (Wright & Fichten, 1976) car cet outil est efficace pour modifier les croyances dysfonctionnelles. Dans un premier temps, le visionnement réduit significativement les échanges d'accusation et de blâme puisque chaque individu est confronté par l'image qu'il projette à autrui, ce qui, en retour, permet une meilleure observation de ses propres agirs. Ensuite, en étant placé dans le rôle d'observateur plutôt que d'acteur, chaque conjoint est dégagé de la nécessité d'interagir et peut assimiler plus de renseignements et observer avec un oeil critique ses propres déclarations et ainsi mieux percevoir ce qu'elles révèlent de ses croyances dysfonctionnelles. Du même coup, chacun devient plus en mesure de discriminer les émotions non nommées mais trahies par son choix de mots et son non-verbal. En bref, «l'empirisme collaboratif» énoncé par Beck (1976) devient beaucoup plus accessible puisque c'est le client/observateur qui entame l'étiquetage de ses croyances. Cet exercice d'auto-étiquetage réduit considérablement le risque de simplifier outre mesure le processus de restructuration cognitive encouru par plusieurs

techniques cognitives. En effet, les clients peuvent s'avérer peu réceptifs à modifier leurs croyances dysfonctionnelles s'ils ne reçoivent en retour que des déclarations fortuites de vérité absolue pour les modifier. Par contre, la confrontation in vivo à leurs propres croyances incite les clients à objectiver celles-ci et leur permet d'entamer avec le thérapeute le processus de restructuration.

Lors de ce premier exercice de travail cognitif, les deux conjoints peuvent, grâce à leur forte motivation, à leur vif intellect et à la facilitation de l'intervenant, identifier plusieurs exemples des croyances qu'ils véhiculaient: pensée catastrophique, vision dichotomique, lectures des pensées de l'autre et idéalisation de leur vie de couple, etc., résumées au tableau 2. Par la suite, l'intervenant facilite le positionnement des croyances dans un continuum allant de très fonctionnel à très dysfonctionnel en aidant les conjoints à énumérer les avantages et inconvénients de chaque croyance. Avec l'aide du thérapeute, chaque conjoint se concentre ensuite sur une croyance clé dans un exercice de restructuration cognitive. Pour Suzanne, la croyance était: «Je dois obéir à ma mère, elle mérite que j'obéisse à tous ses souhaits et que je la respecte toujours.» Pour ce qui est de Pierre, il a travaillé sur la croyance que: «Je dois à tout prix m'entendre avec la belle-mère en tous points sinon nous ne pouvons vivre en couple.»

Dans un objectif de facilitation, l'intervenant étaye certains pour et contre des croyances avancées, met en évidence d'autres avantages et désavantages non mentionnés par le couple et maintient la direction de l'exercice en prévenant les changements de sujets et/ou les blâmes. Durant la deuxième partie de la session, l'intervenant met les conjoints en contact avec l'impact émotif que ces croyances déclenchent ainsi que leurs répercussions sur leurs stratégies sociales. Pour ce faire, l'intervenant nomme ou leur fait découvrir par ses questions les liens entre certaines croyances, les émotions négatives suscitées (impuissance, désespoir, anxiété, panique etc.) et les stratégies sociales résultantes (Suzanne oscille entre les engueulades et les excuses avec sa mère, Pierre perdait son temps à chercher à se réconcilier avec sa belle-mère et ignore tout à fait Suzanne).

Lors des 10 rencontres subséquentes, le travail cognitif se poursuit grâce à l'utilisation des stratégies de: 1) mises en situation et inversement de rôles enregistrés sur vidéo, 2) visionnement de vidéo et étiquetage des croyances et émotions vécues par l'autre, 3) remise en question des traits perçus chez

l'autre au premier abord comme négatifs, 4) distinction de ses propres besoins à l'exclusion de ceux de l'autre (Cordova & Jacobson, 1992; Guérette, 1994) et surtout, 5) augmentation de l'acuité de chacun à identifier ses propres émotions et cognitions.

Sur un total de 12 sessions réparties sur 16 semaines, chaque conjoint progresse cognitivement au niveau de la connaissance de soi et de sa contribution à la dynamique de couple, ce qui les amène à une vision interactive de leur fonctionnement. Chacun développe des croyances plus fonctionnelles, ce qui permet des attentes plus réalistes et une attitude d'ouverture à la négociation. De manière plus concrète, ils accomplissent des progrès évidents sur 4 dimensions: la planification des finances; le style de communication; l'ingérence de la belle-mère; et la rancune de Suzanne au sujet des problèmes financiers et légaux de Pierre et ils parviennent à des ententes viables qu'ils mettent en pratique.

En parallèle, le travail sur la sexualité, bien qu'amorcé par la force des choses à la deuxième rencontre de thérapie suite à une tentative de rapprochement sexuel particulièrement pénible, ne fait l'objet de sessions qu'à partir de la septième rencontre. En effet, la problématique sexuelle est multifactorielle: 1) il y a une dysfonction sexuelle importante (10 pénétrations en 6 ans de mariage avec douleur aiguë et détresse psychologique chez Suzanne), 2) une absence totale de communication sur ce sujet «tabou» entre eux, 3) des déficits au niveau des habiletés de chacun en matière sensuelle/sexuelle, 4) un marasme émotif pour chacun où tensions et frustrations respectives semblaient sans issue et 5) une foule de cognitions dysfonctionnelles très ancrées chez l'un et l'autre telles qu'énumérées au tableau 3. Bref, le thème de la sexualité de ce couple est idéal pour une approche éclectique. Cependant, il faut d'abord établir les assises de la communication, réduire les sources d'ingérence dans leur intimité, assainir le climat entre eux et familiariser les conjoints au processus de restructuration cognitive avant que ceux-ci ne se soumettent à des exercices d'expérimentation sexuelle.

Ainsi, à partir de la rencontre 7, l'intervenant amalgame plusieurs approches pour s'adresser au thème de la sexualité de ce couple. Ces techniques incluent: 1) des exercices de communication constructive des attentes et préférences sensuelles/sexuelles de chacun, 2) l'expression des émotions reliées à leur intimité sexuelle, 3) des recommandations d'exercices d'expérimentation sexuelle et 4) de la restructuration cognitive. Durant les sessions, l'intervenant facilite la

communication sur leur vie sexuelle et ces discussions sont enregistrées sur vidéo. Lors des interactions, l'intervenant peut soit cibler sur les croyances irrationnelles, sur les stratégies sensuelles inefficaces ou sur leur style de communication. Par surcroît, pendant les discussions et ensuite lors du visionnement du vidéo, l'intervenant facilite l'étiquetage des sentiments (panique, colère, excitation sexuelle, culpabilité, etc.) et aide le couple à mettre en perspective leurs croyances. Suite à quoi, l'intervenant effectue des recommandations de changement de leur routine sexuelle. À la fin de chaque session, l'intervenant invite les conjoints à préciser leurs projets d'expérimentation sensuelle/sexuelle et à allouer des périodes d'intimité pour s'exercer entre les sessions de thérapie. Ces expérimentations sensuelle/sexuelle visent à la fois l'ouverture de la communication, l'exploration de leurs croyances et émotions ainsi que des changements de leur routine sexuelle.

Des rencontres 7 à 9, les conjoints semblent effectuer des progrès au niveau de l'apprivoisement de leur vie sexuelle. Pour sa part, Suzanne rapporte une baisse significative de l'anxiété et une absence de répulsion lors de la pénétration digitale effectuée par elle-même ou par Pierre. Elle commence aussi à avoir des fantasmes plus élaborés de rapports sexuels complets, en fait part à Pierre et anticipe avec une certaine confiance l'actualisation de ses fantasmes. Les croyances de Suzanne deviennent plus fonctionnelles: «Je peux partager le contrôle sensuel et me sentir bien.» Pierre, de son côté, se dit plus satisfait et surtout encouragé par l'augmentation de la fréquence et de la variété de leurs contacts sexuels, et par le sentiment de plaisir partagé.

Cependant, à la toute fin de la rencontre 9, Pierre fait volte-face et invoque trois réticences importantes à poursuivre l'expérimentation sexuelle. D'abord, Pierre remet en question une approche dirigée à la sexualité en mettant de l'avant un fort désir d'avoir des relations sexuelles «normales» et spontanées, et le besoin de se percevoir comme viril, capable de séduire sa femme sans «artifices». Il réitère ensuite un souhait pressant d'avoir des enfants et questionne la capacité physique et émotive de Suzanne de répondre à ce qu'il attend d'une mère pour ses enfants. Enfin, il ramène le sujet de la famille élargie en se disant sceptique de pouvoir être heureux sans une relation pleinement harmonieuse avec sa belle-famille. En bref, Pierre remet en question le mandat de la réconciliation de leur couple. Suzanne perçoit l'ambivalence de Pierre à continuer de s'investir dans leur couple et vérifie auprès de lui si sa perception est juste. Pierre confirme qu'il remet tout en

**Tableau 3 Croyances dysfonctionnelles relatives à la sexualité**

| Suzanne | Pierre |
|---|---|
| 1. Je n'ai jamais pu être pénétrée normalement, je n'y parviendrai jamais. | 1. En 6 ans, ça n'a jamais marché pourquoi ça changerait maintenant. |
| 2. C'est de ma faute, je ne lui donne pas son droit d'époux. | 2. C'est de sa faute, ça fait 6 ans que je perds mon temps. |
| 3. Le sexe est sale, si j'éprouve du plaisir je suis une putain. | 3. Un vrai homme excite sa femme: si elle ne réussit pas à jouir ma masculinité est volée. |
| 4. Il ne sait pas comment s'y prendre. | 4. La sexualité féminine et masculine sont identiques. |
| 5. L'amour devrait me transporter, ça devrait être facile ensuite de faire l'amour. | 5. Ce n'est pas normal pour un couple de ne pas faire l'amour; le sexe ça va de soi. |
| 6. Si je jouis, il va perdre son respect pour moi et va m'abandonner. | 6. Je suis un échec comme homme si je ne fais pas jouir ma femme par la pénétration. |
| 7. Je ne suis pas la femme servile qu'on saute sur demande. | 7. On devrait tous les deux avoir du plaisir en même temps et par la pénétration. |
| 8. Je dois contrôler les rapports sexuels : donner du plaisir c'est mon devoir et c'est acceptable, en recevoir c'est être une putain. | 8. C'est pas naturel de faire des exercices sensuels. Ça ne donnera rien. |

question et qu'il ne sait plus vers quoi se diriger. Les rencontres 10 à 12 ont donc pris comme tangente la remise en question pour permettre aux conjoints de se positionner respectivement quant à leurs désirs de poursuivre la vie commune. Bien que, de façon vague, les propos de Pierre suggèrent que même s'il advenait que Suzanne et lui parviennent à résoudre la majeure partie de leurs difficultés, incluant les problèmes sexuels, il est incertain de

vouloir se réinvestir avec Suzanne. De façon plus tangible depuis la rencontre 9, il prend ses distances et se montre froid avec Suzanne.

Prise au dépourvu, Suzanne s'ajuste au fil des sessions et conclut à la fin de la rencontre 12 qu'elle ne veut pas forcer les choses et que s'ils devaient mener une vie commune, chacun devrait allouer temps et espace pour se choisir à nouveau comme partenaires. D'un commun accord, Pierre et Suzanne s'entendent pour que Suzanne quitte leur domicile à nouveau et que chacun entreprenne une thérapie individuelle pour mettre au clair ses besoins et attentes, pour examiner ses difficultés personnelles et pour se repositionner face à la vie de couple en général ainsi que face à la vie commune avec le présent conjoint. Bien que déchirantes, ces rencontres se sont avérées constructives. Pierre a peut-être, pour la première fois, pris contact avec ses propres difficultés avec l'intimité et avec la rigidité avec laquelle il nourrit ses attentes vis-à-vis de sa vie de couple. Suzanne, pour sa part, bien que meurtrie par le rejet de Pierre, arrive à départager la responsabilité de Pierre de la sienne dans cette décision sans le percevoir comme un échec personnel ni avoir recours au blâme pour l'un ou l'autre (ni «victime», ni «agresseur»). Après la session 12, les rencontres de couple sont espacées aux quatre semaines, pas question de servir à Suzanne et à Pierre de lieu de repère de communication durant leur période de remise en question et chacun est référé en thérapie individuelle.

Au moment de la rédaction de ce texte, Suzanne et Pierre ont participé à quatre rencontres de couple (suivi mensuel). Suzanne a donné suite rapidement à la référence en thérapie individuelle avec l'une des auteures de cette publication et en est à sa neuvième session de thérapie individuelle. Pierre, plus réticent à l'origine à s'engager dans une démarche individuelle, en est à sa troisième session. L'apport des thérapies individuelles s'est avéré très appréciable pour les sessions de couple de remise en question. Pour sa part, Suzanne a bénéficié d'un travail cognitif intensif sur sa vision d'elle-même en relation avec sa sexualité. Elle a démystifié son histoire sexuelle, a cessé de se percevoir comme un bien endommagé et a délaissé les visions dichotomiques de la femme objet en contexte sexuel (la putain vs la vierge) et de la lutte de pouvoir en relation intime (l'agresseur vs la victime). Suzanne a donc subséquemment développé des attentes plus réalistes face à elle-même et à Pierre et c'est dans cette perspective qu'elle a abordé les sessions de remise en question. Pour ce qui est de Pierre, le simple fait de s'engager en thérapie individuelle a mis en marche un processus de questionnement de ses positions rigides: «c'est elle

qui a le problème», «tout doit être harmonieux en tout temps», etc. et a eu l'effet bénéfique d'accroître sa réceptivité aux attentes de Suzanne et d'augmenter la souplesse dans l'expression de ses propres attentes.

Il est impossible de prédire le choix que Suzanne et Pierre feront suite aux sessions de couple de remises en question. Cependant, celles-ci se déroulent dans un climat d'échange réel épuré des croyances irrationnelles les plus dévastatrices.

## Conclusion

La présentation des approches de Dattilio-Padesky et de Jacobson de même que l'étude de cas présentée ici illustrent les multiples défis et la souplesse que requiert l'adoption d'une perspective cognitive en psychothérapie de couple. Par exemple, nous avons, dans l'étude de cas, montré que l'intervenant peut changer de mandat (mandat de réconciliation pour 10 rencontres puis de remise en question pour les quatre sessions subséquentes) et ajuster la fréquence et les techniques utilisées durant ces rencontres en fonction du mandat. Nous avons aussi procédé, de manière séquentielle, avec diverses stratégies d'intervention (restructuration cognitive, résolution de problèmes, travail sur les émotions, ou sur les habiletés) sur certains thèmes précis: (relation avec la belle-mère, les finances, etc.) puis les avons amalgamés au moment d'aborder le thème de la sexualité. Enfin, le format de l'intervention s'est modifié pour passer d'interventions exclusives en couple à l'intervention de couple alliée à deux thérapies individuelles. L'analyse des modèles de Dattilio-Padesky et Jacobson met aussi en évidence la nécessité d'appliquer les préceptes cognitifs avec flexibilité.

Sans aucun doute, la chronicité et l'ampleur des problèmes relationnels et individuels augmentent la durée, l'intensité et l'imprévisibilité des sessions de couple. Nous sommes convaincus que plus la dynamique d'un couple est complexe et plus elle est alimentée par des croyances dysfonctionnelles, plus il est important d'en traiter. En effet, la modification des croyances dysfonctionnelles, le travail sur les attitudes, attentes et émotions sous-jacentes à l'agir interactif d'un couple constituent des assises indispensables au développement de stratégies durables de changement d'un couple.

**Abstract**

The emergence of cognitive models in couple therapy rests on empirical studies showing that there exists stable cognitive predictors of marital distress. In these models, chronic activation of dysfunctional attributions, simplistic coping strategies, and biased or partial processing of self and partner's representations are directly or indirectly related to behavioral inflexibility observed in the interaction of maritally distressed couples. However, cognitive couple therapists do not pay equal attention to these diverse cognitive processes. In this article, we present two important models of couple therapy that draw differentially on these processes: cognitive couple therapy (Dattilio & Padesky, 1990), a model based on the work of Beck with depressed patients, and behavioral integrative couple therapy as developed by Jacobson (Cordova & Jacobson, 1993; Jacobson, 1992). Afterward, we present a case study which illustrates the application of cognitive precepts in couple therapy.

Références

Baucom, D.H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York, International Universities Press.

Bélanger, C., Sabourin, S., Dulude, D., et Wright, J. (1993). Les corrélats comportementaux et conjugaux des attentes d'efficacité en matière de résolution de problèmes personnels. *Journal International de Psychologie, 28,* 443-458.

Blais, M., Sabourin, S., Boucher, C., & Vallerand, R.J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 1021-1031.

Bradbury, T.N. & Fincham, F.D. (1990). Attributions in marriage: Review and critique. *Psychological Bulletin, 107,* 3-33.

Cordova, J.V., & Jacobson, N.S. (1993). Couple distress. In D.H. Barlow (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2nd edition) (481-511), New York: Guilford.

Dattilio, F.M., & Padesky, C.A. (1990). *Cognitive therapy with couples.* Sarasota, Fl.: Professional Resource Exchange.

Gottman, J. (1994). *What predicts divorce; the relationship between marital processes and marital outcomes.* Hillsdale, NJ: LEA.

Greenberg, L.S., & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally focused couples therapy.* New York: Guilford.

Guérette, L. (1994). La thérapie de couple avec un individu. Conférence présentée au département de psychologie, Université de Montréal, novembre.

Hudson, W.W., Harrison, D.F., & Crosscup, P.C. (1981). A short form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *The Journal of Sex Research., 17,* 157-174.

Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric index in a normal population. *Psychological reports, 39,* 1215-1228.

Jacobson, N.S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy, 23,* 493-506.

Kanfer, F.H., & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C.M. Franks (Eds.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 417-444). New York: McGraw-Hill.

Langis, J., Sabourin, S., Lussier, Y., & Mathieu, M. (1994). Masculinity, femininity, and dyadic adjustement: An examination of theoretical models. *Journal of Personality, 62,* 393-414.

Lussier, Y., Sabourin, S., & Wright, J. (1993). On causality, responsibility, and blame in marriage: Validity of the entailment model. *Journal of Family Psychology, 7,* 322-332.

Rausch, H.L., Barry, W.A., Hertel, R.K., & Swain, M.A. (1974). *Communication, conflict, and marriage.* San Francisco,CA: Jossey-Bass.

Sabourin, S., Laporte, L., & Wright, J. (1990). Problem solving self-appraisal and coping efforts in distressed and nondistressed couples. *Journal of Marital and Family Therapy, 16,* 89-97.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38,* 15-28.

Vincent, J.P., Weiss, R.L., & Birchler, G.R. (1975). A behavioral analysis of problem solving in distressed and nondistressed married and strangers dyads. *Behavior therapy, 6,* 475-487.

Wile, D.B. (1988). In search of the curative principle in couples therapy. *Journal of Family Psychology, 2,* 24-27.

Wright, J. (1985). *La survie du couple.* Montréal, Les éditions du jour.

Wright , J., & Fichten, C.(1976). Denial of responsibility . Videootape feedback and attribution theory: relevance for behavioral marital therapy. *Canadian Psychological Review, 17,* 219-231.

Wright, J., et Sabourin,S. (1985). *L'intervention auprès du couple.* Montréal, Éditions consultataction.

Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach.* Sarasota, FL: Practitioner's resource series.

Young, J., & Klosko, J. (1995). *Je réinvente ma vie.* Montréal: Les éditions de l'homme.

Revue québécoise de psychologie, vol. 16, n° 2, 1995

# L'APPROCHE COGNITIVE ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Pierre COUSINEAU
*Cité de la Santé de Laval*
*Pratique privée*

***Résumé***

*Les principes d'intervention de l'approche cognitive (modèle de Beck) ont d'abord été utilisés pour le traitement de la dépression, puis pour celui des troubles anxieux. Comme cela avait été le cas pour d'autres modèles théoriques, le traitement des troubles de la personnalité a représenté un défi de taille pour l'approche cognitive. Les dernières années ont vu quelques thérapeutes cognitifs s'attaquer à ce défi.. Le présent article insiste particulièrement sur la contribution de J.E. Young au traitement des troubles de la personnalité (thérapie centrée sur les schémas). Dans cette approche, la thérapie cognitive classique est modifiée comme suit: (1) une plus grande importance est accordée à la relation thérapeutique; (2) l'expression affective y reçoit plus d'attention; (3) l'origine des schémas est retracée dans les souvenirs d'enfance; (4) les schémas sont remis en question de façon plus active; (5) la durée du traitement est plus longue. L'auteur conclut en soulignant que malgré ces modifications, l'approche cognitive des troubles de la personnalité conserve des caractéristiques qui la distinguent des autres écoles de thérapie.*

Les principes d'intervention de l'approche cognitive ont d'abord été utilisés pour le traitement de la dépression (Beck, 1963; Beck *et al.*, 1979). Ce trouble de l'Axe I[1] se prêtait bien à l'utilisation

---

[1] Un trouble de l'Axe I se rapporte à la dimension «trouble clinique» (p. ex., trouble anxieux, trouble affectif, etc.) de la classification diagnostique de l'*American Psychiatric Association* (DSM-IV, 1994). On retrouve la dimension «troubles ou traits de personnalité» à l'Axe II.

systématique de techniques cognitives et béhavioristes. De nombreux thérapeutes se sont intéressés à ce modèle thérapeutique dont l'approche comportait des objectifs explicites, des techniques thérapeutiques établies empiriquement, des phases de traitement bien définies et le souci de mesurer objectivement l'efficacité de ses interventions. Le modèle cognitif devait par la suite s'appliquer sans trop de problèmes au traitement des troubles anxieux (Beck & al., 1985; Beck, 1987).

L'approche cognitive insiste beaucoup sur la collaboration entre le thérapeute et le patient, *partenaires actifs* engagés dans un processus de changement. Dès le départ, le thérapeute informe son patient du modèle théorique sous-tendant son approche: les émotions et le comportement sont déclenchés par l'évaluation cognitive que l'on fait des situations, des événements. L'objectif thérapeutique découle de ce postulat: le changement repose sur la modification des pensées automatiques, des croyances et schémas dysfonctionnels. Le patient apprend à les voir comme des hypothèses à vérifier dans la réalité. En fin de compte, c'est l'expérimentation, décidée en collaboration avec le thérapeute, qui permet de déceler et de modifier les distorsions propres aux évaluations cognitives d'un individu.

Un peu à la manière du questionnement philosophique dont elle est en quelque sorte tributaire (philosophie stoïcienne, maïeutique), la technique cognitive présente à première vue le format d'une discussion rationnelle. Le thérapeute remet inlassablement en question les postulats utilisés par son client pour évaluer les événements. L'expression de l'affect ne constitue pas un objectif en soi; elle sert plutôt de guide à l'identification des évaluations cognitives — des émotions trop intenses étant associées à des distorsions cognitives, à des schémas dysfonctionnels.

## LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ: UN DÉFI

Comme d'autres modèles théoriques, l'approche cognitive s'est heurtée à la difficulté de traiter les troubles de la personnalité. Il est en effet difficile d'utiliser la technique du questionnement socratique avec un patient qui refuse de parler et qui décide carrément de tourner le dos au thérapeute pour regarder par la fenêtre (J.E. Young: communication personnelle). Ce genre d'interaction ainsi que plusieurs autres ont fait en sorte que d'importantes modifications ont été apportées au modèle original d'intervention cognitive.

De nombreux thérapeutes cognitifs reconnaissaient déjà que leurs interventions ne modifiaient pas seulement des symptômes; elles avaient aussi un impact sur des structures cognitives plus fondamentales: les schémas (Beck, Freeman *et al.*, 1990). Ces derniers sont à la base des déformations cognitives et des comportements dysfonctionnels de l'individu. Ainsi Marie, présentant un trouble de personnalité évitante, croit être intrinsèquement imparfaite et sans attrait pour les autres (schéma dysfonctionnel). Elle est convaincue que si les autres se rapprochent d'elle, ils vont s'en apercevoir et, conséquemment, la rejeter (distorsion cognitive: conclusion hâtive). C'est pourquoi elle choisit d'éviter les relations intimes, croyant ainsi s'épargner les affects dysphoriques associés à un rejet éventuel (comportement dysfonctionnel).

Young (1990) a qualifié de *schémas précoces d'inadaptation*(*SPI*) ces structures cognitives profondes. On s'est rapidement rendu compte qu'il était extrêmement difficile de les transformer; les techniques habituelles de remise en question par l'expérimentation ou par l'examen direct des cognitions s'avéraient insuffisantes. Ainsi, le test dans la réalité peut suffire à remettre en question l'impression d'impuissance d'un individu déprimé: on lui demande, dans un premier temps, d'effectuer des tâches simples dont l'exécution sert d'argument contre sa conviction d'impuissance et de désespoir. Ou encore, on informe le patient souffrant d'un trouble panique du fait que la tachycardie est un symptôme connu d'anxiété plutôt que le signe annonciateur d'une défaillance cardiaque quelconque (après s'en être assuré sur le plan médical, évidemment!). Ces techniques, souvent efficaces tout en étant très économiques, ont démontré plus d'une fois qu'elles pouvaient s'avérer suffisantes dans le traitement de troubles de l'Axe I. Cela ne s'est cependant pas produit dans le traitement des troubles de personnalité en raison des caractéristiques propres des schémas impliqués.

Les SPI — que certains appellent schémas fondamentaux (*core schemas*), postulats de base (*basic assumptions*) ou croyances (*beliefs*) — propres aux sujets souffrant de troubles de la personnalité présentent les caractéristiques suivantes: ils sont sur-généralisés, inflexibles, résistants aux changements, impératifs. Ainsi Jean, souffrant d'un trouble de personnalité paranoïaque, conclut, après avoir été traité injustement par quelqu'un, qu'on ne peut se fier à personne *(surgénéralisation)*. Il ne tient compte que des événements qui confirment son schéma:

«L'expression de Paul n'était pas particulièrement chaleureuse» *(inflexibilité)*. Il attribue des intentions malveillantes aux gens qui se comportent correctement avec lui: «Ils essaient de me séduire pour mieux m'exploiter par la suite» *(résistance aux changements)*. Finalement, Jean semble rechercher des situations dans lesquelles il peut lutter contre une autorité arbitraire et injuste à ses yeux *(aspect impératif du schéma)*. Cette dernière caractéristique, plus récente dans la conceptualisation cognitive, indique que le schéma ne constitue pas seulement une structure réactive, mais qu'il assimile activement la réalité. Cette notion s'apparente au concept freudien (Freud, 1980) de la compulsion à la répétition, alors que Young (1990) parle plus simplement du processus de maintien du schéma. Pour utiliser une terminologie piagétienne, on peut avancer que les individus présentant un trouble de personnalité procèdent beaucoup par assimilation et très peu par accommodation.

Le traitement des troubles de la personnalité constituait donc un défi de taille pour l'approche cognitive. La littérature sur le sujet était auparavant essentiellement psychanalytique. Des cliniciens comme Kernberg (1984) et Kohut (1971), parmi les plus connus, avaient déjà «accommodé» la thérapie analytique afin de pouvoir travailler avec ces patients réagissant difficilement à l'approche orthodoxe. Dans le traitement des troubles de personnalité, l'approche cognitive partage un postulat de base avec la théorie psychanalytique: il est très important d'identifier et de modifier les problèmes fondamentaux de ces sujets. On s'entend généralement sur le fait que plusieurs difficultés de ces patients dépendent d'un ou de quelques schémas fondamentaux qu'il convient de remettre en question et de modifier.

Contrairement aux psychanalystes pour qui les problèmes de base sont en grande partie inconscients et fondamentalement d'ordre motivationnel, les thérapeutes cognitifs pensent que les schémas, ainsi que les stratégies d'adaptation qui en découlent (les schémas instrumentaux), sont en grande partie accessibles à la conscience; ils insistent plus sur les problèmes d'attribution (évaluations biaisées) que sur ceux de motivation.

Les thérapeutes cognitifs cherchent à éduquer leurs patients de façon directe sur leurs erreurs d'attribution et leurs schémas (Beck, Freeman & coll., 1990; Young, 1990; Young & Klosko, 1995). Ainsi Marie, présentant un trouble de personnalité évitante, a tendance à se sentir responsable de tous les événements négatifs qui surviennent autour d'elle. Plutôt que de conclure à une

motivation autopunitive inconsciente, on aborde ce problème comme un processus d'*attribution inappropriée de la responsabilité à soi-même*. Jean, souffrant d'un trouble de personnalité paranoïaque, accuse les autres d'être responsables de tout ce qui lui arrive de négatif. Plutôt que de parler d'une projection de sa colère inconsciente, on évoque le processus d'*attribution inappropriée de la responsabilité à autrui*. Une approche qui insiste sur les biais dans le processus d'attribution est aisée à comprendre et peut être moins menaçante pour le patient; en conséquence, la relation thérapeute-patient s'axe rapidement sur la collaboration. Dans ce contexte, il devient possible de remettre en question les distorsions cognitives et de démontrer au patient de quelle manière elles servent à maintenir ses SPI. Marie dénigre ses réussites et insiste sur ses erreurs; le *rejet du positif* et *l'abstraction sélective* lui permettent de maintenir sa croyance selon laquelle elle est peu attrayante pour les autres et intrinsèquement imparfaite.

## LES SCHÉMAS PRÉCOCES D'INADAPTATION

J.E. Young a distingué, dans un premier temps (1990), seize schémas précoces inadaptés. Une révision (avril 1994) a porté ce nombre à dix-huit. Un SPI consiste en une structure de pensée stable et persistante, acquise durant l'enfance et cultivée tout au cours de la vie. Les schémas déterminent la perception de soi et de l'environnement, sans jamais être véritablement contestés. Marie avait eu une mère exigeante et surtout très critique; rien de ce qu'elle faisait n'était considéré comme adéquat. Elle a maintenu cette perception d'elle-même et considère toujours qu'elle ne fait rien de bon. De plus, elle perçoit les autres comme critiques, supérieurs à elle et portés à l'abaisser.

Selon Young, les patients qui consultent présentent au moins deux ou trois de ces schémas; parfois leur nombre est plus élevé. Cela est particulièrement le cas des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite, qui possèdent plusieurs SPI (sept ou huit, par exemple).

Les dix-huit schémas précoces d'inadaptation se subdivisent en cinq grands domaines:

## I. SÉPARATION ET REJET

Impression du patient que ses besoins de sécurité, de stabilité, d'affection, d'empathie, de partage des sentiments, d'acceptation et de respect ne seront pas comblés de façon prévisible dans le contexte de relations intimes ou familiales.

### 1. Abandon/Instabilité

**Impression de la personne que les gens susceptibles de lui fournir un soutien ou un lien sont instables et peu fiables. D'où la crainte de perdre un soutien ou un lien affectif, ou encore un appui solide et sécurisant. Elle considère les personnes significatives comme émotivement instables et imprévisibles (*e.g.*, des explosions de colère), peu fiables, présentes de façon erratique; elles pourraient aussi l'abandonner pour quelqu'un d'autre plus intéressant; elles pourraient finalement être en danger imminent de mort.**

### 2. Méfiance/Abus

**Impression de la personne que les autres vont abuser d'elle, la blesser, l'humilier, la tromper, la manipuler, lui mentir ou chercher à tirer avantage d'elle. Cette croyance repose habituellement sur la perception que le tort est intentionnel ou le résultat d'une négligence extrême et injustifiée. D'où l'impression de toujours finir par être trompée par les autres et d'écoper du «mauvais bout du bâton».**

### 3. Carence affective

**Impression de la personne que ses besoins affectifs ne seront pas comblés adéquatement par les autres. Les trois types fondamentaux de carence sont:**

***A. Carence d'affection*: absence d'attention, d'affection, de chaleur, d'amitié.**

***B. Carence d'empathie*: absence de compréhension, d'écoute, de divulgation de soi ou d'échange mutuel sur les sentiments.**

***C. Carence de protection*: absence de conseils, d'orientation, de force venant des autres.**

### 4. Sentiments d'imperfection et de honte

**Impression de la personne d'être fautive, mauvaise, non désirée, inférieure ou invalide dans quelques dimensions importantes; ou encore sentiment de ne pouvoir être aimée**

**par des personnes significatives. D'où, possiblement, une hypersensibilité à la critique, au rejet et au blâme; des comparaisons, de l'embarras et de l'insécurité par rapport aux autres; ou finalement un sentiment de honte associé à la perception de défaut personnels.**

**Ces défauts peuvent être internes (*e.g.*, égoïsme, impulsions colériques, désirs sexuels inacceptables) ou externes (*e.g.*, attributs physiques non désirés, maladresse sociale).**

### 5. Isolement et sentiment d'exclusion

**Impression de la personne d'être isolée du reste du monde, d'être différente des autres et/ou de ne pas faire partie d'aucun groupe ou communauté.**

## II. AUTONOMIE ET PERFORMANCE ALTÉRÉES

Attentes de la personne par rapport à elle-même ou à l'environnement selon lesquelles il apparait impossible ou du moins très difficile de se séparer, de fonctionner et de survivre de manière indépendante, ou encore de réussir dans l'accomplissement d'une tâche particulière.

### 6. Dépendance/Incompétence

**Croyance de la personne en son incapacité de gérer ses responsabilités quotidiennes de manière compétente, sans devoir compter de façon excessive sur l'aide des autres (*e.g.*, prendre soin d'elle-même, résoudre des problèmes quotidiens, exercer un bon jugement, s'attaquer à de nouvelles tâches, prendre de bonnes décisions). La personne se présente souvent comme impuissante.**

### 7. Vulnérabilité au danger(événements aléatoires)

**Peur exagérée de la personne qu'une catastrophe imprévisible puisse frapper à tout moment, et conviction qu'elle n'arrivera pas à la prévenir. Les peurs touchent un ou plusieurs des domaines suivants: (a) médical: *e.g.*, crise cardiaque, sida; (b) émotif: *e.g.*, devenir fou; (c) naturel/phobique: *e.g.*, ascenseurs, crimes, avions, tremblements de terre.**

### 8. Fusion/Soi faible

**Implication émotionnelle et proximité excessives de la personne avec une ou des personnes significatives (souvent les parents), au détriment d'une individuation complète ou d'un développement social normal. D'où la croyance qu'au moins une des deux personnes fusionnées ne peut survivre ou être heureuse sans le soutien continu de l'autre. Ce schéma est souvent accompagné des sentiments d'être étouffée par les autres ou fusionnée avec eux, ou encore d'un manque d'identité personnelle. Il est souvent vécu comme un sentiment de vide ou d'incertitude, comme une absence d'orientation ou, dans les cas extrêmes, comme un doute sur son existence propre.**

### 9. Sentiment d'échec

**Croyance de la personne qu'elle a échoué, qu'elle échouera à coup sûr ou qu'elle est fondamentalement inadéquate par rapport à ses pairs dans des sphères associées à la performance (*e.g.*, école, carrière, sports, etc.). D'où l'impression fréquente d'être stupide, inepte, sans talents, ignorante, réussissant moins que les autres, de rang social inférieur, etc.**

## III. LIMITES DÉFICIENTES

Déficience des limites internes de la personne, de son sentiment de responsabilité envers les autres, ou de sa capacité de présenter une orientation à long terme. D'où la difficulté de respecter les droits des autres, de maintenir des engagements ou de se fixer et réaliser des objectifs personnels.

### 10. Sentiment que tout lui est dû/Domination

**Croyance de la personne selon laquelle chacun devrait être capable de faire ou d'avoir tout ce qu'il veut, sans se soucier du coût pour les autres ou de ce qu'ils considèrent comme raisonnable. Ou tendance excessive à affirmer son pouvoir, à imposer son point de vue ou à contrôler le comportement des autres conformément à ses propres désirs, sans égard aux besoins d'autonomie et aux choix personnels des autres. D'où de fréquentes exigences excessives et une absence d'empathie pour les besoins et sentiments d'autrui.**

### 11. Discipline personnelle et maîtrise de soi insuffisantes

**Refus ou énorme difficulté de la personne à faire preuve de maîtrise de soi et de tolérance à la frustration dans la réalisation de ses objectifs personnels, ou à contenir l'expression de ses émotions et impulsions. Dans une manifestation moins importante de ce schéma, la personne éprouve une difficulté particulière face à la dynamique *inconfort - évitement*: évitement de la douleur, des conflits, des affrontements, des responsabilités, ou surmenage, et ce, au détriment de son accomplissement personnel, de son engagement ou de son intégrité.**

## IV. CENTRATION SUR AUTRUI

Focalisation excessive de la personne sur les désirs, les sentiments et les réponses des autres, aux détriments de ses besoins personnels, dans l'intention de gagner leur amour ou leur approbation, d'éviter des représailles ou de préserver sa propre impression d'attachement. Habituellement, cette attitude s'accompagne de l'absence de conscience et de la suppression de sa propre colère et de ses inclinations naturelles.

### 12. Assujettissement

**Abdication excessive par la personne de son contrôle sur son propre comportement, sur l'expression de ses émotions et sur ses décisions, parce qu'elle se sent contrainte de le faire, habituellement pour éviter la colère, les représailles ou l'abandon. D'où la perception que ses désirs, ses opinions et ses sentiments personnels ne sont pas valides ou importants pour les autres. Cette personne présente fréquemment une obéissance excessive combinée à une hypersensibilité à l'impression de se sentir coincée.**

**Cette attitude implique souvent la répression de la colère envers ceux perçus comme exerçant le contrôle. D'où une accumulation de colère qui se manifeste fréquemment dans des symptômes d'inadaptation (*e.g.*, un comportement passif-agressif, des explosions incontrôlées de colère, des symptômes psychosomatiques, le retrait d'affection, l'*acting-out*, la toxicomanie).**

### 13. Sacrifice de soi

**Besoin démesuré de la personne de répondre aux attentes des autres dans des situations quotidiennes au détriment de sa propre satisfaction. Elle agit le plus souvent ainsi pour ne pas faire de la peine aux autres, pour éviter la culpabilité associée au fait de se sentir égoïste ou pour maintenir une relation avec des gens perçus dans le besoin. Cette attitude découle souvent d'une sensibilité aiguë aux autres; elle peut parfois créer le sentiment d'une absence de réponses à ses propres besoins ainsi que du ressentiment chez les gens dont la personne s'occupe (chevauchement avec le concept de codépendance).**

### 14. Recherche d'approbation

**Besoin excessif de la personne d'obtenir l'approbation, la reconnaissance, l'attention des autres, ou effort pour répondre à leurs attentes, au détriment du développement d'un Soi assuré et authentique. L'estime de soi de la personne repose d'abord sur les réactions des autres, plutôt que sur ses propres valeurs intériorisées, normes ou penchants naturels. Importance parfois exagérée accordée au statut, à l'apparence, à l'acceptation sociale, à l'argent, à la compétition ou aux réalisations («être parmi les meilleurs et les plus populaires») comme moyens d'obtenir l'approbation. D'où la tendance fréquente à faire des choix fondamentaux de vie non authentiques ou insatisfaisants, à developper une hypersensibilité au rejet ou à envier ceux qui sont plus populaires et qui ont mieux réussi.**

## V. VIGILANCE À OUTRANCE ET INHIBITION

Besoin excessif de la personne de contrôler ses sentiments spontanés, ses impulsions et ses choix de manière à éviter de faire des erreurs. *Ou encore*, importance démesurée accordée au fait de satisfaire à des règles et à des attentes rigides intériorisées concernant la performance et le comportement éthique. D'où le sentiment fréquent d'absence de bonheur, l'incapacité de s'exprimer, de se relaxer, d'avoir des relations intimes ou la perte de santé.

## 15. Vulnérabilité aux erreurs (événements contrôlables)/Négativisme

Anticipation exagérée de la personne — dans un large éventail de situations financières, interpersonnelles ou de travail typiquement perçues comme étant contrôlables —, selon laquelle les choses vont très mal se dérouler ou que des pans de la vie de quelqu'un, en apparence sans problèmes, peuvent s'écrouler à tout moment. *Ou encore,* focalisation soutenue et excessive sur les aspects négatifs de la vie (douleur, mort, pertes, déceptions, conflits, culpabilité, ressentiment, problèmes irrésolus, erreurs potentielles, trahisons, choses qui peuvent mal tourner, etc.) et négligence ou rejet des aspects positifs. Cette attitude est habituellement accompagnée d'une peur démesurée de faire des erreurs susceptibles de conduire à des effondrements financiers, à des pertes, à l'humiliation, au fait d'être coincé dans une mauvaise situation ou de perdre le contrôle. Parce que, finalement, les conséquences négatives sont amplifiées, la personne manifeste souvent un souci chronique, une vigilance, un pessimisme, des plaintes ou de l'indécision.

## 16. Contrôle à outrance

Inhibition excessive de la part de la personne d'actions spontanées, de sentiments ou de communications — habituellement pour éviter les erreurs, la désapprobation des autres, la catastrophe et le chaos ou la perte de contrôle sous l'emprise d'une impulsion. Les sphères de contrôle excessif les plus courantes sont: (a) l'inhibition de la colère et de l'agressivité; (b) la planification et l'ordre compulsifs; (c) l'inhibition d'impulsions positives (*e.g.*, la joie, l'affection, l'excitation sexuelle, le jeu); (d) l'adhésion trop stricte à une habitude ou à un rituel; (e) la difficulté de parler de sa vulnérabilité ou de s'exprimer librement sur ses sentiments, ses besoins, etc... Le contrôle à outrance s'exerce souvent sur d'autres personnes de l'environnement du sujet.

## 17. Exigences élevées

Croyance sous-jacente de la personne lui enjoingnant de faire des efforts pour satisfaire à des normes intériorisées très élevées concernant le comportement ou la performance, l'objectif habituel étant d'éviter la critique. D'où des sentiments fréquents de pression intérieure, de difficulté à ralentir le rythme et une très grande propension à la critique de soi et des autres. De plus, un déficit significatif apparaît

**dans les domaines suivants: la capacité de plaisir ou de relaxation, la santé, l'estime de soi, le sentiment d'accomplissement ou les relations interpersonnelles satisfaisantes.**

**Les exigences élevées de la personne se présentent habituellement sous les formes suivantes: (a) *le perfectionnisme*: attention démesurée aux détails, et sous-estimation de la qualité de sa performance par rapport à la norme; (b) *les règles rigides* et les «je devrais» dans plusieurs sphères de la vie, incluant des préceptes moraux, éthiques, culturels ou religieux démesurément élevés; ou (c) une préoccupation par rapport au *temps et à l'efficacité* afin de pouvoir accomplir toujours plus et mieux.**

### 18. Sévérité

**Tendance de la personne à être colérique, intolérante, durement critique, punitive, et impatiente avec les autres (et elle-même) lorsqu'ils ne répondent pas à ses attentes ou normes. D'où une difficulté fréquente de pardonner les erreurs ou de tolérer ses limites ou celles des autres, parce qu'elle rebute à considérer les circonstances atténuantes, à tenir compte de l'imperfection humaine, à reconnaître les sentiments, à être flexible ou à percevoir d'autres points de vue.**

## LES PROCESSUS DE PERPÉTUATION DES SCHÉMAS

Les SPI constituent pour l'individu des préoccupations (*themes*) à propos de lui-même et de ses relations interpersonnelles d'une ampleur et d'un envahissement extrêmes; ils servent à maintenir une vision cognitive cohérente de soi et du monde; ils reposent sur trois processus de perpétuation fondamentaux: le maintien, l'évitement ou la compensation.

Par exemple, Paul, qui présente un schéma d'*Assujettissement*, se répète: «Je ne peux exprimer mon mécontentement aux autres parce qu'ils vont alors cesser de m'apprécier.». Ses choix amoureux peuvent aussi porter sur des femmes contrôlantes, dominatrices auxquelles il finit invariablement par céder. De telles attitudes cognitives et comportementales servent au *maintien* de son SPI. Il demeure convaincu qu'il doit se soumettre au contrôle des autres afin d'éviter leur colère ou leur rejet.

Il peut, par ailleurs, avoir recours à l'alcool ou à un investissement démesuré dans des activités sportives pour ne plus ressentir le malaise associé à la perception que ses désirs, opinions et sentiments personnels ne sont pas importants ou légitimes. Il peut aussi minimiser l'importance de ces mêmes sentiments en se répétant: «Il ne faut pas exagérer; ce qui m'arrive n'est pas si important.». Ces attitudes permettent *l'évitement* de son SPI d'*Assujettissement.*

Paul peut enfin recourir au processus de *compensation* de son SPI. Il se convainc ainsi de la croyance suivante: «Dans la vie, il y a les individus qui dominent et ceux qui sont dominés: il vaut mieux faire partie du premier groupe.». Il devient donc contrôlant de manière rigide et ne fait plus aucune nuance quant à la pertinence de l'expression de ses sentiments et besoins dans une situation donnée. Fondamentalement, par ailleurs, il craint toujours d'être contrôlé et dominé.

Il est facile de saisir comment le *processus de maintien* sert à perpétuer le SPI. Toutes les conditions sont mises en place pour conserver cette vision cohérente de soi et du monde. Cependant les *processus d'évitement et de compensation* du SPI sont tout aussi efficaces. Leur mode de fonctionnement interdit l'accès direct au contenu des schémas; il devient extrêmement difficile, dans ce contexte, de remettre en question sa perception de soi et des autres. De plus, le fait d'éviter ou de compenser les SPI maintient la pertinence de leurs fondements. Ainsi, l'individu qui a infailliblement recours à une stratégie de contre-dépendance dans ses relations interpersonnelles est manifestement préoccupé par la possibilité de dépendre des autres. C'est pourquoi les processus de maintien, d'évitement ou de compensation constituent tous trois des *processus de perpétuation des schémas.*

Dans ce domaine, il apparaît plus simple aux individus d'assimiler la réalité à leur perception d'eux-mêmes et des autres que d'accommoder leur perception aux données plus nuancées de cette réalité. Cette façon de voir le fonctionnement personnel s'accorde très bien avec la théorie sur la dissonance cognitive (Festinger, 1957): une personne tend à rejeter l'information non congruente à sa vision des choses afin d'éviter le malaise associé à toute dissonance. Une telle attitude peut l'amener à conserver une vision erronée et parfois douloureuse de la réalité dans le seul but d'éviter le malaise de la dissonance. L'objectif thérapeutique consiste à aider le patient à tolérer ce malaise (ainsi qu'évidemment, la souffrance souvent associée aux SPI) durant un

certain temps afin de permettre l'acquisition d'une perception plus souple de la réalité.

## NOUVELLES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

Comme il a été mentionné précédemment, les caractéristiques des schémas sous-tendant les troubles de la personnalité rendent leur modification impossible par les seules techniques cognitives classiques. Young 1990, (1990,1992), tout en conservant le modèle théorique cognitif, propose les modifications suivantes:

1. Accorder plus d'importance à la relation thérapeutique;
2. Faire plus de place à l'expression affective;
3. Retracer dans les souvenirs d'enfance l'origine des SPI;
4. Procéder à une remise en question plus active des SPI;
5. Offrir un traitement plus long.

### 1. Accorder plus d'importance à la relation thérapeutique

Dans ce modèle d'intervention, on en vient à reconnaître (rejoignant en cela plusieurs autres modèles thérapeutiques) l'importance de la relation thérapeutique comme outil de changement. La nature même de la relation patient-thérapeute permet la remise en question de certains schémas. Ainsi, l'attention, l'intérêt, l'empathie et la protection du thérapeute, en plus de sa stabilité dans le temps, servent d'expériences correctives aux schémas de *Carence affective* et d'*Abandon/Instabilité.*

Carole, par exemple, une patiente présentant un trouble de personnalité limite, a grandi dans un milieu familial extrêmement chaotique: son père avait cherché à abuser d'elle, sa mère dépressive s'évadait dans l'alcool et n'avait démontré aucune sensibilité à la détresse de sa fille. Celle-ci présentait donc des schémas prononcés de *Méfiance/Abus* et de *Carence affective* qui teintaient fortement sa relation avec le thérapeute. Elle éprouvait beaucoup de difficulté à lui faire confiance et ne croyait pas à son souci authentique d'améliorer son bien-être. Il s'est avéré fort difficile, dans un premier temps, d'affaiblir ses croyances par des techniques cognitives (p. ex., le questionnement sur les fondements objectifs de cette méfiance). Par ailleurs, la persistance de l'implication du thérapeute, son souci constant envers ce qui lui arrivait, son respect de ses sentiments et de sa personne, ses mises au point honnêtes lors de désaccords ou de limites à établir, ont finalement ouvert une brèche dans l'inflexibilité et la

surgénéralisation de ses schémas. Dès lors, Carole a parlé avec plus de transparence de ses gestes d'automutilation et de sa dépendance à l'égard de la drogue, ce qui a permis l'établissement de stratégies cognitives et béhavioristes en vue de s'attaquer à ces problèmes.

L'importance de la relation thérapeutique peut varier selon la nature des SPI à modifier. Même si Young ne présente pas explicitement ses schémas dans une perspective de développement, il reconnaît que certains sont plus fondamentaux que d'autres.On pense en particulier à ceux d'*Abandon/Instabilité*, de *Méfiance/Abus* et de *Carence affective* régulièrement retrouvés dans un trouble majeur de la personnalité comme celui du trouble limite. Dans ces cas, la relation thérapeutique nécessite beaucoup d'investissement tant au niveau de l'empathie que des clarifications relatives à la nature de cette relation. Par ailleurs, le poids accordé à la relation thérapeutique est moins grand dans le cas d'un patient présentant un schéma de *Vulnérabilité au danger*. L'apaisement et l'encouragement peuvent suffire à le convaincre d'affronter des situations habituellement évitées. La parcimonie des moyens nécessaires à l'atteinte d'un objectif thérapeutique demeure une préoccupation des thérapeutes d'orientation cognitive.

## 2. Faire plus de place à l'expression affective

Dans le modèle cognitif original, on considérait que les émotions étaient déclenchées par l'évaluation cognitive. Cette compréhension du lien de causalité cognition/émotion est aujourd'hui plus nuancée (Freeman *et al.*, 1990). En effet, les émotions agissent, elles aussi, sur la structure cognitive par le biais du traitement de l'information; un état affectif influe sur le rappel des souvenirs, les perceptions et les prédictions des événements. Ainsi une personne déprimée a plus de facilité à se remémorer des souvenirs déplaisants que les autres. On observe ici un effet de rétroaction mutuelle entre les cognitions et les émotions.

Les SPI ne sont pas purement cognitifs; ils comportent aussi une charge affective inhérente (*hot cognitions*). C'est pourquoi l'expression d'une émotion lors d'exercices d'imagerie mentale, par exemple, facilite l'identification d'un SPI spécifique chez une personne: la honte est associée au schéma du *Sentiment d'imperfection*, la colère au *Sentiment que tout nous est dû*, la culpabilité au *Sacrifice de soi*, etc... De plus, la modification des SPI exige l'expression des émotions associées. Dans le schéma d'*Assujettissement* de Paul, par exemple, on peut découvrir du ressentiment éprouvé par rapport aux gens qui le contrôlent ou qui

l'ont contrôlé. La modification du schéma d'*Assujettissement* nécessite l'expression de ce ressentiment en thérapie. On peut utiliser des techniques d'imagerie mentale ou de jeux de rôles à cette fin, ou encore aider le patient à planifier une expression adéquate de son mécontentement par rapport à une ou des personnes.

L'expression affective touche aussi une autre dimension importante du traitement des troubles de la personnalité. Il n'est pas rare de voir ces patients présenter des perturbations marquées de leur identité et des affects dysphoriques par rapport à ces perturbations:. sentiments de vide ou d'ennui («Il y a des périodes où je trouve "toute plate"»), périodes de *down* ou de *bleus* («Il m'arrive fréquemment de ne plus avoir le goût à rien»), impressions de futilité («Je ne fais jamais rien d'important»), de manque d'authenticité («Je ne suis pas honnête avec les gens, je leur cache mes vrais sentiments»), épisodes dissociatifs mineurs («C'est comme si je n'étais plus là lorsque je fais l'amour avec lui; pourtant je suis certaine de l'aimer»).

Il est très difficile d'établir un plan de traitement systématique visant à améliorer un sentiment d'identité. Nous savons par ailleurs qu'une dimension importante de l'identité — concepts de «vrai Soi» ou de «Soi intégré» dans d'autres langages théoriques — repose sur notre capacité d'entreprendre par nous-mêmes des actions qui tiennent compte de nos préférences et de nos sentiments (Beck & Freeman, 1990; Young, 1992; Miller, 1983; Deci & Ryan, 1991). Les SPI empêchent justement l'accès à plusieurs de nos besoins et sentiments. Paul (schéma d'*Assujettissement)* s'est toujours coupé du ressentiment éprouvé face aux gens auxquels il abandonne le contrôle. Carole (schémas de *Méfiance/Abus* et de *Carence affective*) ne s'était jamais permis d'exprimer «clairement» sa colère, sa tristesse et sa détresse face à son père abuseur et à sa mère absente sur le plan affectif. De plus, ses besoins et ses droits n'avaient jamais été validés; ils étaient au contraire bafoués, dénigrés. Or, il est absolument impossible d'éprouver un sentiment d'identité bien ancré lorsqu'on ne peut avoir accès à des pans entiers de ce qui est important ou fondamental pour soi. L'expression des affects occultés par les SPI permet au patient de prendre contact avec ce qu'il est pour l'essentiel et favorise le développement d'un sentiment d'identité plus authentique.

Il est connu depuis longtemps (Frank, 1973) qu'un niveau très élevé d'intensité affective facilite la modification des croyances d'une personne et l'instauration de nouvelles attitudes (mécanisme

malheureusement bien utilisé par certaines sectes religieuses et mouvements politiques totalitaires). La transformation de certains schémas nécessite parfois une telle intensité affective. Ainsi la conviction du mari narcissique (schéma du *Sentiment que tout nous est dû)*, qui se sent tout à fait justifié d'utiliser sa femme pour combler ses propres besoins, pourrait être ébranlée par la crainte de perdre celle-ci. La menace par cette dernière de le quitter s'il ne change pas d'attitude servirait ici de levier de remise en question du schéma, laquelle s'avérerait très difficile dans d'autres circonstances.

### 3. Retracer dans les souvenirs d'enfance l'origine des SPI

Certains pourront s'étonner de retrouver cette recommandation en thérapie cognitive. On avait insisté, dans un premier temps, sur le fait qu'il était possible de modifier directement les croyances dysfonctionnelles, sans tenir compte de leur origine. Or, l'identification de l'origine des schémas précoces dans le traitement des troubles de personnalité s'est révélée utile pour plusieurs raisons.

La révision de l'histoire personnelle permet au patient de comprendre de quelle manière il a activement maintenu un SPI tout au long de sa vie. Jeanne, par exemple, présente un SPI de *Méfiance/Abus*; elle a grandi dans un milieu familial où la violence envers les individus était fréquente. Elle vient en thérapie après avoir entretenu des relations significatives avec trois hommes violents. Son histoire personnelle démontre que, dans un premier temps, ce genre d'hommes a toujours déclenché chez elle une forte attirance. Parallèlement, elle a toujours cherché à minimiser les indices qui laissaient entrevoir, dès le départ, qu'ils étaient intolérants et violents. Par ailleurs, elle n'a jamais entretenu de relations en apparence plus prometteuses avec des hommes qui la respectaient; ils ne déclenchaient pas chez elle l'intensité affective associée à l'activation d'un SPI. La démonstration systématique du recours au processus de maintien du schéma permet à Jeanne d'en saisir plus clairement le mode de fonctionnement et de le modifier.

L'identification de l'origine du SPI permet aussi une réattribution cognitive de la responsabilité de certains événements. Ainsi, il est classique de retrouver chez la patiente limite le schéma du *Sentiment d'imperfection*. Elle se voit comme étant intrinsèquement fautive, reprenant à son compte la définition faite d'elle par son milieu familial d'origine; paradoxalement, elle se

sent responsable des abus dont elle a été victime («Je méritais ce qu'on me faisait parce que j'étais une méchante fille»). Cette définition d'elle-même s'est par la suite généralisée à plusieurs situations, et elle a conduit, entre autres, à des gestes de mutilation autopunitifs. Le travail de réattribution cognitive consiste alors en la révision systématique de plusieurs circonstances de la vie familiale d'origine.. Les événements y sont repris avec l'intention d'explorer d'autres modèles explicatifs que le modèle dichotomique (école de Beck) ou polarisé (école de Linehan) présenté par la patiente (p. ex., «Mes parents étaient toujours corrects, j'avais tous les torts» ou «C'est toujours moi qui suis le problème»). Ainsi, elle peut comprendre que plusieurs de ses comportements dysfonctionnels ne l'étaient pas, en fait, dans le milieu familial d'origine, les menaces de suicide étant souvent la seule façon d'obtenir une réaction à son immense détresse. Évidemment, le thérapeute souligne que ce type de stratégie ne peut pas s'appliquer sans problèmes dans des milieux plus fonctionnels.

Dans un contexte similaire, Linehan (1993) reconnaît la nécessité de revenir sur certains souvenirs traumatiques de l'enfance dans une phase ultérieure du traitement du trouble de personnalité limite, la première phase consistant à accroître les habiletés comportementales qui permettent de mieux tolérer le sentiment de détresse. La jeune fille abusée sexuellement durant son enfance (scénario fréquent chez les patientes limites) a subi un traumatisme majeur. Ses réponses à ce traumatisme ou à d'autres, tels les abus physiques, émotifs, la négligence extrême, sont similaires à celles observées chez les états de stress post-traumatique: hyper-réactivité, inhibition généralisée, dissociation, etc... Il est donc nécessaire de revenir sur ces souvenirs d'abus (exposition au stimulus traumatique) pour permettre une modification de la réaction affective; par exemple, l'inhibition généralisée peut être remplacée par une reconnaissance des sentiments de détresse et de colère. De plus, il est possible de travailler sur la réinterprétation cognitive des circonstances traumatiques; par exemple, on peut remettre en question la conviction du sujet d'être responsable de l'abus et contester l'autodépréciation qui en résulte.

## 4. Procéder à une remise en question plus active des SPI

La thérapie cognitive classique amène le patient à acquérir une attitude «scientifique» par rapport à ses pensées automatiques et à ses croyances. Trois questions y sont fréquemment utilisées: (1) Quelles preuves confirment ou contredisent votre pensée automatique? (2) Y aurait-il une autre façon de voir la situation à laquelle vous avez été exposé? (3) Si votre pensée automatique était valide, quelles en seraient les conséquences réelles? Une fois ces questions posées, on peut prévoir avec le patient des expérimentations qui permettront la vérification de ses hypothèses (p. ex., noter le nombre de critiques par rapport au nombre de compliments reçus dans une semaine de travail). Le thérapeute et le patient deviennent ainsi des partenaires dans l'examen des faits qui corroborent ou non les postulats du patient. D'autres techniques peuvent se rajouter lorsque cette première étape ne suffit pas: technique de la flèche descendante (*cf.* article de Marchand et Brillon), détection des déformations cognitives, etc.

L'approche centrée sur les schémas de Young postule que les problèmes d'adaptation d'une personne s'expliquent par la présence d'un ou de plusieurs SPI. Une fois ces SPI identifiés (phase d'évaluation), ils sont remis en question de façon active par le thérapeute. Par exemple, Georges qui possède un schéma d'*Abandon/Instabilité* a tendance à choisir des femmes qui, pour des raisons différentes, ne sont pas vraiment disponibles. Par ailleurs, il est moins attiré par celles qui sont intéressées à créer une relation stable avec lui. Le thérapeute peut lui montrer clairement comment ses choix amoureux constituent des stratégies de maintien de son schéma d'*Abandon/Instabilité*: «Je finis toujours par être abandonné.». L'aspect inadapté du schéma est relevé au départ pour être ensuite activement remis en question.

## 5. Offrir un traitement plus long

Un apport essentiel de l'approche cognitive a été son insistance sur la parcimonie des moyens nécessaires au niveau thérapeutique. Cette philosophie s'est avérée particulièrement efficace dans le traitement des troubles de l'Axe I tels que la dépression et l'anxiété. Cependant ces troubles peuvent être nombreux et fluctuants chez les personnes présentant un trouble de personnalité limite (Freeman *et al.*, 1990). De plus, comme nous l'avons déjà souligné, la rigidité des schémas de base rend ardue l'utilisation des techniques

cognitives classiques dans les premiers temps de la thérapie (Young, 1990; Layden *et al.*, 1993). Finalement, nous retrouvons régulièrement, chez les personnes présentant des troubles graves de la personnalité, les schémas d'*Abandon/Instabilité*, de *Méfiance/Abus* et de *Carence affective* dont la modification nécessite l'établissement d'un lien de confiance avec le thérapeute. La nature même des difficultés de ces patients rend ce processus relationnel difficile. Il faut alors dépasser les 15-20 rencontres habituelles.

## CONCLUSION

Tout en conservant les principes de base de l'approche cognitive, il a donc fallu élargir le champ de ses stratégies d'intervention afin de pouvoir traiter les personnes présentant un trouble de personnalité. Il semble indiqué, au terme de cet article, de souligner quelques points qui permettent de la distinguer des autres écoles de thérapie.

1. La formulation des problèmes du patient demeure cognitive. Ainsi, dans l'approche de Young, l'identification des schémas précoces d'inadaptation constitue la première étape du processus thérapeutique. La modification de ces SPI se situe à l'étape suivante. C'est la nature propre (leur rigidité, leur sur-généralisation) des SPI présents dans les troubles de personnalité qui a obligé le recours à des stratégies thérapeutiques empruntées à d'autres écoles thérapeutiques. Comme cela a toujours été le cas en approche cognitive, l'efficacité des techniques pour l'atteinte des objectifs l'emporte sur les autres considérations (pragmatisme).

2. Tel que le souligne si bien Linehan (1993), l'interprétation d'un comportement doit toujours être une hypothèse à vérifier avec des faits et non une conviction a priori du thérapeute. Son analyse des chaînes d'événements qui amènent une patiente limite à s'automutiler ou à faire des gestes parasuicidaires en est une brillante démonstration.

3. Le thérapeute cognitif n'a pas de secrets pour son patient. Il l'informe de sa conceptualisation des problèmes présentés ainsi que des stratégies thérapeutiques qu'il entend utiliser. Cette approche s'applique même dans le cas de stratégies relationnelles («Votre schéma d'*Abandon/Instabilité* vous fera continuellement craindre que je vous abandonne»). Le thérapeute encourage le patient à connaître le mieux possible son mode de fonctionnement en lui

suggérant des lectures, des films, etc... Une véritable collaboration s'instaure entre eux.

4. Le thérapeute cognitif suggère des devoirs ou exercices qui permettent au patient de pratiquer de nouvelles habiletés apprises en thérapie ou ailleurs. Le changement repose en fin de compte sur des modifications du comportement de tous les jours.

5. Le thérapeute cognitif insiste sur l'aspect adaptatif ou non d'un comportement plutôt que sur un jugement de valeur à son sujet. Tout comportement étant une stratégie qui vise certains objectifs, celle-ci peut être adaptée dans un contexte et pas du tout dans un autre, elle peut avoir été adéquate dans le milieu familial d'origine et dysfonctionnelle dans d'autres milieux, elle peut manquer de flexibilité, etc... Le rôle du thérapeute est d'aider le patient à évaluer la pertinence de ses stratégies en fonction de ses objectifs et de les modifier au besoin. C'est au patient d'effectuer les choix définitifs.


***Abstract***

*Cognitive therapy was first applied to the treatment of depression (Beck), and then used for treating anxiety disorders. As was the case with other therapies, the treatment of personality disorders was a major challenge to cognitive therapy. The present article is an introduction to the cognitive approach to personality disorders, with an emphasis on the contribution of J.E. Young (schema-focused approach). In order to work with this type of patient, the conventional cognitive approach has been modified in the following ways: (1) a greater importance is given to the therapeutic relationship; (2) there is a stronger emphasis on affective expression; (3) the schemas' origins are retraced from childhood memories; (4) the schemas are confronted more actively; (5) the length of the treatment is prolonged. Finally, the article shows that these modifications to the cognitive approach to personality disorders do not alter the characteristics differentiating it from other therapeutic approaches.*


**Références**


American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth Edition).* American Psychiatric Press.

Beck, A.T. (1963).Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distorsions. *Archives of General Psychiatry, 9,* 324-333.

Beck, A.T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy.*In* S. Rachman & J. Maser (Éds. ), *Panic:. Psychological perspectives.* Hillsdale, NJ:. Erlbaum.

Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective.*. New York: Basic Books.

Beck, A.T., Freeman, A. & collaborateurs. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Beck, A.T., Rush, A.J,. Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.*New York: Guilford Press.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. *Nebraska Symposium on Motivation 1991,* 237-288.

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing.* Baltimore, MD: Jonhs Hopkins University Press.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance.* Evanston, IL: Row & Peterson.

Freeman, A. Pretzer, J. Fleming, B. & Simon K.M. (1990). *Clinical application of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

Freud, S. (1980). *Au-delà du principe du plaisir: Oeuvres complètes. Psychanalyse. (Tome 15:.1916-1920).* Paris: Presses universitaires de France.

Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders:.Psychotherapeutic strategies.* New Haven, CT: Yale University Press.

Kohut, H. *(1971). The analysis of the self.* New York: International University Press.

Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A, & Byers Morse, S. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorders.*

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Miller, A. (1983). *Le drame de l'enfant doué:. À la recherche du vrai Soi.* Paris: Presses universitaires de France.

Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Young, J. E. (1992). *Cognitive therapy for personality disorders.* Enregistrement sur cassettes d'un symposium donné au Cape Cod Summer Symposia. Pittsfield, MA: New England Educational Institute.

Young, J.E. (1994). Early maladaptive schemas. Document du Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J.E. & Klosko, J. S. (1995). *Je réinvente ma vie.* Montréal: éditions de L'Homme.

*Revue québécoise de psychologie, vol.16, n°2, 1995*

# PSYCHOLOGIE COGNITIVE ET SÉCURITÉ ROUTIÈRE. L'IMPORTANCE DE L'ATTENTION DANS LA CONDUITE D'UNE AUTOMOBILE.

Thérèse AUDET
*Université de Sherbrooke*

***Résumé***

*L'association entre les accidents routiers et certains déficits de l'attention n'est pas sans fondement. Les premiers travaux effectués en ce domaine ont principalement porté sur l'attention sélective ou dirigée (Avolio, Kroeck & Panek, 1985; Kahneman, Ben Ishai & Lotan, 1973; Mihal & Barrett, 1976). Pourtant, l'examen de la description des erreurs humaines à l'origine des accidents routiers laisse entrevoir que certaines d'entre elles touchent la capacité à porter attention simultanément à plusieurs sources d'information, ce qui correspond à la description de l'attention divisée ou partagée. Quelques études ont déjà établi un lien entre la difficulté à partager son attention et les erreurs humaines (Harris & Wilkins, 1982; Martin & Jones, 1983). Une dernière forme d'attention qui peut être associée aux accidents routiers est la vigilance. Pour le moment, peu de recherches démontrent une relation entre les accidents et le manque de vigilance. L'application de ces résultats au domaine de la sécurité routière est discutée.*

Conduire une automobile nous semble sûrement, conductrices et conducteurs expérimentés que nous sommes, une activité relativement facile et peu exigeante. Pourtant, les nombreux accidents de la route démontrent bien que cela n'est pas toujours le cas. Evans (1991) rapporte à ce sujet des statistiques alarmantes. Annuellement, dans le monde entier, plus d'un demi-million de personnes trouvent la mort dans les accidents routiers. Au Québec, entre 1987 et 1991, le nombre de décès sur les routes a oscillé entre 908 à 1 022 par année (Société de l'assurance automobile du Québec, 1992). Il s'agit donc d'un problème important dont les coûts sociaux et financiers sont élevés. En considérant la conduite automobile sous l'angle du traitement de l'information, la psychologie cognitive peut contribuer à comprendre le phénomène des accidents routiers. Le présent article fait état des connaissances

déjà acquises dans ce domaine et examine les contributions potentielles de la psychologie cognitive à la sécurité routière.

La psychologie cognitive appliquée peut jouer un rôle déterminant dans la compréhension des accidents routiers. En effet, Burgess (1986) rapporte que plus de 80% de ces accidents sont liés à des erreurs commises par les conductrices et les conducteurs. Or, le champ d'étude des erreurs humaines selon l'approche du traitement de l'information est florissant (Kruysse, 1992; Malaterre, 1990; Moray, 1990; Reason, 1993). Dans l'étude des comportements routiers, il importe de distinguer le concept d'erreur de celui de violation. Les erreurs se rapportent aux manquements plutôt involontaires dans le traitement de l'information, alors que les violations se décrivent par rapport à un contexte social et dépendent davantage de certains facteurs motivationnels (Reason, 1993). La contribution significative des caractéristiques motivationnelles à l'explication des accidents routiers, comme un goût particulier pour le risque ou une attitude positive à l'égard des comportements routiers déviants, a été documentée à maintes reprises (Audet[1] , Malette & Paradis 1993; Mayers & Treat, 1977; Wasielewski, 1984; Wilson & Greensmith, 1983). Toutefois, ces seules caractéristiques motivationnelles ne suffisent pas à rendre compte entièrement des accidents routiers. Elander, West & French (1993) insistent sur l'importance respective des styles de conduite automobile (facteurs motivationnels) et des habiletés de conduite (facteurs cognitifs) pour l'étude et la compréhension des accidents routiers. C'est sur ce dernier aspect seulement que porte le présent article.

Les principaux modèles du traitement de l'information, appliqués à l'étude des erreurs dans les comportements routiers, seront brièvement présentés. Ces modèles accordent une place importante aux phénomènes attentionnels. Une description détaillée des liens entre l'attention et les accidents routiers suivra. Enfin,

---

[1] Les travaux de l'auteure (Audet, Malette & Paradis, 1993) ont été réalisés auprès d'un échantillon de 2000 conducteurs québécois. L'objectif particulier de ce projet était de décrire le profil psychologique des jeunes conductrices et conducteurs présentant un risque plus élevé d'implication dans les accidents routiers. Ces travaux, ainsi que d'autres présentement en cours, sont réalisés dans le cadre d'une subvention obtenue par un groupe de recherche de l'Université de Sherbrooke dans le cadre de l'action concertée en sécurité routière. Les organismes responsables sont le Fond FCAR, le Ministère des transports et la Société de l'assurance automobile du Québec.

deux domaines principaux d'application de ces résultats à la sécurité routière seront discutés.

## LES ACCIDENTS ROUTIERS ET LES MODÈLES DU TRAITEMENT DE L'INFORMATION.

Shinar (1978) est l'un des premiers à avoir analysé la tâche de conduite automobile relativement aux étapes de traitement de l'information. Depuis, il est fréquent de voir les accidents routiers décrits comme des erreurs ou des ratés dans le traitement de l'information (Chang & Jovanis, 1990; Groeger, 1990; Kruysse, 1992; Malaterre, 1990; Rumar, 1990). Cette approche a aussi été appliquée à l'examen de la performance des pilotes d'avion (Gerbert & Kemmler, 1986; Shuch, 1992).

Dans ces modèles du traitement de l'information, l'attention est l'une des composantes cognitives souvent associées à la description des erreurs pouvant entraîner des accidents. Par exemple, Rumar (1990), dans son analyse des accidents routiers, pointe les erreurs de reconnaissance comme étant les plus importantes. Il les décrit comme de mauvaises acquisitions d'information ou des traitements d'information inappropriés. Il ajoute que ce type d'erreurs relève des phénomènes attentionnels, dont principalement l'inattention et la distraction. Fell (1976) avait déjà fait appel à des problèmes de distraction de l'attention pour expliquer certaines erreurs dans la conduite automobile. Malaterre (1990), dans sa classification des causes des accidents par les défaillances dans la séquence fonctionnelle de l'opérateur, insiste tout particulièrement sur les problèmes de distribution de l'attention. Les modèles cognitifs utilisés pour analyser les erreurs de pilotage d'avion font également mention des problèmes d'attention dans le traitement de l'information (Gerbert & Kemmler, 1986).

Donc, dans les modèles décrivant les erreurs pouvant mener aux accidents routiers par rapport au traitement de l'information, une place importante est accordée aux phénomènes attentionnels. Il n'est pas facile de situer l'attention à l'une ou l'autre des étapes du traitement de l'information. Barber (1990) présente un modèle où chaque étape du traitement de l'information est sous l'influence des phénomènes attentionnels. Si ce modèle est valable, il n'est pas surprenant que l'attention ait pris une place prépondérante dans la description des facteurs cognitifs impliqués dans l'étiologie des accidents routiers.

En psychologie cognitive, comme l'indique clairement le titre d'un ouvrage préparé par Parasuraman & Davies (1984), *Varieties of attention*, il n'existe pas qu'une seule forme d'attention. Les premières études qui ont cherché à établir un lien entre les phénomènes attentionnels et les accidents routiers ont porté sur l'attention sélective ou dirigée, soit les situations où un seul message est sélectionné et traité, à l'exclusion des autres. Cette forme d'attention n'est cependant pas la seule, et la capacité à porter attention simultanément à plusieurs sources d'information est aussi sollicitée dans la conduite automobile (Moray, 1990). Les études qui s'y intéressent sont toutefois moins nombreuses que celles qui portent sur l'attention sélective. Enfin, la tâche de la conduite automobile est parfois décrite comme une activité monotone où peuvent survenir des événements critiques, mais rares et aléatoires, qu'il est important de détecter. C'est la définition donnée, en psychologie cognitive, à une tâche de vigilance (Parasuraman & Davies, 1976). Ces trois domaines d'études centrés sur l'attention et ses liens avec les accidents routiers sont présentés dans les sections qui suivent.

## L'ATTENTION SÉLECTIVE OU DIRIGÉE ET LES ACCIDENTS ROUTIERS.

L'attention sélective ou dirigée est définie, en psychologie cognitive, comme la capacité à traiter de manière privilégiée une source particulière d'information à l'exclusion des autres sources d'informations présentes (Best, 1986; Eysenck, 1984; Fortin & Rousseau, 1989; Glass & Holyoak, 1986; Howard, 1983; Johnson & Dark, 1986).

Gopher & Kahneman (1971) ont mis au point un test d'attention sélective; ils montrent que de bons résultats à ce test constituent un prédicteur fiable des capacités à piloter des avions chasseurs. Ce test d'écoute dichotique consiste à présenter, simultanément, un message différent dans chaque oreille. Chaque message est composé de mots non reliés entre eux, dont certains sont des chiffres. Le rythme de présentation est de deux mots par seconde. Au début du test, une tonalité indique lequel des deux messages il faut sélectionner. La personne doit alors ne porter attention qu'à ce message et rapporter les chiffres, et les chiffres seulement, du message sélectionné. En cours de test, une autre tonalité vient désigner à nouveau le message à privilégier. Parfois le message à sélectionner est le même que précédemment, parfois c'est le message présenté à l'autre oreille qui doit être sélectionné. Le tableau 1 décrit les différents types d'erreurs qui peuvent se

produire dans ce test; on relève des erreurs d'omission, des erreurs associées au changement du focus de l'attention (lorsqu'une tonalité indique un changement d'oreille du message à privilégier) et des erreurs d'intrusion. En 1973, Kahneman, Ben Ishai & Lotan ont utilisé ce même test d'attention sélective auprès, cette fois, d'un groupe de conducteurs d'autobus. Cette étude a permis d'établir un lien entre le score à ce test et les accidents routiers. Les erreurs d'intrusion et les erreurs de sélection ont été les plus fortement associées au dossier d'accidents de ces conducteurs d'autobus.

**Tableau 1 Les différents types d'erreurs dans le test d'attention sélective mis au point par Gopher & Kahneman (1971)**

| Types d'erreurs | Description |
|---|---|
| Omissions | Ne pas rapporter un des chiffres du message sélectionné. |
| Erreurs de sélection (difficultés à changer le focus attentionnel) | Rapporter des chiffres du mauvais message juste après la tonalité signalant un changement du message à sélectionner. |
| Intrusions | Rapporter des chiffres du mauvais message, en tout autre temps qu'au moment de la tonalité signalant un changement du message à sélectionner. |

Plusieurs autres études du même genre ont suivi. Mihal & Barrett (1976) ont utilisé le test d'attention sélective mis au point par Gopher & Kahneman (1971) auprès d'un groupe de chauffeurs de camion. Les résultats, tous types d'erreurs confondus, révèlent encore une fois une corrélation significative avec les taux d'accidents de ces chauffeurs. En 1981, Avolio, Alexander, Barrett & Sterns ont élaboré, dans la modalité visuelle, un test d'attention sélective similaire à celui préparé par Gopher & Kahneman

(1971). Ces auteurs font remarquer que la modalité sensorielle dominante, dans les situations journalières du traitement de l'information, est la vision, cela étant particulièrement vrai pour la conduite automobile. Avolio, Kroeck & Panek (1985) ont comparé, à l'aide de ce test, la performance d'un groupe de personnes ayant eu des accidents routiers à celle d'un groupe de personnes n'en ayant pas eu. Les analyses statistiques révèlent une différence significative entre ces deux groupes pour les erreurs d'omission, mais encore plus pour les erreurs de sélection ou de changement de focus de l'attention.

La seule étude discordante quant au lien entre l'attention sélective et les accidents routiers est celle de McKenna, Duncan et Brown (1986). En effet, avec un test d'attention sélective similaire à celui de Gopher & Kahneman (1971), ils n'obtiennent pas de corrélation entre les erreurs à ce test et le dossier d'accidents d'un groupe de camionneurs. Pourtant, des études subséquentes corroborent ce lien. Arthur, Barrett & Doverspike (1990) démontrent, encore une fois, une relation entre le test auditif d'attention sélective et les accidents chez des conducteurs de véhicules transportant des produits pétroliers. Arthur, Barrett & Alexander (1991), en prenant en compte les résultats des 13 études déjà effectuées sur le sujet, ont réalisé une méta-analyse confirmant la validité des résultats qui établissent un lien entre les accidents routiers et les erreurs à un test d'attention sélective. La corrélation moyenne rapportée entre les accidents et l'attention sélective est de 0.257 (variant de -0.07 à 0.43). Enfin, une étude, réalisée auprès de 324 étudiantes et étudiants universitaires, a confirmé l'association entre les erreurs au test d'attention sélective et les accidents routiers (Arthur, Strong & Williamson, 1994).

Toutes ces études sur l'attention sélective indiquent donc que la capacité à changer rapidement de focus attentionnel et la capacité à se concentrer sur une seule information au détriment des autres constituent des habiletés de base importantes pour réaliser correctement la tâche de conduire une automobile. C'est de loin, en psychologie cognitive, le domaine de recherche le mieux documenté pouvant s'appliquer à la sécurité routière. Il importe quand même de souligner que la corrélation entre les erreurs au test d'attention sélective et les accidents routiers est relativement faible (Arthur *et al.*, 1991), et qu'il s'agit d'une corrélation seulement (variation commune), sans démonstration de nature causale. Il serait donc simpliste d'associer l'habileté à conduire une automobile à la seule intervention de l'attention sélective.

Si, dans la conduite automobile, il faut parfois se concentrer sur un aspect pertinent à un moment donné, en faisant abstraction des autres informations, cette activité exige aussi souvent de tenir compte de plusieurs informations simultanément.

## L'ATTENTION PARTAGÉE OU DIVISÉE ET LES ACCIDENTS ROUTIERS

La capacité à traiter simultanément plusieurs sources d'information est la définition donnée, en psychologie cognitive, à l'attention partagée ou divisée (Best, 1986; Eysenck, 1984; Fortin & Rousseau, 1989; Glass & Holyoak, 1986; Howard, 1983). Cette forme d'attention s'inscrit dans un cadre de discussion plus large portant sur les capacités limitées d'attention (Wickens, 1984). Le paradigme expérimental associé à l'étude de l'attention divisée est celui de la double tâche.

Les recherches qui visent à établir un lien entre l'attention divisée et les accidents routiers sont moins systématiques que celles qui s'intéressent à l'attention sélective. En effet, s'il a été possible de trouver des différences individuelles dans l'attention sélective et de les relier aux taux d'accidents routiers, ce n'est pas aussi facile de documenter de telles différences en ce qui a trait à l'attention partagée (Davies, Jones & Taylor, 1984). Il faut tout de même mentionner une série intéressante de travaux qui visent à établir un lien entre la capacité à partager son attention, dans un paradigme de double tâche, et la propension aux défaillances cognitives mineures[2] (cognitive failures). Broadbent, Cooper, Fitzgerald & Parkes (1982) ont construit un questionnaire servant à évaluer la propension aux défaillances cognitives mineures. Cet instrument comprend des questions sur la fréquence d'apparition d'événements comme celui de ne pas remarquer la signalisation routière ou de ne pas entendre qu'on nous parle lorsqu'on est occupé à une tâche, etc. Martin & Jones (1983), après avoir examiné différents types de défaillances cognitives mineures, postulent que plusieurs d'entre elles semblent découler de difficultés à distribuer l'attention. Harris & Wilkins (1982) obtiennent en effet, dans une situation expérimentale de double tâche (regarder un film et détecter une cible sur une horloge), que les réponses plus lentes dans la tâche de détection sont nettement plus fréquentes chez les personnes dont le

---

2 Traduction de cognitive failures empruntée à Reason (1993)

score est élevé au test de défaillances cognitives mineures, que chez celles ayant obtenu un faible score à ce test. Dans un paradigme de double tâche (lecture d'un texte et détection de mots cibles dans une liste présentée dans la modalité auditive), Martin & Jones (1983) confirment aussi que la propension aux défaillances cognitives mineures est associée à un plus grand nombre d'erreurs de détection.

Bien qu'elles aient démontré une relation entre la difficulté à diviser l'attention et le test des défaillances cognitives mineures, ces deux premières études n'établissaient cependant aucun lien entre les résultats à ce test et les accidents routiers. Larson & Merritt (1991) se sont intéressés à la question. Leur étude montre qu'il existe un lien entre un score élevé au questionnaire des défaillances cognitives mineures et les accidents routiers.

Aucune étude ne relie directement les troubles d'attention divisée aux accidents routiers, mais une relation indirecte est établie entre ces deux variables par l'intermédiaire de la propension aux défaillances cognitives mineures. Quoique les études reliant la propension aux défaillances cognitives mineures et les accidents routiers soient rares, Reason (1993) conclut que cette prédisposition à l'erreur se manifeste de manière assez uniforme, quel que soit le type d'activité cognitive. Il ajoute de plus que cette prédisposition aux erreurs est très vulnérable aux situations de stress; dans ces cas, le déploiement des ressources attentionnelles serait particulièrement déficient.

Il semble donc difficile d'associer aux seules différences individuelles les difficultés à diviser l'attention; les caractéristiques de la situation dans laquelle doit se déployer l'attention comptent également pour beaucoup. C'est ce que démontre l'étude de Brown & Poulton (1961) pour la situation de conduite automobile. Ces auteurs utilisent le paradigme de la double tâche, où la situation réelle de conduite automobile est couplée à une tâche secondaire de détection d'un chiffre cible dans un message présenté dans la modalité auditive. Le principal résultat révèle une baisse de performance à la tâche secondaire de détection, mais seulement en fonction du degré de charge mentale associée à la conduite automobile. Lorsque la conduite automobile s'effectue en zone commerciale, là où les informations à traiter sont plus nombreuses, la performance à la tâche secondaire de détection est moins bonne que lorsque la conduite est réalisée en zone résidentielle.

Ce type de données permet de penser qu'en fonction des exigences de la tâche, c'est-à-dire de la charge mentale propre à une condition particulière de conduite automobile, le déploiement des ressources attentionnelles s'effectuera plus ou moins adéquatement. Cette constatation fait, encore une fois, ressortir l'importance des facteurs situationnels dans les tâches exigeant de diviser l'attention.

Parasuraman & Nestor (1991) concluent donc que la relation entre l'attention divisée et les accidents routiers est difficile à établir, d'abord parce que le niveau de charge mentale varie en fonction des situations et, aussi, parce que les effets de l'apprentissage, particulièrement dans la tâche de conduite automobile, font que plusieurs sous-composantes de cette activité deviennent automatiques; par conséquent, elles ne font plus appel aux ressources attentionnelles.

Il n'en demeure pas moins que la capacité à diviser l'attention s'avère importante dans la conduite automobile. Il existe, sans contredit, des moments où la charge mentale dépasse les capacités à diviser l'attention, où l'allocation de l'attention ne se produit pas adéquatement; la probabilité de commettre une erreur pouvant mener à un accident est alors réelle. Beaucoup de recherches devront cependant être réalisées pour documenter cette relation.

## LA VIGILANCE ET LES ACCIDENTS ROUTIERS

Le dernier aspect de l'attention, susceptible de jouer un rôle important dans l'étiologie des accidents routiers, est la vigilance. En psychologie cognitive, la vigilance se rapporte à une condition particulière qui exige de détecter des informations pertinentes, mais dont l'apparition est relativement rare et imprévisible (Davies & Parasuraman, 1982). Le résultat le plus constant obtenu dans ce genre de tâche est une baisse des capacités de détection avec le temps passé à la tâche. Cette baisse de vigilance a été observée dès les premiers travaux de Mackworth (1957) et confirmée par bien d'autres subséquents (Davies & Parasuraman, 1982; Mackie, 1977; Parasuraman, 1986). Cette baisse de vigilance se caractérise par des erreurs de détection et un ralentissement dans les temps de réaction (Parasuraman & Davies, 1976). Par conséquent, puisque la tâche de conduire un véhicule routier ne peut pas toujours se produire dans des conditions stimulantes, mais que malgré tout, il faut continuer d'être attentif, il est pertinent aussi, pour la sécurité routière, de s'intéresser à la vigilance.

Il faut d'abord mentionner que plusieurs études ont évalué le degré de vigilance dans diverses conditions de conduite automobile, et ce, pour différents types de véhicules (Riemersma, Sanders, Wildervanck & Gaillard, 1977; O'Hanlon & Kelley, 1977; Harris, 1977; Mackie & O'Hanlon, 1977). Les mesures utilisées sont de nature comportementale (le maniement du véhicule) et de nature physiologique (l'activité cérébrale, le rythme cardiaque). De manière générale, ces recherches font état d'une augmentation de la variabilité dans le maniement du véhicule, avec le temps passé à la tâche, et d'une baisse de l'activation physiologique. Ce type de recherche prend de l'ampleur, comme en témoigne une étude d'envergure réalisée conjointement par le Canada et les États-Unis sur les problèmes particuliers d'hypovigilance chez les chauffeurs de camion (Lipsitz, 1994). Ces études, toutefois, se rapportent plus à la définition neurologique de la vigilance, reliée à un état d'efficacité physiologique (Davies & Tune, 1969), qu'à la définition cognitive de la vigilance qui est relative, pour sa part, à la détection d'événements rares et imprévisibles.

Si l'hypovigilance peut mener à l'endormissement et créer des accidents routiers, les problèmes de détection dans des tâches de vigilance peuvent sûrement être aussi à l'origine des accidents routiers. Des études ont porté sur les problèmes de détection en conduite automobile. Plusieurs de ces études ont été réalisées dans des conditions de simulation de conduite (Heimstra, 1970; Ellingstad & Meimstra, 1970; Boadle, 1976), alors que d'autres sont réalisées en situation réelle de conduite automobile (Brown, Simmonds & Tickner, 1967; Naatanen & Summala, 1976; Riemersma *et al.*, 1977). La tâche réelle ou simulée de conduire un véhicule est alors couplée à une tâche impliquant la détection de stimulations visuelles ou sonores. De manière générale, les résultats ne révèlent aucune baisse dans les capacités de détection ou dans la vitesse des réponses avec le temps passé à la tâche, peu importe la durée de la séance expérimentale (entre deux et 12 heures). Comme le soulignent toutefois Parasuraman & Nestor (1991), les tâches secondaires de vigilance présentées dans ces études n'ont souvent rien à voir avec la tâche principale de conduite réelle ou simulée. D'ailleurs, les deux études qui choisissent une évaluation de la vigilance plus directement intégrée à la tâche de conduite automobile documentent une baisse de vigilance avec le temps. Naatanen & Summala (1976) demandent à des conducteurs de rapporter chaque panneau de signalisation routière pendant trois heures de conduite. Le taux de détection est très élevé, mais les oublis sont plus fréquents dans la dernière partie du parcours. Une

baisse de vigilance est également observée par Riermersma *et al.* (1977) dans une tâche où les conducteurs doivent détecter un changement de couleur dans le tableau de bord.

Ces deux dernières études ne permettent cependant pas d'établir une relation nette entre la baisse de vigilance, telle qu'elle est indexée par des erreurs de détection, et les accidents routiers. Il n'existe pas non plus d'études qui documentent des différences individuelles sur la capacité à maintenir la vigilance et la propension aux accidents routiers. Pourtant, la dimension d'introversion-extraversion, selon une recension des écrits effectuée par Davies, Jones & Taylor (1984), est reliée aux capacités de détection dans une tâche de vigilance. Les introvertis présentent généralement de meilleurs taux de détection dans ces tâches que les extravertis. Koelega (1992) a réalisé une méta-analyse sur les résultats de 54 recherches portant sur cette question. Il conclut que les résultats sont très variables, mais que si les cas extrêmes d'introversion et d'extraversion sont retenus, et que la tâche de détection est présentée dans la modalité visuelle, alors, de manière fiable, les introvertis obtiennent de meilleurs taux de détection que les extravertis. Cette relation pourrait être intéressante si, par ailleurs, il existait un lien entre la propension aux accidents routiers et la dimension d'introversion-extraversion. Dans ce domaine, il existe quelques études, mais dont les résultats sont inconstants. Fine (1963), Craske (1968), ainsi que Smith & Kirkam (1981) montrent que des jeunes conducteurs extravertis possèdent un dossier d'accidents plus lourd que des jeunes conducteurs introvertis. Par contre, Pestonjee & Singh (1980) n'obtiennent pas cette relation en comparant des chauffeurs d'autobus introvertis à des chauffeurs extravertis. Enfin, Wilson & Greensmith (1983) n'arrivent pas non plus à établir une relation entre l'introversion et le faible taux d'accidents.

L'âge constitue une autre différence individuelle observée dans les tâches de vigilance (Davies, Jones & Taylor, 1984). La capacité à détecter des cibles dans une tâche de vigilance tend à diminuer avec l'âge; cette baisse apparaît surtout chez les gens de plus de 60 ans. L'implication possible de ce résultat, pour expliquer les accidents routiers chez les personnes âgées, reste cependant à déterminer.

En conclusion, même s'il paraît logique de penser que la non-détection d'un événement rare et inattendu en conduite automobile peut être la cause d'un accident, très peu de données expérimentales nous permettent cependant de relier directement

des problèmes de détection dans des tâches de vigilance à la problématique des accidents routiers.

## APPLICATION A LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Une première constatation découle des travaux présentés ci-dessus; il faut continuer à réaliser des recherches, afin d'améliorer les connaissances sur le rôle joué par l'attention dans l'étiologie des accidents routiers. S'il existe une relation bien documentée entre les mesures d'attention sélective (tant visuelles qu'auditives) et les accidents routiers, ce lien est cependant moins clair pour les mesures de l'attention divisée et de la vigilance. Une seconde constatation est que les connaissances acquises jusqu'à maintenant fournissent tout de même des pistes intéressantes d'application de ces données au domaine de la sécurité routière. Une première application vise à dépister des personnes présentant un risque plus grand d'implication dans les accidents routiers, compte tenu des capacités attentionnelles qui les caractérisent, et de voir les possibilités d'entraînement de ces déficits. Une seconde application est la création de supports techniques (systèmes informatisés de parcours; détecteurs de baisse de vigilance) pour faciliter la tâche des conductrices et des conducteurs, en palliant pour les difficultés attentionnelles que requiert la tâche de conduite automobile.

### Dépistage et correction des déficits attentionnels

L'utilisation des résultats individuels obtenus à des épreuves d'attention, pour sélectionner les gens les plus aptes à piloter des avions chasseurs, est déjà en application dans l'armée israélienne (Kahneman, Ben-Ishai & Lotan, 1973). En effet, le test d'attention sélective de Gopher & Kahneman (1971) est employé dans ce but. Puisque ce même test montre aussi une bonne corrélation avec les dossiers d'accidents des conducteurs professionnels en particulier (Arthur, Barrett & Alexander, 1991; Kahneman, Ben Ishai & Lotan, 1973; Mihal & Barrett, 1976), et de la population en général (Arthur, Strong & Williamson, 1994; Aviolio, Kroeck & Panek, 1985), il pourrait aussi servir d'outil de dépistage dans les compagnies de camionnage ou les compagnies d'autobus, ou encore, pour les gens en général, dans les écoles de conduite.

Pour le moment, compte tenu de l'état des connaissances, seule la mesure de l'attention sélective peut servir d'outil de dépistage dans le domaine de la sécurité routière. Il ne faut toutefois pas exclure que des recherches futures puissent permettre aussi d'en arriver à des outils sensibles aux différences individuelles dans l'attention divisée ou dans la vigilance. C'est d'ailleurs dans cette optique que s'inscrivent les nombreux efforts de recherche investis dans l'établissement du lien entre l'échelle d'introversion-extraversion et la performance à des tâches de vigilance. Comme le souligne Koelega (1992), si les résultats étaient plus fiables, l'échelle d'introversion, de par son lien avec la vigilance, pourrait servir à prédire la performance dans des situations réelles de détection. Tout particulièrement, puisqu'une relation entre un score élevé d'introversion et la réussite dans des tâches de détection visuelle est déjà établie (Koelega, 1992), cela est de bon augure pour l'application éventuelle de ces données au domaine de la sécurité routière. En effet, la vision est le sens le plus sollicité dans la conduite d'une automobile et les détections importantes, qui permettent d'éviter les accidents, sont le plus souvent de nature visuelle.

Enfin, le lien qui commence à être documenté entre les difficultés à diviser l'attention et le test des défaillances cognitives mineures, d'une part (Harris & Wilkins, 1982; Martin & Jones, 1983), et entre les accidents routiers et les défaillances cognitives mineures, d'autre part (Larson & Merritt, 1991), constituent également des résultats prometteurs pour la création d'outils de dépistage en sécurité routière.

Il ne faudrait pas adopter une vue simpliste et vouloir ramener aux seuls phénomènes attentionnels les erreurs qui engendrent les accidents routiers. D'ailleurs, si le test d'attention sélective de Gopher & Kahneman (1971) est utilisé comme outil de dépistage pour sélectionner les pilotes d'avions chasseurs, ce n'est pas le seul test qui soit pris en compte dans le mécanisme de sélection de ces pilotes (Kahneman, Ben Ishai & Lotan, 1973). Des tests sur les habiletés motrices servent aussi à l'évaluation des futurs pilotes. C'est pourquoi, dans le domaine de la conduite automobile, il est impossible de penser qu'un tel outil puisse être utilisé pour empêcher certaines personnes d'accéder au privilège de conduire une automobile. Bien au contraire, il faudrait, en parallèle à la création de tests de dépistage, chercher à développer des conditions d'entraînement, pour pallier les incapacités attentionnelles détectées. Ce dernier domaine de recherche en psychologie cognitive est très peu développé, à l'exception de

certaines études sur l'attention divisée qui se sont intéressées à cet aspect.

Comme cela a été mentionné précédemment, la charge mentale de travail dans des situations d'attention divisée détermine, en partie, la capacité à réaliser sans faille la ou les tâches (Wickens, 1984). Il est cependant bien établi que la pratique peut rendre certaines composantes de la tâche automatiques ou encore qu'elle permette l'établissement de stratégies particulières qui augmentent l'efficacité dans la réalisation des tâches (Barber, 1989; Wickens, 1987). Les études de Spelke, Hirst & Neisser (1976) et de Neisser, Hirst, Spelke, Reaves & Caharak (1980) sont célèbres à ce propos. Des jours et des jours de pratique ont permis à un petit groupe de personnes d'effectuer sans problème et simultanément des tâches qui, au départ, semblaient relativement impossibles à réaliser en parallèle. Dans le domaine de la sécurité routière, des entraînements particuliers pourraient permettre d'augmenter l'efficacité du traitement simultané des informations pertinentes à la tâche de conduite automobile. Ces entraînements, couplés à de nombreuses heures de pratique avant d'acquérir le permis de conduire, pourraient aider à réduire les accidents routiers chez les conductrices et conducteurs novices.

Dans le domaine de l'attention sélective et de la vigilance, il existe peu de données sur l'effet d'entraînements particuliers sur les capacités attentionnelles. Pour la vigilance, une étude, réalisée par Williams (1986), démontre l'importance d'un bon entraînement dans une tâche de détection pour faciliter la stabilisation de la performance. En effet, la moitié des participants dans cette étude avaient un entraînement dans l'utilisation d'un sonar, l'autre non. Ce dernier groupe a montré une variabilité plus grande dans la réalisation d'une tâche de détection. Aussi, en rééducation neuropsychologique, des entraînements particuliers des capacités attentionnelles sont utilisés auprès de populations ayant subi un dommage au système nerveux central. Par exemple, Sturm & Willmes (1991), avec des patientes et patients cérébrolésés, utilisent des entraînements sur ordinateur pour différents aspects de l'attention. En neuropsychologie, il n'existe pas encore beaucoup de données sur l'efficacité de tels entraînements, ni sur la généralisation de ces entraînements aux activités de la vie réelle. Il reste beaucoup à faire dans ce domaine.

Si l'entraînement des fonctions attentionnelles commence à se développer dans le cadre de la réadaptation des patientes et des patients ayant subi un dommage au système nerveux central, il ne

faut pas négliger, dans ces cas particuliers, l'importance du dépistage. En effet, pour la sécurité routière, il est nécessaire d'avoir recours à des instruments appropriés pour évaluer si ces personnes sont toujours aptes à conduire une automobile. À ce sujet, en 1991, Parasuraman & Nestor rédigeaient un article portant spécifiquement sur les problèmes d'attention et leurs impacts sur l'habileté à conduire une automobile, dans le cas particulier de la maladie d'Alzheimer. Parasuraman & Nestor (1991) soutiennent que le seul fait d'avoir un diagnostic de maladie d'Alzheimer ne devrait pas mener à la révocation du permis, même si les statistiques sur les accidents routiers montrent que les gens ayant ce diagnostic ont des taux d'accidents par kilomètres parcourus plus élevés que les titulaires de permis du même âge n'ayant pas ce diagnostic. Toutefois, ils insistent sur le fait qu'une fois que le diagnostic est donné, il faudrait que des tests soient utilisés pour aller vérifier si la capacité à conduire est toujours préservée. Ces auteurs insistent tout particulièrement sur l'évaluation des trois formes d'attention (attention sélective, attention divisée et vigilance) qui sont particulièrement nécessaires au maintien des habiletés de conduite. Dans le même ordre d'idée, les deux études réalisées sur simulateur de conduite par Brouwer & Van Wolffelaar (1985) et Brouwer, Ponds, Van Wolffelaar & Van Zomeren (1989), auprès de patientes et de patients ayant subi un traumatisme cranio-encéphalique, ne soutiennent pas non plus qu'il faille absolument retirer le permis de conduire à ces personnes. En effet, Brouwer *et al.* (1989) montrent que sur un test d'attention divisée, cinq à dix ans après un traumatisme crânien sévère, les personnes de ce sous-groupe ont des performances équivalentes à celles de personnes n'ayant pas subi un traumatisme. De la même manière, Brouwer & Van Wolffelaar (1985) ne montrent pas de dégradation particulière de la vigilance chez un groupe de patients traumatisés cranio-encéphaliques par rapport à un groupe de personnes saines neurologiquement. Toutefois, il peut y avoir des cas où les capacités attentionnelles sont affectées et cela peut interférer avec l'habileté à exécuter correctement les manoeuvres nécessaires à une conduite automobile sécuritaire. Bub, Audet & Lecours (1990), par exemple, documentent une baisse de vigilance chez un groupe de patientes et de patients cérébrolésés droits, suite à un accident vasculaire cérébral. Il est donc important d'évaluer les capacités attentionnelles chez ces populations particulières.

En conclusion, une des voies d'application des études sur l'attention en sécurité routière est donc de créer des outils de dépistage qui permettent de cibler les personnes présentant des difficultés attentionnelles. De plus, il serait intéressant que se

développent en parallèle des interventions efficaces pour l'entraînement de ces déficiences attentionnelles.

## Aides techniques à la conduite et réduction des demandes attentionnelles

La seconde voie d'application des études sur l'attention, au domaine de la sécurité routière, est la création de systèmes techniques d'assistance ou d'aide à la conduite automobile qui visent à réduire les demandes attentionnelles de cette tâche. Malgré le fait qu'il y ait encore des points obscurs dans l'étude des erreurs humaines, Moray (1990) soutient que la prévention en sécurité routière peut quand même profiter des connaissances déjà acquises. Par exemple, il est bien connu que la division de l'attention sur différentes sources d'information est d'autant plus difficile que les informations à traiter proviennent toutes de la même modalité sensorielle (Wickens, 1984; Wickens, 1987). Or, comme le mentionne si bien Moray (1990), l'industrie automobile ne tient pas compte de ces informations de base. En effet, on voit s'ajouter dans les tableaux de bord des automobiles des panneaux de contrôle, des indicateurs visuels qui, censés aider la personne au volant, viennent au contraire ajouter à l'information visuelle à traiter. Selon Moray (1990), il est donc plus que temps de tenir compte des connaissances en psychologie cognitive pour la création de système d'aide à la conduite automobile.

L'idée de créer des systèmes techniques d'assistance à la conduite fait tranquillement son chemin, toujours suite à l'analyse de l'importance des facteurs humains dans l'étiologie des accidents (Burgess, 1986). Dans ce domaine d'ailleurs, on reconnaît l'importance de l'apport de la psychologie cognitive (Hale, Stoop & Hommels, 1990; Reason, 1993). Ce domaine d'application se concrétise, par exemple, par la création des sytèmes intelligents pour la gestion des problèmes d'embouteillage (Sweet, 1991). Sixmith & Sixmith (1993) parlent de systèmes informatisés de parcours, de systèmes d'avertissement anticollision, etc. Pour le moment, l'impact sur la sécurité routière de tels systèmes d'assistance à la conduite ne peut être évalué. Sixmith & Sixmith (1993) insistent sur le fait qu'il importe toujours de s'assurer de la compatibilité de ces nouveaux systèmes et des caractéristiques des usagères et des usagers de ces systèmes.

Pour terminer sur une note plus générale, Reason (1993) soutient qu'il ne faut pas être trop optimiste quant à la possibilité de compenser les erreurs humaines par des moyens techniques. Selon lui, croire que les solutions techniques peuvent venir complètement pallier le problème de l'erreur humaine est utopique. Il pense que c'est plutôt en réduisant l'incompatibilité entre le fonctionnement de l'humain et des machines que le contrôle des erreurs sera possible. Il ajoute enfin, comme a voulu d'ailleur le démontrer le présent article, que cette réduction des erreurs humaines passe par la connaissance approfondie de la cognition humaine.

***Abstract***

*The relationship made between some types of attention failures and road accidents is not without foundation. The first research studies addressing this issue mainly dealt with selective or directed attention (Avolio, Kroeck & Panek, 1985; Kahneman, Ben-Ishai & Lotan, 1973; Mihal & Barrett, 1976). However, the analysis of human error at the origin of motor vehicul accidents suggests that some of the errors are related to a person's ability to focus attention on various sources of information simultaneously, wich corresponds to the description of divided or distributed attention. It has already been shown that difficulty in dividing one's attention is linked to human error (Harris & Wilkins, 1982; Martin & Jones, 1983). A final form of attention that can be associated with road accidents is vigilance. To date, however, only a few studies have proved the existence of a relationship between accidents and vigilance failures. The application of the findings of this research to traffic safety is discussed in the last part of the article.*

Références

ARTHUR, W., BARRETT, G. V. & ALEXANDER, R. A. (1991). Prediction of vehicular accident involvement: a meta-analysis. *Human Performance, 4,* 89-105.

ARTHUR, W., BARRETT, G. V. & DOVERSPIKE, D. (1990). Validation of an information-processing-based test battery for the prediction of handling accidents among petroleum-product transport drivers. *Journal of Applied Psychology, 75,* 621-628.

ARTHUR, W., STRONG, M. H. & WILLIAMSON, J. (1994). Validation of a visual attention test as a predictor of driving accident involvement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 67,* 173-182.

AUDET, T., MALETTE, J. & PARADIS, J. (1993). Modèle explicatif multifactoriel des accidents routiers chez de jeunes conductrices et conducteurs québécois du milieu rural et des petites et moyennes villes. Rapport de recherche, Université de Sherbrooke.

AVOLIO, B. J., ALEXANDER, R. A., BARRETT, G. V. & STERNS, H. L. (1981). Designing a measure of visual selective attention to assess individual

differences in information processing. *Applied Psychological Measurement, 5,* 29-42.

AVOLIO, J. B., KROECK, G. & PANEK, E. P. (1985). Individual differences in information-processing ability as a predictor of motor vehicle accidents. *Human Factors, 27,* 577-587.

BARBER, P. (1989). Executing two tasks at once. *In* McColley, A., Beech, J. R. (Eds.), *Acquisition and Performance of Cognitive Skills,* New York, Wiley.

BEST, J. B. (1986). *Cognitive psychology,* New York, West Publishing Company.

BOADLE, J. (1976). Vigilance and simulated night driving. *Ergonomics, 19,* 217-225.

BROADBENT, D. E., COOPER, P. F., FITZGERALD, P. & PARKES, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology, 21,* 1-16.

BROUWER, W. H., PONDS, R. W. H. M., VAN WOLFFELAAR, P. C. & VAN ZOMEREN, A. H. (1989). Divided attention 5 to 10 years after severe closed head injury. *Cortex, 25,* 219-230.

BROUWER, W. H. & VAN WOLFFELAAR, P. C. (1985). Sustained attention and sustained effort after closed head injury: detection and 0.10 Hz heart rate variability in a low event rate vigilance task. *Cortex, 21,* 111-119.

BROWN, I. D. & POULTON, E. C. (1961). Measuring the spare «mental capacity» of car drivers by a subsidiary task. *Ergonomics, 4,* 35-40.

BROWN, I. D., SIMMONDS, D. C. V. & TICKNER, A. H. (1967). Measurement of control skills, vigilance, and performance on a subsidiary task during 12 hours of car driving. *Ergonomics, 10,* 665-673.

BUB, D., AUDET, T. & LECOURS, A.-R. (1990). Re-evaluting the effect of unilateral brain damage on simple reaction time to auditory stimulation. *Cortex, 26,* 227-237.

BURGESS, J. H. (1986). *Designing for Humans: the Human Factor in Engineering,* Princeton, N.J., Petrocelli Books.

CHANG, H.-L. & JOVANIS, P. P. (1990). Formulating accident occurrence as a survival process. *Accident Analysis and Prevention, 22,* 407-419.

CRASKE, D. (1968). A study of the relationship between personality and accident history. *British Journal of Medical Psychology, 41,* 399-404.

DAVIES, D. R., JONES, D. M. & TAYLOR, A. (1984). Selective- and Sustained-attention tasks: individual and group differences. *In* Parasuraman, R., Davies, D. R. (Eds.), *Varieties of Attention,* New York, Academic Press.

DAVIES, D. R. & PARASURAMAN, R. (1982). *The Psychology of Vigilance,* New York, Acadamic Press.

DAVIES, D. R. & TUNE, G. S. (1969). *Human Vigilance Performance,* Londres, Staples Press.

ELANDER, J., WEST, R. & FRENCH, D. (1993). Behavioral correlates of individual differences in road-traffic crash risk: an examination of methods and findings. *Psychological Bulletin, 113,* 279-294.

ELLINGSTAD, V. S. & HEIMSTRA, N. W. (1970). Performance changes during the sustained operation of a complex psychomotor task. *Ergonomics, 13,* 693-705.

EVANS, L. (1991). *Traffic Safety and Driver,* New York, Van Nostrand Reinhold.

EYSENCK, M. W. (1984). *A Handbook of Cognitive Psychology,* Hillsdale N.J., Lawrence Erlbaum.

FELL, J. C. (1976). A motor vehicle accident causal system: the human element. *Human Factors, 18,* 85-94.

FINE, B. J. (1963). Introversion-extraversion and motor vehicle driver behavior. *Perceptual and Motor Skills, 12,* 95-100.

FORTIN, C. & ROUSSEAU, R. (1989). *Psychologie cognitive,* Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec.

GERBERT, K. & KEMMLER, R. (1986). The causes of causes: determinants and background variables of human factor incidents and accidents. *Ergonomics, 29,* 1439-1453.

GLASS, A. L. & HOLYOAK, K. J. (1986). *Cognition,* New York, Random House, 2e édition.

GROEGER, J. A. (1990). Drivers' error in and out of context. *Ergonomics, 33,* 1423-1429.

GOPHER, D. & KAHNEMAN, D. (1971). Individual differences in attention and the prediction of flight criteria. *Perceptual and Motor Skills, 33,* 1335-1342.

HALE, A. R., STOOP, J. & HOMMELS, J.-G. (1990). Human error models as predictors of accident scenarios for designers in road transport systems. *Ergonomics, 33,* 1377-1387.

HARRIS, J. E. (1977). Fatigue, circadian rythms, and truck accidents. *In* Mackie, R. R. (Ed.), *Vigilance,* New York, Plenum Press.

HARRIS, J. E. & WILKINS, A. J. (1982). Remembering to do things: a theoretical framework and an illustrative experiment. *Human Learning, 1,* 123-136.

HEIMSTRA, N. W. (1970). The effects of «stress fatigue» on performance in a simulated driving situation. *Ergonomics, 13,* 209-218.

HOWARD, D. V. (1983). *Cognitive Psychology,* New York, MacMillan.

JOHNSON, W. A. & DARK, V. J. (1986). Selective attention. *Annual Review of Psychology, 37,* 43-75.

KAHNEMAN, D., BEN-ISHAI, R. & LOTAN, M. (1973). Relation of a test of attention to road accidents. *Journal of Applied Psychology, 58,* 113-115.

KOELEGA, H. S. (1992). Extraversion and vigilance performance: 30 years of inconsistencies. *Psychological Bulletin, 112,* 239-258.

KRUYSSE, H. W. (1992). How slips result in traffic conflicts and accidents. *Applied Cognitive Psychology, 6,* 607-618.

LARSON, G. E. & MERRITT, C. R. (1991). Can accidents be predicted? An empirical test of the cognitive failures questionnaire. *Applied Psychology: an International Review, 40,* 37-45.

LIPSITZ, J. J. (1994). Driver's vigilance and its measurement "over the road". Communication dans le cadre d'une session thématique sur la vigilance et la sécurité routière. Montréal, mai.

MACKIE, R. R. (Eds.) (1977). *Vigilance. Theory, Operational Performance, and Physiological Correlates,* New York, Plenum.

MACKIE, R. R. & O'HANLON, J. F. (1977). A study of the combined effects of extended driving and heat stress on driver arousal and performance. *In* Mackie, R. R. (Ed.), *Vigilance,* New York, Plenum Press.

MACKWORTH, N. H. (1957). Vigilance. *The Advancement of Science, 53,* 389-393.

MALATERRE, G. (1990). Error analysis and in-depth accident studies. *Ergonomics, 33,* 1403-1421.

MARTIN, M. & JONES, G. V. (1983). Distribution of attention in cognitive failure. *Human Learning, 2,* 221-226.

MAYERS, R. E. & TREAT, J. R. (1977). Psychological, social and cognitive characteristics of highrisk drivers: a pilot study. *Accident Analysis and Prevention, 9,* 1-8.

McKENNA, F. P., DUNCAN, J. & BROWN, I. D. (1986). Cognitive abilities and safety on the road: a re-examination of individual differences in dichotic listening and search for embedded figures. *Ergonomics, 29,* 649-663.

MIHAL, W. L. & BARRETT, G. V. (1976). Individual differences in perceptual information processing and their relation to automobile accident involvement. *Journal of Applied Psychology, 61,* 229-233.

MORAY, N. (1990). Designing for transportation safety in the light of perception, attention, and mental models. *Ergonomics, 33,* 1201-1213.

NAATANEN. R. & SUMMALA, H. (1976). *Road-User Behavior and Traffic Accidents,* Amsterdam, North-Holland.

NEISSER, U., HIRST, W., SPELKE, E. S., REAVES, C. C. & CAHARACK, G. (1980). Dividing attention without alternation or automaticity. *Journal of Experimental Psychology: General, 109,* 98-117.

O'HANLON, J. F. & KELLEY, G. R. (1977). Comparison of performance and physiological changes between drivers who perform well and poorly during prolonged vehicular operation. *In* Mackie, R. R. (Ed.), *Vigilance,* New York, Plenum Press.

PARASURAMAN, R. (1986). Vigilance, monitoring, and search. In Boff, K., Kaufman, L., Thomas, J. (Eds.), *Handbook of Perception and Human Performance* (Volume 2), New York, Wiley.

PARASURAMAN, R. & DAVIES, D. R. (1976). Decision theory analysis of response latencies in vigilance. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 2,* 578-590.

PARASURAMAN, R. & DAVIES, D. R. (Eds.) (1984). *Varieties of Attention,* New York, Academic Press.

PARASURAMAN, R. & NESTOR, P. G. (1991). Attention and driving skills in aging and Alzheimer's disease. *Human Factors, 33,* 539-557.

PESTONJEE, D. M. & SINGH, U. B. (1980). Neuroticism-Extraversion as correlates of accident occurence. *Accident Analysis and Prevention, 12,* 201-204.

REASON, J. (1993). *L'erreur humaine,* Paris, Presses Universitaires de France.

RIEMERSMA, J. B., SANDERS, A. F., WILDERVANCK, C. & GAILLARD, A. W. (1977). Perfomance decrement during prolonged night driving. *In* Mackie, R.R. (Ed.), *Vigilance,* New York, Plenum Press.

RUMAR, K. (1990). The basic drive error: late detection. *Ergonomics, 33,* 1281-1290.

SHINAR, D. (1978). *Psychology on the Road: the Human Factor in Traffic Safety,* New York, Wiley.

SHUCH, H. P. (1992). The influence of flight experience on midair collision risk perception. *Accident Analysis and Prevention, 24,* 655-660.

SIXMITH, J. & SIXSMITH, A. (1993). Older people, driving and new technology. Special issue: designing for our future selves. *Applied Ergonomics, 24,* 40-43.

SMITH, D. I. & KIRKHAM, R. W. (1981). Relationship between some personality characteristics and driving records. *British Journal of Social Psychology, 20,* 229-231.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. (1992). *Bilan 1991,* Québec, Société de l'assurance automobile du Québec.

SPELKE, E., HIRST, W. & NEISSER, U. (1976). Skills of divided attention. *Cognition, 4,* 215-230.

STURM, W. & WILLMES, K. (1991). Efficacy of a reaction training on various attentional and cognitive functions in stroke patients. *Neuropsychological Rehabilitation, 1,* 259-280.

SWEET, R. E. (1991). The Michigan-based program in intelligent vehicle-highway systems at the University of Michigan: an overview. *UMTRI Research Review,* 21, 1-12.

WASIELEWSKI, P. (1984). Speed as a measure of driver risk: observed speed versus driver and vehicle characteristics. *Accident Analysis and Prevention, 16,* 89-102.

WICKENS, C. D. (1984). Processing resources in attention. *In* Parasuraman, R., Davies, D. R. (Eds.), *Varieties of Attention,* New York, Academic Press.

WICKENS, C. D. (1987). Attention. *In* Hancock, P. A. (Ed.), *Human Factors Psychology,* Amsterdam, North-Holland.

WILLIAMS, P. S. (1986). Processing demands, training, and the vigilance decrement. *Human Factors, 28,* 567-579.

WILSON, R. & GREENSMITH, J. (1983). Multivariate analysis of the relationship between drivometer variables and drivers'accident, sex and exposure status. *Human Factors, 25,* 303-312.

*Revue québécoise de psychologie, vol. 16, n°2, 1995*

# LES INFLUENCES DE LA PSYCHOLOGIE COGNITIVE SUR LES PRATIQUES D'ENSEIGNEMENT ET D'ÉVALUATION

Jacques TARDIF
*Faculté d'éducation*
*Université de Sherbrooke*

*Résumé*

*Les quinze dernières années ont vu s'accroître constamment l'influence de la psychologie cognitive sur les pratiques d'enseignement. Le présent article poursuit l'objectif d'illustrer ce fait en insistant principalement sur l'enseignement et sur l'évaluation. Une première partie présente certaines orientations de la psychologie béhavioriste afin de situer en contexte la psychologie cognitive. Les principes de la psychologie cognitive relativement à l'apprentissage sont ensuite décrits, et quelques concepts clés précisés. La troisième partie présente l'enseignement stratégique et l'apprentissage contextualisé comme deux traductions pédagogiques des principes de la psychologie cognitive à des fins d'enseignement et d'apprentissage. Il est enfin question de l'influence de la psychologie cognitive sur les pratiques d'évaluation.*

Dans le monde actuel de l'enseignement et de l'éducation, le fait pour un professionnel de se réclamer de la psychologie cognitive semble parfois relever beaucoup plus de l'obligation que de la précision du cadre de référence à la base de ses choix pédagogiques ou didactiques. Il est *politically correct* d'être cognitiviste. Sur le plan conceptuel, la psychologie cognitive jouit en effet d'un statut privilégié qui conduit de nombreuses personnes à déclarer que leurs pratiques sont directement issues de ce paradigme[1] . Lorsqu'il est question de

---

[1] Conformément à la défintion de Kuhn (1972), la psychologie cognitive est présentée comme un paradigme. Cet auteur affirme que «les paradigmes sont

déterminer les influences de ce paradigme sur la conception de l'apprentissage ainsi que sur les pratiques d'enseignement, cette situation concourt alors à ce que le risque de commettre certaines erreurs d'interprétation soit élevé. Il y a en effet le danger de conclure que tout ce qui se produit de novateur en enseignement et en éducation tire presque inévitablemnent ses origines de la psychologie cognitive.

Nous voulons, dans cet article, éviter le piège de tout rattacher à la psychologie cognitive, ce qui contribuerait à banaliser ses influences sur le plan qualitatif tout en les augmentant indûment sur le plan quantitatif. Ce choix conduit à privilégier des influences qui relèvent avec certitude de la psychologie cognitive, soit parce qu'elles résultent d'une conceptualisation développée lors de recherches réalisées dans le cadre de ce paradigme, soit parce que leur filiation avec la psychologie cognitive est explicite. Bien qu'un tel choix comporte certaines limites, il permet d'éliminer des interprétations abusives et des emboîtements excessifs.

Par ailleurs, une discussion très nuancée et très documentée des influences de la psychologie cognitive sur la conception de l'apprentissage et sur les pratiques d'enseignement exigerait, d'une part, de faire un historique de l'évolution de plusieurs connaissances psychologiques et, d'autre part, de préciser les moments dans l'histoire où certaines de ces connaissances ont été délaissées ou ignorées, pour être reprises par la suite. On peut penser ici, à titre d'exemple, à la psychologie de la Gestalt qui, entre les années 1910 et 1950, s'inscrivait en faux contre le réductionnisme des béhavioristes et des introspectionnistes. Dans le domaine de la perception, les gestaltistes mettaient déjà l'accent sur la structuration et sur l'organisation que l'individu impose aux données sensorielles. Cette idée d'organisation est systématiquement reprise dans le cadre de la psychologie cognitive. Il ne faut pas omettre non plus le fait que des gestaltistes (entre autres, Duncker, 1945 et Wertheimer, 1959) ont réalisé des expériences sur la résolution de problèmes où des sujets devaient penser à voix haute. Or, depuis une dizaine d'années, le protocole de pensée à voix haute est une modalité couramment utilisée dans les recherches en psychologie cognitive. À titre d'illustration, il importe aussi de rappeler que, dès 1932, Bartlett faisait référence à la nature

---

des découvertes scientifiques universellement reconnues qui, pour un temps, fournissent à un groupe de chercheurs des problèmes et des solutions types» (p. 10). Beaugrand (1988) ajoute à cette conception qu'un «paradigme fournit en quelque sorte une conception de l'univers à étudier, un cadre de référence très général» (p. 16).

constructive de la mémoire et qu'il utilisait alors le concept de schéma, forme de représentation en mémoire que des psychologues cognitivistes ont reprise ultérieurement.

La présentation d'un tel historique dépasse les limites et les objectifs du présent article. Cependant, puisque la psychologie cognitive s'inscrit à la fois en rupture et en continuité avec d'autres paradigmes, théories ou modèles psychologiques, la première section présente quelques orientations de la psychologie béhavioriste qui ont grandement influé non seulement sur la conception de l'apprentissage, mais également sur les pratiques d'enseignement et d'évaluation. La description de ces orientations ne vise qu'à rendre plus explicite le fait que, en enseignement et en éducation, la psychologie cognitive constitue effectivement un nouveau paradigme qui commande la mise en oeuvre de nouvelles modalités d'intervention. Dans la deuxième section de l'article, les principales orientations de la psychologie cognitive sont passées en revue et quelques concepts clés sont décrits. Il est entre autres question de catégories de connaissances et de leur représentation en mémoire à long terme. De plus, les concepts de mémoire de travail et de surcharge cognitive sont brièvement précisés. La troisième section présente l'enseignement stratégique et l'apprentissage contextualisé comme des traductions pédagogiques systématiques des principes de la psychologie cognitive à des fins d'enseignement et d'apprentissage. Enfin, la dernière section aborde certains changements radicaux que la psychologie cognitive suggère sur le plan de l'évaluation des apprentissages.

Une dernière mise en garde s'impose ici quant aux influences de la psychologie cognitive sur les pratiques d'enseignement. Actuellement, dans le monde de l'enseignement comme dans le cas de toute profession, des forces sociales et culturelles agissent de façon concomitante avec la psychologie cognitive, et leurs influences simultanées rendent complexe la détermination de l'origine exclusive de telle ou telle conception, de telle ou telle action, de telle ou telle pratique. On peut penser à juste titre que le mouvement de la responsabilisation de l'individu par rapport à lui-même sur les plans social et communautaire n'est en rien étranger à l'une des orientations de la psychologie cognitive qui vise à rendre l'élève responsable de son engagement à l'école, allant jusqu'à lui remettre la responsabilité de ses performances. L'accent placé sur la métacognition entretient également des liens étroits avec la reponsabilisation sociale de l'individu. De plus, il ne faudrait pas ignorer que la très grande insistance sur le développement des stratégies en psychologie cognitive est reliée à la valorisation de la

poursuite de l'excellence. De forts liens de conformité existent donc entre les mouvements sociaux et les mouvements éducatifs et, dans le monde de l'enseignement et de l'éducation, il est crucial d'être sensible à l'existence de ces liens et, surtout, à l'influence des premiers sur les seconds.

## QUELQUES ORIENTATIONS DE LA PSYCHOLOGIE BEHAVIORTISTE

De nombreux auteurs nord-américains (entre autres, Gagné, Yekovich & Yekovich, 1993; Glover, Ronning & Bruning, 1990; Goetz, Alexander & Ash, 1992, Lesgold & Glaser, 1989) soulignent que le domaine de l'enseignement subit depuis longtemps les influences de la psychologie et que, de tous les courants psychologiques, le béhaviorisme a certainement été le plus influent jusqu'à ce jour. D'ailleurs, dans sa conférence prononcée à titre de présidente, lors du congrès de l'*American Educational Research Association* tenu en 1994, Ann Brown (1994) mentionne que l'école est toujours fortement marquée par la psychologie béhavioriste et cela, malgré toutes les pressions exercées en faveur du changement. Elle souligne que les «*school practices are influenced by outmoded theories of learning and development that are relics of psychology's behaviorist past.*» (p.11). Elle ajoute que les théories cognitives sont beaucoup plus adéquates au chapitre de la réflexion sur les pratiques d'enseignement parce qu'elles «*take as their data base the learning of complex systems of knowledge characteristic of what we want schools to enculturate*» (p. 11).

La détermination des grandes orientations de la psychologie béhavioriste est établie ici d'une manière «fauviste». Il n'est pas question de présenter tous les fondements de cette conception psychologique, mais de mettre l'accent sur des éléments particuliers qui ont contribué et qui contribuent encore, dans certains cas, à exercer une influence sur la conception que les professionnels de l'enseignement ont de l'apprentissage et de l'enseignement. Il s'agit alors d'établir des relations de causalité entre une conception psychologique et des pratiques d'enseignement et de discuter de l'étendue de ces relations. De plus, il est capital de tenir compte du fait que toute théorie psychologique est évolutive et que, forcément, la mise en relief de ces liens de causalité lui attribue un caractère fixiste. Cette situation paraît inévitable et, bien qu'elle ne rende pas nécessairement justice à l'évolution de la théorie en question dans l'histoire, elle représente très justement la traduction que des individus en ont faite dans divers champs

d'activités professionnelles. À titre d'exemple, des pratiques d'enseignement issues du béhaviorisme peuvent avoir été inspirées de la première génération[2] de béhavioristes, comme elles peuvent provenir de la deuxième ou de la troisième génération. Peu importe la génération qui les a marquées, ces pratiques sont toutefois reliées à la psychologie béhavioriste.

La psychologie béhavioriste est essentiellement une science du comportement et, en ce sens, elle est orientée vers l'étude des phénomènes qui sont directement observables. Les béhavioristes centrent leurs recherches et leurs réflexions sur les comportements ainsi que sur la compréhension des contingences «environnementales» qui augmentent, maintiennent ou diminuent les probabilités d'occurrence de comportements particuliers; ils sont à la recherche des lois qui expliquent les probabilités d'apparition, de maintien et d'extinction des comportements. De plus, pour ce qui est de l'apprentissage, la psychologie béhavioriste insiste énormément sur l'association qui se crée soit entre un stimulus et une réponse, soit entre des stimuli et une réponse, soit entre un stimulus et des réponses, soit entre des stimuli et des réponses, de même que sur la force de cette association. Sur le plan de l'apprentissage, on se réfère alors à une conception associationniste. Fondamentalement, les béhavioristes estiment que l'apprentissage est une association entre un stimulus ou des stimuli et une réponse ou des réponses.

Étant donné cette orientation absolue sur les comportements observables, la psychologie béhavioriste a contribué à ce que, dans le monde de l'enseignement, les professionnels mettent un accent exclusif sur ce que l'élève produit, sur le «point d'arrivée» de ses démarches d'apprentissage. Dans le langage de la pédagogie, on dirait que le produit est privilégié au détriment des processus qui permettent l'atteinte de ce produit. Conformément aux orientations du béhaviorisme, ces professionnels n'accordent de l'attention qu'à ce qui est directement observable; par conséquent, seul le produit final de la démarche est pris en compte. Les stratégies qui concourent à ce que l'élève atteigne un niveau de performance donné sont systématiquement ignorées. Il s'agit ici d'une influence majeure de ce courant psychologique. Selon Goetz *et al.* (1992), la psychologie béhavioriste repose sur le postulat que l'on peut décrire

---

[2] Dubé (1990) indique que lorsqu'on «tente de jeter un regard en arrière sur cette école de psychologie expérimentale qui a eu tant d'influence en Amérique, on peut y déceler trois grandes étapes; on pourrait parler aussi de trois générations de behavioristes» (p. 154).

d'une façon adéquate les apprentissages réalisés par un individu à partir uniquement de l'observation de ses comportements.

Cette orientation des professionnels de l'enseignement vers le produit marque à la fois leur prestation de l'enseignement et leurs pratiques évaluatives. En situation d'enseignement, ils donnent priorité à l'organisation des contingences «environnementales», comme la précision des consignes de travail, la détermination des objectifs, la durée de la tâche, les caractéristiques du travail à produire, etc. Ils insistent sur des éléments qui sont extérieurs à l'élève. Ils ne fournissent pas de renseignements spécifiques sur les processus ou sur les stratégies à mettre en place pour réaliser adéquatement la tâche d'apprentissage. En situation d'évaluation, ces enseignants fournissent à l'élève des informations quantitatives sur le produit, sans faire référence à la démarche cognitive elle-même. Ainsi, lorsque des élèves ont réalisé une production écrite ou résumé un texte par exemple, ils sont clairement informés de leur niveau de réussite de la tâche (il existe des phénomènes observables pour déterminer ces niveaux de performance), mais ils ignorent la valeur et la pertinence des moyens cognitifs (ces moyens ne sont pas observables) qu'ils ont utilisés. Si le niveau de performance d'un élève est faible, les correctifs suggérés sont de l'ordre du morcellement, comme le prescrit entre autres la pédagogie de la maîtrise[3]. À ce moment-là, l'élève se retrouve en situation d'exercice *drill and practice*, et il perd de vue l'ensemble cognitif auquel appartient l'apprentissage en question.

Dans le cadre de la psychologie béhavioriste, il y a aussi l'idée que les répertoires comportementaux de l'individu, qu'il s'agisse des domaines cognitif, affectif, social ou moteur, se développent par approximations successives et selon une séquence définie. Certains comportements sont nécessairement antérieurs à d'autres, et il faut que l'individu maîtrise les premiers avant de pouvoir acquérir les seconds. Une telle conception a conduit à la détermination de préalables pour l'ensemble des apprentissages que doivent réaliser les élèves en classe. En lecture, par exemple, ils doivent maîtriser le répertoire phonologique avant de passer au répertoire syllabique qui, lui, autorise le passage à la lecture de mots et ainsi de suite. On peut observer qu'une telle conception transparaît non seulement dans les pratiques d'enseignement aux

---

[3] Goetz *et al.* (1992) indiquent que la psychologie béhavioriste a suscité la naissance de trois grands courants dans le domaine de l'enseignement: l'enseignement programmé, la pédagogie de la maîtrise et l'enseignement direct.

ordres primaire et secondaire, mais également dans plusieurs programmes de formation aux ordres d'enseignement collégial et universitaire. Dans les programmes de formation d'enseignants, par exemple, des connaissances théoriques sont jugées antérieures à d'autres, et de nombreuses connaissances théoriques doivent être maîtrisées avant que des interventions soient réalisées sur le développement des compétences elles-mêmes ou sur le plan des savoir-faire professionnels.

En ce qui a trait à l'école, les béhavioristes ont également exercé une grande influence sur la conception de la motivation scolaire. Ils ont insisté sur l'importance des renforcements et de leur fréquence, et ils ont indiqué que les renforcements, qu'ils soient positifs ou négatifs, constituent des sources cruciales de motivation et d'engagement en classe. La motivation scolaire est alors conçue comme quelque chose d'extrinsèque à l'élève. Selon cette optique, les enseignants planifient rigoureusement les types de renforcements et de rétroactions fournis à l'élève, et c'est par ce biais qu'ils agissent sur son degré de motivation.

Ce qui vient d'être mentionné au sujet de la motivation scolaire illustre la pierre angulaire à partir de laquelle les professionnels de l'enseignement qui s'inspirent de la psychologie béhavioriste planifient et autoévaluent l'ensemble de leurs actions. Ils accordent une très grande attention aux contingences de l'environnement, tant pour l'apprentissage de l'élève que pour son engagement et ses attitudes. L'accent est sans cesse placé sur quelque chose d'extérieur à l'élève. Par exemple, lorsqu'il est question du transfert des connaissances, les psychologues béhavioristes conformément à la théorie des éléments communs de Thorndike (1932), discutent du nombre d'éléments partagés par la situation d'apprentissage et la situation de transfert. Ils ne se réfèrent aucunement aux connaissances que l'élève a intégrées en mémoire et qui sont disponibles pour garantir le transfert.

## PSYCHOLOGIE COGNITIVE: GRANDES ORIENTATIONS ET CONCEPTS CLÉS

Dans le domaine de l'enseignement, la psychologie cognitive se situe en relation d'opposition avec la psychologie béhavioriste. Conscients du fait que la psychologie béhavioriste a apporté beaucoup de rigueur en enseignement, entre autres par le biais de la détermination des objectifs, Lesgold et Glaser (1989) mentionnent qu'elle présente énormément de faiblesses parce qu'elle évite de prendre en considération les activités mentales. Selon eux, l'apprenant est ains

considéré comme un être passif, qui absorbe d'une façon microscopique des connaissances morcelées. Ils soulignent, par ailleurs, que la psychologie cognitive est orientée vers les processus mentaux (*thinking processes*), qu'elle s'intéresse non seulement aux particularités des connaissances, mais également à celles de l'apprenant. Ils concluent, au sujet de ses retombées: «[...] qu'elle a changé le statut de l'élève et de l'enseignant, en leur reconnaissant à la fois plus de responsabilités dans le processus d'apprentissage et des rôles plus complexes» (p. XI).

Dans la préface du livre dont ils sont les éditeurs, Lesgold et Glaser (1989) mentionnent quelques changements apportés par la psychologie cognitive chez les psychologues de l'éducation. Ils insistent sur les faits suivants, qui fournissent un très bon aperçu des orientations privilégiées:

> *Les psychologues voient maintenant l'apprenant comme une personne qui construit le savoir d'une façon intelligente plutôt que comme une personne qui l'absorbe inconditionnellement.*
>
> *Les psychologues estiment maintenant que les mécanismes de la construction du savoir de l'apprenant deviennent de plus en plus diversifiés et riches grâce à des apprentissages spécifiques, à des expériences générales et à la maturation.*
>
> *[...]*
>
> *La psychologie tend aujourd'hui à prendre en compte les modalités qui permettent d'enseigner les stratégies cognitives, s'inscrivant ainsi dans la conception que l'intelligence n'est pas une entité stable, mais plutôt une entité évolutive.*
>
> *De plus, les psychologues commencent à comprendre d'une part, les mécanismes différenciés qui permettent de construire des connaissances spécifiques issues de divers domaines et d'autre part, les modalités d'enseignement qui agissent sur l'acquisition de ces mécanismes.*
>
> *Parallèlement, en prenant en considération le fait que les performances exceptionnelles sur le plan athlétique peuvent être analysées et que les moyens de les atteindre peuvent être enseignés, la psychologie cognitive s'oriente vers la conclusion que la résolution de problèmes complexes peut être enseignée et que le développement des processus cognitifs de haut niveau n'est pas que le fruit de l'effort(p. X).*

La psychologie cognitive cherche fondamentalement à expliquer comment les êtres «perçoivent, comment ils dirigent leur attention, comment ils gèrent leurs interactions avec l'environnement, comment ils apprennent, comment ils comprennent, comment ils parviennent à réutiliser l'information qu'ils ont intégrée en mémoire, comment ils transfèrent leurs connaissances d'une situation à une autre» (Tardif, 1992, p. 28). Elle est par conséquent fortement préoccupée par les processus mentaux et, dans le domaine de l'enseignement, elle contribue à ce que les professionnels accordent une grande attention au processus, tout en ne négligeant pas le produit. Cependant, le produit en soi a beaucoup moins d'importance que dans le cadre de la psychologie béhavioriste.

## QUELQUES GRANDES ORIENTATIONS DE LA PSYCHOLOGIE COGNITIVE

En psychologie cognitive, l'apprentissage est conçu comme une construction personnelle de l'individu. Tel qu'il est utilisé en enseignement, ce courant psychologique s'inscrit donc dans un paradigme constructiviste. Il importe cependant de préciser dès maintenant que la psychologie cognitive n'est pas le champ de connaissances qui a donné naissance au constructivisme. À ce sujet, von Glaserfeld (1994) mentionne à juste titre que «plusieurs de ceux et celles qui [...] utilisent [le terme constructivisme] ne semblent pas savoir qu'il a été lancé par Piaget il y a plus de cinquante ans pour caractériser sa théorie révolutionnaire de la connaissance» (p. 21). Il faut toutefois reconnaître que, dans le domaine de l'enseignement, il existe une étroite parenté entre la psychologie cognitive et le constructivisme. Ces deux conceptions voient en effet la connaissance comme une construction de la part de l'individu. Relativement au constructivisme, Désautels (1994) déclare: «Ni table rase, ni cire vierge, l'élève est à la fois acteur et auteur de sa cognition: il compare, traduit, symbolise, transforme.» (p. 140) La psychologie cognitive partage inconditionnellement cette conception.

Dans ce processus de construction, l'élève traite activement les informations soumises à son attention. Il est sélectif, dans le sens où il va même jusqu'à ignorer ou délaisser des informations qu'il juge secondaires étant donné ses intentions d'apprentissage. On parle d'ailleurs en psychologie cognitive d'intentionnalité (*purposeful*) en apprentissage. L'élève pondère les informations et il les discrimine selon leur degré d'importance. Dans un cadre

d'enseignement, il devient par conséquent capital que les enseignants interviennent explicitement sur le degré d'importance des informations puisque, en apprentissage, des informations sont transformées en connaissances, des connaissances sont construites à partir d'informations. Cette idée de transformation d'informations en connaissances constitue un élément fondamental en psychologie cognitive.

La psychologie cognitive insiste aussi sur le fait que, lors de la construction du savoir, il est essentiel que des liens puissent être établis entre de nouvelles informations et les connaissances antérieures de l'apprenant. Ce principe n'est toutefois pas nouveau puisqu'il avait été énoncé par Ausubel en 1968. Ces dernières années, il a été fréquemment repris, et notamment par Jones, Palincsar, Ogle & Carr (1987) ainsi que par Marzano (1992). Bien que cela puisse sembler paradoxal, les élèves ne peuvent apprendre que ce qu'ils connaissent déjà en partie. Ils doivent avoir en mémoire des connaissances qui leur permettent d'établir des liens avec les nouvelles informations qui leur sont présentées, sans quoi ils ne peuvent traiter ces informations d'une façon significative, ni les transformer en connaissances. Il importe de mentionner que les connaissances antérieures exercent un rôle à ce point prédominant dans l'apprentissage qu'elles résistent souvent aux informations introduites par l'enseignant lorsque ces dernières vont à leur encontre. Les nombreuses recherches (entre autres, Giordan & de Vecchi, 1987; Hills, 1989; Pope, 1982) portant sur les conceptions erronées (*misconceptions*) des élèves et surtout sur la permanence de ces conceptions illustrent la très grande importance de la prise en compte des connaissances antérieures en apprentissage.

Dans le cadre de la psychologie cognitive, en se reportant aux connaissances antérieures de l'élève, on considère que ses erreurs constituent des informations cruciales. En effet, puisque le savoir est une construction personnelle, une erreur est interprétée comme étant la résultante d'une règle construite par l'élève; cette règle est emmagasinée en mémoire à long terme et elle gère ses démarches cognitives. Dans des interventions correctives au sujet d'une erreur donnée, l'enseignant n'intervient donc pas sur l'erreur elle-même, mais sur la règle qui est responsable de la production de l'erreur en question. On peut percevoir ici une orientation fort distincte entre la psychologie cognitive et la psychologie béhavioriste. Dans le cas de cette dernière, les interventions d'enseignement seraient axées sur la diminution de la fréquence de l'erreur, alors qu'en psychologie cognitive, les actions sont orientées vers le processus qui

contrôle la production de l'erreur. Selon cette optique, les erreurs commises par l'élève ne sont attribuées ni au hasard ni à une mauvaise association entre un stimulus et une réponse, mais à une construction cognitive personnelle.

En psychologie cognitive, une grande attention est accordée aux processus plutôt qu'au produit, et ce fait a conduit les chercheurs à inventorier le domaine des «outils» cognitifs utilisés par les élèves, de même que ceux utilisés par les personnes expertes. Les préoccupations à l'égard des stratégies cognitives et métacognitives proviennent, entre autres, de ces recherches. En milieu scolaire, ces préoccupations sont d'autant plus importantes que l'école traditionnelle, peu importe l'ordre d'enseignement pris en compte, est réputée agir beaucoup plus sur les connaissances factuelles et sur les connaissances théoriques que sur l'usage que l'apprenant peut faire de ces connaissances. Les problèmes qu'il doit résoudre ou les différentes tâches qu'il doit réaliser exigent qu'il mette en action des stratégies lui permettant de réutiliser fonctionnellement et adéquatement des connaissances. Il s'agit alors des stratégies cognitives. Par ailleurs, des stratégies dites métacognitives permettent à l'élève de gérer, d'une façon active et judicieuse, les stratégies cognitives mises en place, et elles concourent à ce qu'il puisse porter un regard critique sur ses démarches cognitives.

À la lumière des conclusions de recherches (entre autres, Charness, 1991; Chi & Glaser, 1988; Chi, Feltovich & Glaser, 1981) portant sur l'expertise cognitive et les différences entre les personnes expertes et les personnes novices, la psychologie cognitive insiste sur le fait que l'apprentissage signifiant exige l'organisation des connaissances sous une forme hiérarchique. Cette forme d'organisation hiérarchique est même un trait qui distingue les personnes expertes des personnes novices. Elle assure que les personnes traitent les informations d'une façon significative, qu'elles puissent les transformer en connaissances si cela fait partie de leurs intentions et qu'elles soient en mesure de les réutiliser dans diverses activités. Selon cette optique, les enseignants sont donc incités à intervenir d'une façon constante sur l'organisation hiérarchique des connaissances avec leurs élèves et, par ce type d'actions, ils participent étroitement à la construction du savoir par leurs élèves.

Les recherches de Meyer (Meyer, 1975, 1985, 1987; Meyer, Brandt & Bluth, 1980; Meyer & Rice, 1984) sur les effets de la connaissance des structures textuelles en compréhension de

texte illustrent très bien le rôle et les effets de l'organisation des connaissances en mémoire. Elles ont démontré que le fait pour des sujets de bien maîtriser la structure textuelle privilégiée par l'auteur du texte leur permet d'atteindre un plus haut degré de compréhension des informations contenues dans le texte. La connaissance de la structure textuelle agit non seulement comme un filtre de traitement des informations, mais aussi comme un canevas qui fournit des balises en vue du rappel des informations traitées.

Dans le cadre de la psychologie cognitive, la motivation scolaire, qui est définie comme l'engagement et la persistance de l'élève, est conçue comme une construction. Inspiré par le courant socio-cognitif, Viau (1994) affirme que «la motivation en contexte scolaire est un état dynamique qui a ses origines dans les perceptions qu'un élève a de lui-même et de son environnement [...]» (p. 7). Ces perceptions de soi et de l'environnement sont changeantes selon les expériences vécues par l'élève et, surtout, selon les perceptions qu'il en dégage. Des recherches (entre autres Dweck, 1989; Stipek, 1981, 1984) ont en effet démontré que le degré de motivation scolaire d'un élève n'est pas une entité stable, mais qu'il est fortement marqué par les expériences vécues à l'école. Ces expériences n'agiraient pas sur la motivation scolaire de l'élève dans une dynamique stimulus-réponse. Ce dernier en ferait plutôt une interprétation subjective: il attribuerait des causes à ses réussites ainsi qu'à ses difficultés ou à ses échecs, et sa motivation reposerait essentiellement sur ce système de représentations hautement subjectif. En psychologie cognitive, contrairement à la psychologie béhavioriste, la motivation scolaire est intrinsèque, bien que les événements extérieurs influent sur son évolution. Dans la construction de sa motivation, l'élève traite les informations de l'environnement et il en déduit des conclusions qui agissent sur son degré d'engagement à l'école.

Afin de bien comprendre le phénomène de la motivation scolaire et de pouvoir, comme enseignant, exercer une certaine influence sur elle, Dweck (1989) mentionne que «[...] nous devons prendre en considération les interprétations de l'apprenant au regard des situations qu'il vit et des résultats qu'il obtient et nous devons également estimer le degré d'influence de ces interprétations, de ces jugements et de ces croyances sur les comportements subséquents.» (p. 91) En ce sens, des professionnels de l'enseignement ont repris les travaux de Weiner (1984, 1992) sur les attributions causales. D'après la théorie de cet auteur, l'élève attribuerait ce qui lui arrive à l'école à des causes particulières, et son degré de motivation scolaire varierait

en fonction de la perception qu'il a de ces causes. L'élève peut alors invoquer des causes internes ou externes, des causes stables ou évolutives, des causes contrôlables ou incontrôlables. En psychologie cognitive, dans le domaine de la motivation scolaire, une grande attention est présentement accordée à la perception par l'élève de la contrôlabilité de la tâche. Cette orientation incite les professionnels de l'enseignement à penser que, dans une classe, plus un élève a la perception que ses réussites comme ses échecs relèvent de son contrôle personnel, plus les probabilités qu'il soit motivé sont élevées.

En psychologie cognitive, toujours pour ce qui est de la motivation scolaire, des chercheurs (entre autres Dweck 1989; Dweck & Elliott, 1983) soulignent aussi l'importance de prendre en compte la conception que les élèves ont des buts poursuivis par l'école. L'idée pour les élèves que l'école poursuit des buts d'apprentissage (*learning goals*) par opposition à des buts d'évaluation (*performance goals*) agirait positivement sur leur degré de motivation. Comparativement aux élèves qui estiment que l'enseignant poursuit des buts d'évaluation, ceux qui conçoivent qu'il vise des buts d'apprentissage désireraient accroître leurs connaissances, voudraient développer une meilleure compréhension de leur environnement et souhaiteraient acquérir des connaissances leur permettant de maîtriser plus adéquatement ce qui se passe autour d'eux. Selon les mots mêmes de Dweck, l'élève qui conçoit que l'enseignant poursuit des buts d'évaluation veut tout simplement valider sa compétence. Enfin, Dweck (1989) mentionne également l'importance de prendre conscience de la conception que les élèves ont de l'intelligence. Ils peuvent la concevoir comme une entité stable, qui ne peut évoluer, ou ils peuvent estimer qu'il s'agit d'une entité évolutive. Si un élève qui éprouve des difficultés d'apprentissage conçoit que l'intelligence est une entité stable et s'il attribue ses difficultés à des «limites» cognitives, il pourrait aller jusqu'à développer ce qui est reconnu comme de l'impuissance acquise (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1991).

Essentiellement, la psychologie cognitive considère que l'apprentissage est une construction personnelle de la part de l'élève, et elle conçoit que cette construction prend constamment appui sur ses connaissances antérieures. Celles-ci lui permettent de traiter significativement les informations soumises à son attention. Dans le système cognitif de l'élève, ses connaissances antérieures sont caractérisées par une très grande force et une très grande stabilité parce qu'elles ont été viables jusqu'à maintenant. Elles ont permis que l'élève soit en mesure de comprendre plusieurs

situations et, en conséquence, de nombreux phénomènes sont codifiés en mémoire en relation avec ces connaissances. Elles ont contribué à organiser ses expériences personnelles. Dans le cadre de la psychologie cognitive, on insiste aussi énormément sur l'organisation des connaissances. De plus, une grande importance est attribuée aux «outils» cognitifs dont dispose l'élève, que ces outils correspondent à des stratégies cognitives ou à des stratégies métacognitives. Ces stratégies aident à ce que l'élève puisse réutiliser fonctionnellement les connaissances emmagasinées en mémoire à long terme. Enfin, en psychologie cognitive, on estime qu'à l'instar du savoir, la motivation scolaire est une construction personnelle et subjective. Dans un certain sens, en tenant compte des recherches en psychologie cognitive, l'apprentissage pourrait être défini comme le passage de la «novicité» à l'expertise.

## QUELQUES CONCEPTS CLÉS DE LA PSYCHOLOGIE COGNITIVE

La psychologie cognitive a également contribué au développement de certains concepts qui sont fréquemment repris dans les écrits relatifs à l'enseignement et à l'apprentissage. Cette section présente quelques-uns de ces concepts et les définit, afin que leur apport à la réflexion sur les pratiques d'enseignement soit le plus précis possible. Il sera question de connaissances déclaratives, de connaissances procédurales et de connaissances conditionnelles ainsi que de leur forme de représentation en mémoire. Les notions de mémoire de travail et de surcharge cognitive seront aussi abordées.

Bien que le philosophe Ryle ait le premier établi la distinction entre les connaissances déclaratives et procédurales (1949, dans Gagné *et al.*, 1993), Anderson (1983, 1985) est un chercheur «incontournable» en psychologie cognitive à ce sujet. Il a statué sur l'existence des deux grandes catégories de connaissances, il a grandement contribué à décrire leurs caractéristiques et il a surtout participé à l'élaboration du construit théorique quant à leur forme de représentation en mémoire à long terme.

Les connaissances déclaratives sont des connaissances théoriques qui correspondent essentiellement à des savoirs; elles répondent à la question «quoi». Selon Gagné *et al.* (1993), il s'agit de la connaissance de faits, de règles, de lois, de principes. Les connaissances procédurales, pour leur part, sont des connaissances pratiques qui correspondent à des savoir-faire. Anderson (1983) en distingue deux sous-catégories: les connaissances de type

séquence d'actions *(action-sequence)* et celles de type reconnaissance de modèles *(pattern-recognition)*. Compte tenu des demandes du traitement de l'information dans l'enseignement et l'acquisition de connaissances, Marzano *et al.* (1988) ont repris les catégories de connaissances déterminées par Anderson (1983), mais ils ont considéré que les connaissances de type reconnaissance de modèles pouvaient constituer une catégorie indépendante des connaissances procédurales. Ils les ont appelées connaissances conditionnelles (*conditional knowledge*). Dans ce contexte, seules les connaissances de type séquence d'actions sont considérées comme des connaissances procédurales. Cette distinction est retenue dans le présent article. Toutefois, elle ne change en rien le formalisme établi par Anderson (1983) pour ce qui est de la représentation de ces connaissances en mémoire à long terme.

En psychologie cognitive, ces catégories de connaissances sont extrêmement importantes pour l'enseignement et l'apprentissage, puisqu'elles commandent des stratégies d'enseignement fort différentes et qu'elles sont, selon la compréhension que nous en avons maintenant, représentées différemment en mémoire à long terme. Les interventions des enseignants doivent être différenciées selon la catégorie de connaissances en question.

Les connaissances déclaratives sont des connaissances théoriques. Par exemple, la connaissance des caractéristiques des vertébrés, la connaissance des règles de l'accord du participe passé de même que celle des tables de multiplication constituent des connaissances déclaratives. Il est important de remarquer dès maintenant qu'elles sont plutôt statiques que dynamiques et que, pour passer à l'action, elles doivent être traduites en connaissances conditionnelles ou procédurales. Les connaissances déclaratives sont représentées en mémoire à long terme sous une forme propositionnelle (Anderson, 1983; Gagné *et al.*, 1993). La proposition correspond essentiellement à une idée. En fait, elle est conçue comme l'unité sémantique de base du système de traitement des informations déclaratives chez la personne humaine. Une proposition contient toujours deux éléments: une relation et un ou des arguments. L'argument correspond au sujet même de la proposition, alors que la relation introduit des contraintes à l'argument. La relation vient fondamentalement restreindre le champ des possibles sémantiques.

À titre d'exemple, dans la phrase «Nathalie quitte le vaisseau», /Nathalie/ et /vaisseau/ constituent les arguments et

/quitte/, la relation entre ces deux arguments, ce dont il est question dans la phrase. En effet, Nathalie aurait pu faire une multitude de choses avec le vaisseau : le détruire, le peindre, monter à bord, le faire visiter, etc. /Quitte/, dans cette phrase, vient donc restreindre le champ de ce qui était possible pour Nathalie.

Les connaissances procédurales répondent à la question «comment», alors que les connaissances déclaratives répondent à la question «quoi». Ces connaissances sont essentiellement des connaissances relatives à l'action et, observation capitale en enseignement, elles ne se développent que dans l'action et par l'action. Les situations suivantes constituent des exemples de connaissances procédurales: accorder les participes passés dans un texte; résoudre une série de problèmes mathématiques; écrire un texte avec l'intention de persuader; réaliser une expérience en science de la nature. Les connaissances procédurales sont représentées en mémoire à long terme sous une forme productionnelle (une condition / plusieurs actions). Anderson (1983, 1985) a décrit avec beaucoup de précision cette forme de représentation. On y retrouve toujours une condition qui enclenche une séquence d'actions. Cette séquence peut être très longue, comme dans le cas de la rédaction d'un texte, ou très courte, comme dans le cas de l'addition suivante (3 + 1 = 4). La longueur de la séquence est relative à la complexité de la tâche elle-même. L'essentiel, dans le cadre de l'enseignement et de l'apprentissage, c'est que l'enseignant mette à la disposition de l'élève la représentation productionnelle qui lui permet d'exécuter adéquatement la séquence d'actions qui est attendue de lui.

Alors que les connaissances procédurales répondent à la question «comment», les connaissances conditionnelles répondent à la question «quand» et, à un niveau d'expertise plus avancé, à la question «pourquoi». Ces connaissances ont trait aux conditions de l'action et aux raisons qui justifient le fait de retenir ces conditions en particulier. Les exemples suivants constituent des connaissances conditionnelles: distinguer un carré d'un rectangle; reconnaître, dans une série de problèmes, ceux qui exigent une multiplication; distinguer, dans un texte, ce qui est essentiel de ce qui est secondaire; choisir un registre de langue en présence de la direction de l'école. Dans le système cognitif de tout individu, ces connaissances sont capitales puisqu'elles sont à la base même du transfert des apprentissages. La représentation des connaissances conditionnelles en mémoire à long terme ressemble à celle des connaissances procédurales. Dans les deux cas, il s'agit en effet de

représentation productionnelle. Cependant, alors que pour les secondes, il est question de séquence d'actions, pour les premières il s'agit plutôt de catégorisation. En conséquence, les connaissances conditionnelles répondent à plusieurs conditions et elles ne donnent lieu qu'à une seule action. Sur un plan analogique, une connaissance conditionnelle ressemble à une situation de diagnostic. La personne met en relation un certain nombre de conditions et détermine ce dont il s'agit.

Dans le contexte scolaire, les connaissances conditionnelles sont très probablement la catégorie de connaissances la plus négligée. Les enseignants interviennent plus systématiquement sur les connaissances déclaratives et procédurales que sur les connaissances conditionnelles. Pourtant, elles doivent être prises en compte puisqu'elles agissent sur le transfert des apprentissages. Elles contribuent grandement à l'expertise cognitive chez l'apprenant comme chez le professionnel. À titre d'exemple, le fait qu'un enseignant connaisse un ensemble de théories, de lois et de procédures ne fait pas de lui un enseignant expert pour autant. Il est considéré ainsi dans la mesure où il peut, dans différents contextes, appliquer d'une façon judicieuse ses diverses connaissances déclaratives et procédurales. Il semblerait de plus que les connaissances conditionnelles concourraient d'une façon significative à la flexibilité cognitive.

Dans le cadre de la psychologie cognitive, de nombreux psychologues ont aussi repris le concept de mémoire, particulièrement celui de mémoire de travail[4] . Selon Gagné *et al.* (1993), cette mémoire est le «goulot» du système humain de traitement de l'information. Elle est d'ailleurs considérée comme le lieu de la conscience. Elle reçoit essentiellement deux types d'informations: celles provenant de l'environnement et celles provenant de la mémoire à long terme. La mémoire de travail est limitée pour ce qui est du nombre d'informations qu'elle peut contenir simultanément. Selon Miller (1956), elle ne peut contenir à la fois que 7 unités ± 2. La mémoire de travail est également limitée pour ce qui est de la durée des informations. Elle peut retenir une information environ une dizaine de secondes et, par

---

[4] En discutant de cette mémoire, certains chercheurs parlent de la mémoire à court terme. Ceux qui utilisent le concept de mémoire de travail s'attardent généralement aux limites de cette mémoire pour ce qui est du nombre d'informations qu'elle peut contenir simultanément, alors que ceux qui utilisent le concept de mémoire à court terme traitent surtout de ses limites par rapport à la durée des informations.

la suite, celle-ci disparaît du champ de la conscience si elle n'est pas rappelée.

La reprise du concept de mémoire de travail permet à la psychologie cognitive de comprendre plusieurs phénomènes en apprentissage, et notamment les difficultés éprouvées par l'élève lors de la réalisation de tâches complexes. La notion de surcharge cognitive a été proposée en vue d'expliquer ces difficultés. Ces dernières seraient dues au fait que l'élève doit traiter simultanément un trop grand nombre d'informations et, en conséquence, il se retrouve dans une situation d'«engorgement» cognitif (Moffet, 1993, Scardamalia & Bereiter, 1986). Il repousse alors tout simplement certaines informations en dehors du champ de la conscience et ne peut tenir compte de l'ensemble des éléments importants pour réaliser la tâche en question. Dans ce contexte, l'organisation des connaissances acquiert une très grande importance parce qu'il s'agit d'une façon de contrer les limites de la mémoire de travail. Il en est ainsi de la détermination des étapes en vue de la réalisation d'une tâche complexe, cette détermination permettant à l'élève de linéariser une démarche qui exige la prise en charge cognitive de plusieurs informations.

## DEUX MODÈLES PÉDAGOGIQUES: L'ENSEIGNEMENT STRATÉGIQUE ET L'APPRENTISSAGE CONTEXTUALISÉ

En enseignement, la psychologie cognitive a exercé une influence sur le développement d'un certain nombre de modèles pédagogiques dont l'enseignement explicite (Pearson, 1984), l'enseignement réciproque (Palincsar & Brown, 1984), l'enseignement stratégique (Jones *et al.*, 1987; Tardif, 1992) et l'apprentissage contextualisé (*situated cognition*) (Collins, Brown & Newman, 1989; Lave, 1988; Lave & Wenger, 1991). Cette section, qui vise à illustrer le type de modélisation pédagogique auquel la psychologie cognitive a donné lieu, décrit uniquement les modèles de l'enseignement stratégique et de l'apprentissage contextualisé. Ce choix est dicté par deux considérations: d'abord, la limitation de l'espace disponible, ensuite, et surtout, le fait que ces deux modèles, qui sont les plus récents, prennent en compte la majorité des suggestions et des orientations des autres modèles. Il faut reconnaître, toutefois, que plusieurs professionnels de l'enseignement, en s'inspirant des principes de la psychologie cognitive, ne mettent en pratique que quelques-unes des actions suggérées par les modèles de l'enseignement stratégique et de l'apprentissage contextualisé.

Il importe d'abord de souligner que la compréhension, l'action, l'apprentissage et le changement sont en constante interaction dans le cadre de l'enseignement stratégique et de l'apprentissage contextualisé. La compréhension précède sans cesse l'apprentissage, puisque, sans elle, aucun apprentissage signifiant n'est possible. Les nouvelles connaissances sont toujours mises en relation avec des connaissances antérieures qui servent de points d'ancrage sur le plan cognitif. Par ailleurs, la compréhension et l'apprentissage prennent place dans l'action, étant donné que les objectifs poursuivis en enseignement sont essentiellement de l'ordre des compétences[5] et des connaissances finalisées. De plus, les enseignants se préoccupent des changements que les nouveaux apprentissages suscitent chez leurs élèves, et ils nomment ces changements pour ces derniers dans le but de participer au développement de leur conscience identitaire sur le plan de l'expertise cognitive. L'apprentissage n'est pas qu'assimilation de connaissances, il est à la fois transformation et changement.

Pour le modèle de l'enseignement stratégique et celui de l'apprentissage contextualisé, conformément aux grandes orientations de la psychologie cognitive, l'apprentissage est conçu comme une construction de la part de la personne. Dans la prise en compte de cette conception, les modèles susmentionnés partent de l'hypothèse que toute construction de connaissance ne peut se produire que dans un contexte de tâches complexes, complètes et signifiantes. Au regard de ce type de tâches, on se réfère également à leur caractère authentique. Dans ces conditions, l'accent est essentiellement mis sur le développement de compétences et de connaissances finalisées. Les compétences visées étant fort complexes, il est nécessaire de les aborder le plus tôt possible dans toute leur complexité. Ainsi, à titre d'exemple, dès le début de l'apprentissage d'une compétence complexe comme la lecture, l'écriture, la communication orale ou les mathématiques, les tâches proposées à l'élève correspondent à des situations réelles où cette compétence est utilisée. Ces situations reproduisent fidèlement les caractéristiques des environnements dans lesquels les compétences développées doivent être réutilisées et transférées. L'enseignement stratégique et l'apprentissage contextualisé font en sorte que l'élève, pour une compétence donnée, soit constamment en train de

---

5 Le concept de compétence sera utilisé fréquemment dans la suite du texte. Selon Tardif (1994) «la compétence [est] un système de connaissances, déclaratives ainsi que conditionnelles et procédurales, organisées en schémas opératoires et qui permettent, à l'intérieur d'une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace» (p. 83).

développer la «culture» des pratiques de ce savoir-faire. Il faut ici reconnaître cependant que le modèle de l'apprentissage contextualisé a insisté beaucoup plus que celui de l'enseignement stratégique sur le développement de la culture des pratiques de chaque compétence visée par les programmes scolaires.

En enseignement stratégique comme en apprentissage contextualisé, le recours aux tâches authentiques exige que la relation entre les enseignants et les élèves soit de type «maître-apprenti». Les enseignants détiennent un haut degré d'expertise par rapport à des compétences et par rapport aux connaissances qui permettent de réfléchir sur ces compétences, et ils créent le contexte pour que les élèves passent graduellement d'un état de novices à un état d'experts par rapport à ces compétences. En ce sens, l'apprentissage est fondamentalement un passage de la «novicité» à l'expertise, le degré d'expertise visé étant déterminé par les objectifs des programmes. Dans cette relation de type maître-apprenti, les élèves apprennent, sous la supervision de l'enseignant, à naviguer dans la complexité. Ils développent des modèles d'action, des modèles mentaux spécifiques aux compétences privilégiées. Dès le début de leur scolarisation, ils construisent des modèles mentaux qui gèrent l'action et englobent les savoirs nécessaires à l'usage réfléchi de leurs compétences.

Dans cette relation de type «maître-apprenti», les enseignants exercent un rôle capital: celui de modèle (*modeling*). Les élèves se retrouvent dans un contexte d'observation où une personne experte réalise devant eux une tâche donnée. Il est cependant important, dans le respect des orientations de la psychologie cognitive, que la réalisation de cette tâche tienne compte des exigences des protocoles de pensée à voix haute. Les élèves ont alors accès aux éléments qui composent les compétences, et ils perçoivent aussi les connaissances auxquelles la personne experte recourt dans sa démarche. Ce rôle contribue directement à ce que les élèves développent un modèle mental face à l'utilisation des compétences en question.

En enseignement stratégique comme en apprentissage contextualisé, puisque les compétences visées sont complexes et que la construction du savoir part de tâches authentiques, les enseignants appliquent une démarche qui va de l'enseignement dirigé à la pratique guidée, et de la pratique guidée à la pratique autonome. Au cours de la phase d'enseignement dirigé, ils assument la responsabilité de présenter des modèles aux élèves. De plus, il est capital que les enseignants rendent explicites pour ces derniers les

séquences d'actions qui garantissent la réalisation efficace des tâches proposées ainsi que les conditions qui gèrent le recours à chacune de ces séquences d'actions.

Après cette phase d'enseignement dirigé, les élèves entrent dans une phase de pratique guidée. À ce moment-là, sous la supervision fréquente des enseignants, ils mettent en pratique les compétences observées et rendues explicites au cours de l'enseignement dirigé. Au cours de cette phase de pratique guidée, les enseignants exercent deux rôles importants: un rôle d'entraînement (*coaching*) d'abord, un rôle d'échafaudage[6] (*scaffolding*) ensuite. Dans le cadre de l'entraînement, les élèves doivent réaliser une tâche complexe et ils reçoivent l'assistance de l'enseignant. Celui-ci agit surtout comme médiateur entre la connaissance et les élèves. Non seulement il renvoie constamment les élèves aux actions de la séquence correspondant aux compétences, mais il tient également compte des conditions qui contraignent le recours à telle ou telle connaissance procédurale. L'enseignant incite aussi les élèves à faire appel à des connaissances déclaratives lorsque cela est nécessaire, et il intervient systématiquement sur ces dernières s'il observe que les élèves en ont une compréhension insuffisante.

Le soutien fourni par les enseignants est gradué selon le degré de maîtrise atteint par les élèves pour ce qui est des compétences visées. C'est ici qu'intervient l'échafaudage. Les enseignants agissent alors avec l'idée que les apprentissages les plus signifiants que leurs élèves peuvent réaliser se situent dans une zone proximale de développement. Vygotsky (1978) définit cette zone comme étant l'écart qui sépare ce qu'un élève peut accomplir d'une façon autonome et ce qu'il ne peut faire qu'avec l'appui d'une autre personne, que celle-ci soit un enseignant ou un pair. Au début de la pratique guidée d'une compétence donnée, le soutien de la part de l'enseignant est fréquent; ce dernier peut même assumer une grande partie de la tâche. Compte tenu du degré de maîtrise des élèves quant à la compétence en question, ce soutien est réduit progressivement. Lors de la phase de pratique autonome, l'échafaudage est minimal. Ce rôle demande aux enseignants de très bien connaître les étapes de développement de chacune des compétences qu'ils conduisent leurs élèves à maîtriser.

---

6 Certains auteurs comme Saint-Laurent, Giasson, Simard & Dionne (1995) utilisent le concept d'étayage dans le même sens que celui d'échafaudage.

Lors de la phase de pratique autonome, les enseignants laissent aux élèves la responsabilité de la réalisation des tâches et sont disponibles à la demande de ces derniers. Une attention particulière est toutefois accordée au fait que les élèves doivent tenter de se dépanner par divers moyens avant de recourir au soutien des enseignants. De plus, les élèves peuvent compter sur l'aide de leurs pairs puisque, en apprentissage contextualisé, la coopération[7] est non seulement souhaitée, mais également organisée. Cette forme de négociation sociale et d'interaction cognitive agit sur le degré de flexibilité et de certitude attribué par les élèves à leurs compétences et à leurs connaissances.

Dans ce contexte où les élèves apprennent à partir de tâches authentiques, le rôle des enseignants dépasse largement la seule transmission d'un contenu défini par un curriculum officiel. Ils doivent non seulement intervenir sur le plan du contenu lui-même, mais encore sur le développement des stratégies[8] cognitives et métacognitives, efficaces et économiques, qui vont permettre aux élèves d'interagir d'une façon significative avec ce contenu. Interagir significativement avec le contenu exige que ces derniers soient capables de le mettre en relation avec leurs connaissances antérieures, qu'ils disposent des stratégies pour l'intégrer d'une façon consciente en mémoire à long terme et qu'ils puissent le réutiliser dans des contextes variés, c'est-à-dire le transférer. Selon l'expression même de Jones *et al.* (1987), l'enseignant a un double mandat: pour chaque discipline, il doit avoir clairement en tête les objectifs de contenu qu'il poursuit avec l'élève, et il doit aussi connaître les stratégies cognitives et métacognitives dont celui-ci a besoin pour traiter ce contenu. De plus, il doit savoir comment aider l'élève dans le processus de développement de ces mêmes stratégies. L'enseignement, selon Knoll (1987), est un équilibre délicat entre les objectifs de contenu, les stratégies nécessaires pour acquérir ce contenu et les connaissances que l'élève apporte en interaction avec ce contenu. L'enseignant stratégique en particulier est donc préoccupé à la fois par le contenu

---

7 La coopération en apprentissage (*cooperative learning*) est beaucoup moins développée dans le modèle de l'enseignement stratégique que dans celui de l'apprentissage contextualisé.

8 Bien que, comparativement au modèle de l'apprentissage contextualisé, celui de l'enseignement stratégique insiste davantage sur les actions de l'enseignant pour ce qui est des stratégies cognitives et métacognitives, on peut reconnaître que les deux modèles accordent une grande importance aux «outils» cognitifs que les situations d'enseignement permettent aux élèves de développer.

et par les stratégies cognitives et métacognitives appropriées pour le traiter.

En enseignement stratégique comme en apprentissage contextualisé, les tâches authentiques proposées aux élèves mettent l'accent sur l'intégration des savoirs, ce qui exige que les enseignants créent de nombreuses interactions entre les disciplines. L'interdisciplinarité est favorisée par opposition au morcellement disciplinaire. Dans un tel contexte, les élèves sont mis très rapidement en interaction avec des tâches comportant un haut degré de complexité et ils doivent recevoir l'aide nécessaire pour naviguer dans cette complexité. Selon cette optique, l'enseignement vise aussi le développement d'un haut degré d'autonomie chez les élèves pour ce qui est du traitement des informations, de la construction du savoir et de la réalisation de tâches complexes. Dans le but d'assister les élèves non seulement dans la construction du savoir, mais aussi quant au développement de leur autonomie, les enseignants assument un rôle d'articulation (*articulation*). À ce moment-là, ils dirigent l'attention de leurs élèves sur les connaissances ainsi que sur les compétences qu'ils ont développées. Il est capital que ces derniers soient conscients des connaissances construites et des compétences maîtrisées et qu'ils leur attribuent des degrés de certitude. De plus, il importe que les enseignants conduisent les élèves à prendre conscience des stratégies qui leur ont permis d'acquérir les compétences et les connaissances en question. Il y a une grande insistance sur la métacognition dans ce contexte.

Dans le but avoué d'agir encore davantage sur le degré de certitude que les élèves attribuent à leurs connaissances et à leurs compétences, les enseignants qui s'inscrivent dans le cadre soit de l'enseignement stratégique, soit de l'apprentissage contextualisé assument un rôle de réflexion (*reflection*). Ils amènent alors leurs élèves à comparer leur démarche de réalisation d'une tâche donnée avec celle d'une personne experte ou celle de pairs. Il s'agit d'une forme particulière d'intervention sur le développement de la réflexion après l'action. Les élèves sont ainsi conduits (1) à évaluer l'efficacité de la démarche d'une autre personne dans la réalisation d'une même tâche, (2) à déterminer l'efficacité de leur propre démarche, (3) à préciser les compétences qui ont atteint un degré de maîtrise acceptable selon les objectifs poursuivis et (4) à spécifier les éléments qui doivent être améliorés.

En enseignement stratégique comme en apprentissage contextualisé, les enseignants interviennent systématiquement sur les trois catégories de connaissances (déclaratives, conditionnelles

et procédurales) déterminées dans le cadre de la psychologie cognitive. Particulièrement dans un contexte d'enseignement stratégique, les enseignants accordent beaucoup d'attention aux interventions différenciées selon le type de connaissances prises en compte. Ils investissent aussi énormément sur l'organisation des connaissances et les élèves sont fréquemment en contact avec des schémas, des cartes sémantiques, des réseaux de concepts, des séquences d'actions, des regroupements de conditions, de sorte qu'ils ont de nombreuses occasions de prendre conscience des liens qui réunissent plusieurs connaissances, que celles-ci soient du même champ disciplinaire ou de champs disciplinaires différents. En vue d'assister directement l'organisation des connaissances, les enseignants fournissent fréquemment des «patrons» d'actions aux élèves. Ils rendent explicites pour eux les séquences d'action auxquelles les personnes expertes recourent pour réaliser efficacement et adéquatement les tâches qu'ils ont à accomplir. Essentiellement, ils dévoilent aux élèves les démarches et les stratégies qui permettent de bien faire ce qu'ils ont à faire. Ces derniers se retrouvent alors dans un contexte d'apprentissage axé sur le développement d'outils cognitifs. En lecture par exemple, la première fois qu'un enseignant aborde la compréhension ou la production d'un texte dont la structure est narrative, il rend explicite pour ses élèves que cette structure textuelle repose sur une organisation stable, sans cesse reprise par les auteurs. Le fait de rendre évidente cette structure permet, d'une part, que les élèves disposent d'un canevas cognitif pour retenir l'histoire en question et éventuellement la rappeler et, d'autre part, qu'ils puissent eux-mêmes produire des textes qui respectent cette organisation.

Selon les modèles de l'enseignement stratégique et de l'apprentissage contextualisé, toute démarche d'apprentissage doit être finalisée. Si elle n'est pas finalisée, les apprentissages qui en résultent ne sont pas viables, parce qu'ils n'ont pas acquis une fonction adaptative. À la base de cette orientation, il y a non seulement une grande préoccupation à l'égard du transfert des apprentissages, mais également à l'égard du fait que les apprentissages réalisés à l'école doivent concourir à ce que les élèves comprennent mieux les phénomènes qui les entourent et à ce qu'ils développent les capacités d'agir judicieusement sur ces phénomènes. Dans le but d'assister le transfert des apprentissages, voire de le provoquer, les enseignants prévoient de nombreuses situations de recontextualisation des connaissances et des compétences. Ils accordent beaucoup d'attention à la variété de ces situations. Dans cet esprit, ils assument un rôle d'exploration (*exploration*). Ils incitent leurs élèves à proposer eux-mêmes des

tâches et des exemples dans lesquels les compétences maîtrisées et les connaissances construites peuvent être réutilisées. Pour les tâches en question, ils exigent que les élèves suggèrent diverses modalités de réalisation, poursuivant ainsi l'objectif d'accroître leur flexibilité cognitive dans la réutilisation fonctionnelle de leurs apprentissages. De plus, les enseignants se donnent la responsabilité de valider les propositions des élèves, et ils font explicitement une analyse des conditions (des interventions spécifiques sur des connaissances conditionnelles) qui permettent de telles propositions.

Enfin, dans le cadre de l'enseignement stratégique[9] , les enseignants prennent en compte les variables affectives qui sont en relation directe avec la motivation scolaire de leurs élèves. Ils ont l'idée que la motivation scolaire est une construction personnelle et qu'elle est évolutive. Jones *et al.* (1987) affirment d'ailleurs que la motivation scolaire est une préoccupation majeure pour tout enseignant stratégique. Ce dernier reconnaît en effet que les expériences scolaires antérieures des élèves, leurs réussites et leurs échecs, ont non seulement influencé les connaissances qu'ils ont acquises, mais également les perceptions qu'ils ont développées quant à leur compétence comme personne et comme apprenant. L'élève a en mémoire une estimation de ses probabilités de réussite et d'échec pour une tâche donnée ainsi que des facteurs qui lui permettent de réussir ou qui provoquent ses échecs; il attribue ses réussites et ses échecs à des causes spécifiques. Ces deux éléments, associés à la perception de la valeur de la tâche, contribuent à déterminer en partie le degré d'engagement et de persistance dans les démarches proposées par l'enseignant. Dans ses interactions avec l'élève, l'enseignant stratégique doit se préoccuper des conditions affectives dans lesquelles ce dernier se trouve lorsqu'il aborde la tâche.

En enseignement stratégique, toujours dans le but d'influencer positivement le degré de motivation scolaire de leurs élèves, les enseignants accordent une attention particulière à une autre composante: la perception de la contrôlabilité de la tâche. On estime en effet que, plus un élève a la perception que ses réussites comme ses échecs relèvent de son contrôle personnel, plus les probabilités qu'il soit motivé sont élevées. À cet égard, les enseignants mettent en place différentes ressources pour faire en

---

[9] À notre connaissance, dans le modèle de l'apprentissage contextualisé, les variables affectives, dont celles relatives à la motivation scolaire, ne sont pas l'objet de propositions spécifiques ou d'une attention particulière.

sorte que les élèves accroissent leur perception de la contrôlabilité des tâches qu'ils doivent accomplir. Ils visent à ce que ces derniers disposent des «outils» cognitifs nécessaires pour pouvoir contrôler ce qui leur arrive en classe. De plus, il est souhaité que les enseignants interviennent sur la conception que les élèves ont de l'intelligence, plus particulièrement des stratégies cognitives, ainsi que sur la conception qu'ils ont des buts poursuivis par l'école. Les enseignants devraient poursuivre des buts d'apprentissage (par opposition à des buts d'évaluation ou de performance) avec leurs élèves, et il est nécessaire que leurs actions aient le plus haut degré de cohérence possible avec leurs intentions.

## QUELQUES ÉLÉMENTS AU SUJET DES PRATIQUES ÉVALUATIVES

Pellegrino (1992) insiste sur le fait que l'évaluation et les tests doivent être en conformité avec les théories concernant la nature de l'expertise cognitive et de l'apprentissage. Dans ce contexte, les seules évaluations qui respectent les grandes orientations de la psychologie cognitive pour ce qui est de l'enseignement sont celles qui portent directement sur les compétences contextualisées. Lors de ces évaluations, une attention particulière est alors accordée aux interactions des connaissances à l'intérieur d'une compétence et à la contextualisation de chacune des compétences prises en compte. Dans cette section, il aurait pu être question à la fois des évaluations réalisées en classe par les enseignants et des valeurs métrologiques attendues pour ce qui est des instruments standardisés. En tenant compte des buts de l'article et de l'espace disponible, seules les exigences relatives aux évaluations faites dans le contexte de la classe par des enseignants seront discutées.

En visant un haut degré de cohérence avec les pratiques d'enseignement, les évaluations reposent nécessairement sur des tâches authentiques. Elles ne sauraient, conceptuellement et opérationnellement, privilégier des composantes au détriment des compétences. C'est spécifiquement dans cette perspective qu'il est fréquemment mentionné que la compréhension de l'élève, et non ses connaissances, doit être privilégiée lors des évaluations. Dans cet esprit, en faisant référence aux évaluations actuellement utilisées dans le milieu scolaire, Wiggins (1992) déclare qu'elles sous-évaluent la compréhension de l'élève et qu'elles surévaluent ses connaissances théoriques.

Toute évaluation qui respecte la contextualisation de la compétence et les interactions de ses composantes exige donc des tâches complètes, complexes et signifiantes. La signifiance de la tâche est cruciale étant donné la très grande importance des connaissances spécifiques dans la manifestation d'une compétence. De plus, la tâche doit être complète parce qu'il faut qu'elle oblige le recours aux interactions entre les composantes de la compétence évaluée. C'est la maîtrise des interactions entre les composantes d'une compétence, beaucoup plus que la maîtrise du nombre de composantes, qui permet de conclure avec exactitude sur le degré de développement pour une compétence donnée. Enfin, la tâche doit être complexe parce qu'il est nécessaire que la situation d'évaluation place l'élève dans un contexte où il faut qu'il ait recours à des stratégies cognitives et métacognitives. Les évaluations qui respectent ces caractéristiques ne correspondent certainement pas à des activités qui peuvent se réaliser dans un court laps de temps. Elles ne peuvent pas, d'ailleurs, être constituées uniquement de questions fermées ou de tableaux réductionnistes à compléter.

De telles contraintes pour ce qui est de l'évaluation ont conduit des chercheurs à faire référence à des évaluations authentiques. Selon Meyer (1992), toute évaluation authentique est nécessairement une évaluation d'une compétence. Les problèmes réels à résoudre, les essais, les projets de recherche, les simulations, les activités de laboratoire, etc. sont des situations d'évaluation authentique. Ces situations doivent permettre, le plus directement possible, de tirer des conclusions au sujet des compétences développées par les élèves. Elles visent à décrire et à certifier ce que l'élève est comme penseur, lecteur, scripteur, mathématicien, etc. L'évaluation authentique, selon les propos de Resnick et Resnick (1992), tient compte directement des compétences plutôt que de les considérer à l'aide d'indicateurs indirects. Aux États-Unis particulièrement, les porte-folios constituent depuis quelques années un moyen mis en place pour répondre aux exigences des évaluations authentiques et pour déterminer les métamorphoses cognitives des élèves.

Les pratiques évaluatives doivent aussi prendre en compte, directement et explicitement, les stratégies cognitives et métacognitives utilisées par l'élève. Ces stratégies ne peuvent être évaluées à partir de simples questions portant sur les composantes d'une compétence. Les situations qui peuvent révéler quelque chose au regard des stratégies cognitives et métacognitives des élèves sont encore une fois des tâches complètes, complexes et signifiantes. Celles-ci permettent de déterminer d'une part, l'usage que l'élève

peut faire de ses connaissances déclaratives, conditionnelles et procédurales et, d'autre part, le degré de transférabilité de ces connaissances. Dans la logique des conclusions de Linn, Baker et Dunbar (1991), cette observation offre l'occasion de souligner que toute évaluation exige une analyse de la complexité cognitive des tâches proposées ainsi qu'une analyse de la nature des réponses que ces tâches sont susceptibles de provoquer.

Les élèves doivent être également assez familiarisés avec le contenu retenu lors des démarches d'évaluation pour être en mesure d'établir des liens entre ce contenu et leurs connaissances en mémoire à long terme. Toute évaluation qui ne garantit pas ce genre de liens ne peut permettre aux élèves de manifester les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles qu'ils ont construites. L'analyse de la complexité cognitive des tâches proposées à des fins d'évaluation exige que les connaissances antérieures des élèves soient considérées très attentivement. Le débat au sujet de la prépondérance des connaissances spécifiques sur les connaissances générales prend, dans ce contexte, une grande signification.

Il est capital aussi que les évaluations rendent systématiquement compte de l'état de l'organisation hiérarchique des connaissances par les élèves. Toute pratique évaluative doit permettre de tirer des conclusions, avec exactitude, sur la progression des élèves dans la construction du savoir et cette progression est nécessairement caractérisée par l'organisation hiérarchique des connaissances.

Il importe enfin que les pratiques évaluatives dépassent le constat statique précisant un «degré donné de connaissances» pour décrire l'évolution cognitive des élèves. Dans cet esprit, Lidz (1987) souligne qu'il est nécessaire que l'évaluation informe sur les changements cognitifs survenus, sur les domaines dans lesquels ces changements se manifestent et, puisqu'elle privilégie un cadre de médiation, elle demande que l'évaluation informe également sur le nombre d'interventions requises pour provoquer ces changements ainsi que sur leur nature. L'évaluation est une démarche exigeante qui vise essentiellement à décrire les métamorphoses cognitives des élèves.

## CONCLUSION

En enseignement, la psychologie cognitive constitue, sans l'ombre d'un doute, un nouveau paradigme qui, comparativement à la psychologie béhavioriste, permet une réflexion différente non seulement sur la planification et sur la prestation de l'enseignement, mais également sur l'évaluation des apprentissages. L'idée que tout apprentissage, tout savoir, est une construction personnelle est la pierre angulaire que ce courant psychologique a contribué à fournir aux enseignants. Il importe cependant de rappeler ici que le constructivisme n'est pas né de la psychologie cognitive, mais celle-ci, étant donné ses préoccupations à l'endroit des mécanismes du traitement de l'information, a permis de mieux circonscrire une telle orientation dans le monde de l'enseignement et de l'éducation.

Parmi les retombées positives de la psychologie cognitive qu'il est possible d'observer maintenant dans certaines écoles ou auprès de certains enseignants, il faut souligner l'accent mis sur le processus, entre autres les stratégies cognitives et les connaissances procédurales, tout en ne négligeant pas le produit. Des enseignants concourent, parfois d'une façon fort explicite, à fournir des «outils» cognitifs à des élèves. Ils vont même jusqu'à discuter avec eux de la valeur de ces «outils». Il faut aussi souligner le fait que des enseignants interviennent sur l'organisation hiérarchique des connaissances dans le but avoué que les élèves puissent traiter un plus grand nombre d'informations et qu'ils soient en mesure de réutiliser fonctionnellement leurs connaissances. Enfin, tout en étant assuré que ces quelques mentions ne prennent pas en compte tous les changements suscités à l'école par la psychologie cognitive, il ne faut pas ignorer qu'un plus grand nombre d'enseignants s'orientent vers le développement de compétences et de connaissances finalisées. Ils se préoccupent alors de la viabilité des apprentissages de leurs élèves.

En enseignement comme dans d'autres domaines d'ailleurs, les paradigmes, les théories et les modèles psychologiques sont des sources importantes d'inspiration et de réflexion, mais on ne pourrait affirmer que les professionnels appliquent intégralement un paradigme, une théorie ou un modèle donné. Ces gens sont en général éclectiques, et leurs actions sont caractérisées par plus d'un cadre de référence. Dans ce sens, il serait audacieux de penser que, pour des enseignants, la psychologie cognitive constitue une source unique d'inspiration. Malgré ce caractère éclectique, il serait

cependant juste de reconnaître que leurs démarches pédagogiques ou didactiques présentent des traits dominants, issus d'une conception particulière. Grâce à la psychologie cognitive, des enseignants concourent à ce que des élèves aient plus de pouvoir sur leur environnement, qu'ils en aient une meilleure compréhension. Grâce à la psychologie cognitive, des enseignants contribuent aussi à ce que des élèves estiment que leurs capacités cognitives sont évolutives, à ce qu'ils conçoivent que l'école est un lieu pour apprendre et à ce qu'ils puissent développer la perception qu'ils sont en mesure de contrôler ce qui se produit pour eux à l'école.


***Abstract***

*The past fifteen years have seen the constant increase in the impact of cognitive psychology on teaching practices. The present article aims at illustrating this influence by focusing on teaching and evaluation. In order to locate cognitive psychology within its particular context, a first section describes certain orientations of behaviorism. The principles of cognitive psychology as applied to learning and some key concepts are identified in the second section. Then, strategic teaching and contextualized learning are addressed as two pedagogical translations of the cognitive psychology principles for teaching and learning purposes. The last section shows how cognitive psychology affects evaluation practices.*


**Références**


Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.

Anderson, J. R. (1983). *The Architecture of Cognition.* Cambridge: Harvard University Press.

Anderson, J. R. (1985). *Cognitive Psychology and its Implications* (2e édition). New York: Freeman.

Ausubel, D. P. (1968). *Educational Psychology: A Cognitive View.* New York: Holt, Rinehart et Winston.

Bartlett, E. J. (1932). *Remembering.* Cambridge: Cambridge University Press.

Beaugrand, J.-P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. Dans M. Robert (dir.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3e édition). St-Hyacinthe: Edisem, 1-36.

Brown, A. (1994). The Advancement of Learning. *Educational Researcher, 23*(8), 4-13.

Charness, N. (1991). Expertise in Chess: The Balance Between Knowledge and Search. Dans K. A. Erickson et J. Smith (dir.): *Toward a General Theory of Expertise: Prospects and Limits.* Cambridge: Cambridge University Press, 39-63.

Chi, M. T. H. & Glaser, R. (1988). *The Nature of Expertise.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Chi, M. T. H., Feltovich, J. P. & Glaser, R. (1981). Categorization and Representation of Physics Problems by Experts and Novices. *Cognitive Science, 5*, 121-152.

Collins, A., Brown, J. S. & Newman, S. E. (1989). Cognitive Apprenticeship: Teaching the Crafts of Reading, Writing, and Mathematics. Dans L. B. Resnick (dir.): *Knowing, Learning, and Instruction: Essays in Honor of Robert Glaser.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 453-495.

Désautels, J. (1994). Le constructivisme en action: des étudiantes et des étudiants se penchent sur l'idée de science. *Revue des sciences de l'éducation, XX*(1), 135-156.

Dubé, L. (1990). *Psychologie de l'apprentissage* (2e édition). Sillery: Presses de l'Université du Québec.

Duncker, K. (1945). On Problem-solving. *Psychological Monograph, 58*, 270.

Dweck, C. S. (1989). Motivation. Dans A. Lesgold et R. Glaser (dir.), *Foundations for a Psychology of Education.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 87-137.

Dweck, C. S. & Elliott, E. S. (1983). Achievement Motivation. Dans P. Mussen (dir.): *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality, and Social Development* (vol. 4). New York: John Wiley, 643-692.

Gagné, E. D, Yekovich, C. W. & Yekovich, F. R. (1993). *The Cognitive Psychology of School Learning.* New York: Harper Collins.

Giordan, A. & Vecchi, G. (1987). *Les origines du savoir: des conceptions des apprenants aux concepts scientifiques.* Paris: Delachaux et Niestlé.

Glover, J. A., Ronning, R. R. & Bruning, R. H. (1990). *Cognitive Psychology for Teachers.* New York: MacMillan.

Goetz, E. T., Alexander, P. A. & Ash, M. J. (1992). *Educational Psychology: A Classroom Perspective.* New York: MacMillan.

Hills, G. (1989). Students «Untutored» Beliefs About Natural Phenomena: Primitive Science or Commonsense? *Science Education, 73*(2), 155-186.

Jones, B. F., Palincsar, A. S., Ogle, D. S. & Carr, E. G. (1987). *Strategic Teaching and Learning: Cognitive Instruction in the Content Areas.* Alexandria: Association for Supervision and Curriculum Development.

Knoll, M. K. (1987). Foreward. Dans B. F. Jones, A. S. Palincsar, D. S. Ogle & E. G. Carr (dir.): *Strategic Teaching and Learning: Cognitive Instruction in the Content Areas.* Alexandria: Association for Supervision and Curriculum Development, VII-VIII.

Kuhn, T. S. (1972). *La structure des révolutions scientifiques.* Paris: Flammarion.

Lave, J. (1988). *Cognition in Practice: Mind, Mathematics, and the Culture in Everyday Life.* Cambridge: Cambridge University Press.

Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation.* Cambridge: Cambridge University Press.

Lesgold, A. & Glaser, R. (1989). *Foundations for a Psychology of Education.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Lidz, C. S. (1987). *Dynamic Assessment: An Interactional Approach to Evaluating Learning Potential.* New York: Guilford Press.

Linn, R. L., Baker, E. L. & Dunbar, S. B. (1991). Complex, Performance-Based Assessment: Expectations and Validation Criteria. *Educational Researcher, 20*(8), 15-24.

Marzano, R. J. (1992). *A Different Kind of Classroom: Teaching with Dimensions of Learning.* Alexandria: Association for Supervision and Curriculum Development.

Marzano, R. J., Brandt, R. S., Hughes, C. S., Jones, B. F., Presseisen, B. Z., Rankin, S. C. & Suhor, C. (1988). *Dimensions of Thinking: A Framework for Curriculum and Instruction.* Alexandria: Association for Supervision and Curriculum Development.

Meyer, B. J. F. (1975). *The Organization of Prose and its Effects on Memory.* Amsterdam: North-Holland.

Meyer, B. J. F. (1985). Prose Analysis: Purposes, Procedures, and Problems. Dans B. Britton et J. Black (dir.): *Understanding Expository Text.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 11-65.

Meyer, B. J. F. (1987). Following the Author's Top-level Organization: An Important Skill for Reading Comprehension. Dans R. Tierney, P. Andres et J. Mitchell (dir.): *Understanding Readers' Understanding.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 59-77.

Meyer, B. J. F. & Rice, G. E. (1984). The Structure of Text. Dans P. D. Pearson (dir.): *Handbook of Reading Research.* New York: Longman, 316-342.

Meyer, B. J. F., Brandt, D. M. & Bluth, G. J. (1980). Use of Top-level Structure in Text: Key for Reading Comprehension of Ninth-grade Students. *Reading Research Quarterly, 16,* 72-103.

Meyer, C. A. (1992). What's the Difference Between Authentic and Performance Assessment? *Educational Leadership, 49*(8), 39.

Miller, G. A. (1956). The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on Our Capacity for Processing Information. *Psychological Review, 63,* 81-97.

Moffet, J. D. (1993). *Effet d'un modèle d'enseignement et d'aide à l'écriture sur le transfert de l'habileté d'écrire au collégial.* Faculté des études supérieures, Université de Montréal: thèse de doctorat inédite.

Palincsar, A. S. & Brown, A. L. (1984). Reciprocal Teaching of Comprehension-Fostering and Monitoring Activities. *Cognition and Instruction, 1,* 117-175.

Pearson, P. D. (1984). Direct Explicit Teaching of Reading Comprehension. Dans G. G. Duffy, L. R. Roehler et J. Mason (dir.): *Comprehension Instruction: Perspectives and Suggestions.* New York: Longman, 222-233.

Pellegrino, J. W. (1992). Understanding What We Measure and Measuring What We Understand. Dans B. R. Gifford et M. C. O'Connor (dir.): *Changing Assessments: Altenative Views of Aptitude, Achievement and Instruction.* Boston: Kluwer Academic Publishers, 275-301.

Pope, M. (1982). Personal Construction of Formal Knowledge. *Interchange, 13*(4), 3-14.

Resnick, L. B. & Resnick, D. L. (1992). Assessing the Thinking Curriculum: New Tools for Educational Reform. Dans B. R. Gifford et M. C. O'Connor (dir.): *Changing Assessments: Altenative Views of Aptitude, Achievement and Instruction.* Boston: Kluwer Academic Publishers, 37-77

Saint-Laurent, L., Giasson, J., Simard, C., Dionne, J. J., Royer, E. & leurs collaborateurs (1995). *Programme d'intervention auprès des élèves à risque. Une nouvelle option éducative.* Montréal: Gaëtan Morin.

Scardamalia, M. & Bereiter, C. (1986). Research on Writing Composition. Dans M. C. Wittrock (dir.): *Handbook of Research on Teaching.* New York: Macmilan, 778-803.

Seligman, M. E. P. (1991). *Learned Optimism.* New York: Alfred Knopf.

Stipek, D. J. (1981). Children's Perceptions of their Own and their Classmates'Ability. *Journal of Educational Psychology, 73,* 404-410.

Stipek, D. J. (1984). The Development of Achievement Motivation. Dans R. Ames et C. Ames (dir.): *Research on Motivation in Education: Student Motivation* (vol.1). New York: Academic Press, 145-175.

Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive.* Montréal: Les Éditions Logiques.

Tardif, J. (1994). L'évaluation du savoir-lire: une question de compétence plutôt que de performance. Dans J.-Y. Boyer, J.-P. Dionne et P. Raymond (dir.): *Évaluer le savoir-lire.* Montréal: Les Éditions Logiques.

Thorndike, E. L. (1932). *The Fundamentals of Learning.* New York: Teachers College.

Viau, R. (1994). *La motivation en contexte scolaire*. Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique.

von Glaserfeld, E. (1994). Pourquoi le constructivisme doit-il être radical? *Revue des sciences de l'éducation*, *XX*(1), 21-27.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Havard University Press.

Weiner, B. (1984). Principles for a Theory of Student Motivation and their Application Within an Attributional Framework. Dans R. E. Ames et C. Ames (dir.): *Research on Motivation in Education: Student Motivation* (vol. 1). New York: Academic Press, 15-38.

Weiner, B. (1992). *Human Motivation*. Newbury Park: Sage.

Wertheimer, M. (1959). *Productive Thinking*. New York: Harper and Row.

Wiggins, G. (1992). Creating Tests Worth Taking. *Educational Leadership*, *49*(8), 26-34.

Revue Québécoise de psychologie, vol 16, n°2, 1995

# LA MOTIVATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES: INFLUENCE DE L'ÉVALUATION COGNITIVE DU CONTEXTE SOCIAL ET RÉPERCUSSIONS SUR L'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE[1]

Frédéric GUAY
*Département de psychologie*
*Université du Québec à Montréal*

Robert J. VALLERAND
*Département de psychologie*
*Université du Québce à Montréal*

Gaëtan F. LOSIER
*Département de psychologie*
*Université de Moncton*

***Résumé***

*Quels facteurs exercent une influence sur la motivation des personnes âgées et quelles répercussions cette motivation comporte-t-elle sur leur adaptation psychologique? Le présent article cherche à répondre à ces questions par un survol des recherches réalisées par les membres du Laboratoire de recherche sur le comportement social du Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal au sujet des déterminants de la motivation des aînés et des conséquences de celle-ci sur leur adaptation psychologique. Les travaux présentés démontrent, dans l'ensemble, que l'évaluation cognitive du contexte social faite par les personnes âgées exerce une influence sur leur sentiment d'autodétermination (expérience de choix) et qu'en retour, ce sentiment produit un effet bénéfique sur leur motivation. Ces études soulignent également l'importance du rôle de la motivation dans l'adaptation psychologique des personne âgées.*

---

[1] Les recherches rapportées dans le présent article ont été réalisées grâce à des subventions du Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS), du Conseil de Recherche en Sciences humaines du Canada (CRSH) et du fonds de Formation des Chercheurs et l'Aide à la Recherche (FCAR). Nous tenons à remercier le professeur Brian O'Connor, coauteur de la majorité des études issues de ce programme de recherche, ainsi que Pierre Provencher et les nombreux assistants de recherche qui ont participé à la réalisation des études. Les demandes de tirés-à-part ainsi que celles relatives à l'*EMPA* doivent être adressées à Robert J. Vallerand, Laboratoire de Recherche sur le Comportement Social, Université du Québec à Montréal, Succ. Centre-Ville, C.P. 8888, Montréal, Québec, H3C 3P8.

Le vieillissement de la population constitue un phénomène social important. Au Québec, la proportion de personnes âgées a presque doublé au cours des dernières 30 années, passant de 5.8% à 10.9% de la population totale entre 1961 et 1991. Il semble que cette tendance s'accentuera progressivement et que la proportion la plus forte sera atteinte lors de l'arrivée au troisième âge des générations nées durant la période du *baby-boom.* C'est donc à partir de 2011, jusqu'aux environs de 2031, que la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus atteindra près de 20% de la population. Cette proportion sera l'une des plus élevées au monde (Rapport du groupe d'experts sur le personnes aînées, 1991)

Face à ce phénomène préoccupant, plusieurs chercheurs et praticiens ont pris conscience de l'importance de comprendre les processus psychologiques associés au vieillissement. De fait, bon nombre de travaux ont porté sur les changements cognitifs, la maladie mentale et le deuil (voir Birren & Shaie, 1990). Cependant, peu de chercheurs se sont penchés sur les processus motivationnels des personnes âgées. Même si certains ont démontré que le locus de contrôle (Cicirelli, 1987), le contrôle perçu (Baltes & Baltes, 1986; Monty & Perlmuter, 1987; Rodin, 1986, 1987), les sentiments de compétence (Holahan & Holahan, 1987a, 1987b; Woodward & Wallston, 1987) et la résignation acquise (White & Janson, 1986) sont associés à certaines conséquences psychologiques de ces processus chez les personnes âgées, aucun n'a évalué leur motivation en tant que telle.

Vallerand et O'Connor (1989) ont souligné l'importance d'analyser les processus motivationnels des personnes âgées, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, une telle analyse favorise la compréhension des facteurs sous-jacents aux comportements de ces personnes dans leur vie de tous les jours. Deuxièmement, plusieurs changements sociaux surviennent au cours de la vieillesse (p.ex., la retraite ou l'abandon du domicile pour un foyer d'accueil); conséquemment, l'évaluation cognitive que fait la personne âgée de son contexte social peut l'amener à se sentir incompétente et peu autonome. Selon la théorie de l'évaluation cognitive (Deci & Ryan, 1985), ces deux facteurs sont susceptibles d'agir sur la motivation face à différentes activités. Ainsi, une compréhension des facteurs influençant la motivation des personnes âgées devrait permettre de brosser un portrait plus adéquat des processus psychologiques associés à cette étape de la vie. Troisièmement, la recherche sur les processus motivationnels est en mesure de faciliter la

compréhension des facteurs agissant sur l'adaptation psychologique des personnes âgées. De fait, plusieurs recherches effectuées auprès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes ont démontré que la motivation est liée au bien-être psychologique (Deci & Ryan, 1985). Par conséquent, si les formulations théoriques qui sous-tendent ces recherches sont valides, des résultats similaires devraient être obtenus auprès des personnes âgées. Les recherches présentées dans les pages qui suivent confirment d'ailleurs cette hypothèse.

Le présent article présente les résultats de nos recherches sur la motivation des personnes âgées. Quatre points principaux sont successivement abordés à cette fin: (1) le cadre théorique sous-jacent à ces recherches, c'est-à-dire la théorie de l'autodétermination; (2) l'*Échelle de motivation pour les personnes âgées* (*EMPA*). Validée en français et en anglais, cette échelle permet d'évaluer quatre types de motivation: la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque autodéterminée, la motivation extrinsèque non autodéterminée et l'amotivation, dans six différents domaines de vie; (3) la théorie de l'évaluation cognitive (Deci & Ryan, 1985), qui porte spécifiquement sur l'analyse des déterminants de la motivation; (4) un survol des études réalisées par les membres de notre laboratoire relativement à l'influence de l'évaluation cognitive que fait la personne âgée de son contexte social sur sa motivation, ainsi que les conséquences de cette motivation sur son adaptation psychologique. Certaines perspectives de recherches futures concluent l'article.

## LA MOTIVATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES: DÉFINITIONS, MESURES ET ÉVALUATION COGNITIVE DU CONTEXTE SOCIAL

Les travaux de recherches réalisés par notre laboratoire concernant la motivation des personnes âgées s'appuient sur la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985, 1991). Celle-ci inclut trois sous-théories: celles de l'évaluation cognitive, de l'intégration organismique et des orientations causales. Seules sont abordées ici la théorie de l'intégration organismique et celle de l'évaluation cognitive. La première porte spécifiquement sur les différents types de motivation et leurs conséquences; la seconde traite des déterminants de la motivation.

La première section présente les différents types de motivation et leurs conséquences ainsi que l'instrument de mesure

qui sert à les évaluer chez les personnes âgées. Elle aborde également les déterminants des différents types de motivation.

## Motivation intrinsèque, motivation extrinsèque et amotivation

Selon la théorie de l'intégration organismique, différents types de motivation sous-tendent le comportement humain. Ces motivations tirent leur origine des besoins innés de compétence (besoin de se sentir efficace) et d'autodétermination (besoin d'exercer des choix)[1]. Ainsi, lorsque ces deux besoins sont comblés, le comportement de l'individu repose sur des motivations dites «autodéterminées» (activités faites par choix personnel et par plaisir). Cette théorie propose l'existence de trois catégories de motivation qui varient selon leur niveau d'autodétermination.

Allant respectivement du niveau le plus bas d'autodétermination au plus élevé, ces catégories sont: l'amotivation, la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque (*voir Figure 1*).

*La motivation intrinsèque* (MI) réfère au fait de pratiquer une activité pour le plaisir retiré durant son exercice (Deci, 1975). Les activités intrinsèquement motivantes ne comportent donc pas de contraintes externes. Ainsi, une personne âgée qui participe à des activités sociales (p.ex., jouer aux cartes et aller au cinéma) pour le plaisir qu'elle en retire est intrinsèquement motivée.

En revanche, la motivation extrinsèque (ME) sous-tend une activité non pratiquée pour elle-même, mais pour des raisons externes à celle-ci. Selon la théorie de l'intégration organismique, il existe quatre formes de ME: l'intégration, l'identification, l'introjection et la régulation externe, variant en fonction de leur niveau d'autodétermination (*voir Figure 1*). Ainsi, l'intégration et l'identification représentent des formes dites «autodéterminées» puisqu'elles font appel à une notion de choix chez l'individu. Par ailleurs, l'introjection et la régulation externe sont dites «non déterminées» parce que l'individu se sent contraint d'agir sous l'influence de pressions internes ou externes. Dans le cadre du

---

1 Deci & Ryan (1991) ont également proposé un troisième besoin inné: celui d'appartenance sociale (*relatedness*), qui se définit comme le besoin de se sentir accepté et d'entretenir des liens satisfaisants avec les autres. Ce concept ne sera pas discuté plus avant puisqu'il a fait l'objet de très peu de recherches empiriques.

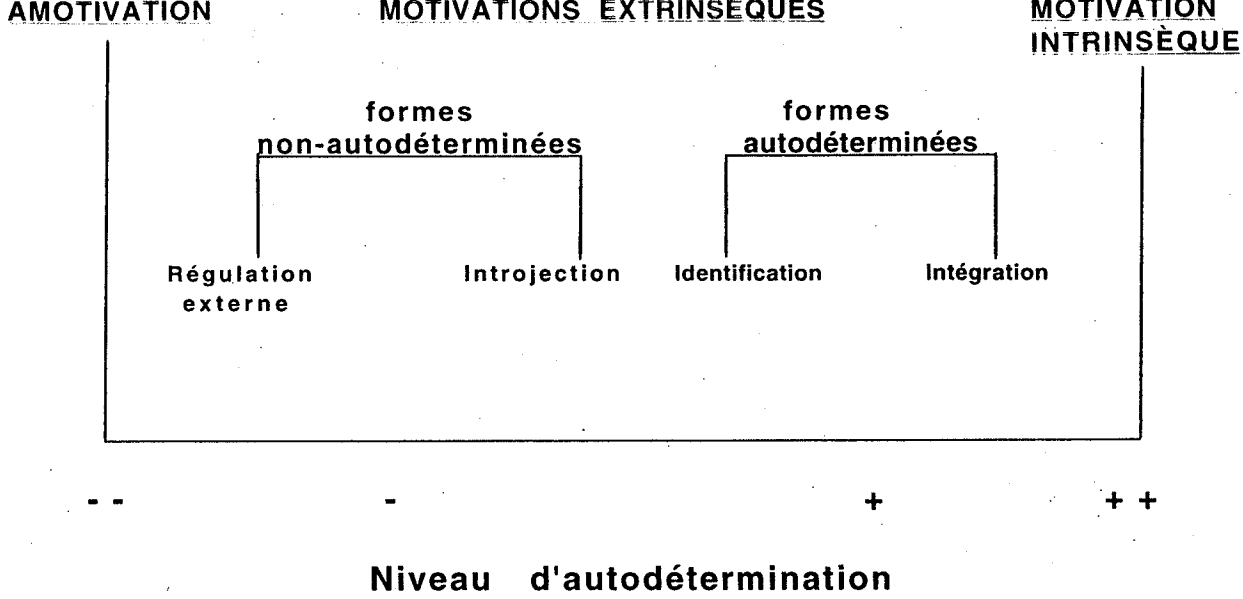



Figure 1 Continuum de l'autodétermination de Deci & Ryan (1985)

présent article, seules sont définies la ME autodéterminée et la ME non autodéterminée, puisque l'ensemble de nos recherches sur les personnes âgées ont été réalisées avec ces deux catégories. L'utilisation de ces catégories nous a permis de mesurer la motivation extrinsèque dans différents domaines de vie, sans pour autant imposer un questionnaire trop long aux personnes âgées. Toutefois, le lecteur soucieux d'obtenir de l'information complémentaire sur ces quatre différents types de ME peut se référer à Deci & Ryan (1985).

*La motivation extrinsèque autodéterminée* implique la notion de choix, et ce, même si l'activité n'est pas faite par plaisir, mais de façon instrumentale. Une personne qui choisit de prendre sa médication tous les jours afin d'être en bonne santé physique fait preuve de ME autodéterminée. Dans cette situation, la motivation est extrinsèque puisque la personne ne fait pas l'activité par plaisir, mais pour en retirer quelque chose de positif (p.ex.,jouir d'une meilleure santé). Cependant, l'activité est autodéterminée parce que la personne sent qu'elle a choisi de la faire pour son bien et parce qu'elle la valorise. La personne ne ressent donc aucune pression à agir ainsi, même si l'activité en soi n'est pas intéressante.

*La motivation extrinsèque non autodéterminée* inclut l'ensemble des raisons externes (récompenses externes, punitions ou pressions sociales) ou pressions internes (sentiment de culpabilité) poussant la personne à agir. Par exemple, une personne âgée peut pratiquer des activités non pas par choix personnel, mais plutôt parce qu'elle sent une pression de la part de ses enfants ou du personnel du centre. Ainsi, elle cherche à éviter certaines conséquences négatives (mécontentement du personnel ou de ses enfants) ou à obtenir des récompenses externes à l'activité ou des gratifications (approbation du personnel du centre d'accueil). En l'occurrence, peu importe le type de contingence (récompense externe ou punition), la personne sent une pression externe qui la pousse à agir. Il est important de noter que la ME non autodéterminée fait également appel à des sources de contrôle internes que s'impose l'individu. Ainsi, une personne âgée qui participe à une activité de loisir pour ne pas se sentir coupable fait preuve de ME non autodéterminée.

La théorie de l'intégration organismique propose l'existence d'une autre forme de motivation caractérisée par une absence relative de motivation intrinsèque et extrinsèque: l'*amotivation*.

Dans un état d'amotivation, l'individu ne perçoit pas les contingences entre ses actions et les résultats. Par exemple, une personne âgée peut participer à des activités de loisirs sans en distinguer clairement les avantages. Elle n'en retire alors aucune récompense, ni intrinsèque ni extrinsèque. Les comportements amotivés sont les moins autodéterminés (*voir Figure 1*), puisque la personne ne perçoit pas de sources internes ou externes à la base de ses actions. (Par conséquent, une telle personne risque de cesser la pratique de l'activité en question).

Selon la théorie de l'intégration organismique, ces quatre types de motivation seraient associés différemment à diverses conséquences psychologiques. En effet, puisqu'ils varient selon leur niveau d'autodétermination et que celle-ci est associée à une meilleure adaptation psychologique (Deci, 1980), la motivation intrinsèque devrait entraîner les conséquences les plus positives (p.ex., estime de soi), suivie de la ME autodéterminée. En revanche, les conséquences les plus négatives (p.ex., dépression) devraient découler de l'amotivation, suivie de la ME non autodéterminée. Ainsi, la direction et l'ampleur des corrélations entre ces types de motivation et diverses conséquences devraient dépendre de la position des motivations sur le continuum d'autodétermination. Plus précisément, les corrélations positives les plus fortes entre les types de motivation et des conséquences telles la concentration et la persistance devraient être obtenues avec la motivation intrinsèque et ensuite, avec la ME autodéterminée. À l'opposé, les corrélations négatives les plus fortes entre les construits motivationnels et de telles conséquences devraient être obtenues avec l'amotivation et ensuite, avec la ME non autodéterminée. Plusieurs recherches réalisées auprès d'adolescents et de jeunes adultes ont confirmé ces prédictions dans différents contextes, dont l'éducation (Fortier, Vallerand & Guay, 1995; Guay & Vallerand, 1994; Ryan & Connell, 1989; Vallerand & Bissonnette, 1992; Vallerand & *al.*, 1993), les relations interpersonnelles (Blais & *al.*, 1990), le sport (Pelletier & *al.*, 1995) et les loisirs (Pelletier & *al.*, 1995).

## L'échelle de motivation pour les personnes âgées (EMPA)

L'*EMPA* permet de mesurer le profil motivationnel des personnes âgées face à six domaines de vie: la santé, la religion, les besoins biologiques, les relations interpersonnelles (famille, amis et enfants), l'information et les loisirs. Ces six domaines ont été

inclus dans l'*EMPA* puisque les résultats d'études exploratoires ont révélé leur très grande importance dans la vie des personnes âgées (voir Vallerand, 1990 ). Chacun des domaines comporte trois questions, une générale et deux spécifiques (*voir Tableau 1*). La question générale sert à évaluer certaines situations ou activités non mentionnées dans les deux questions spécifiques et susceptibles d'être importantes pour le domaine. Par exemple, dans le domaine des loisirs, les deux questions spécifiques portent sur les loisirs personnels et de groupe. Toutefois, les activités physiques ne sont pas mentionnées. Par conséquent, si ce type d'activité est très important pour la personne, elle peut alors y référer dans la question générale.

L'observation du Tableau 1 permet de constater que le terme «pourquoi» est sous-jacent à chacune des questions. Cette formulation est issue de la définition conceptuelle de la motivation qui a trait aux raisons pour lesquelles un individu pratique une activité (Deci & Ryan, 1985). Les énoncés mesurant les quatre types de motivation (MI, ME autodéterminée, ME non autodéterminée et amotivation) constituent donc les raisons pour lesquelles la personne pratique différentes activités reliées aux six domaines. Cette série de quatre énoncés est la même pour toutes les questions (*voir Tableau 1*). Cette formulation standardisée a été élaborée afin de contrôler une partie importante de la variance et d'augmenter la fidélité interne des quatre sous-échelles (MI, ME autodéterminée, ME non autodéterminée et amotivation). En effet, une formulation trop spécifique des items pourrait faire appel à des raisons que l'individu n'a pas en tête et donc diminuer la fidélité interne des sous-échelles. Par exemple, à la question «Pourquoi suivez-vous votre diète?», un énoncé du type «Parce que mes enfants m'y obligent» pourrait diminuer la fidélité interne de la sous-échelle de ME non autodéterminée, si ce n'est pas cette réponse que la personne a en tête, mais plutôt une autre (p.ex., parce que mon médecin m'y oblige), qui reflète également de la ME non autodéterminée.

Les résultats de nos études ont démontré que la stratégie de mesure utilisée a porté fruit. En effet, l'*EMPA* possède des niveaux de validité et de fidélité fort respectables, et ce, tant dans la version française (Vallerand & O'Connor, 1991) qu'anglaise de l'échelle (Vallerand, O'Connor, & Hamel, sous presse). De fait, sur le plan de la validité, ces recherches ont reproduit le continuum d'autodétermination proposé par Deci & Ryan (1991) par le biais d'une structure de corrélations de type simplex entre les quatre sous-échelles. Plus précisément, cette structure simplex a révélé

que les corrélations les plus positives ont été obtenues entre les motivations adjacentes sur le continuum (motivation intrinsèque et ME autodéterminée), alors que les corrélations les plus négatives ont été obtenues entre les motivations aux points extrêmes du continuum (motivation intrinsèque et amotivation) (*voir Figure 1*). Au chapitre de la fidélité, l'*EMPA* possède des niveaux de cohérence interne adéquats et une stabilité temporelle appropriée sur une période d'un mois (Vallerand & O'Connor, 1991; Vallerand, O'Connor, & Hamel, sous presse).

Nous utiliserons ci-après les termes *profil motivationnel autodéterminé,* pour désigner une orientation caractérisée par des niveaux élevés de MI et de ME autodéterminée et des niveaux faibles de ME non autodéterminée et d'amotivation, et *profil motivationnel non autodéterminé,* pour désigner, à l'inverse, une orientation caractérisée par des faibles niveaux de MI et de ME autodéterminée et des niveaux élevés de ME non autodéterminée et d'amotivation. Nous éviterons ainsi une énumération répétitive des quatre types de motivation lorsque cela ne s'avérera pas nécessaire.

## La théorie de l'évaluation cognitive: analyse des déterminants de la motivation

La théorie de l'évaluation cognitive (Deci & Ryan, 1985) propose que l'individu recherche activement à combler, dans son interaction avec l'environnement, ses besoins de compétence et d'autodétermination. Conséquemment, son évaluation cognitive de son contexte social agit sur ses sentiments de compétence et d'autodétermination (expérience de choix dans l'exercice de l'activité) qui, en retour, produisent un effet sur sa motivation. Une personne qui se sent compétente et autodéterminée devrait donc présenter des niveaux élevés de motivation intrinsèque et de ME autodéterminée ainsi que des niveaux plus faibles de ME non autodéterminée et d'amotivation. À l'opposé une personne qui se sent peu compétente et peu autodéterminée devrait démontrer des faibles niveaux de motivation intrinsèque et de ME autodéterminée ainsi que des niveaux plus élevés de ME non autodéterminée et d'amotivation.

Plusieurs recherches ont appuyé ces hypothèses issues de la théorie de l'évaluation cognitive. En effet, il a été démontré que le fait de présenter une rétroaction verbale positive suivant l'exécution d'une tâche (p.ex., «Vous avez bien réussi») augmente les sentiments de compétence auprès de jeunes adultes.

**Tableau 1** **Questions pour les six domaines de l'*EMPA* et items évaluant les quatre types de motivation**

A) Activités reliées à la santé
   1- En général, pourquoi faites-vous les différentes activités reliées à votre santé ?
   2- Pourquoi suivez-vous votre nutrition/diète ?
   3- Pourquoi voyez-vous votre médecin ?

B) Activités reliées aux besoins biologiques
   1- En général, pourquoi faites-vous les différentes activités reliées à vos besoins biologiques?
   2- Pourquoi mangez-vous ?
   3- Pourquoi dormez-vous ?

C) Activités reliées aux relations interpersonnelles
   1- En général, pourquoi avez-vous des relations avec les gens ?
   2- Pourquoi avez-vous des relations avec les membres de votre famille ?
   3- Pourquoi avez-vous des relations avec vos ami(e)s ?

D) Activités reliées à la religion
   1- En général, pourquoi pratiquez-vous votre religion ?
   2- Pourquoi allez-vous à (ou écoutez-vous) la messe ?
   3- Pourquoi priez-vous (en dehors de la messe) ?

E) Activités reliées aux loisirs
   1- En général, pourquoi avez-vous des loisirs ?
   2- Pourquoi avez-vous des loisirs de groupe (avec une autre personne ou plus) ?
   3- Pourquoi avez-vous des loisirs personnels (seul(e)) ?

F) Activités reliées à l'information
   1- En général, pourquoi suivez-vous les nouvelles ?
   2- Pourquoi suivez-vous les nouvelles du monde extérieur ?
   3- Pourquoi suivez-vous les nouvelles locales (de votre centre ou de votre quartier) ?

**Items évaluant les quatre types de motivation:***

1- Pour le plaisir de les faire (intrinsèque);
2- Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien (extrinsèque autodéterminée);
3- Parce que c'est ce que je suis supposé(e) faire (extrinsèque non autodéterminée);
4- Je ne sais pas; je ne vois pas ce que ça peut me donner (amotivation).

* Les items sont répartis sur une échelle de Likert de 1 à 7 allant de «pas du tout» (1) à «exactement» (7).

Ces sentiments agissent ensuite positivement sur la motivation intrinsèque de l'individu (voir Vallerand & Reid, 1984, 1988). De plus, de nombreuses recherches ont démontré qu'un environnement laissant place à l'autodétermination de la personne favorise ses sentiments d'autodétermination (voir Deci & Ryan, 1985). Ainsi, certains facteurs contextuels offrant à la personne la possibilité de faire des choix augmentent les sentiments d'autodétermination. Ces sentiments exercent ensuite une influence positive sur la motivation intrinsèque et la ME autodéterminée, mais négative sur la ME non autodéterminée et l'amotivation (voir Fortier, Vallerand, & Guay, 1995). Il est important de noter que les sentiments d'autodétermination, tout comme ceux de compétence, constituent des médiateurs entre le contexte et la motivation. Conséquemment, les facteurs externes influent sur la motivation d'une personne à condition d'affecter ses sentiments d'autodétermination et de compétence. Les facteurs externes doivent amener la personne à se percevoir comme l'agent instigateur de son comportement pour produire un effet positif sur les sentiments d'autodétermination. Toutes les conditions permettant de croire que c'est l'environnement (c.-à-d., récompenses externes ou pressions) qui pousse la personne à agir entraînent une diminution de ses sentiments d'autodétermination et, en retour, de sa motivation.

Certaines recherches ont démontré que le fait de donner aux personnes âgées l'occasion de faire des choix (Moos, 1981; Monty & Perlmuter, 1987; Wolk & Tellen, 1976), de prendre des responsabilités personnelles (Langer & Rodin, 1976; Rodin & Langer, 1977) et d'exercer un certain contrôle (Haemmerlie & Montgomery, 1987; Schulz, 1976) augmente leurs sentiments d'autodétermination (ou de contrôle) et favorise leur adaptation psychologique. Toutefois, ces études n'ont pas évalué la motivation des personnes âgées. Comme nous le verrons ultérieurement, une analyse de cet aspect devient essentielle afin de mieux comprendre l'impact du contexte social sur l'adaptation psychologique.

En résumé, d'après la théorie de l'évaluation cognitive, l'évaluation que fait la personne de son contexte social influe sur ses sentiments de compétence et d'autodétermination. De plus, ces sentiments exercent une influence positive sur la MI et la ME autodéterminée, mais négative sur la ME non autodéterminée et l'amotivation. Nous verrons ci-dessous que la motivation agit ensuite sur l'adaptation psychologique de la personne.

## RÉSULTATS D'ÉTUDES SUR LA MOTIVATION DES PERSONNES ÂGÉES

### L'évaluation cognitive et la motivation: importance des sentiments d'autodétermination

À ce jour, nos travaux ont été limités à l'étude des sentiments d'autodétermination qui, selon nous, constituent un déterminant important de la motivation des personnes âgées vivant en centres d'accueil. De fait, pour certaines d'entre elles, le fait de vivre en ces milieux est synonyme de restrictions, d'un faible niveau d'intimité et d'une perte d'autonomie. Ces facteurs risquent de diminuer les sentiments d'autodétermination et donc d'avoir une influence négative indirecte sur la motivation.

Vallerand, O'Connor & Blais (1989) ont voulu déterminer le rôle de l'autodétermination offerte dans les centres d'accueil vis-à-vis de l'adaptation psychologique des personnes âgées. Plus précisément, ils ont cherché à savoir si la satisfaction de vie des personnes âgées était associée au niveau d'autodétermination offert par ces centres. À cette fin, ils ont évalué le niveau d'autodétermination offert en examinant les règlements des centres concernant: (a) le choix des heures de repas par les résidants; (b) le niveau de responsabilité du personnel face aux soins des résidants; (c) la possibilité pour les résidants de décorer leur chambre; (d) la possibilité pour eux d'avoir un petit animal (par ex., poisson rouge, perruche); (e) le niveau d'encouragement du personnel face aux initiatives personnelles des résidants. Suivant cette évaluation, les centres d'accueil ont été classés en deux catégories: niveau élevé ou faible d'autodétermination. Le niveau de satisfaction de vie des personnes vivant dans les deux catégories de centre a ensuite été évalué et comparé à celui des personnes âgées vivant à la maison ou dans des habitations à loyer modique (HLM).

Les résultats de cette étude indiquent que le niveau de satisfaction de vie des personnes vivant dans les centres d'accueil permettant un niveau élevé d'autodétermination n'est pas différent de celui des personnes vivant à la maison ou dans des HLM. Par contre, lorsque les centres d'accueil offrent un faible niveau d'autodétermination, la satisfaction de vie des résidants est plus faible que celle des autres groupes. De plus, les analyses ont révélé que ces résultats ne sont pas attribuables à la santé, au statut socio-économique ou à l'âge des individus. Ainsi, le fait de favoriser

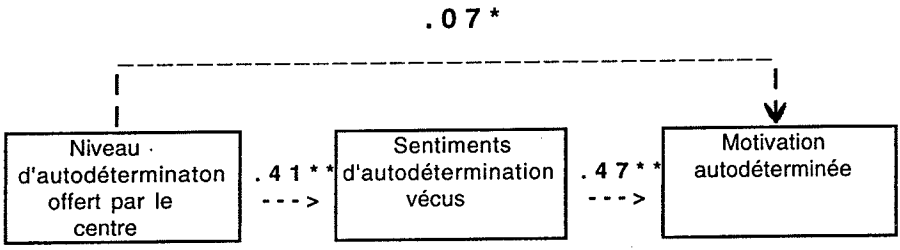
l'autodétermination dans un centre d'accueil peut contribuer à maintenir le niveau de satisfaction de vie des personnes âgées qui y résident. D'où l'importance d'étudier le rôle de l'autodétermination dans ce contexte particulier.

Bien qu'intéressante en soi, l'étude précédente n'a pas évalué l'impact des sentiments d'autodétermination sur la motivation de l'individu. Selon la théorie de l'évaluation cognitive, une personne qui se sent autodéterminée présente des niveaux élevés de MI et de ME autodéterminée, alors que ses niveaux de ME non autodéterminée et d'amotivation sont faibles. Une étude de Vallerand & O'Connor (1991: étude 3) a testé cette hypothèse. Ces auteurs ont demandé à des personnes âgées de répondre à des questions concernant leurs sentiments d'autodétermination et leur motivation. Les résultats de cette étude révèlent que les personnes ayant un sentiment élevé d'autodétermination présentent des niveaux plus élevés de MI et de ME autodéterminée, mais des niveaux plus faibles de ME non autodéterminée et d'amotivation comparativement aux personnes ayant un faible sentiment d'autodétermination.

D'autres études ont démontré que le locus de contrôle désiré (p.ex.,«Est-il important pour vous de décider de vos agissements?») est lié positivement à la MI et à la ME autodéterminée (Vallerand & O'Connor, 1989; Vallerand, O'Connor, & Hamel, sous presse), alors que les contraintes résidentielles sont associées positivement à l'amotivation et à la ME non autodéterminée (Vallerand & O'Connor, 1989). Ces résultats corroborent donc la théorie de l'évaluation cognitive, puisqu'ils révèlent que la possibilité d'exercer des choix est associée positivement à la MI et la ME autodéterminée, alors que les contraintes sont associées négativement à ces motivations.

La motivation des personnes âgées varie, nous l'avons vu, en fonction de leurs sentiments d'autodétermination. Cependant, ces perceptions servent-elles d'intermédiaires entre le contexte social et la motivation, comme le propose la théorie de l'évaluation cognitive? Plus précisément, l'impact de l'environnement sur la motivation de la personne âgée se produit-il par l'entremise de son évaluation cognitive du contexte social (à savoir s'il soutient ou non ses sentiments d'autodétermination)? Afin de répondre à cette question, O'Connor & Vallerand (1994a) ont réalisé une étude où ils évaluaient objectivement le niveau d'autodétermination offert dans les centres d'accueil. Cette évaluation repose sur l'analyse des règlements du centre et est similaire à la procédure utilisée dans

l'étude de Vallerand, O'Connor & Blais (1989) décrite précédemment. En plus, les chercheurs ont mesuré les sentiments d'autodétermination des personnes âgées ainsi que leur motivation. Les résultats d'une analyse acheminatoire (*path analysis*) ont révélé que le niveau d'autodétermination offert dans les résidences agit positivement sur les sentiments d'autodétermination qui, à leur tour, ont un impact positif sur la motivation autodéterminée des personnes âgées. Toutefois, aucune influence significative directe du niveau d'autodétermination offert dans les résidences sur la motivation autodéterminée n'a été observée (Figure 2). Ces résultats indiquent que les sentiments d'autodétermination agissent à titre d'intermédiaires entre le contexte social et la motivation, tel que le propose la théorie de l'évaluation cognitive.




Note ** Indique que $p < .001$
* Indique que $p > .05$

**Figure 2 Analyse acheminatoire entre le niveau d'autodétermination offert dans le centre, les sentiments d'autodétermination et la motivation autodéterminée. (adapté de O'Connor & Vallerand, 1994a)**

Dans l'ensemble, les recherches décrites précédemment appuient la séquence proposée par la théorie de l'évaluation cognitive: *contexte social--> (évaluation cognitive du contexte social) sentiments d'autodétermination-->motivation.* Ainsi, les centres d'accueil dont les politiques permettent aux personnes âgées de faire des choix dans leurs différentes activités favorisent leurs sentiments d'autodétermination. De plus, ces sentiments influencent positivement la MI et la ME autodéterminée, mais négativement la ME non autodéterminée et l'amotivation. La prochaine section illustre comment un profil motivationnel autodéterminé peut entraîner des conséquences importantes, notamment en ce qui a trait à l'adaptation psychologique.

## La motivation et l'adaptation psychologique de la personne âgée

Comme nous l'avons vu précédemment, les quatre types de motivation produisent différentes conséquences psychologiques chez les adolescents et les jeunes adultes. Toutefois, il est pertinent de se demander si de tels résultats seraient similaires pour les personnes âgées? Les recherches effectuées par les membres de notre laboratoire indiquent qu'en effet, ces types de motivation ont des répercussions importantes sur l'adaptation psychologique des aînés. Une étude de Vallerand & O'Connor (1989) démontre que la MI et la ME autodéterminée sont associées positivement à l'estime de soi, la satisfaction de vie et le sens donné à la vie, mais négativement à des indices de dépression tels que les rapporte la personne. De plus, la MI et la ME autodéterminée sont associées positivement à des indices de santé générale ainsi qu'au statut psychologique (p.ex., jusqu'à quel point cette personne est mentalement alerte, autonome et psychologiquement stable), tels que les mesurent les travailleurs sociaux chargés des activités de loisir des centres d'accueil, alors que la ME non autodéterminée et l'amotivation sont associées négativement à ces indices *(voir Tableau 2).*

Vallerand, O'Connor et Hamel (sous presse) ont obtenu des résultats similaires à ceux de Vallerand et O'Connor (1989) auprès d'une population anglophone relativement à l'estime de soi, à la satisfaction de vie et à la dépression. Leur étude a démontré que la MI est associée positivement au sentiment de plénitude vécu dans la vie de tous les jours (p.ex., «Je me sens utile et occupé(e)»), alors que l'amotivation est associée négativement à ce sentiment (*voir Tableau 2*).

Il est important de noter que ces deux études reproduisent, dans l'ensemble, le continuum d'autodétermination avec diverses conséquences psychologiques rapportées par la personne. Par exemple, dans l'étude de Vallerand & O'Connor (1989), la MI est plus corrélée positivement à l'estime de soi (.44) que la ME autodéterminée (.39). À l'opposé, l'amotivation est plus corrélée négativement avec l'estime de soi (-.27) que la ME non autodéterminée (-.25). Il en va de même pour la satisfaction de vie, le sens donné à la vie et le sentiment de plénitude (*voir Tableau 2*). Cependant, le continuum ne reçoit qu'un appui modéré lorsque les différents types de motivation sont corrélés avec des indices de santé tels qu'ils sont mesurés par les travailleurs sociaux responsables des activités de loisir (*voir Tableau 2*).

**Tableau 2** **Corrélations entre les quatre types de motivation et différentes variables psychologiques et de santé tirées de différentes études.**

| | AM | MENA | MEAU | MI |
|---|---|---|---|---|
| *Vallerand & O'Connor (1989)* | | | | |
| a) perceptions de l'individu | | | | |
| -Estime de soi* | -.27[b] | -.25[c] | .39[c] | .44[c] |
| -Satisfaction de vie* | -.33[c] | -.14[a] | .16[a] | .19[a] |
| -Sens donné à la vie* | -.45[b] | -.34[b] | .47[c] | .51[c] |
| -Dépression* | .43[c] | .37[c] | -.34 [c] | -.31[c] |
| b) évaluation objective | | | | |
| -Santé générale | -.28[b] | -.41[c] | .35[c] | .38[c] |
| -Statut psychologique | -.12 | -.36[c] | .35[c] | .34[c] |
| *Vallerand, O'Connor, & Hamel (sous presse)* | | | | |
| -Sentiment de plénitude | -.33[a] | .11 | .32 | .43[a] |
| *O'Connor & Vallerand (1990)* (Motivation face à la religion) | | | | |
| -Estime de Soi | -.26[a] | -.29[c] | .26[c] | .30[c] |
| -Satisfaction de vie | -.35[c] | -.17[a] | .18[a] | .25[a] |
| -Sens donné à la vie | -.27[c] | -.28[c] | .22[b] | .31[c] |
| -Dépression | .61[c] | .40[c] | -.36[c] | -.34[c] |

Note: * Indique une corrélation partielle en contrôlant la perception de la personne relativement à son état de santé; AM=amotivation, MENA=motivation extrinsèque non autodéterminée, MEAU=motivation extrinsèque autodéterminée, MI=Motivation intrinsèque. «a» indique $p < .05$; «b» indique $p < .01$; «c» indique $p < .001$.

Plus précisément, l'amotivation se révèle moins corrélée négativement avec la santé générale et le statut psychologique que la ME non autodéterminée. On peut expliquer ces résultats par le fait que les travailleurs sociaux, dans le cadre de cette étude (Vallerand & O'Connor, 1989), observaient les personnes uniquement lors des activités de loisir. Ils n'ont donc pas pu établir un jugement de santé fondé sur l'ensemble des activités quotidiennes de la personne. Ceci aurait eu pour effet de modifier la relation entre la motivation, la santé générale et le statut psychologique.

## La motivation face à un domaine de vie particulier et l'adaptation psychologique

Les recherches mentionnées ci-dessus se sont attardées au profil motivationnel général de la personne âgée et aux conséquences de ce profil sur l'adaptation psychologique. Toutefois, elles n'ont pas analysé le lien entre la motivation face à un domaine de vie particulier et des indices d'adaptation psychologique. Pourtant, une telle analyse est fort intéressante, car elle permet de déterminer la nature des motivations sous-jacentes à des activités spécifiques et leurs répercussions sur des conséquences psychologiques et comportementales. Afin de combler cette lacune, deux études ont porté sur la motivation des personnes âgées face aux activités religieuses et aux loisirs.

Les activités religieuses occupent une place importante dans la vie des aînés. En effet, la plupart d'entre eux ont été amenés à pratiquer la religion catholique très jeune et continuent de le faire. Toutefois, il est pertinent de se demander si la pratique de la religion chez les aînés est associée à une meilleure adaptation psychologique. Haitsma (1986) a démontré qu'une orientation intrinsèque face aux activités religieuses est associée à la satisfaction de vie. O'Connor & Vallerand (1990) ont voulu corroborer ce résultat auprès d'une population québécoise, et vérifier si la ME autodéterminée, la ME non autodéterminée et l'amotivation face à la pratique de la religion sont associées différemment à des indices d'adaptation psychologique. Ils ont donc demandé à des personnes âgées de répondre à la sous-échelle de l'*EMPA* relative aux activités reliées à la pratique de la religion (*voir Tableau 1*) ainsi qu'à divers indices d'adaptation psychologique. Les résultats de cette étude révèlent que la MI et la ME autodéterminée face aux activités religieuses sont associées positivement à la satisfaction de vie, à l'estime de soi et au sens donné à la vie (*meaning in life*), alors que l'amotivation et la ME non autodéterminée sont associées négativement à ces indices. De

plus, l'amotivation et la ME non autodéterminée sont liées positivement à des indices de dépression, alors que la MI et la ME autodéterminée sont associées négativement à de tels indices. Ces résultats reproduisent donc, dans l'ensemble, le continuum d'autodétermination et suggèrent que la participation aux activités religieuses n'assure pas nécessairement une bonne adaptation psychologique. Encore faut-il que la personne participe à ces activités par choix personnel et par plaisir pour en retirer des bénéfices sur le plan psychologique (voir Ryan, Rigby & King, 1993 pour des résultats similaires auprès d'une population de jeunes adultes).

Le domaine des loisirs occupe également une place importante dans la vie des personnes âgées. De fait, une fois retraitées, ces personnes ont généralement plus de temps à accorder à leurs activités de loisir. Selon certains auteurs (p.ex., Atchley, 1976), les interactions sociales inhérentes aux activités de loisir sont à la base d'un vieillissement réussi. Quelques recherches ont d'ailleurs démontré qu'une participation régulière à des activités de loisir est associée à des bénéfices psychologiques chez les aînés (Iso-Ahola, 1980; Tinsley, Colbs, Teaff & Kaufman, 1987). À la lumière de ces faits, Losier, Bourque & Vallerand (1993) ont voulu cerner les processus psychologiques responsables de la participation des personnes âgées à des activités de loisir. S'appuyant sur la théorie de l'autodétermination, ils ont avancé que le contexte social influe sur la motivation à pratiquer des loisirs et que celle-ci détermine en partie la satisfaction envers les loisirs et la participation à des loisirs. De façon plus spécifique, ils ont émis l'hypothèse que les perceptions d'éléments facilitants et de contraintes liés aux activités de loisir exercent une influence sur la motivation. Selon la théorie de l'évaluation cognitive (Deci & Ryan, 1985), les éléments facilitant la pratique des loisirs devraient agir positivement sur la motivation autodéterminée, car l'individu peut alors choisir librement ses activités, alors que les sentiments de contraintes auraient un impact négatif sur la motivation autodéterminée, puisque la personne se sent restreinte dans ses choix. Par la suite, la motivation autodéterminée influerait positivement sur la satisfaction face aux loisirs. En effet, selon la théorie de l'intégration organismique, les formes de motivation autodéterminée entraînent des conséquences positives. En retour, la satisfaction envers les loisirs agirait sur le niveau de participation à des activités de loisir (c.-à-d., fréquence).

La séquence suivante a donc été testée à l'aide d'une analyse acheminatoire: *perceptions d'éléments facilitants/de contraintes --*

*-> motivation ---> satisfaction ---> participation à des loisirs.* Les résultats obtenus confirment l'ensemble des relations postulées. Plus précisément, les perceptions d'éléments facilitants ont influé positivement sur la motivation autodéterminée, alors que les perceptions de contraintes ont exercé une influence négative sur cette dernière. De plus, la motivation autodéterminée a eu un impact positif sur la satisfaction face aux loisirs qui, en retour, a influé positivement sur la participation aux loisirs. Ces résultats démontrent une fois de plus l'impact positif de la possibilité d'exercer des choix sur la motivation, ainsi que le rôle positif d'un profil motivationnel autodéterminé face à une activité. Le personnel des centres d'accueil devrait donc être sensibilisé au fait que l'imposition de contraintes vis-à-vis d'une activité de loisir peut provoquer une perte de motivation autodéterminée, ce qui peut produire en retour une baisse de satisfaction et de participation envers l'activité.

## Interaction entre le profil motivationnel et l'environnement

Les recherches rapportées jusqu'ici indiquent qu'un profil motivationnel autodéterminé est associé positivement à des indices d'adaptation psychologique. Toutefois, se pourrait-il que l'adaptation psychologique de la personne dépende de l'interaction entre son profil motivationnel et les caractéristiques de l'environnement? Selon une telle perspective, une personne dont le profil motivationnel est non autodéterminé serait mieux adaptée psychologiquement dans un milieu qui offre peu d'autodétermination. À l'inverse, celle qui possède un profil motivationnel autodéterminé serait mieux adaptée psychologiquement dans un milieu qui offre un niveau élevé d'autodétermination. Récemment, O'Connor & Vallerand (1994b) ont voulu vérifier ces hypothèses inspirées des modèles relatifs à l'interaction personne/environnement (*person-environment fit*). Selon ces modèles, l'adaptation psychologique est optimale lorsque les caractéristiques de l'environnement vont de pair avec la personnalité de l'individu. De fait, certaines recherches ont démontré que l'opportunité d'exercer des choix est associée positivement à des indices d'adaptation psychologique chez des individus présentant un niveau élevé de fonctionnement et un locus de contrôle interne. Toutefois, tel n'est pas le cas de ceux dont le niveau de fonctionnement est faible et le locus de contrôle est externe (Moos, 1981; Reich & Zautra, 1990; Timko & Moos, 1989; Wolk, 1976).

Afin de tester leurs hypothèses, O'Connor & Vallerand (1994) ont demandé à des personnes âgées vivant en centres d'accueil de répondre à l'*EMPA* ainsi qu'à des échelles d'adaptation psychologique mesurant la dépression, la satisfaction de vie, le sens à la vie (*meaning in life*) et l'estime de soi. De plus, le niveau d'autodétermination offert dans les centres a été évalué par des juges indépendants. Une fois ces données recueillies, deux indices ont été calculés. Le premier intègre les quatre différents types de motivation et mesure le niveau de motivation autodéterminée de la personne (c.-à-d., actions faites par plaisir et par choix). Le deuxième indice englobe les scores des quatre échelles d'adaptation psychologique. L'analyse par régression hiérarchique révèle un effet principal du facteur de motivation autodéterminée. Ce résultat est similaire à ceux des études présentées précédemment et suggère, dans l'ensemble, que les personnes âgées dont le profil motivationnel est autodéterminé jouissent d'une meilleure adaptation psychologique que celles dont le profil motivationnel est non autodéterminé. Toutefois, cette analyse indique également la présence d'un effet d'interaction entre la motivation et les caractéristiques de l'environnement. Cette interaction révèle que les personnes possédant un profil motivationnel autodéterminé jouissent d'une meilleure adaptation psychologique lorsque le centre d'accueil offre un niveau élevé d'autodétermination. Par contre, celles dont le profil motivationnel est non autodéterminé présentent une meilleure adaptation psychologique lorsque le centre offre un faible niveau d'autodétermination.

Ces résultats indiquent qu'un contexte offrant un niveau élevé d'autodétermination n'est pas souhaitable pour toutes les personnes âgées. L'important, c'est que l'environnement soit adapté au profil motivationnel de l'individu. Dans une telle perspective, il convient de ne pas être contrôlant avec des personnes présentant un profil motivationnel non autodéterminé, mais plutôt de leur offrir un niveau moyen d'autodétermination. Ainsi, elles pourront agir dans un environnement allant de pair avec leur personnalité, tout en ayant la chance de prendre des initiatives personnelles de façon progressive.

## DISCUSSION

Le but de cet article consistait à présenter un survol des principaux travaux de recherche réalisés par notre laboratoire. Dans l'ensemble, ces recherches font ressortir plusieurs points importants. Premièrement, un contexte offrant la possibilité de

faire des choix peut produire un impact positif sur les sentiments d'autodétermination. Ainsi, l'évaluation cognitive que fait la personne de son contexte social exerce une influence prépondérante sur ses sentiments d'autodétermination. Par conséquent, les centres d'accueil qui optent pour des politiques permettant aux résidants de faire des choix à propos de leurs activités quotidiennes favorisent les sentiments d'autodétermination de ces derniers. Deuxièmement, ces sentiments peuvent ensuite agir positivement sur la motivation de la personne. Troisièmement, cette motivation entraîne en retour diverses conséquences reliées à l'adaptation psychologique des personnes âgées (p.ex., l'estime de soi, la satisfaction de vie, le sentiment de plénitude, le sens à la vie). Quatrièmement, il est important de noter que la plupart de ces travaux confirment le continuum d'autodétermination. Plus précisément, la MI entraîne les conséquences psychologiques les plus positives, suivie de la ME autodéterminée, alors que l'amotivation mène aux conséquences les plus négatives, suivie de la ME non autodéterminée. Toutefois, même si la motivation produit un effet positif direct sur des indices d'adaptation psychologique, il semble que le profil motivationnel de l'individu interagit avec les caractéristiques de l'environnement. Ainsi, les personnes âgées présentant un profil motivationnel non autodéterminé semblent mieux adaptées psychologiquement dans un environnement qui offre un faible niveau d'autodétermination, et vice-versa pour celles dont le profil motivationnel est autodéterminé. Dans l'ensemble, le cadre théorique proposé par Deci & Ryan (1985) à partir de recherches effectuées auprès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes semble valide pour la population du troisième âge.

Les études réalisées dans le cadre de ce programme de recherche s'avèrent toutefois incomplètes à certains points de vue. Des recherches ultérieures s'imposent donc afin de compléter les travaux entamés. Premièrement, les sentiments d'appartenance sociale, qui constituent, selon Deci & Ryan (1991), un antécédent important de la motivation n'ont pas été évalués. Ces sentiments pourraient avoir un impact sur la motivation des personnes âgées. En effet, le fait de se sentir acceptées et d'entretenir des liens satisfaisants avec la famille ou les amis peut exercer une influence prépondérante sur la motivation. Dans une telle perspective, le soutien social peut s'avérer un déterminant interpersonnel de ce sentiment d'appartenance sociale. En effet, les personnes âgées sont susceptibles de faire face à divers problèmes, tels la mort du conjoint, la maladie chronique et des limitations d'ordre fonctionnel, qui peuvent les amener à avoir besoin d'aide et de soutien. Certaines recherches ont démontré que le soutien social

permet de mieux faire face à certains événements stressants (Krause, 1987) et est associé négativement à la dépression (Krause, Liang & Yatomi, 1989; Russell & Cutrona, 1991). Un environnement qui offre un niveau élevé de soutien social peut donc favoriser les sentiments d'appartenance sociale qui, en retour, produiraient un effet positif sur la motivation de la personne âgée. En d'autres mots, il se pourrait qu'à la suite de certains événements stressants, le soutien social maintienne la motivation de la personne âgée en comblant son besoin d'appartenance sociale devenu plus évident.

Comme nous l'avons vu précédemment, la personne âgée peut avoir besoin d'un soutien social à certaines périodes de sa vie. Néanmoins, elle peut également apporter son appui aux autres et les aider. En effet, la retraite et la diminution des obligations familiales libèrent du temps. Les aînés peuvent alors consacrer plus de temps aux autres. Des travaux récents démontrent que l'aide apportée à autrui par les personnes âgées peut avoir des répercussions positives sur leur estime de soi et leur sentiment d'être liées avec les autres (p.ex., la famille, les amis et la communauté) (Midlarsky & Kahana, 1994). Ainsi, il est possible que l'aide apportée par les personnes âgées, au même titre que celle qu'elles reçoivent, augmente leurs sentiments d'appartenance sociale. Ces sentiments exerceraient par la suite une influence positive sur leur motivation qui, en retour, influerait positivement sur leur santé mentale. Ces hypothèses devraient être testées plus avant dans le cadre de recherches ultérieures.

Deuxièmement, les sentiments de compétence n'ont pas fait, à ce jour, l'objet d'études dans le cadre de notre programme de recherche. Certains travaux démontrent que les sentiments de compétence sont associés négativement au déséquilibre psychologique (Holahan, Holahan & Belk, 1984) et à la dépression (Holahan & Holahan, 1987a, 1987b). Toutefois, ils n'évaluent pas l'incidence de ces sentiments sur la motivation des personnes âgées. Tout comme les sentiments d'appartenance sociale et d'autodétermination, ceux de compétence sont susceptibles d'agir sur la motivation des personnes âgées (Deci & Ryan, 1991). En effet, la diminution des capacités physiques à cet âge peut entraîner un sentiment d'incompétence face à différentes tâches quotidiennes. Un tel sentiment peut ensuite provoquer une diminution de la motivation autodéterminée (voir Vallerand & Reid, 1984, 1988). Des recherches futures devraient donc traiter des facteurs susceptibles d'agir sur les sentiments de compétence ainsi que de l'impact de ces derniers sur la motivation des personnes âgées.

Un troisième constat est que nos recherches sont de nature corrélationnelle, et que les diverses variables ont été mesurées à un seul moment dans le temps. Il nous apparaît difficile d'établir des relations de cause à effet, et ce, même si certaines études ont utilisé des analyses sophistiquées telle l'analyse acheminatoire. Il serait donc intéressant que des recherches futures utilisent une méthodologie longitudinale ou quasi expérimentale (p.ex., Langer & Rodin, 1976) afin d'étudier de façon plus rigoureuse la nature des liens causaux entre les différentes variables.

Quatrièmement, l'ensemble de nos recherches ont été réalisées auprès d'une population de personnes âgées vivant en centres d'accueil. Cette dernière ne constitue qu'environ 10% de la population des aînés (Rapport du groupe d'experts sur les personnes aînées, 1991). Il s'avérerait donc important de vérifier si les résultats obtenus auprès de cette population peuvent être corroborés auprès des personnes vivant à domicile. Ce type de recherche apporterait un appui additionnel au modèle théorique sous-jacent à nos recherches, tout en permettant de proposer certaines pistes d'actions pouvant favoriser le maintien des personnes âgées à domicile.

Les recherches effectuées par notre laboratoire peuvent mener à certaines applications pratiques. Par exemple, il serait possible d'établir des programmes d'intervention reposant sur la coopération entre les chercheurs et les professionnels qui travaillent avec les personnes âgées. Il serait intéressant de sensibiliser ces derniers aux facteurs influençant la motivation des aînés. Ils devraient être informés que le fait de forcer une personne à participer à des activités ne produit pas nécessairement les bénéfices psychologiques escomptés. Ils devraient aussi savoir que le fait de se substituer à la personne pour réaliser des tâches peut avoir des répercussions négatives sur ses sentiments de compétence et d'autodétermination, et conséquemment, sur sa motivation et sa santé mentale. Ils devraient plutôt faire appel à des stratégies non contrôlantes qui encouragent l'individu à participer à diverses activités quotidiennes.

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, un certain nombre de recherches s'imposent afin de compléter les travaux entamés. Nous osons tout de même espérer que le présent article aura suscité l'intérêt des chercheurs et des praticiens pour l'étude de la motivation chez les personnes du troisième âge.

***Abstract***

*What factors influence older people's motivation, and how does this motivation play a part in their psychological adjustment? This article addresses these issues through a survey of the different research studies carried out by the Social Behavior Research Laboratory of the Psychology Department of the Université du Québec à Montréal, studies which focus on older people's motivation factors and the role played by motivation in their psychological adjustment. The findings of these studies generally suggest that older people's cognitive evaluation of their social context affect their feeling of self-determination (expressed in their choices), and that this feeling has a positive influence on their motivation level. These studies also stress the importance of motivation as regards the psychological adjustment of the elderly.*

**Références**

Atchley, R.C. (1976). *The sociology of retirement.* Cambridge, MA: Schenkman.

Baltes, M.M., & Baltes, P.B. (1986). *The psychology of control and aging.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Birren, E.B., & Schaie, K.W. (1990). *Handbook of the psychology of aging (3 Ed.).* San Diego, CA: Academic Press, Inc.

Blais, MR., Sabourin, S., Boucher, C., & Vallerand, R.J. (1990). Toward a motivational model of couple happiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 5,* 1021-1031.

Cicirelli, V.G. (1987). Locus of control and patient role adjustment of the elderly in acute-care hospitals. *Psychology and Aging, 2,* 138-143.

Deci, E.L. (1975). *Intrinsic motivation.* New York: Plenum.

Deci, E.L. (1980). *The psychology of self-determination.* Lexington, MASS: DC Health.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237-288) Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Fortier, M.S., Vallerand, R.J. & Guay, F. (1995). Academic motivation and school performance: Toward a structural model. *Contemporary Educational Psychology, 20, 257-274.*

Guay, F., & Vallerand, R.J. (1994). *Students' motivational orientation and achievement: Toward a process model.* Manuscrit inédit, Université du Québec à Montréal.

Haemmerlie, F.M., & Montgomery, R.L. (1987). Self-perception theory, salience or behavior, and a control-enhancing program for the elderly. *Journal of Social and Clinical Psychology, 5,* 313-329.

Haitsma, K.V. (1986). Intrinsic religious orientation: Implications in the study of religiosity and personal adjustment in the aged. *Journal of Social Psychology, 126,* 685-687.

Holahan, C.K., & Holahan, C.J. (1987a). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology, 42,* 65-68.

Holahan, C.K., & Holahan, C.J. (1987b). Life stress, hassles, and self-efficacy in aging: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology, 17,* 574-592.

Holahan, C.K., Holahan, C.J., & Belk, S.S. (1984). Adjustment in aging: The roles of life stress, hassles, and self-efficacy. *Health Psychology, 3,* 315-328.

Iso-Ahola, S.E. (1980). *Social psychological perspectives on leisure and recreation.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Krause, N. (1987). Life stress, social support, and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging, 2,* 349-356.

Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. *Psychology and Aging, 4,* 88-97.

Langer, E.J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsability for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology, 34,* 191-198.

Losier, G.F., Bourque, P.E., & Vallerand, R.J. (1993). A motivational model of leisure participation in the elderly. *The Journal of Psychology, 127,* 153-170.

Midlarsky, E., & Kahana, E. (1994). *Altruism in later life.* Thousand Oaks, CA: Sage

Monty, R.A., & Perlmuter, L.C. (1987). Choice, control, and motivation in the young and aged. In M.L. Maehr & D.A. Kleiber (Eds.), *Advances in motivation and achievement: Enhancing motivation* (vol. 5) (pp. 99-122). Greenwich, CT: JAI Press.

Moos, R.H. (1981). Environmental choice and control in community care settings for older people. *Journal of Applied Social Psychology, 11,* 23-43.

O'Connor, B.P., & Vallerand, R.J. (1990). Religious motivation in the elderly: A French-Canadian replication and an extension. *The Journal of Social Psychology, 130,* 53-59.

O'Connor, B.P., & Vallerand, R.J. (1994a). The relative effects of actual and experienced autonomy on motivation in nursing home residents. *Canadian Journal on Aging, 13,* 528-538.

O'Connor, B.P., & Vallerand, R.J. (1994b). Motivation, self-determination, and person-environment fit as predictors of psychological adjustment among nursing home residents. *Psychology and Aging, 9,* 189-194.

Pelletier, L.G., Fortier, M.S., Vallerand, R.J., Tuson, K.M., Brière, N.M., & Blais, M.R. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercice Psychology, 17,* 35-53.

Pelletier, L.G., Vallerand, R.J., Green-Demers, I., Brière, N.M., & Blais, M.R. (1995). Loisirs et santé mentale: Les relations entre la motivation pour la pratique des loisirs et le bien-être psychologique. *Revue canadienne des sciences du comportement, 27,* 140-156.

Rapport du groupe d'experts sur les personnes aînées (1991). *Vers un nouvel équilibre des âges.* Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Reich, J.W., & Zautra, A.J. (1990). Dispositional control beliefs and the consequences of control-enhancing intervention. *Journal of Gerontology, 45,* 46-P51.

Rodin, J. (1986). Health, control, and aging. In M.M. Baltes & P.B. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 139-165). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rodin, J. (1987). Personal control through the life course. In R.P. Abeles (Ed.), *Life-span perspectives and social psychology* (pp. 103-119). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rodin, J., & Langer, E.J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology, 35,* 897-902.

Russell, D.W., & Cutrona, C.E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging, 6,* 190-201.

Ryan, R.M., & Connell, J.P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 749-761.

Ryan, R.M., Rigby, S., & King, K. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 586-596.

Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology, 33,* 563-573.

Timko, C., & Moos, R.H. (1989). Choice, control, and adaptation among elderly residents of sheltered care settings. *Journal of Applied Social Psychology, 19,* 636-655.

Tinsley, H.E., Colbs, S.L., Teaff, J.D., & Kaufman, N. (1987). The relationship of age, gender, health and economic status to the psychological benefits older persons report from participation in leisure activities. *Leisure Sciences, 9,* 53-65.

Vallerand, R.J. (1990). *Motivation chez les personnes âgées: Conséquences pour la santé physique et mentale.* Rapport final d'un projet subventionné par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale.

Vallerand, R.J., & Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: A prospective study. *Journal of Personality, 60,* 599-620.

Vallerand, R.J., & O'Connor, B.P. (1989). Motivation in the elderly: A theoretical freamework and some promising findings. *Canadian Psychology, 30,* 538-550.

Vallerand, R.J., & O'Connor, B.P. (1991). Construction et validation de l'échelle de motivation pour les personnes âgées. *Journal International de Psychologie, 26,* 219-240.

Vallerand, R.J., O'Connor, B.P., & Blais, M.R. (1989). Life satisfaction of elderly individuals in regular community housing, in low-cost community housing, and high and low self-determination nursing homes. *International Journal of Aging and Human Development, 28,* 277-283.

Vallerand, R.J., O'Connor, B.P., & Hamel, M. (sous presse). Motivation in elderly individuals: Theory and assessment. *International Journal of Aging and Human Development.*

Vallerand R.J., Pelletier, L.G., Blais, M.R., Brière, N.M., Senécal, C., & Vallières, E.F. (1993). On the assessment of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education: Evidence on the concurrent and construct validity of the academic motivation scale. *Educational and Psychological Measurement, 53,* 159-172.

Vallerand, R.J., & Reid, G. (1984). On the causal effects of perceived competence on intrinsic motivation: A test of cognitive evaluation theory. *Journal of Sport Psychology, 6,* 94-102.

Vallerand, R.J., & Reid, G. (1988). On the relative effects of positive and negative verbal feedback on males' and females' intrinsic motivation. *Canadian Journal of Behavioral Sciences, 20,* 239-250.

White, C.B., & Janson, P. (1986). Helplessness in institutional settings: Adaptation or Iatrogenic disease? In M.M. Baltes & P.B. Baltes (Eds.). *The psychology of control and aging* (pp. 297-313). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wolk, S. (1976). Situational constraint as a moderator of the locus of control-adjustment relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44,* 420-427.

Wolk, S., & Tellen, S. (1976). Psychological and social correlates of life satisfaction as a function of residential constraint. *Journal of Gerontology, 31,* 89-98.

Woodward, N.J., & Wallston, B.S. (1987). Age and health care beliefs: Self-efficacy as a mediator or low desire for control. *Psychology and Aging, 2,* 3-8.