

SONYA JACQUES

**TRADUCTION ET VALIDATION CANADIENNE-FRANÇAISE DU "MILLER
BEHAVIORAL STYLE SCALE" AUPRÈS D'UNE POPULATION SÉROPOSITIVÉ
AU VIH**

**Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître ès psychologie (M.Ps.)**

**FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ LAVAL**

JUIN 1996

© Sonya Jacques, 1996



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

Acquisitions et
services bibliographiques

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-25614-6

Canada

RÉSUMÉ

Ce mémoire vise à traduire en français et valider le "Miller Behavioral Style Scale" (MBSS), un questionnaire qui évalue deux modes d'adaptation aux événements menaçants et incontrôlables, auprès de personnes séropositives au VIH. Dans un premier temps, l'évaluation subjective et empirique du MBSS, permet de confirmer que la version canadienne-française est équivalente à la version originale anglaise. Puis, des études psychométriques portant sur la fidélité et la validité de l'instrument ont été réalisées. Les résultats démontrent que la version française du MBSS possède une excellente fidélité test-retest ainsi qu'un niveau de consistance interne acceptable. La structure factorielle permet de confirmer la présence de deux facteurs distincts constitués des items des deux sous-échelles du MBSS. Quant à la validité convergente et discriminante, les résultats sont peu concluants principalement pour l'échelle de recherche d'information ("monitoring"). En somme, les qualités psychométriques de la version française du MBSS sont équivalentes à celles de la version originale anglaise. Par ailleurs, un lien entre la sous-échelle de recherche d'information ("monitoring") et celle du trait d'anxiété est démontré.

Sonya Jacques
Étudiante à la maîtrise

Janel Gauthier, Ph.D
Directeur de recherche

AVANT PROPOS

J'aimerais d'abord remercier le Dr Janel Gauthier, professeur titulaire à l'école de psychologie, pour son rôle indispensable dans la réalisation de mon mémoire de maîtrise.

J'aimerais également remercier Benoît Laberge, psychologue, pour m'avoir proposer ce projet, et ainsi m'avoir ouvert des portes vers un milieu de travail très enrichissant. La formation clinique que j'ai reçue grâce à son savoir faire et à son humour, est devenu en ce qui me concerne une étape très importante dans mon apprentissage.

Je voudrais remercier particulièrement Josée Savard, psychologue et Hans Ivers qui m'ont aidée et encouragée tout au long de mon projet. Le temps et l'énergie que vous avez consacrés à mon projet m'ont donner une motivation supplémentaire. Sans votre patience et votre grande disponibilité je n'ose imaginer à quelle étape je serais en ce moment.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui travaillent auprès des personnes atteintes du VIH/sida, et qui ont accepté de collaborer au recrutement des participants pour la réalisation de ce mémoire. Merci aux médecins de la Clinique Mont-Carmel, un grand merci au Dr Émil Toma, directeur de l'UHRESS de l'Hôtel Dieu de Montréal, pour sa confiance et son dévouement, un merci tout spéciale à Marie-Claude et Martine, infirmières au CHUL, pour leur dynamisme et leur intérêt envers mon étude.

Je remercie chaleureusement le Dre Suzanne Miller pour son autorisation en ce qui concerne l'utilisation et la traduction du MBSS.

Bien entendu, cette étude n'aurait pu être réalisée sans la participation des personnes atteintes du VIH/sida. Merci à vous tous. Je tiens à remercier une personne, aujourd'hui décédée du sida, et qui a joué un rôle significatif tant au niveau de ma formation auprès de la population atteinte du VIH que dans ma vie personnelle. Merci pout tout GIPL.

TABLE DES MATIÈRES

Page

RÉSUMÉ.....	ii
AVANT PROPOS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ANNEXES.....	vi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	vii
Traduction du MBSS.....	9
Évaluation subjective de la version française du MBSS.....	10
Évaluation empirique de la traduction française du MBSS.....	10
Étude 1: Fidélité test-retest et consistance interne de l'ÉSCM.....	12
Étude 2: Structure factorielle de l'ÉSCM.....	15
Étude 3: Validité convergente et discriminante de l'ÉSCM.....	16
Conclusion.....	21
RÉFÉRENCES.....	23
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Moyennes (et écarts-type) des cotes à l'ÉSCM et au MBSS pour les deux groupes ayant participé à la validation empirique, aux deux temps.....	30
Tableau 2: Coefficients de corrélations entre les versions anglaise (MBSS) et française (ÉSCM) de l'échelle pour les deux groupes.....	31
Tableau 3: Stabilité temporelle (test-retest). Moyennes et écarts-type des cotes obtenues à l'ÉSCM par les participants ayant complété l'ÉSCM à deux reprises aux deux temps de mesure.....	32
Tableau 4: Matrice de corrélations item-total de l'échelle de "monitoring".....	33
Tableau 5: Matrice de corrélations item-total de l'échelle de "blunting".....	35
Tableau 6: Résultats de l'analyse factorielle exploratoire (rotation Promax) à l'ÉSCM	36
Tableau 7: Moyennes et écarts-type obtenus pour chaque facteur du WCQ.....	38
Tableau 8: Coefficient de corrélations entre l'ÉSCM, le trait anxiété (IASTA-Y), et certains facteurs du WCQ.	39

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A: Formulaire de consentement.....	40
ANNEXE B: Échelle de Styles de Comportement de Miller	43
ANNEXE C: Inventaire d'Anxiété de Trait (LASTA-Y).....	48
ANNEXE D: "Ways of Coping".....	50

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Selon le dernier rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1995), le nombre de cas de sida notifiés chez les adultes et les enfants s'élève à 1 169 811 à l'échelle planétaire. Au Québec, on estime que plus de 13 000 personnes sont présentement infectées par le VIH. De ce nombre, 3 335 cas de sida sont rapportés (Centre québécois de coordination sur le sida, mars 1995). Jusqu'à ce jour, il n'existe pas de traitement reconnu pour vaincre le virus du sida et ainsi assurer aux porteurs de l'infection au VIH, une espérance de vie aussi élevée que celle de la population générale.

Ayant peu de contrôle sur le développement de la maladie, les personnes atteintes de l'infection au VIH sont appelées à composer, à travers les différents stades de la maladie, avec diverses menaces tant au niveau de leur santé physique que psychologique. Dans ce contexte, le "coping" c'est à dire la façon de composer avec les événements stressants, occupe un rôle central à l'intérieur du processus de résistance au stress (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985).

Au cours des dernières années une très grande quantité de recherche empiriques ont été réalisées afin de comprendre l'influence qu'exerce les divers styles de gestion sur les manifestations physiologiques et psychologiques, et ce, dans un contexte où l'individu anticipe ou est confronté à une situation menaçante et irréversible (Miller, Brody & Summerton, 1988; Nowack, 1989; Wheaton, 1983, 1985; Parker & Endler, 1992). Néanmoins, très peu d'études se sont intéressées à évaluer ou à vérifier quelles sont les meilleures stratégies de "coping" pour ce type particulier de maladie. Dans le but de s'adapter aux changements et à la souffrance que peut entraîner l'infection au VIH, il est souhaitable que ces individus aient recours à un ensemble de stratégies efficaces pour composer avec la séropositivité au VIH. Toutefois, il n'existe que très peu d'instruments de mesure disponible en langue française pour évaluer les stratégies de gestion utilisées pour composer avec les événements stressants de la vie.

Miller (1980) s'est intéressée au rôle que l'information peut jouer lors de situations menaçantes à caractère incontrôlable. Par la suite, elle a développée le "Miller Behavioral Style Scale" (MBSS) pour évaluer les deux principaux modes

d'adaptation liés à l'information soit le "monitoring" et le "blunting" (Miller, 1987). Cet instrument de mesure présente des qualités psychométriques fort respectables et a été abondamment utilisé dans diverses disciplines médicales et psychologiques telles que l'oncologie, la gynécologie, les maladies chroniques, les maladies chroniques terminales et les expériences traumatiques sévères.

Ainsi, l'importance d'avoir accès à un instrument de mesure valide, en langue française et qui évalue les stratégies de "coping" chez les personnes séropositives au VIH se fait de plus en plus grande, à la fois pour les personnes atteintes du VIH que pour les intervenants qui travaillent auprès de cette clientèle. Cette étude se propose donc principalement de traduire et de valider le MBSS en français auprès d'une population séropositive au VIH.

Titre abrégé: TRADUCTION ET VALIDATION DU MBSS ET VIH

Traduction et validation canadienne française du "Miller Behavioral Style Scale" auprès de la population séropositive au VIH.

**Sonya Jacques, Josée Savard et Benoît Laberge
Unité sida, CHUL et Université Laval, Québec, Canada
Hans Ivers et Janel G. Gauthier
Université Laval, Québec, Canada
Michel G. Bergeron
Unité sida Chul, Québec, Canada
Emil Toma et Paul Veilleux
Unité sida, Hôtel Dieu de Montréal, Québec, Canada**

L'infection au virus d'immunodéficience humaine (VIH), et le sida qui en découle, est une condition médicale sévère qui est associée à différents stressseurs médicaux, psychologiques et sociaux. Par exemple, une personne séropositive au VIH doit vivre avec la possibilité que des infections opportunistes, telle que la pneumonie à Pneumocystis carinii (PPC) ou le sarcome de Kaposi, se développent. La nécessité de changer ses habitudes sexuelles ou encore le risque d'être victime de discrimination dans le milieu de travail sont d'autres exemples de stressseurs possibles. Par conséquent, les personnes vivant avec le VIH doivent avoir recours, et ce, tout au long de l'infection, à des stratégies pour composer avec leur maladie. L'efficacité de chacune des stratégies utilisées déterminera en grande partie à quel point la personne s'adaptera à sa séropositivité au VIH (Blaney, Millon, Morgan, Eisdorfer & Szapocznik, 1990; Namir, Wolcott, Fawzy & Alumbaugh, 1987). Namir et al., (1987), émettent même l'hypothèse que l'utilisation de stratégies de gestion efficaces peut avoir un impact sur l'espérance de vie, le fonctionnement du système immunitaire, les symptômes physiques, l'humeur et le fonctionnement social des personnes vivant avec le VIH/sida.

Les premiers chercheurs et théoriciens à travailler dans le domaine du "coping" croyaient que la façon de composer avec les situations stressantes, constituait un trait ou un style propre à l'individu qui influence le choix des stratégies de gestions utilisées. Cette conceptualisation suggère une stabilité temporelle dans la façon de composer avec les situations stressantes de la vie. Byrne (1961) a été le premier de ces chercheurs à s'intéresser aux styles de gestion dans un contexte de menace et au rôle que l'information pertinente peut jouer dans la façon de répondre à celle-ci. Les deux principaux styles de gestions distingués par Byrne (1964) sont le refoulement et la vigilance. Dans le premier cas, la personne opte pour le déni ou l'évitement cognitif, alors que dans le deuxième, la personne cherche à obtenir de l'information par rapport au stressseur.

Miller (1980, 1981) s'est largement inspirée du modèle de Byrne (1964), axé sur l'utilisation de l'information, dans l'élaboration de son propre modèle théorique. Cependant, elle ajoute que la façon de composer avec les situations menaçantes est non seulement déterminée par le style de gestion ("coping") de l'individu, mais également par des circonstances environnementales telles que la prédictabilité et la contrôlabilité de la situation. Miller (1980, 1981) a identifié

deux styles précis de recherche d'information pouvant se manifester dans un contexte où l'individu doit composer avec un événement menaçant et incontrôlable. Le premier style, la recherche d'information ("monitoring"), se manifeste par un comportement répétitif à recueillir de l'information par rapport à une situation menaçante, par une tendance à générer des pensées intrusives et répétitives et à s'auto-examiner dans le cas d'une maladie physique. Ce, dans le but de diminuer la détresse et l'incertitude liées aux problèmes de santé possible. Par ailleurs, les individus qui utilisent des stratégies d'évitement d'information ("blunting"), le deuxième style identifié par Miller (1980, 1981), préfèrent recevoir peu d'information par rapport à un événement menaçant et incontrôlable, même lorsque celle-ci est disponible. Une tendance à se distraire, à relaxer, à consommer de l'alcool ou des médicaments ou à recourir à des stratégies cognitives telle la réinterprétation lors des situations menaçantes caractérisent ces individus (Shulteis, Peterson & Selby, 1987).

Des recherches ont été menées auprès de diverses populations afin d'évaluer l'impact du style de gestion des individus au niveau physique et psychologique. Certaines de ces études suggèrent que les stratégies d'évitement d'information ("blunting") sont efficaces pour diminuer le niveau d'anxiété et le stress (Steptoe Sutcliffe, Allen & Coombes, 1991), améliorent la fonction immunitaire (Kiegl et al., 1986), augmentent la tolérance à la douleur (Flaherty & Fitzpatrick, 1978; Kaplan, Metzger & Jablonski, 1983) et diminuent l'émergence des effets secondaires lors de traitements telle la chimiothérapie (Gard, Edwards, Harris & McCormack, 1988; Lerman, Miller, Scarborough, Hanjani, Nolte & Smith, 1990).

De plus, la plupart des recherches menées jusqu'à présent démontrent que dans le contexte d'une procédure médicale, les individus adoptant des stratégies de cueillette d'information s'adaptent moins bien que ceux qui préfèrent des stratégies d'évitement d'information. En effet, les résultats de ces études suggèrent que les personnes qui recherchent beaucoup d'information ("high monitors") sont plus anxieuses (Gard et al., 1988; Miller & Mangan, 1983; Muris, van Zuuren, & Vries, 1994; Phipps & Zinn, 1986; van Zuuren, 1993), anticipent davantage les problèmes (Gard et al., 1988; Lerman et al., 1990), rapportent une activation physiologique et subjective plus élevée (Miller & Mangan, 1983; Muris et al., 1994) et préfèrent jouer un rôle passif à l'intérieur du traitement (Miller et al., 1988; Miller, Rodolitz & Stoddard, 1990).

Pour ce qui est des conséquences psychologiques, plusieurs études rapportent que les stratégies de type recherche d'information sont associées à un niveau plus élevé de détresse psychologique (Steptoe et al., 1991), à la dépression (Miller et al., 1988; Muris, van Zuuren, de Jong, de Beurs & Hanewald, 1994), aux désordres psychiatriques (Steptoe & O'Sullivan, 1986) et aux inquiétudes (Davey, Hampton, Farrell & Davidson, 1992; Muris et al., 1994).

Enfin, des recherches récentes suggèrent que ce style de gestion est associé à une tendance à percevoir les situations comme plus menaçantes (Muris & de Jong, 1993, Muris et al., 1994; van Zuuren & Wolf, 1991) à la peur des soins médicaux (Muris & van Zuuren, 1992; Muris, van Zuuren & Vries, 1994) et à la peur de contracter le virus du sida (Muris, van Zuuren & Kindt, 1994).

Bien que des conséquences négatives sont observées de façon consistante en ce qui concerne l'utilisation de stratégies de recherche d'information ("monitoring") lors de situations incontrôlables, certaines études suggèrent toutefois que les personnes qui réussissent le mieux à composer avec la menace, sont celles qui obtiennent la quantité d'information proportionnelle à leur style de gestion. Par exemple, les personnes qui sont de style chercheurs d'information ("high monitor") composent mieux lorsqu'elles reçoivent une plus grande quantité d'information tandis que celles de style recherchant peu d'information ("low monitor") composent mieux avec moins d'information (Gattuso, Litt & Fitzgerald, 1992; Lerman et al., 1990; Miller & Mangan, 1983; Steptoe & O'Sullivan, 1986; Watkins, Weaver & Odegaard, 1986). Plutôt que de considérer ces modes de gestion comme des approches exclusivement bonnes ou mauvaises, ces résultats semblent indiquer l'importance de respecter les tendances naturelles et individuelles de la personnalité à composer avec les situations incontrôlables et menaçantes. D'ailleurs, Miller, Combs et Kruus (1993) soulignent l'importance de déterminer dans quelles circonstances les styles de recherche d'information ("monitoring") et d'évitement d'information ("blunting") s'avèrent adaptatifs ou non pour l'individu.

Seulement deux études ont été menées jusqu'à présent quant à l'influence des styles de recherche d'information sur l'adaptation des personnes séropositives au VIH (Miller, Robinson & Combs, 1991; Miller, Rodoletz, Schroeder, Mangan & Sedlacek, sous presse). L'étude de Miller et al., (1991), réalisée auprès d'un échantillon d'hommes homosexuels, suggère que les personnes séropositives au VIH qui sont de style à rechercher de

l'information ("monitors") sont plus susceptibles de vivre de la solitude et de la dépression, ainsi que de passer davantage de jours au lit que celles qui sont de style à éviter l'information ("blunter"), et ce même si le stade d'infection au VIH est identique. Les résultats de cette étude suggèrent également que les stratégies de gestion utilisées quotidiennement pour faire face à la maladie sont différentes selon que les personnes soient de style à rechercher ("monitors") ou à éviter ("blunters") l'information pertinente. En effet, comparativement aux personnes de style à éviter l'information ("blunters"), ceux qui recherchent de l'information ("monitors") sont plus sujets à adopter des stratégies de résolutions de problèmes inefficaces (Miller et al., 1991). Plus précisément, les chercheurs d'information ("monitors") auraient tendance à supprimer certaines activités sans nécessairement diriger leur attention vers des solutions concrètes aux problèmes engendrés par l'infection au VIH. Néanmoins, aucune différence significative entre les moyennes des cotes obtenues aux échelles du MBSS par la population générale et celles obtenues par les personnes séropositives au VIH n'est observée (Miller et al., 1991). D'autre part, les résultats de Miller et al., (sous presse) démontrent que le style recherche d'information ("monitoring") est associé à un niveau élevé de pensées intrusives chez les personnes séropositives au VIH, et à l'utilisation de stratégies d'évitement (Miller et al., sous presse).

Dans le but d'évaluer les deux principaux styles de gestion utilisés lors de situations menaçantes et incontrôlables, c'est à dire la recherche et l'évitement d'information, Miller (1987) a développé le "Miller Behavioral Style Scale" (MBSS). Cet instrument de type papier-crayon comprend 32 items au total. Ceux-ci sont répartis en quatre situations hypothétiques présentées au répondant: (a) aller chez le dentiste; (b) prendre l'avion lors d'un vol difficile; (c) être menacé(e) de mise à pied; et (d) être pris(e) en otage. Chaque scénario est suivi de huit façons possibles de composer avec la situation. La moitié des stratégies suggérées réfère à la recherche d'information ("monitoring") alors que l'autre moitié réfère à l'évitement d'information ("blunting"). Dans la version originale anglaise du MBSS, le répondant doit indiquer pour chacune des stratégies, si oui ou non elle s'applique à lui. Un point est accordé pour chaque stratégie choisie par le répondant. Ainsi, les cotes varient de 0 à 16 pour chaque échelle. Dans la version allemande, développée par van Zuuren et Wolfs (1991), le répondant évalue à l'aide d'une échelle de type Likert à 5 points, dans quelle mesure chaque item s'applique à lui (1 = "ne s'applique pas du tout", 5 =

"s'applique énormément"). L'étendue des cotes pour cette version est de 16 à 80 pour chacune des deux sous-échelles. Pour obtenir la cote totale, deux méthodes sont acceptées. La première consiste à additionner individuellement les résultats pour chacune des échelles de recherche ("monitoring") (M) et d'évitement ("blunting") (B) d'information, et à soustraire la cote obtenue à l'échelle d'évitement d'information ("blunting") (B) de celle obtenue à l'échelle de recherche d'information ("monitoring") (M). Ainsi, plus la cote est élevée à l'échelle de recherche d'information ("monitoring"), plus elle indique un style chercheur d'information ("monitor"). La deuxième consiste à diviser les deux styles, c'est à dire ceux qui préfèrent recevoir peu d'information ("blunters") de ceux qui préfèrent recevoir beaucoup d'information ("monitors") à partir de la moyenne obtenue à chacune des sous-échelles par l'échantillon total. Les répondants qui obtiennent une cote supérieure à la moyenne à la sous-échelle de recherche d'information ("monitoring") sont considérés ("high monitoring") alors que ceux ayant une cote inférieure à la moyenne sont considérés ("low monitoring").

Bien que certains aspects doivent faire l'objet d'études supplémentaires, celles publiées jusqu'à ce jour suggèrent que le MBSS a de bonnes propriétés psychométriques. Pour ce qui est de la consistance interne, la majorité des études démontrent que la version à 5 points est plus homogène que la version originale dichotomique. En effet, les coefficients alpha obtenus pour la version originale du MBSS, varient de .33 à .79 pour la sous-échelle de recherche d'information ("monitoring") et de .35 à .67 pour la sous-échelle d'évitement d'information ("blunting") alors qu'ils varient de .74 à .80 pour l'échelle de recherche d'information ("monitoring") et de .66 à .76 pour l'échelle d'évitement d'information ("blunting") pour la version à 5 points. Par ailleurs, il semble que la version originale du MBSS ait une excellente stabilité temporelle (fidélité test-retest). En effet, Miller et Mischel (1986) observent des corrélations significatives de .72 et de .75 respectivement pour l'échelle de recherche d'information ("monitoring") et d'évitement d'information ("blunting") lorsque l'instrument est administré à deux moments, séparés par un intervalle de quatre mois. À notre connaissance, aucune étude n'a vérifié la stabilité temporelle de la version à 5 points du MBSS, jusqu'à présent. En somme, il semble que le MBSS soit un instrument fidèle et que l'échelle de recherche d'information ("monitoring") soit plus homogène que l'échelle

d'évitement d'information ("blunting"), particulièrement pour la version dichotomique.

D'autre part, plusieurs études semblent supporter la validité du MBSS. Récemment, une étude a été menée pour étudier la structure factorielle du MBSS. L'analyse factorielle exploratoire réalisée par Muris et Schouten (1994) révèle que les items de la version à 5 points du MBSS se regroupent autour de deux facteurs distincts, qui correspondent aux deux sous-échelles du MBSS. Ces facteurs expliquent 23.9% de la variance totale alors que l'échelle de recherche ("monitoring") et d'évitement ("blunting") d'information expliquent respectivement, 14.4% et 9.5% de la variance. Par ailleurs, la grande majorité des études suggèrent que les construits mesurés par le MBSS sont indépendants (de Boer & van Zuuren, 1989; Miller & Mangan, 1983; Miller et al., 1988, 1989; Miller et al., 1994; Muris et al., 1994; Schumacher, 1990; van Zuuren & Wolfs, 1991). En effet, les coefficients de corrélations observés dans ces études entre les deux sous-échelles varient de -.29 à .27 et n'atteignent pas le seuil de signification statistique.

Par contre, les recherches ne font pas l'unanimité en ce qui concerne la validité prédictive du MBSS. Les résultats de Miller (1987) démontrent que le MBSS est un bon prédicteur des comportements de recherche ou d'évitement d'information chez des personnes qui anticipent une tâche stressante, telle que la menace d'une décharge électrique et une évaluation de la performance lors d'une tâche cognitive. Cependant ces résultats ne sont pas reproduits dans plusieurs études menées par Muris et ses collaborateurs (Muris, van Zuuren, Merckelbach, Stoffels & Kindt, 1994; Muris et al., 1994; van Zuuren & Muris, 1993; van Zuuren & Wolfs, 1991).

Peu d'études portent sur la validité convergente et discriminante du MBSS. Dans l'une de celles-ci, van Zuuren et Wolfs (1991) évaluent la validité convergente et discriminante des deux versions du MBSS à l'aide des facteurs résolution de problème/recherche de support social (RR) et pensée magique/évitement distance (PÉ) du "Ways of Coping Checklist" (WCCL; Folkman & Lazarus, 1984). Une corrélation significative était attendue entre le facteur RR et l'échelle de recherche d'information ("monitoring") ainsi qu'entre le facteur PÉ et l'échelle d'évitement d'information ("blunting"). Cependant, des corrélations significatives de .23 et de .35 sont observées entre le facteur RR et l'échelle de recherche d'information ("monitoring"), respectivement pour la version dichotomique et celle à 5 points du MBSS, mais

non pour l'échelle d'évitement d'information ("blunting"). Le facteur PÉ présente une corrélation de .38 avec l'échelle de recherche d'information ("monitoring") de la version dichotomique et de .33 avec la version à 5 points du MBSS. Par ailleurs, une corrélation significative est observée avec le facteur PÉ et l'échelle d'évitement d'information ("blunting") de la version à 5 points ($r = .36$) mais non pour la version dichotomique ($r = .19$). Tel que prévu, aucune corrélation significative n'est observée entre le facteur RR et l'échelle d'évitement d'information ("blunting").

Une deuxième étude, menée cette fois ci avec le "Threatening Medical Situations Inventory" (TMSI; van Zuuren & Hanewald, 1993) et le "Mainz Coping" (MC; Krohne, 1989) met en évidence des résultats plus concluants quant à la validité convergente et discriminante du MBSS. Des corrélations significatives sont obtenues entre les deux sous-échelles de la version à 5 points du MBSS et les échelles respectives de recherche d'information ("monitoring") et d'évitement d'information ("blunting") du TMSI et du MC, ce qui supporte la validité convergente et discriminante du MBSS. Les coefficients de corrélation obtenus varient entre .47 et .55 pour l'échelle de recherche d'information ("monitoring") et entre .46 et .53 pour l'échelle d'évitement d'information ("blunting"). Pour ce qui est de la validité discriminante, la sous-échelle de recherche d'information ("monitoring") du MBSS ne présente pas de corrélations statistiquement significatives avec les échelles respectives d'évitement d'information ("blunting") du MC ($r = .03$) et du TMSI ($r = -.03$), tandis que la sous-échelle d'évitement d'information ("blunting") du MBSS présente une seule corrélation statistiquement significative ($r = .27$) avec la sous-échelle de recherche d'information ("monitoring") du MC (Muris et al., 1994). De plus, aucune corrélation significative n'est obtenue entre la sous-échelle d'évitement d'information ("blunting") du MBSS et celle de recherche d'information ("monitoring") du TMSI.

Lors de l'élaboration du MBSS, Miller (1987) avait comme souci de bâtir une mesure de l'échelle de recherche d'information ("monitoring") qui serait indépendante du trait d'anxiété. Certains auteurs se sont donc intéressés à vérifier s'il existe une relation entre ces deux construits. Jusqu'à présent, les résultats ne sont pas unanimes. Certaines études suggèrent que ces construits sont indépendants (Davey et al., 1992; Miller & Mangan, 1983; Miller, 1987; Muris & de Jong, 1993; Scumacher, 1991; Steptoe & O'Sullivan, 1986; Steptoe & Vögele, 1992; Steptoe et al., 1991; van Zuuren & Wolf, 1991; van Zuuren, 1993)

tandis que d'autres rapportent une relation statistiquement significative entre eux (Davey, 1993; Muris, van Zuuren, de Jong, de Beurs & Hanewald, 1994; Steketee, Bransfield, Miller & Foa, 1989).

À notre connaissance, aucun questionnaire n'est disponible en français pour évaluer les stratégies de gestion liées à l'utilisation de l'information chez la population séropositive au VIH. Puisque celles-ci jouent un rôle de premier ordre dans la façon dont un individu peut s'adapter (Endler, 1988; Lazarus & Folkman, 1987; Parker & Endler, 1992; Thomae, 1987), il s'avère crucial d'avoir accès à un instrument de mesure fidèle et valide qui évalue ces stratégies auprès de la population atteinte du VIH/sida. Un tel instrument permettra aux intervenants d'identifier le type de stratégie utilisée par leurs patients infectés par le VIH, puis proposer de meilleures stratégies d'adaptation le cas échéant, et ainsi améliorer leur qualité de vie.

Le but principal de cette étude est donc de développer une version canadienne-française du MBSS et de la valider auprès d'une population séropositive au VIH. Dans un premier temps, la traduction est réalisée et fait l'objet d'une évaluation subjective et empirique. Puis, des études sur la fidélité test-retest, la consistance interne, la structure factorielle ainsi que sur la validité convergente et discriminante de l'instrument sont menées pour s'assurer que l'échelle en langue française présente des qualités psychométriques comparables à celles de la version originale anglaise.

Un deuxième but de l'étude est de vérifier la relation entre les stratégies de recherche d'information et le trait d'anxiété chez les personnes séropositives au VIH.

Le dernier but de l'étude est de vérifier quelles sont les stratégies de gestion privilégiées par la population séropositive au VIH, telles qu'évaluées par la version canadienne-française du MBSS.

Traduction du MBSS

Le "Miller Behavioral Style Scale" est traduit en français selon certaines des procédures recommandées par Vallerand (1989) et Haccoun (1987) pour réaliser une validation transculturelle d'un questionnaire qui présente de bonnes qualités psychométriques. La première étape consiste à traduire le questionnaire et à préparer une version préliminaire du MBSS en français. Parmi les techniques proposées pour élaborer cette première version, c'est la méthode de traduction traditionnelle qui est choisie. Un traducteur professionnel traduit donc le MBSS en français tout en tentant de conserver la

clarté, la forme et la simplicité des énoncés du questionnaire en anglais. Par ailleurs, la version ayant une échelle de type Likert à 5 points est retenue pour la traduction en regard des avantages énoncés précédemment au niveau de la consistance interne.

Évaluation subjective de la version française du MBSS

Cette étape a pour objectif d'étudier l'équivalence de la version préliminaire de la traduction française à l'aide d'une approche de type comité. La sélection des membres du comité d'évaluation se fait de façon rigoureuse afin de limiter les biais possibles. Celui-ci comprend quatre psychologues parfaitement bilingues, chercheurs dans le domaine de l'anxiété et détenant de solides connaissances en psychométrie. Leur tâche consiste à comparer, individuellement, chacun des items de la version française préliminaire aux items correspondants de la version originale anglaise en tenant compte du contenu, de la clarté, de la forme et de la signification des énoncés. Chacun des juges indiquent sur une échelle de 1 à 3 s'il juge la traduction "insatisfaisante", "satisfaisante" ou "bonne". Pour les items jugés insatisfaisants, les membres du comité sont encouragés à proposer une formulation alternative. Afin d'avoir une mesure d'entente inter-juges, des moyennes sont calculées de la façon suivante. Chaque traduction jugée "bonne" se voit accorder 100 points alors que 50 points sont accordés aux items jugés "satisfaisants" et qu'aucun point n'est attribué aux énoncés jugés "insatisfaisants". Pour chaque énoncé, la sommation des points obtenus est divisée par quatre, soit le nombre total de juges. La moyenne d'entente inter-juges pour l'ensemble des items de cette première version est de 63.3 %.

Les énoncés qui obtiennent une évaluation "insatisfaisante" ou "satisfaisante" par plus d'un juge sont tous modifiés en tenant compte des propositions des juges. Au total, 25 items sont modifiés. Une deuxième version de la traduction de l'instrument est ensuite soumise aux quatre mêmes juges qui doivent effectuer leur tâche de la même façon. La traduction de 31 des 32 items est jugée "bonne" ou "satisfaisante" par tous les juges. Cette fois-ci, la moyenne d'entente inter-juges pour l'ensemble des items est de 89.8%. Par conséquent, il n'est pas jugé nécessaire d'apporter des modifications supplémentaires à la version canadienne-française du MBSS.

Évaluation empirique de la traduction française du MBSS

L'étape suivante de la traduction consiste en l'évaluation empirique de l'équivalence de la version originale du MBSS et de sa traduction en français.

La procédure choisie (Haccoun, 1987) implique l'administration consécutive des deux versions, séparée par un intervalle de temps fixe, à un seul groupe de participants bilingues et dans un ordre contre-balancé. L'intervalle de temps entre les deux administrations a pour but de diminuer l'effet de rappel.

Méthode

Participants

L'échantillon de cette étude est composé de 28 étudiants inscrits en deuxième et troisième année du programme de traduction de l'Université Laval. Au total, 11 hommes et 17 femmes, dont la moyenne d'âge est de 27.6 ans ($ET = 7.3$), acceptent de participer.

Procédure

Les participants sont répartis aléatoirement dans l'une des deux conditions expérimentales de l'étude. Les participants du groupe 1 ($n = 13$) répondent à la version anglaise au Temps 1, puis à la version française au Temps 2. Dans le groupe 2, ($n = 15$) l'ordre de passation est inversée. Les étudiants répondent aux questionnaires en classe, au début et à la fin d'un cours en traduction. Ainsi, un délai de trois heures s'écoule entre le Temps 1 et le Temps 2.

Résultats et interprétation

Les moyennes des cotes obtenues aux échelles de recherche ("monitoring") et d'évitement d'information ("blunting") pour les deux groupes de participants sont présentées au Tableau 1. Premièrement, une analyse de variance selon un plan factoriel 2 (groupe) X 2 (langue) est menée pour chacune des deux échelles. Pour l'échelle de recherche d'information ("monitoring"), seul un effet groupe significatif est obtenu, $F(1, 26) = 4.32, p < .05$. Ce résultat indique que les participants du groupe 1 présentent des cotes significativement plus élevées à l'échelle de recherche d'information ("monitoring") que les participants du groupe 2. Comme cette différence se manifeste aussi bien au Temps 1 qu'au Temps 2, elle n'indique donc pas un problème au niveau de la traduction mais plutôt à une répartition aléatoire mais non équivalente des participants.

Pour l'échelle d'évitement d'information ("blunting"), aucune différence significative n'est notée. Ainsi, il semble que les participants qui complètent le **MBSS** dans une langue ou l'autre en premier lieu obtiennent une cote pratiquement équivalente lors de la deuxième passation. Deuxièmement, des

coefficients de corrélations sont aussi calculés entre les cotes obtenues aux échelles anglaise et française. Ces résultats sont présentés au Tableau 2. Tous les coefficients de corrélations sont statistiquement significatifs à $p < .0001$ et sont supérieurs à .90. Encore une fois, ces résultats suggèrent que la version française du MBSS est équivalente à la version originale anglaise.

En conclusion, les résultats de la présente étude révèlent que, s'il existe des différences de formulation entre les versions anglaise et française, elles sont minimales. Il est donc possible d'affirmer que les deux versions sont statistiquement équivalentes. La vérification des qualités psychométriques de la version canadienne-française du MBSS, ci-après appelée l'Échelle des Styles de Comportement de Miller (ÉSCM) est alors justifiée.

Étude 1

Fidélité test-retest et consistance interne de l'ÉSCM

Cette seconde étude vise à évaluer la fidélité de l'ÉSCM, ou plus précisément sa stabilité temporelle (test-retest) et sa consistance interne. Les résultats de cette étude seront comparés aux résultats obtenus dans d'autres études ayant utilisé la version originale anglaise.

Méthode

Participants

L'échantillon est composé de 132 personnes séropositives au VIH dont 120 hommes et 12 femmes. Ces participants sont recrutés au sein de l'Unité Hospitalière de Recherche et d'Enseignement des Soins du Sida (UHRESS) du Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et de l'Hôtel Dieu de Montréal (HDM), d'une clinique médicale de la région de Montréal, ainsi que de plusieurs organismes communautaires de la province de Québec qui oeuvrent auprès de la population atteinte du VIH/sida. La moyenne d'âge des participants est de 38.0 ans ($ET = 8.45$). Les participants précisent au moment de remplir les questionnaires leur stade d'infection au VIH selon la classification du CDC (1993). Cinquante-six participants (45.5%) rapportent être au stade asymptomatique (A) 33 (26.8%) au stade symptomatique (B) et 34 (27.6%) autres participants rapportent être au stade sida (C).

Procédure

Toutes les personnes séropositives au VIH recrutées dans les UHRESS, se font expliquer les buts de l'étude et la procédure par le personnel soignant, c'est à dire les infirmières et les médecins. Les autres établissements procèdent de diverses façons. Par exemple, des affiches expliquant la nature de

l'étude sont installées dans certains établissements, de la sollicitation directe lors des rendez-vous avec le médecin traitant est effectuée et des mémo sont distribués par courrier. Toutes les personnes séropositives au VIH qui désirent participer à l'étude doivent préalablement lire et signer le formulaire de consentement. Ensuite, elles complètent individuellement trois questionnaires insérés dans une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée. Ces questionnaires sont: l'Échelle des styles de comportement de Miller (ÉSCM), la version française du "Ways of Coping Questionnaire" (WCQ, Folkman et Lazarus, 1988) traduit par Vézina (manuscrit non publié) et l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété (forme Y) (IASTA-Y), la version française de la forme Y du "State-Trait Anxiety Inventory" (Spielberger, Gorsush et Lushene, 1983) traduit et validé par Gauthier et Bouchard (1993). En échange de sa participation à la recherche, chaque participant reçoit un profil personnalisé décrivant les stratégies qu'il a tendance à adopter lors de situations à caractère incontrôlable. La distribution des profils se fait par l'entremise du personnel soignant impliqué dans le recrutement des participants ou encore par la poste tout en assurant la confidentialité.

Résultats et interprétation

Les personnes séropositives au VIH de cette étude obtiennent une cote moyenne de 53.0 (ET = 10.7) à la sous-échelle de recherche d'information ("monitoring") et un cote moyenne de 35.3 (ET = 7.8) à l'échelle d'évitement d'information ("blunting"). Ces résultats laissent croire que les personnes séropositives au VIH utilisent davantage des stratégies de recherche d'information que d'évitement d'information. Comparativement à d'autres études qui ont utilisées la version à 5 points du MBSS, il apparaît que les participants de cette étude sont davantage du style chercheur d'information ("high monitors") (Muris et al., 1994; van Zuuren & Wolfs, 1991), et ce, même lors d'études réalisées auprès de populations aux prises avec un problème de santé physique.

Consistance interne. Deux méthodes sont utilisées pour évaluer la consistance interne de l'ÉSCM, soit le calcul de l'alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) et le calcul de corrélations item-total. Les coefficients alpha pour l'échelle de recherche ("monitoring") et d'évitement d'information ("blunting") sont respectivement de .78 et .65, et de .73 pour l'échelle globale. Bien que ces indices alpha soient satisfaisants, il semble que l'échelle d'évitement d'information ("blunting") présente une homogénéité moins adéquate. Ces résultats vont

dans le même sens que la majorité des études menées avec la version à 5 points du **MBSS** (e.g. Muris, de Jong, Merckelbach & van Zuuren, 1994; Muris et al., 1994; van Zuuren & Wolf, 1991). Les corrélations item-total pour chacune des sous-échelles de l'**ÉSCM** sont présentées aux Tableaux 3 et 4. L'examen du Tableau 3 révèle que les corrélations item-total obtenues pour l'échelle de recherche d'information ("monitoring") sont généralement bonnes ($r > .30$). En effet, la majorité des items, soit 12 /16, présente une corrélation $> .30$. Par contre, le Tableau 4 montre que plus de la moitié des items de l'échelle d'évitement d'information ("blunting"), c'est à dire 10/16, présentent une faible corrélation avec la cote globale ($r = < .30$). Ainsi, les corrélations item-total confirment une plus faible consistance interne pour l'échelle d'évitement d'information ("blunting") de l'**ÉSCM**.

Il est intéressant de noter que les stratégies correspondants à l'utilisation de psychotropes (items 2 et 29) et à l'abandon des cognitions par le sommeil (items 5 et 14) présentent une corrélation plus faible avec le total. D'ailleurs, ces mêmes items présentent les coefficients alpha les plus faibles de l'ensemble des items de la sous-échelle d'évitement d'information ("blunting").

En conclusion, les résultats de cette étude sont conformes à ceux obtenus avec la version originale anglaise du **MBSS**. En effet, l'échelle de recherche d'information ("monitoring") de l'**ÉSCM** présente une excellente consistance interne. Par contre, l'échelle d'évitement d'information ("blunting") apparaît moins homogène. Cette faiblesse semble attribuable aux items correspondants à des stratégies relatives à la consommation d'alcool et de médicaments, ou encore au sommeil. Telle que définie par Miller (1979), ces stratégies composent des catégories précises à l'intérieur de toutes les stratégies possibles évaluées par l'échelle d'évitement d'information ("blunting").

Fidélité test-retest. Dix-huit participants choisis aléatoirement parmi ceux composant l'échantillon total complètent l'**ÉSCM** à deux reprises. Ce sous-groupe est composé de 17 hommes (94.4%) et d'une femme ayant une moyenne d'âge de 35.9 ans ($ET = 7.03$). La répartition des stades d'infections au VIH est la suivante; 43.8% (A), 31.3% (B), et 25.0% (C). Aucune différence significative n'est trouvée entre ces participants et l'échantillon total au niveau du sexe ($\chi^2 (1) = .25, p = .62$) et du stade d'infection au VIH ($\chi^2 (2) = .15, p = .93$). Le délai entre les deux administrations est en moyenne de 36.9 jours ($ET = 16.3$).

Les moyennes et les écarts-type des cotes obtenues à l'**ÉSCM** au Temps 1 et au Temps 2 sont présentés au Tableau 5. Deux tests t pour échantillons

pairés démontrent que les différences entre les cotes obtenues aux deux temps d'administration ne sont pas significatives, et ce tant pour l'échelle de recherche d'information ("monitoring") ($t(17) = -1.29, p = .22$) que pour celle d'évitement d'information ("blunting") ($t(17) = 0.81, p = .43$). De plus, des coefficients de corrélations significatifs sont observés entre les deux administrations pour l'échelle de recherche ("monitoring") ($r(18) = .63, p < .05$) et d'évitement d'information ("blunting") ($r(18) = .73, p < .001$). Dans l'ensemble, ces données suggèrent que les deux sous-échelles de l'ÉSCM présentent une excellente stabilité temporelle.

Étude 2

Structure factorielle de l'ÉSCM

Cette étude a pour but de vérifier la structure bidimensionnelle de l'ÉSCM par le biais d'une analyse factorielle exploratoire.

Méthode

Participants

Des 132 participants comprenant l'échantillon total, 5 participants sont retirés de l'analyse en raison de questionnaires mal complétés, laissant un échantillon de 127 participants. La taille de l'échantillon est jugée adéquate pour l'analyse factorielle (Arrindell et al., 1991).

Résultats et interprétation

L'extraction des facteurs s'effectue à l'aide de la méthode des facteurs communs en utilisant l'unité comme estimé initial de la communalité. Le nombre de facteurs à retenir pour la rotation des axes est évalué au moyen du test du coude ("scree-break test") de Cattell et Pannel (1968). La rotation des axes est effectuée de façon oblique au moyen de la procédure Promax (SAS Institute, 1991). D'après le critère du test de Cattell ("scree-break test"), il est possible de retenir au moins 2 facteurs pour la rotation des axes. Cependant, pour limiter les risques d'erreur, les solutions factorielles pour les structures de 2 à 4 facteurs sont investiguées.

L'analyse de l'échantillonnage au moyen de la méthode de mesure de la qualité de l'échantillonnage ("measure of sampling adequacy") (MSA) pour l'ensemble de la matrice de corrélation donne un résultat de .60. Après rotation des axes, la solution factorielle composée de deux facteurs permet d'expliquer 22% de la variance totale de l'échantillon tandis que la corrélation obtenue entre les deux facteurs est de .04. Cette solution constitue la structure factorielle la plus simple, la plus facilement interprétable et celle qui correspond de façon la

plus satisfaisante aux critères de Thurstone (1947) concernant la matrice de saturation factorielle. Le premier facteur se compose essentiellement des 16 items faisant partie de l'échelle de recherche d'information ("monitoring") alors que le deuxième facteur est composé principalement des 16 items de l'échelle d'évitement d'information ("blunting"). La saturation des facteurs est supérieure ou égale à .30 pour 27 des 32 items. De plus, aucun item ne présente une saturation élevée sur les deux facteurs. Cependant, les items M1, B1, B3, B7 et B15 présentent une faible saturation ($r < .30$) sur leurs facteurs respectif. Puisque l'ajout d'un troisième ou d'un quatrième facteur permet d'expliquer, respectivement seulement 7% et 6% de variance additionnelle et que plusieurs items présentent une saturation élevée sur plus d'un facteur, cette solution est rejetée.

Dans l'ensemble, les résultats de la présente étude corroborent les travaux déjà publiés sur la structure factorielle de la version à 5 points du MBSS (Muris & Schouten, 1994). En résumé, l'analyse factorielle a permis de confirmer la présence de deux facteurs distincts constitués des items des deux sous-échelles de l'ÉSCM, c'est-à-dire la recherche d'information et l'évitement d'information. Cependant, il semble que la structure factorielle de la sous-échelle de recherche d'information ("monitoring") soit plus homogène. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans l'Étude 2 portant sur la consistance interne. Une fois de plus, l'examen des items qui présentent une faible saturation sur le deuxième facteur, révèle que ceux-ci sont soit des stratégies faisant référence à l'utilisation de substances psychoactives (B1 et B15) ou encore à l'abandon des cognitions par le sommeil (B3 et B7). De plus, ces items sont plus faiblement reliés au construit d'évitement d'information ("blunting").

En conclusion, les résultats de l'Étude 2 permettent de constater que l'ÉSCM possède une structure factorielle comparable à celle de la version originale anglaise.

Étude 3

Validité convergente et discriminante de l'ÉSCM

Cette étude a pour but d'examiner la validité convergente et discriminante de l'ÉSCM en la comparant à des échelles qui évaluent des construits théoriquement reliés ou indépendants de ceux évalués par l'ÉSCM.

Méthode

Participants

L'échantillon total ($N = 131$) est utilisé pour cette étude.

Mesures

Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété - forme Y (IASTA-Y).

L'**IASTA-Y** (Gauthier et Bouchard, 1993) est un test de type papier-crayon qui comprend deux sections. Pour cette étude, seule l'échelle évaluant le trait d'anxiété est utilisée. Cette échelle comprend vingt énoncés qui évaluent la prédisposition d'un individu à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes (Spielberger, 1988). Le trait d'anxiété est défini comme la propension à vivre de l'anxiété par un individu. Il est relativement stable dans le temps, et donc indépendant des situations vécues. La tâche du répondant consiste à indiquer à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 points, variant de 0 ("presque jamais") à 4 ("presque toujours"), comment il se sent en général. L'**IASTA-Y** est un instrument qui possède des propriétés psychométriques adéquates et comparables à celles de la version anglaise (Gauthier & Bouchard, 1993) soit le **STAI-Y** (Spielberger, 1983).

"Ways of Coping Questionnaire" (WCQ).

Construit et validé auprès d'une population non-clinique, le **WCQ** a été traduit en français par Vézina et ses collaborateurs (manuscrit non-publié). Le **WCQ** est un instrument qui comprend 66 items mesurant une vaste étendue de cognitions et de comportements auxquels les personnes peuvent avoir recours pour composer avec un événement stressant. Les participants doivent indiquer à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 points, variant de 0 ("pas du tout") à 4 ("beaucoup"), la fréquence selon laquelle ils estiment avoir recouru aux stratégies proposées, et ce, par rapport à une situation stressante réelle ou fictive choisie préalablement. Dans la présente étude, les auteurs ont pris soin de choisir un événement menaçant et commun à l'ensemble de la population atteinte du VIH/sida, soit l'annonce du diagnostic de la séropositivité au VIH. La structure factorielle réalisée auprès d'un échantillon d'étudiants gradués en psychologie a permis d'identifier 8 facteurs (Folkman & Lazarus, 1985). Les études de consistance interne démontrent des coefficients alpha acceptables pour l'ensemble des 8 facteurs, variant de .61 à .79. Toutefois, aucune étude jusqu'à ce jour, n'a pu reproduire ces mêmes facteurs avec une population clinique (Mischel & Sorenson, 1993; Wineman, Durand & McCulloch, 1994).

Résultats et interprétation

La moyenne obtenue par l'ensemble des participants à l'échelle de trait d'anxiété de l'**IASTA-Y** est de 45.3 (**ET** = 9.1). Les moyennes obtenues pour

chacun des facteurs du WCQ apparaissent au Tableau 7. Les coefficients de corrélations obtenus entre d'une part, les échelles de l'ÉSCM, et d'autre part, les facteurs du WCQ et de l'LASTA-Y sont présentées au Tableau 8. Tel qu'attendu, les coefficients de Pearson révèlent l'existence d'une corrélation significative entre la sous-échelle de recherche d'information ("monitoring") de l'ÉSCM et l'échelle de trait d'anxiété de l'LASTA-Y ($r(130) = .29, p < .001$). Pour sa part, l'échelle d'évitement d'information ("blunting") ne présente aucune corrélation statistiquement significative avec l'échelle de trait d'anxiété de l'LASTA-Y ($r(130) = .06, p = .47$). Des résultats semblables ont déjà été obtenus dans des études antérieures menées avec le MBSS (Davey, 1993; Muris et al., 1994).

Concernant la validité convergente et discriminante de l'échelle de recherche d'information ("monitoring") de l'ÉSCM, il est attendu que celle-ci présente une corrélation significative avec le facteur "recherche de support social" mais non avec les facteurs "évitement" et "distance" du WCQ. Contrairement à ce qui était attendu, aucune corrélation n'est observée entre l'échelle de recherche d'information ("monitoring") et le facteur "recherche de support social" ($r(131) = -.06, p = .50$). Cependant, tel qu'attendu, aucune corrélation significative n'est observée entre l'échelle de recherche d'information ("monitoring") et les facteurs "évitement" et "distance" du WCQ.

Pour ce qui est de la validité convergente et discriminante de l'échelle d'évitement d'information ("blunting"), des corrélations statistiquement significatives sont attendues entre l'échelle d'évitement d'information ("blunting") et les facteurs "distance" et "évitement" du WCQ. Comme prévu, des corrélations positives et significatives sont observées avec le facteur "distance" ($r(131) = .20, p < .05$) et avec le facteur "évitement" ($r(131) = .21, p < .05$). Bien que significatif, ces coefficients sont de faible magnitude. Ces résultats confirment partiellement les hypothèses de cette étude, du moins pour ce qui est de la validité discriminante de l'échelle de recherche d'information ("monitoring") et de la validité convergente de l'échelle d'évitement d'information ("blunting"). Cependant, la validité convergente de l'échelle de recherche d'information ("monitoring") ainsi que la validité discriminante de l'échelle d'évitement d'information ("blunting") ne sont pas démontrées dans cette étude.

Une première explication possible des résultats mitigés de cette étude est que certains items des trois facteurs du WCQ utilisés dans cette étude

n'évaluent pas uniquement des stratégies de recherche d'information ("monitoring") ou d'évitement d'information ("blunting"). Par exemple, l'item 4 du facteur correspondant à la recherche de support social ("J'ai fait part de mes sentiments à quelqu'un"), ne correspond pas à une stratégie de recherche d'information telle que définie par Miller (1980). Le même raisonnement s'applique pour quatre items du facteur "évitement" (11, 40, 47 et 50) ainsi que pour deux items (12 et 15) du facteur "distance". Ainsi, la moitié des items du facteur "évitement" et un tiers des items du facteur "distance" évaluent d'autres types de stratégies que celles évaluées par la sous-échelle d'évitement d'information ("blunting") de l'ÉSCM. Il est donc peu surprenant d'observer des indices de validité convergente et discriminante aussi peu convaincants.

La variabilité de la structure factorielle ainsi que la non-applicabilité de certains items du WCQ, à la population séropositive au VIH, peuvent aussi expliquer les résultats obtenus dans cette étude (Ben-Porah, Waller & Butcher, 1991; Jacobson, 1993; Parker, Endler & Bagby, 1993; Wineman et al., 1994). En effet, Mishel et Sorenson (1993), ont tenté de répliquer la structure factorielle du "Ways of Coping Checklist" (WCCL) observée par Folkman et Lazarus (1980, 1985). Les résultats de leur étude réalisée auprès de femmes atteintes de cancer du système reproducteur suggèrent que les styles de "coping", ainsi que les stratégies sous-jacentes à ces modes diffèrent de façon importante en fonction de la nature de la population étudiée, c'est à dire d'une population clinique versus non-clinique. De plus, les analyses factorielles menées dans cette étude ont produit des structures factorielles très différentes de celles rapportées par Folkman et Lazarus (1985). En effet, celles-ci ont permis d'identifier sept facteurs dont quatre correspondant à la résolution de problème et trois correspondant à la régulation de la détresse émotionnelle. De plus, le regroupement d'items autour des facteurs est sensiblement différent de celui obtenu avec la structure originale à huit facteurs. Les résultats de Mischel et Sorenson (1993) vont dans le même sens que ceux obtenus par d'autres chercheurs qui ont examiné la structure factorielle du WCQ auprès de d'autres populations (Parker et al., 1993; Wineman et al., 1994). D'ailleurs, il est important de mentionner que dans la présente étude, la structure factorielle à huit facteurs telle que démontré par Folkman et Lazarus (1985), n'a pu être répliquée. Ces résultats sont cohérents avec la conclusion de Folkman et Lazarus (1984) selon laquelle une structure factorielle qui émerge d'un

échantillon provenant de la population générale ne doit pas être généralisée aux personnes qui souffrent d'une maladie sévère.

Ben-Porah et al., (1991) se sont intéressés à la fréquence des items non-applicables du WCQ, c'est à dire aux items qui ne peuvent s'appliquer pour certains individus dans certaines situations spécifiques. Par exemple, si une personne apprend sa séropositivité au VIH dans un contexte où elle est hospitalisée et doit demeurer au lit, il est impossible qu'elle ait recours dans ce cas-ci à l'item 66 ("J'ai fait du jogging ou de l'exercice") du WCQ. Par la suite, Ben-Porah et al., (1991) ont étudié les effets que ces items peuvent avoir au niveau des études portant sur le "coping" et qui ont utilisé le WCQ.

Premièrement, les résultats de leur étude démontrent que de 2.1% à 89.3% ($M = 21.5\%$) des items du WCQ étaient inapplicables. Deuxièmement, après correction des items inapplicables lors d'études antérieures, il semble que certains résultats d'études peuvent être sujets à changement. En effet, l'utilisation de certaines stratégies de "coping" aurait pu être sous évaluée tandis que l'inverse s'applique également. Ces résultats mettent en évidence que la validité des items est susceptible de varier à travers différentes situations stressantes. Ainsi, certaines stratégies de gestion peuvent être utilisées pour un type précis de stresser tandis que d'autres stratégies peuvent être utilisées pour un autre type de stresser (Ben-Porah et al., 1991).

Il est également possible que les participants aient répondu au questionnaire en tenant compte de l'ensemble des stratégies auxquelles ils ont recourues depuis l'annonce de la séropositivité au VIH et non celles utilisées dans les semaines suivant l'annonce de la séropositivité au VIH, tout comme le souhaitait les auteurs. Ainsi, les résultats de cette étude seraient peut-être différents si la question inscrite dans les consignes du WCQ avait précisé le nombre de mois auxquels les auteurs faisaient référence (par exemple les trois premier mois suivant l'annonce de la séropositivité au VIH). De plus, la difficulté de se rappeler avec exactitude les stratégies utilisées lors de l'annonce du diagnostic de la séropositivité a été soulignée par quelques participants. En effet, certains en ont fait mention par écrit en complétant les questionnaires. Puisque certains d'entre eux ont été infectés depuis plus de 10 ans, il est compréhensible que ces participants aient eu des problèmes à se remémorer dans quelle mesure ils ont eu recours aux stratégies proposées. Il est possible que cette particularité méthodologique ait influencé les résultats au WCQ.

Une dernière explication plausible des faibles indices de validité convergente et discriminante est que la façon de réagir à un événement unique et peu commun, telle que la séropositivité au VIH, n'est pas nécessairement représentative des stratégies utilisées généralement pour composer avec les situations stressantes de moins grande importance. Des travaux empiriques suggèrent que les stratégies de "coping" varient souvent en fonction des situations (Edwards & Endler, 1989; Endler & Parker, 1989; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). D'ailleurs, Miller (1988) a proposé une approche interactionniste qui tient compte de l'individu (composante trait) et de la situation (composante situation). Compte tenu de la gravité de l'infection au VIH et des conséquences sur l'espérance de vie que sous tend l'annonce de la séropositivité au VIH, il est fort probable que les stratégies de "coping" utilisées pour composer avec cet événement ressemblent peu à celles utilisées dans les scénarios proposés par l'ÉSCM. Malgré leur caractère menaçant et incontrôlable, ces scénarios sont situationnels (aller chez le dentiste; prendre l'avion lors d'un vol difficile; être menacé(e) de mise à pied; être pris(e) en otage), contrairement à l'infection au VIH qui est une maladie chronique. De plus, aucune de ces situations hypothétiques n'entraînent des conséquences aussi lourdes pour l'individu(s) que la séropositivité au VIH, qui est irréversible.

Conclusion

Le but principal de cette étude était de traduire et de valider une version canadienne-française du MBSS. En général, les résultats des différentes études démontrent que les qualités psychométriques de cet instrument sont comparables à celles de la version originale. En effet, les résultats des analyses de consistance interne, de stabilité temporelle (fidélité test-retest) ainsi que les analyses factorielles exploratoires sont tous satisfaisants. Cependant, les résultats de l'étude de validité convergente et discriminante sont moins convaincants, particulièrement en ce qui concerne la validité convergente de l'échelle de recherche d'information ("monitoring") et de la validité discriminante de l'échelle d'évitement d'information ("blunting"). Des recherches devront déterminer dans quelle mesure cette difficulté est attribuable à la nature même du MBSS, dont les scénarios peuvent ne pas se généraliser à l'infection au VIH, ou au WCQ dont la structure factorielle est trop variable d'un échantillon à l'autre, et dont certains items ne correspondent pas vraiment aux construits du MBSS. Ainsi, il serait important que les

chercheurs utilisent dans le futur un instrument de mesure qui évaluent des construits qui se rapprochent davantage de ceux de l'ÉSCM.

En somme, ces résultats suggèrent que l'ÉSCM est équivalente à la version anglaise. Dorénavant, l'ÉSCM pourra être utilisé pour évaluer les stratégies de gestion des personnes atteintes du VIH/sida. Le profil qui pourra être dégagé à l'aide de cet instrument, permettra de mieux orienter les interventions des professionnels qui travaillent auprès de cette population. À partir des résultats obtenus à l'ÉSCM par leurs patients, les intervenants pourront ajuster le niveau d'information transmise en fonction du style de "coping", et ainsi améliorer les conditions physique et psychologique des personnes séropositives au VIH.

RÉFÉRENCES

- Bar-Tal, Y. (1994). Monitoring, Blunting, and the ability to achieve cognitive structure. Anxiety, Stress and Coping, 6, 265-274.
- Ben-Porath, Y.S. Waller, N.G., et Butcher, J.N. (1991). Assesment of coping: An Empirical Illustration of the Problem of Innaplicable Items. Journal of Personality Assesment, 57, 162-176.
- Blaney, N.T., Millon, C., Morgan, R., Eisdorfer, C., et Szapocznik, J. (1990). Emotional distress, stress-related disruption and coping among healthy HIV-positive gay males. Psychology and Health, 4, 259-273.
- Bruehl, S., McCubbin, A., Wilson, J.F., Montgomery, T., Ibarra, P. et Carlson, C.R. (1994). Coping styles, opiod blockade, and cardiovascular response to stress. Journal of Behavioral Medecine, 17, 25-40.
- Byrne, D. (1961). The repression-sensitization scale: rationale, reliability, and validity. Journal of Personality, 29, 334-349.
- Byrne, D. (1964). Repression-Sensitization as a dimension of personnlity. Dans B.A. Maher (Ed.), Progress in experimental Personnlityresearch (Vol.1 pp.169-219). New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. Educatioonnal and Psychological Measurement, 10, 37-46.
- Cohen, F. et Lazarus, R.S. (1973) Active Copingf Processes, Coping Dispositions, and Recovery from Surgery. Psychosomatic Medicine, 35, 375-389.
- Daniels, K., et Guppy, A. (1992). Control, information-seeking preferences, occupational stressors and psychological well-being. Work and Stress, 6, 347-353.

Davey, G.C., Hamton, J., Farrell, J. et Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying and anxiety as separate constructs. Personality and Individual Differences, 13, 133-147.

Davey, G.C. (1993). A comparison of three worry questionnaires. Behavior research and therapy, 31, 51-56.

Efran, J.S., Chorney, R.L., Ascher, M.L., et Luckens, M.D. (1989). Coping Styles, Paradox, and the Cold Pressor Task. Journal of Behavioral Medicine, 12, 91-103.

Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1985). If it changes, it must be a process: Examining the Factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. Psychological Assessment, 5, 361-368.

Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA; Counseling Psychologist Press.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., et Gruen, R.J. (1986). Dynamica of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 992-1003.

Fuller, B.F., et Conner, D. (1990). Selection of vigilant and avoidant coping strategies among repressors, highly anxious and truly low anxious subjects. Psychological Reports, 66, 103-110.

Gattuso, M.S., Litt, M.D., et Fitzgerald, T.E. (1992). Coping with Gastrointestinal Endoscopy: Self-Efficacy Enhancement and Coping Style. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 60, 133-139.

Gard, D., Harris, J., Edwards, P.W. et McCormack, G. (1988). Sensitizing Effects of Pretreatment Measures on Cancer Chemotherapy Nausea and Vomiting. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 56, 80-84.

Haccoun, R.R. (1987). Une nouvelle technologie de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. Revue québécoise de psychologie, 8.

Ivers, H., Bouchard, S., Gauthier, J. et Monfette, M.E. (1994). Identification d'un point de coupure pour l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété (LASTA-Y). Communication présentée au congrès de la SQRP, Montréal, Canada.

Lerman, C., Miller, S.M., Scarborough, R., Hanjani, P., Nolte, S., et Smith, D. (1991). Adverse psychologic consequences of positive cytologic cervical screening. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 165, 658-662.

Miller, S.M. (1979). Coping with impending stress: Psychophysiological and cognitive correlates of choices. Psychophysiology, 16, 572-581.

Miller, S.M. (1987). Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Under Threat. Personality processes and individual differences, 52, 345-353.

Miller, S.M., Brody, D.S., et Summerton, J. (1988). Styles of Coping with Threat: Implications for Health. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 142-148.

Miller, S.M. (1989). Cognitive Informational Styles in the Process of Coping with Threat and Frustration. Advancement of Behavior Research Therapy, 11, 223-234.

Miller, S.M., Leinback, A., et Brody, D.S. (1989). Coping Style in Hypertensive Patients: Nature and Consequences. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 333-337.

Miller, S.M., Combs, C., et Stoddard, E. (1989). Information, coping and control in patients undergoing surgery and stressful medical procedures. Dans Steptoe, A. & Appels. (Eds), Stress personal control and health (pp.107-130). Chichester: Wiley.

Miller, S.M., Combs, C., et Kruus, L. (1993). Tuning In and Tuning Out: Confronting the Effects of Confrontation. Dans Hogrefe & Hubert (Eds.) Attention and avoidance (pp.61-67).

Miller, S.M. (1990). To See Or Not To See: Cognitive Informational Styles in the Coping Process. Dans M. Rosenberg (Ed.), Learned resourcefulness on coping skills, self regulation and adaptative behavior (pp.95-126). New York: Springer.

Miller, S.M. (1992). Individual differences in the coping process: What to know and when to know it. Dans Carpenter (Ed.), Personal Coping: Theory research and application(chapitre 6). New York: Praeger.

Miller, S.M., Rodoletz, M., Schroeder, C., Mangan, C.E. et Sellacek, T.V. (1995). Applications of the Monitoring Process Model to coping with severe long-term medical threats. Health Psychology (sous presse).

Mishel, M.H. et Sorenson, D.S. (1993). Revision of the Ways of Coping Checklist for a clinical population. Western Journal of Nursing Research, 15, 59-76.

Muris, P., et van Zuuren F.J. (1992). Monitoring, medical fears and physical symptoms. British Journal of Clinical Psychology, 31, 360-362.

Muris, P., et de Jong P., (1993). Monitoring and Perception of Threat. Personality and Individual Differences, 4, 467-470.

Muris, P., de Jong P., Merckelbach, H., et van Zuuren, F.J. (1993). Is Exposure Therapy Outcome Affected by a Monitoring Coping Style? Advancement of Behavior Research and Therapy, 15, 291-300.

Muris, P., et van Zuuren F.J. (1993). Preparation for the a Frightening Picture: Effects of an imposed Monitoring and Blunting Strategy in Relation to Habitual Coping Style. Journal of anxiety disorders, 7, 119-127.

Muris, P., van Zuuren F.J., de Jong P.J., de Beurs E., et Hanewald, G. (1994). Monitoring and Blunting coping styles: The Miller Behavioural Style Scale and its correlates, and the development of an alternative questionnaire. Personality and individual differences, 17, 9-19.

Muris, P., van Zuuren, F.J., Merckelbach, H., Stoffels, E.J., et Kindt, M. (1994). Coping with an ego-threat: Monitoring and Blunting during an intelligent test. European Journal of Personality, 8, 213-221.

Muris, P., et Schouten, E. (1994). Monitoring and Blunting: a factor analysis of the Miller Behavioral Style Scale. Personality and individual differences, 17, 285-287.

Muris, P., van Zuuren, F.J. et de Vries, S. (1994). Monitoring, Blunting and situational anxiety: A laboratory study on coping with a quasi-medical stressor. Personality and individual differences, 16, 365-372.

Muris, P., van Zuuren, F.J., et Kindt, M. (1994). Monitoring coping style, fear of AIDS, and attitudes towards AIDS prevention. Social Behavior and Personality, 22, 137-144.

Muris, P., de Jong, P., Merckelbach, H., et van Zuuren, F.J. (1994). Effects of imposed monitoring and blunting strategies on emotional reactivity. Anxiety, Stress and Coping, 7, 53-65.

Muris, P., de Jongh, A., van Zuuren, F.J. et ter Horst, G. (1994). Coping Style, anxiety, cognitions and cognitive control in dental phobia. Personality and Individual Differences, 17, 143-145.

Namir, S., Wolcott, D.L., Fawzy, F.I., et Alumbaugh, M.J. (1987). Coping with AIDS: Psychological and health implications. Journal of Applied Social Psychology, 17, 309-328.

Parker, J.D.A., Endler, N.S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. European Journal of Personality, 6, 321-344.

Parker, J.D.A., Endler, N.S., et Bagby, M. (1993). If it changes, it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways of coping questionnaire. Psychological Assessment, *5*, 361-368.

Phipps, S., et Zinn, A.B. (1986). Psychological Response to amniocentesis: Effects on coping style. American Journal of Medical Genetics, *25*, 143-148.

Krohne, W. H. (1989). The concept of coping modes: relating cognitive person variables to actual coping behavior. Advancement of Behavioral Research Therapy, *11*, 235-248.

Schultheis, K., Peterson, L., et Selby, V. (1987). Preparation for stressful medical procedures and person X treatment interactions. Clinical Psychology Review, *7*, 329-352.

Schumacher, A. (1990). Die "Miller Behavioral Style Scale" (MBSS) - Erste Überprüfung einer deutschen Fassung. Zeitschrift für differentielle und Diagnostische Psychologie, *11*, 1990.

Steketee, G., Bransfield, S., Miller, S.M., et Foa, E.B. (1989). The effect of information and coping on the reduction of phobic anxiety during exposure. Journal of Anxiety Disorders, *3*, 69-85.

Stephoe, A., et O' Sullivan, J. (1986). Monitoring and blunting coping styles in women prior surgery. British Journal of Clinical Psychology, *25*, 143-144.

Stephoe, A. (1989). An abbreviated version of the Miller Behavioral Style Scale. British Journal of Clinical Psychology, *28*, 183-184.

Stephoe, A., Sutcliff, I., Allen, B., et Coombes, C. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. Social and Science Medicine, *32*, 627-632.

Steptoe, A., et Vögele, C. (1992). Individual Differences in the Perception of Bodily Sensations: The Role of Trait Anxiety and Coping Style. Behaviour Research and Therapy, 30.

Umesh, U.N., Peterson, R.A., et Sauber, M.H. (1989). Interjudge agreement and the maximum value of Kappa. Educational and Psychological Measurement, 49, 835-850.

Vallerand, R.J., (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: Implication pour la recherche en langue française. Psychologie canadienne, 30, 662-680.

Vallières, E.F., et Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. International Journal of Psychology, 25, 305-316.

van Zuuren, F.J., et Wolfs, H.M. (1991). Styles of information seeking under threat: Personal and situational aspect of monitoring and blunting. Personality and Individual Differences, 12, 141-149.

van Zuuren, F.J. (1993). Coping style and anxiety during prenatal diagnosis. Journal of reproductive and infant psychology, 11, 57-59.

van Zuuren, F.J., et Muris, P. (1993). Coping under experimental threat: Observable and cognitive correlates of dispositional monitoring and blunting. European Journal of Personality, 7, 245-253.

van Zuuren, F.J. (1994). Cognitive confrontation and avoidance during a naturalistic medical stressor. European Journal of Personality, 8, 371-384.

Watkins, O.L., Weaver, L., et Odegaard, V. (1986). Preparation for cardiac catheterisation: Tailoring the content of instruction to coping style. Heart and Lung, 15, 382-389.

Tableau 1

Moyennes (et écarts-type) des cotes à l'ÉSCM et au MBSS pour les deux groupes ayant participé à la validation empirique, aux deux temps.

Variable	Temps 1	Temps 2
Groupe 1 (n = 13)	Français (ÉSCM)	Anglais (MBSS)
Monitoring	9.5 (3.7)	9.5 (3.9)
Blunting	4.5 (2.8)	4.4 (3.0)
Groupe 2 (n = 15)	Anglais (MBSS)	Français (ÉSCM)
Monitoring	7.1 (2.8)	6.9 (2.6)
Blunting	4.0 (2.9)	3.9 (2.8)

Tableau 2

Coefficients de corrélations entre les versions anglaise (MBSS) et française (ÉSCM) de l'échelle pour les deux groupes.

Temps 2	Temps 1	
	1	2
Groupe 1 (n = 13)		
1. Monitoring	.94****	-
2. Blunting	-	.96****
Groupe 2 (n = 15)		
1. Monitoring	.95****	-
2. Blunting	-	.97****

Note. p <.0001****.

Tableau 3

Stabilité temporelle (test-retest). Moyennes et écarts-type des cotes obtenues à l'ÉSCM par les participants ayant complété l'ÉSCM à deux reprises aux deux temps de mesure.

	Temps 1		Temps 2	
	M	ET	M	ET
Monitoring	54.5	10.3	51.8	10.1
Blunting	36.7	8.3	37.9	9.0

Tableau 4

Matrice de corrélations item-total de l'échelle de "monitoring".

Items de l'ÉSCM	r
1- Je demanderais au dentiste de m'expliquer exactement ce qu'il va faire	.18
4- Je voudrais que le dentiste me prévienne au moment où je ressentirais de la douleur.	.28
6- Je surveillerais les moindres gestes du dentiste et serais en attente du son de sa fraise	.49
7- Je regarderais le jet d'eau venant de ma bouche afin de voir s'il contient du sang.	.43
10- Je resterais sur le qui-vive et j'essaierais d'éviter de m'endormir.	.34
12-S'il y avait une radio je resterais tout près et j'écouterais les bulletins de nouvelles concernant le déroulement des activités policières.	.46
13-Je surveillerais les faits et gestes de mes ravisseurs et je garderais un oeil sur leurs armes	.38
16- Je m'assurerais de connaître l'emplacement de toutes les sorties.	.36
17-Je discuterais avec mes collègues pour voir s'il savent quelque chose au sujet de l'évaluation que mon superviseur a fait de moi.	.26
18-Je reviserais la description des tâches reliées à mon emploi et j'essaierais de voir si je les ai toutes bien remplies	.43
20-J'essaierais de me rappeler des querelles ou des désaccords qui seraient survenus entre moi et mon superviseur et qui auraient affecté négativement son opinion à mon sujet.	.56
23- J'essaierais de penser aux employé(e)s de mon service qui, selon mon superviseur auraient fait le moins bon travail	.29
25- Je lirais attentivement les consignes de sécurité fournies dans l'avion et je m'assurerais de savoir où sont les sorties d'urgence.	.40
28- J'appellerais l'agent(e) de bord et je lui demanderais exactement ce qu'étais le problème.	.38

- 30- Je tendrais l'oreille aux moindres sons suspects en provenance des moteurs et j'observerais attentivement les employés afin de déceler s'ils ont des comportements qui sortent de l'ordinaire. .40
- 31- J'entamerais une conversation avec le passager à côté de moi à propos de ce qui semble ne pas aller. .40

Note. Tous les $r > .18$ sont significatifs à $p < .05$.

Tableau 5

Matrice de corrélations item-total de l'échelle de "blunting".

Items de l'ÉSCM	r
2- Je prendrais un tranquillisant ou un verre d'alcool avant de m'y rendre.	.15
3- J'essaierais de penser à d'agréables souvenirs	.24
5- J'essaierais de dormir.	.07
8- Je résoudrais des énigmes mentales dans ma tête.	.23
9- Je m'isolerais dans un coin et je me laisserais aller au plus grand nombre de rêveries et de fantasmes possibles	.24
11- Je partagerais des anecdotes avec les autres otages.	.33
14- J'essaierais de dormir le plus longtemps possible.	.11
15- Je penserais au bien être que j'aurais une fois rentré(e) à la maison.	.33
19- J'irais au cinéma afin de me changer les idées	.34
21- J'écarterais de mon esprit toute idée de congédiement	.35
22- Je dirais à mon(ma) conjoint(e) que je préfère ne pas discuter de la possibilité d'être mis à pied de mon travail.	.27
24- Je continuerais à travailler comme si rien de spécial n'était arrivé	.39
26- Je discuterais de tout et de rien avec le passager à mes côtés.	.39
27- Je regarderais la fin du film même si je l'ai déjà vu auparavant.	.27
29- Je demanderais à l'agente de bord de m'apporter un verre d'alcool ou un tranquillisant.	.14
32- Je m'installerais confortablement et je lirais un livre ou une revue, ou encore j'écrirais une lettre.	.21

Note. Tous les r > .18 sont significatifs à p < .05

Tableau 6

Résultats de l'analyse factorielle exploratoire (rotation Promax) à l'ÉSCM

	Facteur 1 "monitoring"	Facteur 2 "blunting"	h ² Estimé de communalité finale
M1	.12	.03	.02
M2	.32	-.006	.10
M3	.61	-.24	.42
M4	.58	-.04	.33
M5	.42	-.19	.21
M6	.43	-.19	.31
M7	.55	-.005	.21
M8	.42	.03	.18
M9	.37	.17	.17
M10	.57	.03	.33
M11	.66	-.07	.44
M12	.38	.05	.15
M13	.52	.17	.31
M14	.51	-.1	.27
M15	.54	.19	.32
M16	.50	.05	.26
Eigenvalue	4.19		
Variance%	.13		
B1	.28	.10	.09
B2	-.04	.33	.11
B3	.13	.13	.03
B4	.20	.33	.15
B5	.09	.37	.15
B6	.24	.48	.29
B7	-.06	.23	.05
B8	.04	.47	.22
B9	.02	.48	.24

B10	-.05	.55	.30
B11	.02	.39	.15
B12	-.07	.56	.32
B13	.10	.58	.35
B14	.06	.44	.20
B15	.27	.11	.09
B16	.27	.42	.24
Eigenvalue		2.8	
Variance%		.09	

Note. Toutes les saturations $\geq .30$ sont en caractère gras.

Tableau 7

Moyennes et écarts-type obtenus pour chaque facteur du WCQ.

	<u>M</u>	<u>ET</u>
WCQ "Confrontive Coping"	7.9	3.2
WCQ "Distancing"	8.7	3.1
WCQ "Self-Controlling"	10.5	3.3
WCQ "Seeking Social Support"	6.3	2.9
WCQ "Accepting Responsibilities"	5.9	2.2
WCQ "Escape-Avoidance"	14.4	3.4
WCQ "Planful Problem Solving"	7.1	2.7
WCQ "Positive Reappraisal"	13.0	3.6

Tableau 8

Coefficient de corrélations entre l'ÉSCM, le trait anxiété (IASTA-Y), et certains facteurs du WCQ.

	Monitoring	Blunting
Trait-Anxiété (IASTA-Y)	.29****	.06
Recherche de Support Social-WCQ	-.06	.39****
Évitement-WCQ	.16	.21*
Distance-WCQ	.08	.20*

Note. $p < .05^*$, $p < .0001^{****}$

ANNEXE A: Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet

Validation de la traduction d'un questionnaire: L'échelle des styles de comportements de Miller, auprès d'une population séropositive au VIH.

Investigateurs: Benoît LABERGE, psychologue, Ph.D. et Sonya JACQUES

En signant le présent document je comprends que:

1. Cette étude a pour but de valider un questionnaire: L'Échelle des styles de comportements de MILLER.
2. Ma participation à cette étude se limite à remplir trois différents questionnaires: L'Échelle des styles de comportements de MILLER, et ce à **deux reprises** (une fois aujourd'hui et autre fois **4 semaines plus tard**). La version française du "Ways of coping questionnaire" et le IASTA-Trait. Les deux premiers questionnaires évaluent différentes façons de composer avec les situations incontrôlables de la vie. Le dernier questionnaire évalue mon niveau d'anxiété en général. Le temps requis pour compléter l'ensemble des questionnaires est d'environ 25 minutes.
3. Tous les renseignements obtenus dans le cadre de cette étude, à mon sujet, seront traités de façon strictement **confidentielles** et ne serviront qu'aux fins de la recherche. Tous les documents sont gardés sous clés au CHUL.
4. Je reconnais que je peux me retirer en tout temps de cette étude et ce, sans aucun préjudice envers les soins bio-psycho-sociaux reçus au CHUL.
5. Mlle Sonya Jacques s'engage, suite à la réception de tous les questionnaires.
(1) À bâtir mon profil de comportement face au stress; (2) Me suggérer des conseils judicieux selon ce que nous propose la littérature jusqu'à ce jour. Et ce, seulement si je le désire.

OUT? _____ NON? _____

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participant à l'étude ou pour toute information, vous adresser à M.Benoît Laberge au 654-2788.

3- Archives médicales.

NOM: _____

SIGNATURE: _____

DATE: _____

No Dossier: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet

Validation de la traduction d'un questionnaire: L'échelle des styles de comportements de Miller, auprès d'une population séropositive au VIH.

Investigateurs: Benoît LABERGE, psychologue, Ph.D. et Sonya JACQUES

En signant le présent document je comprends que:

1. Cette étude a pour but de valider un questionnaire: L'Échelle des styles de comportements de MILLER.
2. Ma participation à cette étude se limite à remplir trois questionnaires: L'Échelle des styles de comportements de MILLER, la version française du "Ways of coping questionnaire" et le IASTA-Trait. Les deux premiers questionnaires évaluent différentes façons de composer avec les situations incontrôlables de la vie. Le dernier questionnaire évalue le niveau d'anxiété en général. Le temps requis pour compléter l'ensemble des questionnaires est d'environ 25 minutes.
3. Tous les renseignements obtenus dans le cadre de cette étude, à mon sujet, seront traités de façon strictement **confidentielles** et ne serviront qu'aux fins de la recherche. Tous les documents sont gardés sous clés au CHUL.
4. En aucun cas, à l'intérieur de cette étude on ne me forcera à faire quelque chose contre ma volonté.
5. Mlle Sonya Jacques s'engage, suite à la réception de tous les questionnaires.
(1) À bâtir mon profil de comportement face au stress; (2) Me suggérer des conseils judicieux selon ce que nous propose la littérature jusqu'à ce jour. Et ce, seulement si je le désire.

OUI? _____ NON? _____

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participant à l'étude ou pour toute information, vous adresser à Sonya Jacques au 654-2788.

1- Copie sujet

NOM: _____ SIGNATURE: _____

DATE: _____ ADRESSE: _____

ORGANISME OU HÔPITAL: _____

ANNEXE B: Échelle des Styles de Comportements de Miller (ÉSCM)

Date: _____ SEXE: F M AGE: _____ Sujet #: _____

Pourriez-vous s'il-vous-plaît préciser votre stade d'infection:

- Asymptomatique
 Symptomatique
 Sida

CONSIGNES: Vous trouverez ci-dessous une série de 4 mises en situation qui peuvent générer du stress. Pour chacune de celles-ci, vous trouverez 8 énoncés suggérant une façon de surmonter le stress dans cette situation. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé indiquez dans quelle mesure cette façon de surmonter le stress s'applique à vous. Plus vous encerclez un chiffre près de 1, plus cela signifie que le comportement s'applique "très peu" à vous. Plus vous encerclez un chiffre près de 5 plus cela signifie que ce comportement s'applique "énormément" à vous. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

ÉCHELLE DES STYLES DE COMPORTEMENT DE MILLER

1. Imaginez clairement que vous avez peur d'aller chez le dentiste mais que vous devez vous y rendre pour obtenir des soins dentaires. Dans quelle mesure adopteriez-vous les comportements suivants?

	Très peu	Énormément
Je demanderais au dentiste de m'expliquer exactement ce qu'il va faire.	1 2 3 4 5	
Je prendrais un tranquillisant ou un verre d'alcool avant de m'y rendre.	1 2 3 4 5	
J'essaierais de penser à d'agréables souvenirs.	1 2 3 4 5	
Je voudrais que le dentiste me prévienne au moment où je ressentirais de la douleur.	1 2 3 4 5	
J'essaierais de dormir.	1 2 3 4 5	

Je surveillerais les moindres gestes du dentiste et serais en attente du son de sa fraise.

1 2 3 4 5

Je regarderais le jet d'eau venant de ma bouche afin de voir s'il ne contient pas de sang.

1 2 3 4 5

Je résoudrais des énigmes mentales dans ma tête.

1 2 3 4 5

- 2. Imaginez clairement que vous êtes pris en otage par un groupe de terroristes armés dans un édifice public. Dans quelle mesure adopteriez-vous les comportements suivants?**

Je m'isolerais dans un coin et je me laisserais aller au plus grand nombre de rêveries et de fantasmes possible.

1 2 3 4 5

Je resterais sur le qui-vive et j'essaierais d'éviter de m'endormir.

1 2 3 4 5

Je partagerais des anecdotes avec les autres otages.

1 2 3 4 5

S'il y avait une radio, je resterais tout près et j'écouterais les bulletins de nouvelles concernant le déroulement des activités policières.

1 2 3 4 5

Je surveillerais les faits et gestes de mes ravisseurs et je garderais un oeil sur leurs armes.

1 2 3 4 5

J'essaierais de dormir le plus longtemps possible.

1 2 3 4 5

Je penserais au bien-être que j'aurais une fois rentré(e) à la maison.

1 2 3 4 5

Je m'assurerais de connaître l'emplacement de toutes les sorties.

1 2 3 4 5

- 3. Imaginez clairement qu'en raison d'une baisse importante des ventes, une rumeur circule selon laquelle plusieurs personnes de votre service seront mises à pied. Votre superviseur a remis une évaluation personnelle de votre travail pour l'année dernière. Les décisions quant aux congédiements ont déjà été prises et elles seront annoncées d'ici plusieurs jours. Dans quelle mesure adopteriez-vous les comportements suivants?**

Je discuterais avec mes collègues pour voir s'ils savent quelque chose au sujet de l'évaluation que mon superviseur a fait de moi. 1 2 3 4 5

Je réviserais la description des tâches reliées à mon emploi et j'essaierais de voir si je les ai toutes bien remplies. 1 2 3 4 5

J'irais au cinéma afin de me changer les idées. 1 2 3 4 5

J'essaierais de me rappeler des querelles ou des désaccords qui seraient survenus entre moi et mon superviseur et qui auraient affecté négativement son opinion à mon sujet. 1 2 3 4 5

J'écarterais de mon esprit toute idée de congédiement. 1 2 3 4 5

Je dirais à mon(ma) conjoint(e) que je préfère ne pas discuter de la possibilité d'être mis à pied à mon travail. 1 2 3 4 5

J'essaierais de penser aux employé(e)s dans mon service qui, selon mon superviseur, auraient fait le moins bon travail. 1 2 3 4 5

Je continuerais à travailler comme si rien de spécial n'était arrivé. 1 2 3 4 5

4. Imaginez clairement que vous êtes à bord d'un avion à trente minutes de votre destination quand, de façon inattendue, l'avion pique abruptement puis se redresse. Peu après, le pilote annonce que tout va bien mais que le reste du voyage pourrait s'avérer difficile. Vous, cependant, n'êtes pas convaincu(e) que tout va bien. Dans quelle mesure adopteriez-vous les comportements suivants?

Je lirais attentivement les consignes de sécurité fournies dans l'avion et je m'assurerais de savoir où sont les sorties d'urgence. 1 2 3 4 5

Je discuterais de tout et de rien avec le passager à mes côtés. 1 2 3 4 5

Je regarderais la fin du film même si je l'ai déjà vu auparavant. 1 2 3 4 5

J'appellerais l'agent(e) de bord et je lui demanderais exactement ce qu'était la problème. 1 2 3 4 5

Très peu

4
Énormément

Je demanderais à l'agent(e) de bord de m'apporter un verre d'alcool ou un tranquillisant.

1 2 3 4 5

Je tendrais l'oreille aux moindres sons suspects en provenance des moteurs et j'observerais attentivement les employé(e)s afin de déceler s'ils ont des comportements qui sortent de l'ordinaire.

1 2 3 4 5

J'entamerais une discussion avec le passager à côté de moi à propos de ce qui ne semble pas aller.

1 2 3 4 5

Je m'installerais confortablement et je lirais un livre ou une revue ou encore, j'écrirais une lettre.

1 2 3 4 5

ANNEXE C: Inventaire de Trait d'anxiété (IATA-Y)

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE
IASTA (Forme Y-2)

NOM _____ Date _____

CONSIGNES: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par les gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

	PRESQUE JAMAIS	QUELQUEFOIS	SOUVENT	PRESQUE TOUJOURS
21. Je me sens bien	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e)	1	2	3	4
37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	1	2	3	4

© Tous droits réservés.

ANNEXE D: "Ways of Coping" (version française)

Ways of Coping

CONSIGNES: Voici une liste d'action que vous pourriez faire en réponse à un événement stressant; L'annonce de votre séropositivité. Lisez attentivement chaque item en encerclant la catégorie appropriée, le degré selon lequel vous estimez y avoir recouru.

L'événement est: l'annonce de la séropositivité

UTILISATION

3=beaucoup
2=assez
1=peu
0=pas

- | | | | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. | Je me suis concentré-e sur ce que je devais faire à l'étape suivante | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | J'ai essayé d'analyser le problème afin de mieux le comprendre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Je me suis plongé-e dans le travail ou une autre activité pour me changer les idées | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | J'ai senti que le temps pouvait faire bien des choses: la seule chose à faire était d'attendre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | J'ai négocié ou fait un compromis pour obtenir quelque chose de positif | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | J'ai fait quelque chose en pensant que ça ne fonctionnerait pas, mais au moins je faisais quelque chose | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | J'ai essayé de convaincre la personne en cause de changer d'avis | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | J'ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur la situation | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Je me suis blâmé-e ou réprimandé-e | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Je n'ai pas coupé les ponts, je me suis gardé-e des sorties | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | J'ai espéré qu'un miracle survienne | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Je me suis fier au destin; parfois la chance ne me sourie pas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | J'ai continué comme si rien n'était passé | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | J'ai essayé de garder mes sentiments pour moi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | J'ai essayé de regarder le bon côté des choses | 0 | 1 | 2 | 3 |

L'événement est: l'annonce de la séropositivité

UTILISATION

3=beaucoup

2=assez

1=peu

0=pas

- | | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 16. J'ai dormi plus que d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. J'ai exprimé ma colère à la (aux) personne-s qui a (ont) causé le problème | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Je me suis dit des choses réconfortantes qui m'aidaient à me sentir mieux | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Cela m'a inspiré-e à faire quelque chose de créatif | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. J'ai essayé de tout oublier | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. J'ai eu reçu de l'aide professionnelle | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. J'ai évolué ou changé pour le mieux | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. J'ai attendu pour voir ce qui arriverait avant de faire quoi que ce soit | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Je me suis excusé-e ou j'ai fait quelque chose en vue d'une réconciliation | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Je me suis fait un plan d'action et je l'ai suivi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. J'ai accepté ce qui se rapprochait le plus de ce que je voulais | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. J'ai trouvé une façon d'exprimer mes sentiments | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. J'ai réalisé que j'étais moi-même responsable de ce problème | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Je suis sorti-e grandi-e de cette expérience | 0 | 1 | 2 | 3 |

L'événement est: l'annonce de la séropositivité

UTILISATION

3=beaucoup
2=assez
1=peu
0=pas

- | | | | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 31. | J'ai parlé à une personne capable de m'offrir une aide concrète au problème | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. | Je m'e suis éloigné-e de la situation pour un certain temps en me reposant ou en prenant des vacances | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. | J'ai essayé de me sentir mieux en mangeant, en fumant, en prenant des drogues ou de l'alcool, en absorbant des médicaments, etc | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. | J'ai pris une chance ou fait quelque chose de très risqué | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. | J'ai essayé de ne pas agir de façon irréfléchie ou de suivre ma première idée | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. | J'ai adopté de nouvelles valeurs, de nouvelles croyances | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. | J'ai gardé ma fierté et suis demeuré-e intransigeant-e | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. | J'ai redécouvert les choses importantes de la vie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. | J'ai fait des changements afin que les choses s'arrangent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. | En général, j'ai évité la compagnie des gens | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. | Je n'ai pas laissé la situation m'affecter; j'ai décidé de ne pas trop y penser | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. | J'ai demandé l'avis d'un parent ou d'un ami que je respecte | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. | J'ai caché aux autres jusqu'à quel point les choses allaient mal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. | J'ai pris cette situation à la légère; j'ai refusé d'y accordé trop d'importance | 0 | 1 | 2 | 3 |

L'événement est: l'annonce de la séropositivité

UTILISATION

3=beaucoup
2=assez
1=peu
0=pas

- | | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 45. | J'ai fait part de mes sentiments à quelqu'un | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. | J'ai tenu bon, j'ai lutté pour ce que je voulais | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. | Je me suis défoulé sur les autres | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. | Je me suis inspiré-e d'expériences passées: je me suis déjà trouvé-e dans une situation semblable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. | Je savais ce qui devait être fait; j'ai donc redoublé d'efforts pour que les choses se fonctionnent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. | J'ai refusé de croire que c'était arrivé | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. | Je me suis promis-e que les choses ne se reproduiraient plus ainsi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. | J'ai trouvé plusieurs solutions au problème | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. | J'ai accepté la situation, puisque je ne pouvais rien y faire | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. | J'ai essayé de ne pas trop laisser mes émotions intervenir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55. | J'aurais souhaité pouvoir changer ce qui était arrivé ou ce que j'ai ressenti | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. | J'ai changé quelque chose en moi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. | J'ai rêvé ou imaginé un meilleur endroit ou un meilleur moment que celui dans lequel je me trouvais | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. | J'ai espéré que la situation cesse ou qu'elle se termine | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59. | J'ai eu des rêves ou des souhaits quant à la manière dont les choses tourneraient | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. | J'ai prié | 0 | 1 | 2 | 3 |

L'événement est: l'annonce de la séropositivité

UTILISATION

3=beaucoup
2=assez
1=peu
0=pas

- | | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 61. | Je me suis préparé-e au pire | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62. | Je me suis répété mentalement ce que je devais dire ou faire | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. | J'ai pensé à la façon dont une personne que j'admire prendrait cette situation et je l'ai utilisé comme modèle | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64. | J'ai essayé de voir les choses du point de vue de l'autre personne | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65. | Je me suis répété-e que les choses pourraient être pires | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66. | J'ai fait du jogging ou de l'exercice | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 67. | J'ai fait quelque chose d'entièrement différent de tout ce qu'on a dit jusqu'ici | 0 | 1 | 2 | 3 |

(décrivez) _____

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les résultats de cette étude suggèrent que la version canadienne française du **MBSS** possèdent de bonnes qualités psychométriques. Il est important de souligner qu'afin de pallier aux faiblesses concernant la consistance interne de la sous-échelle d'évitement d'information ("blunting"), il est possible pour les futurs chercheurs et cliniciens d'utiliser l'échelle de recherche d'information seule. En effet, plusieurs études publiées jusqu'à ce jour, ont eu recours à cette procédure pour limiter les biais possibles des résultats. Il est également intéressant de noter que les personnes atteintes du VIH/sida semblent utiliser davantage des stratégies de recherche d'information comparativement à d'autres populations. De plus, les résultats de cette étude indiquent un lien entre l'adoption de stratégies de recherche d'information ("monitoring") et le trait d'anxiété. De futures recherches permettrons d'expliquer si une prédisposition à vivre de l'anxiété amènent les personnes à adopter des stratégies de recherches d'information lors de situations menaçantes ou encore si c'est l'inverse qui s'applique.

BIBLIOGRAPHIE

Bar-Tal, Y. (1994). Monitoring, Blunting, and the ability to achieve cognitive structure. Anxiety, Stress and Coping, 6, 265-274.

Ben-Porath, Y.S. Waller, N.G., et Butcher, J.N. (1991). Assesment of coping: An Empirical Illustration of the Problem of Innaplicable Items. Journal of Personality Assesment, 57, 162-176.

Blaney, N.T., Millon, C., Morgan, R., Eisdorfer, C., et Szapocznik, J. (1990). Emotional distress, stress-related disruption and coping among healthy HIV-positive gay males. Psychology and Health, 4, 259-273.

Bruehl, S., McCubbin, A., Wilson, J.F., Montgomery, T., Ibarra, P. et Carlson, C.R. (1994). Coping styles, opiod blockade, and cardiovascular response to stress. Journal of Behavioral Medecine, 17, 25-40.

Byrne, D. (1961). The repression-sensitization scale: rationale, reliability, and validity. Journal of Personality, 29, 334-349.

Byrne, D. (1964). Repression-Sensitization as a dimension of personality. Dans B.A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (Vol.1 pp.169-219). New York: Academic Press.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 10, 37-46.

Cohen, F. et Lazarus, R.S. (1973) Active Copingf Processes, Coping Dispositions, and Recovery from Surgery. Psychosomatic Medicine, 35, 375-389.

Daniels, K., et Guppy, A. (1992). Control, information-seeking preferences, occupational stressors and psychological well-being. Work and Stress, 6, 347-353.

Davey, G.C., Hamton, J., Farrell, J. et Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying and anxiety as separate constructs. Personality and Individual Differences, 13, 133-147.

Davey, G.C. (1993). A comparison of three worry questionnaires. Behavior research and therapy, 31, 51-56.

Efran, J.S., Chorney, R.L., Ascher, M.L., et Luckens, M.D. (1989). Coping Styles, Paradox, and the Cold Pressor Task. Journal of Behavioral Medicine, 12, 91-103.

Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1985). If it changes, it must be a process: Examining the Factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. Psychological Assesment, 5, 361-368.

Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA; Counsulting Psychologist Press.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., et Gruen, R.J. (1986). Dynamica of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 992-1003.

Fuller, B.F., et Conner, D. (1990). Selection of vigilant and avoidant coping strategies among repressors, highly anxious and truly low anxious subjects. Psychological Reports, 66, 103-110.

Gattuso, M.S., Litt, M.D., et Fitzgerald, T.E. (1992). Coping with Gastrointestinal Endoscopy: Self-Efficacy Enhancement and Coping Style. Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 60, 133-139.

Gard, D., Harris, J., Edwards, P.W. et McCormack, G. (1988). Sensitizing Effects of Pretreatment Measures on Cancer Chemotherapy Nausea and Vomiting. Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 56, 80-84.

Haccoun, R.R. (1987). Une nouvelle technologie de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. Revue québécoise de psychologie, 8.

Ivers, H., Bouchard, S., Gauthier, J. et Monfette, M.E. (1994). Identification d'un point de coupure pour l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété (LASTA-Y). Communication présentée au congrès de la SQRP, Montréal, Canada.

Lerman, C., Miller, S.M., Scarborough, R., Hanjani, P., Nolte, S., et Smith, D. (1991). Adverse psychologic consequences of positive cytologic cervical sreening. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 165, 658-662.

Miller, S.M. (1979). Coping with impending stress: Psychophysiological and cognitive correlates of choices. Psychophysiology, 16, 572-581.

Miller, S.M. (1987). Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Under Threat. Personality processes and individual differences, 52, 345-353.

Miller, S.M., Brody, D.S., et Summerton, J. (1988). Styles of Coping with Threat: Implications for Health. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 142-148.

Miller, S.M. (1989). Cognitive Informational Styles in the Process of Coping with Threat and Frustration. Advancement of Behavior Research Therapy, 11, 223-234.

Miller, S.M., Leinback, A., et Brody, D.S. (1989). Coping Style in Hypertensive Patients: Nature and Consequences. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 333-337.

Miller, S.M., Combs, C., et Stoddard, E. (1989). Information, coping and control in patients undergoing surgery and stressful medical procedures. Dans Steptoe, A. & Appels. (Eds), Stress personal control and health (pp.107-130). Chichester: Wiley.

Miller, S.M., Combs, C., et Kruus, L. (1993). Tuning In and Tuning Out: Confronting the Effects of Confrontation. Dans Hogrefe & Hubert (Eds.) Attention and avoidance (pp.61-67).

Miller, S.M. (1990). To See Or Not To See: Cognitive Informational Styles in the Coping Process. Dans M. Rosenberg (Ed.), Learned resourcefulness on coping skills, self regulation and adaptative behavior (pp.95-126). New York: Springer.

Miller, S.M. (1992). Individual differences in the coping process: What to know and when to know it. Dans Carpenter (Ed.), Personal Coping: Theory research and application(chapitre 6). New York: Praeger.

Miller, S.M., Rodoletz, M., Schroeder, C., Mangan, C.E. et Sellacek, T.V. (1995). Applications of the Monitoring Process Model to coping with severe long-term medical threats. Health Psychology (sous presse).

Mishel, M.H. et Sorenson, D.S. (1993). Revision of the Ways of Coping Checklist for a clinical population. Western Journal of Nursing Research, 15, 59-76.

Muris, P., et van Zuuren F.J. (1992). Monitoring, medical fears and physical symptoms. British Journal of Clinical Psychology, 31, 360-362.

Muris, P., et de Jong P., (1993). Monitoring and Perception of Threat. Personality and Individual Differences, 4, 467-470.

Muris, P., de Jong P., Merckelbach, H., et van Zuuren, F.J. (1993). Is Exposure Therapy Outcome Affected by a Monitoring Coping Style? Advancement of Behavior Research and Therapy, 15, 291-300.

Muris, P., et van Zuuren F.J. (1993). Preparation for the a Frightening Picture: Effects of an imposed Monitoring and Blunting Strategy in Relation to Habitual Coping Style. Journal of anxiety disorders, 7, 119-127.

Muris, P., van Zuuren F.J., de Jong P.J., de Beurs E., et Hanewald, G. (1994). Monitoring and Blunting coping styles: The Miller Behavioural Style Scale and its correlates, and the development of an alternative questionnaire. Personality and individual differences, 17, 9-19.

Muris, P., van Zuuren, F.J., Merckelbach, H., Stoffels, E.J., et Kindt, M. (1994). Coping with an ego-threat: Monitoring and Blunting during an intelligent test. European Journal of Personality, 8, 213-221.

Muris, P., et Schouten, E. (1994). Monitoring and Blunting: a factor analysis of the Miller Behavioral Style Scale. Personality and individual differences, 17, 285-287.

Muris, P., van Zuuren, F.J. et de Vries, S. (1994). Monitoring, Blunting and situational anxiety: A laboratory study on coping with a quasi-medical stressor. Personality and individual differences, 16, 365-372.

Muris, P., van Zuuren, F.J., et Kindt, M. (1994). Monitoring coping style, fear of AIDS, and attitudes towards AIDS prevention. Social Behavior and Personality, 22, 137-144.

Muris, P., de Jong, P., Merckelbach, H., et van Zuuren, F.J. (1994). Effects of imposed monitoring and blunting strategies on emotional reactivity. Anxiety, Stress and Coping, 7, 53-65.

Muris, P., de Jongh, A., van Zuuren, F.J. et ter Horst, G. (1994). Coping Style, anxiety, cognitions and cognitive control in dental phobia. Personality and Individual Differences, 17, 143-145.

Namir, S., Wolcott, D.L., Fawzy, F.I., et Alumbaugh, M.J. (1987). Coping with AIDS: Psychological and health implications. Journal of Applied Social Psychology, 17, 309-328.

Parker, J.D.A., Endler, N.S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. European Journal of Personality, 6, 321-344.

Parker, J.D.A., Endler, N.S., et Bagby, M. (1993). If it changes, it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways of coping questionnaire. Psychological Assessment, 5, 361-368.

Phipps, S., et Zinn, A.B. (1986). Psychological Response to amniocentesis: Effects on coping style. American Journal of Medical Genetics, 25, 143-148.

Krohne, W. H. (1989). The concept of coping modes: relating cognitive person variables to actual coping behavior. Advancement of Behavioral Research Therapy, 11, 235-248.

Schultheis, K., Peterson, L., et Selby, V. (1987). Preparation for stressful medical procedures and person X treatment interactions. Clinical Psychology Review, 7, 329-352.

Schumacher, A. (1990). Die "Miller Behavioral Style Scale" (MBSS) - Erste Überprüfung einer deutschen Fassung. Zeitschrift für differentielle und Diagnostische Psychologie, 11, 1990.

Steketee, G., Bransfield, S., Miller, S.M., et Foa, E.B. (1989). The effect of information and coping on the reduction of phobic anxiety during exposure. Journal of Anxiety Disorders, 3, 69-85.

Stephoe, A., et O' Sullivan, J. (1986). Monitoring and blunting coping styles in women prior surgery. British Journal of Clinical Psychology, 25, 143-144.

Stephoe, A. (1989). An abbreviated version of the Miller Behavioral Style Scale. British Journal of Clinical Psychology, 28, 183-184.

Stephoe, A., Sutcliff, I., Allen, B., et Coombes, C. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. Social and Science Medicine, 32, 627-632.

Stephens, A., et Vögele, C. (1992). Individual Differences in the Perception of Bodily Sensations: The Role of Trait Anxiety and Coping Style. Behaviour Research and Therapy, 30,

Umesh, U.N., Peterson, R.A., et Sauber, M.H. (1989). Interjudge agreement and the maximum value of Kappa. Educational and Psychological Measurement, 49, 835-850.

Vallerand, R.J., (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: Implication pour la recherche en langue française. Psychologie canadienne, 30, 662-680.

Vallières, E.F., et Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. International Journal of Psychology, 25, 305-316.

van Zuuren, F.J., et Wolfs, H.M. (1991). Styles of information seeking under threat: Personal and situational aspect of monitoring and blunting. Personality and Individual Differences, 12, 141-149.

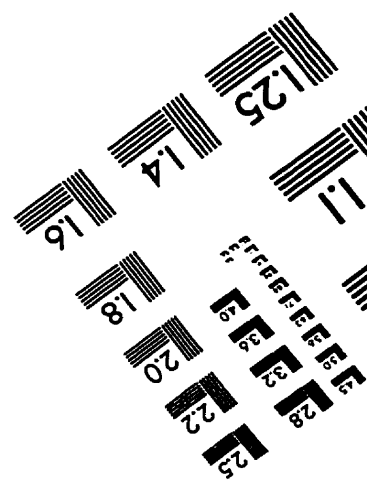
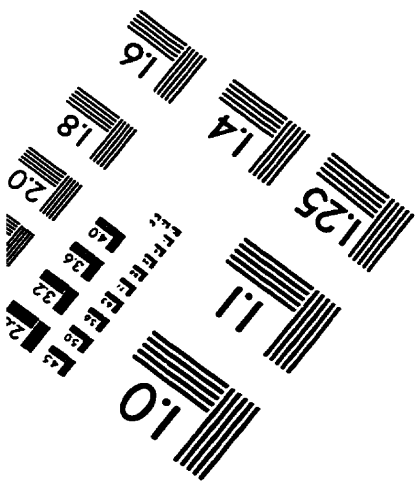
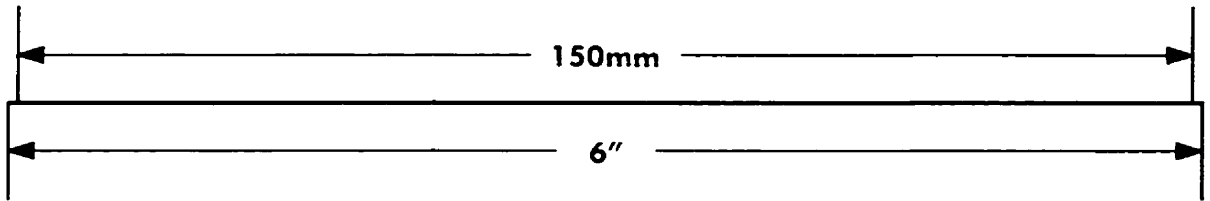
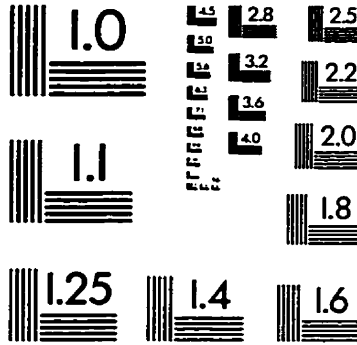
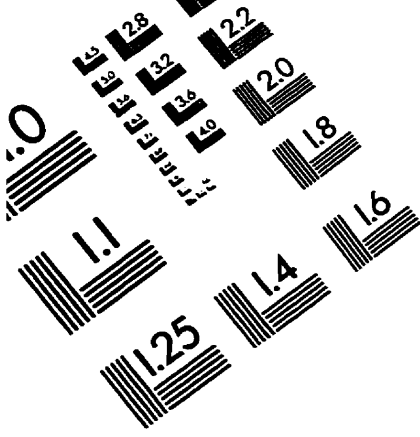
van Zuuren, F.J. (1993). Coping style and anxiety during prenatal diagnosis. Journal of reproductive and infant psychology, 11, 57-59.

van Zuuren, F.J., et Muris, P. (1993). Coping under experimental threat: Observable and cognitive correlates of dispositional monitoring and blunting. European Journal of Personality, 7, 245-253.

van Zuuren, F.J. (1994). Cognitive confrontation and avoidance during a naturalistic medical stressor. European Journal of Personality, 8, 371-384.

Watkins, O.L., Weaver, L., et Odegaard, V. (1986). Preparation for cardiac catheterisation: Tailoring the content of instruction to coping style. Heart and Lung, 15, 382-389.

Wineman, N.M., Durand, E.J., et McCulloch, B.J. (1994). Examination of the Factor Structure of the Ways of Coping Questionnaire with Clinical Populations. Nursing Research, 43, 268-273.



APPLIED IMAGE, Inc
 1653 East Main Street
 Rochester, NY 14609 USA
 Phone: 716/482-0300
 Fax: 716/288-5989

© 1993, Applied Image, Inc., All Rights Reserved