

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
NOÉMIE YACOLA

ÉTUDE PILOTE SUR LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES D'UN ATELIER DE
GESTION DE LA DOULEUR CHEZ DES JEUNES AYANT DES TROUBLES À
SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE

AVRIL 2024

Résumé

Les troubles à symptomatologie somatique sont définis dans le DSM 5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) comme étant des symptômes somatiques qui causent de la détresse et qui peuvent mener à une qualité de vie diminuée. La prévalence à vie de ces troubles est de 12,5 % chez les adolescents et ils entraînent plusieurs conséquences chez ceux qui en souffrent : la chronicité, la recherche de soins, l'absentéisme scolaire et l'isolement social. Ces impacts négatifs créent un besoin réel d'interventions visant à améliorer leur Qualité de Vie liée à la Santé.

La clinique de médecine des adolescents du CHU Sainte-Justine offre un programme d'intervention multidisciplinaire auprès des jeunes souffrant d'un trouble à symptomatologie somatique. Étant donné le taux de désistement important, l'attente pouvant être très longue pour avoir des services individuels et l'importance de prendre en charge l'enfant ainsi que son parent, l'intervention de groupe présente une avenue pertinente auprès des adolescents qui présentent un trouble à symptomatologie somatique. Ce projet doctoral a pour but d'évaluer la faisabilité et l'effet d'un atelier de groupe de gestion de la douleur sur des jeunes pris en charge pour cette problématique en tenant compte du point de vue du jeune et de son parent. Les données utilisées dans cet essai sont tirées d'une étude menée de janvier 2016 à janvier 2020 auprès de six cohortes de 4 à 7 jeunes (29 filles et 2 garçons) âgés de 14 à 17 ans ($M = 15,8$; $ET = 1,01$).

Cet essai doctoral suit un devis de recherche quasi expérimentale de type étude de cohortes de patients suivis à la clinique de médecine de l'adolescence de l'hôpital Sainte-Justine. En plus de la prise en charge habituelle, les participants se sont vu offrir la participation à six séances bimensuelles de groupe en co-thérapie avec séances de soutien parental. Il y a six groupes consécutifs de 4 à 7 adolescent(e)s qui ont participé à ce projet. Trois de ces cohortes correspondent au groupe de comparaison qui est composé de 16 adolescent(e)s sur une liste d'attente qui ont eu accès à la prise en charge habituelle durant leur participation au projet de recherche, et ont eu accès aux ateliers de groupe après leur participation. Le groupe expérimental était lui composé de 31 participants. Afin de mesurer l'impact de la prise en charge, les questionnaires suivants ont été remplis par les adolescent(e)s et, pour le *Kidscreen-52*, par le parent les connaissant le mieux, avant et après l'intervention : le *Kidscreen-52* (Ravens-Sieberer et al., 2005) pour mesurer la QVLS, le *Pain Catastrophizing Scale for francophone adolescents* (Tremblay et al., 2008) pour mesurer l'expérience douloureuse, l'*échelle d'Alexithymie de Toronto* (TAS-2; Bagby et al., 1994) pour mesurer l'alexithymie, l'*indice de détresse psychologique de l'étude de Santé Québec* (IDPESQ-14) pour mesurer la détresse psychologique, l'*Adolescent depression rating scale* (ADRS; Revah-Levy et al., 2007) pour mesurer les symptômes dépressifs et l'*échelle d'anxiété État-Trait pour enfants* (STAIC; Spielberger et al., 1983) pour évaluer le niveau d'anxiété. Plusieurs analyses de variance pour mesures répétées (ANOVAs) ont permis de comparer les cohortes de traitement avec les cohortes de la liste d'attente dans un modèle 2 x 2. Les résultats ont révélé un effet positif de l'atelier de gestion de la douleur (AGD) au niveau de l'humeur et du vécu émotionnel, de l'expérience douloureuse, de la détresse psychologique et des symptômes anxio-dépressifs. Les tailles d'effet obtenues appuient des effets de moyens à très élevés (varient entre 0,51 et 1,21). L'AGD serait donc un ajout pertinent au traitement habituel offert aux

jeunes souffrant de troubles à symptomatologie somatique. Toutefois, la petite taille d'échantillon et son homogénéité rendent difficile la généralisation des résultats. Il serait donc pertinent de reproduire les études auprès de cette population avec de plus grands échantillons et en contexte de devis randomisés et contrôlés. L'étude aura permis l'acquisition de nouvelles connaissances en termes d'intervention de groupe chez les jeunes qui ont un trouble à symptomatologie somatique.

Table des matières

Résumé.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Contexte théorique.....	1
Les troubles à symptomatologie somatique.....	2
Les troubles à symptomatologie somatique chez les adolescent(e)s.....	7
La qualité de vie liée à la santé chez les jeunes qui présentent un trouble à symptomatologie somatique.....	9
Les interventions de groupe.....	12
Traitement : Atelier de gestion de la douleur.....	14
Objectif, question et hypothèses de recherche.....	17
Méthode.....	19
Devis de recherche.....	20
Déroulement.....	20
Participant(e)s.....	21
Instruments.....	22
Stratégie d'analyse.....	25
Résultats.....	27
Qualité de vie liée à la santé rapportée par l'adolescent(e).....	28
Échelle de bien-être physique.....	28
Échelle de bien-être psychologique.....	33
Échelle d'humeur et émotions.....	33
Échelle de perception de soi.....	34
Échelle d'autonomie.....	34
Échelle de relation entre les parents et l'adolescent(e).....	35
Échelle de ressources financières.....	35
Échelle de soutien social.....	35
Échelle d'environnement scolaire.....	36
Échelle d'acceptation sociale.....	36
Variables psychosociales rapportées par l'adolescent(e).....	36
Expérience douloureuse.....	36
Échelle d'impuissance durant la douleur.....	36

Échelle de dramatisation durant la douleur	37
Échelle de rumination durant la douleur	38
Score total de l'expérience douloureuse.....	38
Alexithymie.....	39
Détresse psychologique.....	39
Dépression.....	40
Anxiété	41
État	41
Trait	41
Discussion	43
Impact sur l'humeur, les émotions et l'expérience douloureuse.....	44
Impact sur les autres dimensions de la QVLS	46
Impact sur l'alexithymie et l'anxiété.....	49
Conclusion	52
Forces et limites de l'étude	53
Retombées, perspectives et recherches futures	54
Références.....	56
Annexe A – Certification éthique	65
Annexe B – Questionnaires.....	67

Liste des tableaux

Tableaux

1	Statistiques descriptives des échelles du <i>Kidscreen-52</i> pour le groupe expérimental et le groupe contrôle avant l'intervention (T1) et post intervention (T2).....	29
2	Statistiques descriptives des échelles psychosociales pour le groupe expérimental et le groupe contrôle avant l'intervention (T1) et post-intervention (T2).....	30
3	Analyses de variance pour mesures répétées de type multiniveaux entre les groupes pour les échelles du <i>Kidscreen-52</i>	31
4	Analyses de variance pour mesures répétées de type multiniveaux entre les groupes pour les échelles psychosociales	32

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier, du fond du cœur, ma directrice Linda Paquette, PhD, professeure agrégée de l'Université du Québec à Chicoutimi, pour son accompagnement tout au long de la complétion de cet essai doctoral, mais surtout, pour son soutien, sa présence, sa bienveillance et pour le partage de ses connaissances en tant que mentor. Je tiens aussi à te remercier, Linda, de m'avoir permis de compléter ce projet dans un délai plus que confortable grâce à ton efficacité et ta disponibilité. Tu as rendu cet énorme apprentissage plus que réalisable. Je repars avec un grand bagage de savoirs en tant que professionnelle, mais aussi en étant sensibilisée à l'importance de prendre soin de soi.

Je tiens à remercier l'équipe de la Médecine de l'Adolescence du CHU Ste-Justine qui ont mis en place et pris en charge l'AGD, et bien plus encore : Dr Jean-Yves Frappier, Louis Picard, Ph. D., Marie-Claude Fortin, Ph. D., Dr Olivier Jamouille, Dr Danielle Taddeo, Dr Chantal Stheneur et Dr Stéphanie Proulx-Cabana. Leurs expertises et leur travail sont au cœur de ce projet. Je souhaite aussi remercier tous les participants de l'étude ainsi que leurs parents qui ont rendu cet essai possible par leurs partages et leur ouverture.

Enfin, je souhaite remercier toutes les personnes qui me sont chères et qui ont su me supporter de manière inconditionnelle à travers mon parcours : mon conjoint (Francis), ma sœur (Joannie), ma mère (France), ma marraine (Line), ma grande amie Lydia, mes précieuses amies et paires doctorantes Jeanne et Raphaëlle, et mes autres amitiés et collègues d'études.

Contexte théorique

Les troubles à symptomatologie somatique

Parmi les troubles chroniques les plus répandus chez les adolescent(e)s se retrouve le trouble à symptomatologie somatique qui est défini par le DSM-5 (APA, 2013) comme étant des symptômes somatiques causant de la détresse et une altération significative de la vie quotidienne. Ces symptômes sont accompagnés de pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ceux-ci. Ils se manifestent par des pensées persistantes et excessives, par la persistance d'une anxiété élevée et/ou par un temps et une énergie excessive dévolus aux symptômes ressentis. L'individu s'inquiète souvent du pire concernant sa santé, et ce de manière persistante. Aussi, le symptôme somatique n'est pas obligatoirement présent en tout temps, mais le DSM-5 mentionne que l'état symptomatique doit être présent depuis au moins six mois. Au cœur de ce trouble se trouve la somatisation qui est définie comme étant une plainte physique, souvent exagérée, permettant de communiquer des craintes en substituant l'expression émotionnelle et qui se manifeste souvent lors d'une impasse développementale (Boivin & Tellier, 2003). Toutefois, Boivin et Tellier (2003) expliquent que lorsqu'elle en vient à nuire au fonctionnement, il sera question de somatisation pathologique, et donc, potentiellement d'un trouble comme défini dans le DSM-5 (APA, 2013).

L'étude de la somatisation présente quelques défis en raison de la difficulté à préciser le diagnostic, du fait que ce dernier évolue constamment dans les nouvelles éditions de la CIM et du DSM, qu'il y a de multiples diagnostics différentiels et qu'il y a une grande présence de comorbidités. Cela rend la comparaison des études très limitée en raison des nombreuses différences entre chaque individu dans la population étudiée. Il est aussi important de noter le peu de recherches menées auprès des adultes ayant des symptômes somatiques et la presque absence de celles-ci auprès des jeunes ayant la même problématique. En conséquence, la généralisation des résultats obtenus est limitée puisqu'il est aussi délicat de comparer les études réalisées auprès d'adultes avec celles réalisées auprès d'adolescent(e)s étant donné les grandes différences entre ces populations. Bien que les études qui se sont intéressées à décrire la prévalence de la somatisation spécifiquement à l'adolescence sont rares, la littérature rapporte tout de même certaines données pertinentes. Effectivement, les cas de symptômes physiques qui n'ont pas d'explication médicale équivaleraient à 50 % des visites en psychiatrie ambulatoire chez les enfants et les adolescent(e)s (Garralda, 2010). De plus, Lieb et al. (2002) décrivent le trouble de somatisation comme très présent à l'adolescence et plutôt stable. Leur étude réalisée auprès de 3 021 adolescent(e)s et jeunes adultes âgé(e)s de 14 à 24 ans rapporte une prévalence à vie de 12,5 % pour la présence d'au moins un trouble ou syndrome de type somatique et une prévalence à vie de 2,6 % pour la présence d'un trouble spécifique à symptomatologie somatique. Selon eux, le trouble douloureux (DSM-IV) est celui ayant la prévalence la plus importante (1,7 %). Dans la population générale,

11 % des filles et 4 % des garçons âgés de 12 et 16 ans rapportaient des plaintes somatiques selon un sondage de l'étude d'Offord et al. (1987)

Les symptômes somatiques que l'on retrouve dans le trouble peuvent être spécifiques, par exemple une douleur localisée, ou peuvent être relativement non spécifiques comme c'est le cas de la fatigue (APA, 2013). Comme type de douleur localisée, c'est la douleur abdominale récurrente qui est le type de douleur le plus commun chez les jeunes qui somatisent (Mohapatra et al., 2014). Les types de plaintes physiques rapportées en lien à des processus de somatisation sont très variés. Cependant, certain(e)s auteur(e)s remarquent que, chez les jeunes, il y a une prévalence importante de symptômes comme les céphalées, les douleurs abdominales, la myalgie, le malaise, la fatigue et les problèmes de sommeil (Arsenault et al., 1998). Une thèse réalisée à Genève par Beaud Zufferey (2004) auprès de 190 patient(e)s adolescent(e)s (72,9 % de filles), âgé(e)s de 7,6 et 17,6 ans et référé(e)s en consultation pour des plaintes fonctionnelles, a répertorié la nature des plaintes les plus fréquentes. Il s'agit des maux gastro-intestinaux (43,1 %), de la fatigue (28,2 %), des douleurs musculosquelettiques (27,1 %), des malaises (27,1 %, prépondérance significative chez les filles), des céphalées (23,8 %) et des troubles du sommeil (19,9 %). De plus, 23,8 % des jeunes présentaient plus d'une plainte et les filles se plaindraient de plus de symptômes que les garçons (28 % vs 12,2 %; Beaud Zufferey, 2004).

Quant aux principaux facteurs de risque, il y a le fait d'être de sexe féminin, de consommer des substances, d'avoir un niveau socioéconomique faible, d'avoir subi un

traumatisme sexuel ou lié à des menaces à l'intégrité physique et de présenter un trouble affectif ou anxieux (Alfvén, 1993; Haugland et al., 2001; Lieb et al., 2000). Ces auteur(e)s mentionnent que du côté des facteurs de maintien on retrouve : le fait d'être une femme, l'usage de substances, le fait de souffrir d'un trouble affectif ou alimentaire et le fait d'avoir subi un accident important. Les facteurs précipitants, eux, sont regroupés en quatre catégories : les facteurs scolaires comme l'entrée à l'école secondaire, les changements d'école, les échecs scolaires, etc.; les facteurs familiaux qui comprennent les séparations parentales et les décès dans la famille; les facteurs liés aux amis, dont le rejet, les troubles du comportement chez un pair, etc.; et, finalement, les facteurs autres tels que les agressions sexuelles (Boivin et Tellier, 2003).

La somatisation pourrait se produire lorsque des difficultés d'expression des émotions par le langage se retrouvent chez un jeune. En fait, le corps exprimerait un malaise d'origine psychologique. Certains cliniciens, tels que Cathébras (2006), expliquent même la somatisation comme étant une tentative d'adaptation à une souffrance non mentalisée. D'ailleurs, cette difficulté au niveau de la mentalisation expliquant en partie la somatisation est directement en lien avec le concept d'alexithymie. Ce concept est défini par Nemiah (1976) comme étant, notamment, une difficulté à identifier et à décrire des sentiments subjectifs, et une difficulté à différencier les sensations physiques liées au sentiment du sentiment en lui-même. Cela pourrait provoquer des manifestations physiques provenant de ces émotions non mentalisées telles que la sensation de chaleur, l'augmentation du rythme cardiaque et la sudation vécue lors de l'anxiété (Cathébras,

2006). Ces manifestations physiques peuvent être vécues de différentes manières par le ou la jeune. Par exemple, le vécu psychologique, comme le fait de dramatiser la douleur, risque d'intensifier les sensations désagréables. En effet, Sullivan et al. (2001) expliquent que la dramatisation est un prédicteur important d'une douleur accrue et la définissent comme étant un état mental négatif exagéré par rapport à l'expérience douloureuse réelle ou anticipée.

La somatisation a aussi une grande incidence au niveau de notre société. Cathébras (2006) explique que les troubles somatiques mobilisent une grande partie de notre système de santé et qu'ils causent des coûts importants pour notre société. Effectivement, la personne qui somatise a tendance à demander fréquemment de l'aide médicale concernant sa problématique. Un(e) médecin qui la rassure sur sa condition aura un effet calmant de courte durée ou sera vécu comme si les professionnel(le)s de la santé ne prenaient pas au sérieux ses symptômes (APA, 2013). Elle aura aussi tendance à attribuer des symptômes physiques communs à une maladie physique (Henningsen et al., 2005). Cela fait en sorte que ces personnes consultent très fréquemment pour qu'en finalité elles ne soient pas plus avancées. Plusieurs études démontrent à quel point cette problématique est réelle au niveau de la santé publique. D'abord, 3 % du budget des hospitalisations non psychiatriques seraient utilisés par les gens qui somatisent de façon persistante (Fink, 1993, 1995). Les coûts pour la prise en charge de ce groupe de patient(e)s seraient multipliés par neuf comparativement aux coûts pour la population générale (Smith et al., 1995). Concrètement, au Canada, une étude menée par Guerriere et al. (2010) dénote des

coûts moyens mensuels de 3112 \$ CAN par patient(e) sur une liste d'attente. Annuellement, Lalonde et al. (2014) indiquent que les patient(e)s de première ligne en douleur chronique coûteraient 16 636 \$ CAN.

Les troubles à symptomatologie somatique chez les adolescent(e)s

L'adolescence est une période de changements importante pour l'individu. En effet, plusieurs transitions s'effectuent à ce moment, dont la puberté. Durant la maturation pubertaire, l'adolescent(e) vit un afflux hormonal important et des changements extérieurs dans la forme du corps et de l'apparence physique (Alsaker, 2014). Les bouleversements hormonaux créeraient un déséquilibre physiologique ayant un impact au niveau émotionnel et comportemental. Toutefois, il est important de mentionner que chaque adolescent(e) vit ce moment de manière différente, dépendamment, notamment, de l'âge auquel débute sa puberté. En effet, Alsaker (2014) explique que les jeunes qui ont un développement précoce et rapide vivent une expérience différente de celles et ceux qui se développent plus tardivement et/ou plus lentement. En plus de la puberté, la transition de l'école primaire à l'école secondaire fait de l'adolescence une période plus stressante, surtout chez les jeunes filles qui rapporteraient des niveaux plus élevés d'états dépressifs lors de cette transition (Lipps, 2005). Par ailleurs, l'adolescence est aussi un moment de vulnérabilité, car c'est une importante étape dans le développement cognitif et moral, dans la construction de l'identité, dans l'affirmation de l'autonomie et dans la découverte de la sexualité (Claes & Lannegrand-Willems, 2014). De plus, en lien avec la puberté, il est

possible de penser que les jeunes sont préoccupés par leur corps, et donc, par leurs sensations corporelles. À ce propos, Kirmayer et Looper (2006) expliquent qu'une attention élevée portée aux sensations corporelles est un facteur précipitant pour les troubles à symptomatologie somatique ce qui est souvent le cas de nombreux(-ses) adolescent(e)s.

Il y a de nombreux impacts d'un trouble à symptomatologie somatique persistant chez les jeunes. D'abord, les plaintes physiques seraient souvent accompagnées de manifestations anxieuses telles que l'agoraphobie, la phobie des transports, la phobie sociale et l'anxiété de séparation. Elles seraient aussi accompagnées de manifestations dépressives comme les crises de larmes, la tristesse, la dépression, la dévalorisation, la perte d'estime de soi, les idées suicidaires sans tentative, la honte, les idées de mort, le désintérêt et les troubles du sommeil (Laget et al., 2006). Domènech-Llaberia et al. (2004) soulignent que les enfants d'âge scolaire qui souffrent de symptômes somatiques fréquents ont significativement plus de problèmes comportementaux et affectifs comparativement aux enfants qui n'en ont pas.

De plus, chez les adolescent(e)s, Beck (2008) rapporte qu'en plus des demandes fréquentes de consultations médicales coûteuses et des conséquences en lien avec une surmédicalisation, les absences scolaires et l'isolement social sont importants chez les jeunes qui somatisent. L'état de souffrance qui perdure peut causer une rupture dans le développement, car il empêche l'autonomisation du jeune et le développement des stratégies d'adaptation à une problématique. De plus, le processus de somatiser les conflits

psychologiques empêche le développement de la mentalisation. Ce concept est défini comme étant le fait de porter de l'intérêt envers les états mentaux derrière les actions posées dans le but de favoriser une compréhension de l'influence de ceux-ci sur nos actions et celles des autres (Morin & Ngô, 2021). Ces mêmes auteurs expliquent que la mentalisation permet de donner du sens à nos propres actions. Les difficultés de mentalisation causent plusieurs conséquences négatives dont le fait qu'ils sont un facteur de maintien de l'alexithymie. D'ailleurs, 59 % des adolescent(e)s souffrant d'un trouble à symptomatologie somatique se retrouvent avec cette problématique (Burba et al., 2006). De plus, le renforcement du rôle de malade et de ses effets sur le développement identitaire est important et aussi à considérer (Kirmayer & Looper, 2006). Les jeunes qui présentent un trouble à symptomatologie somatique sont donc confrontés à divers niveaux concernant leur qualité de vie liée à la santé (QVLS).

La qualité de vie liée à la santé chez les jeunes qui présentent un trouble à symptomatologie somatique

La vie et le développement des adolescent(e)s qui somatisent sont sévèrement affectés. Il est important d'évaluer les symptômes physiques qu'ils vivent, mais étant donné la chronicité du trouble, il faut voir plus loin. En effet, il est important d'assurer la meilleure qualité de vie possible pour ces jeunes qui vivront, peut-être, toute leur vie avec ces souffrances.

La QVLS est un construit multidimensionnel lié à la santé perçue (Ravens-Sieberer et al., 2005). Il comprend un ajustement optimal du bien-être physique, social et psychologique. Ce même concept est défini par le département de l'évaluation de la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé (WHOQOL Group, 1995) comme étant « la perception d'une personne de sa position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels elle vit, et cela en relation avec ses buts, ses attentes, ses valeurs et ses préoccupations [traduction libre]. » (p. 1405). Ce concept est mesuré et utilisé en recherche pour évaluer les interventions, organiser les programmes de soins et mesurer les impacts des nouveaux traitements de nature psychosociale (Eiser & Morse, 2001). Wallander et al. (2001) expliquent que dans le cas des troubles à symptomatologie somatique et de leur chronicité, l'utilisation de cette mesure est d'autant plus importante pour permettre des choix éclairés pour ce qui est des traitements et des interventions à utiliser (Fortin, 2019).

La notion de QVLS doit être adaptée aux spécificités des adolescent(e)s et des jeunes adultes en lien avec leurs tâches développementales (Solans et al., 2008). Il y a le questionnaire de Ravens-Sieberer et al. (2005) qui a été élaboré à l'aide d'une population adolescente à la suite de groupes de discussion à travers 12 pays occidentaux. Ce questionnaire comporte 10 dimensions : 1) le bien-être physique, 2) le bien-être psychologique incluant les émotions positives et la satisfaction face à la vie, 3) l'humeur et les émotions évaluant les humeurs dépressives et les émotions stressantes, 4) la perception de soi incluant l'image corporelle, 5) l'autonomie, 6) la qualité des relations

avec les parents et les pairs, 7) le soutien social perçu par les pairs, 8) l'environnement scolaire qui évalue les perceptions du jeune sur ses capacités cognitives, sa concentration et ses sentiments concernant l'école, 9) l'acceptation sociale qui couvre le sentiment de rejet par les pairs en milieu scolaire et 10) les ressources financières perçues (Fortin, 2019). Il a d'excellentes qualités psychométriques et a été utilisé de nombreuses fois en lien avec la santé d'adolescent(e)s (Castellano-Tejedor et al., 2016; Van Dijk et al., 2007; van Riel et al., 2014). De ce fait et en raison de son élaboration effectuée auprès d'une population internationale, il est aussi possible de dire qu'il est stable culturellement. De plus, le questionnaire évaluant la QVLS est constitué de 10 échelles correspondant aux 10 dimensions nommées ci-dessus. Les normes de ces échelles ont été établies par une étude menée par le Kidscreen Group Europe (2006) auprès de 10 132 jeunes âgé(e)s de 12 à 18 ans.

Plusieurs études se sont intéressées à la QVLS chez les jeunes souffrant de douleurs chroniques ou de maladies chroniques (Gold et al., 2009; Mahrer et al., 2012; Powers et al., 2003) et, bien que celles-ci soient expliquées médicalement, les répercussions sur les jeunes demeurent comparables à celles que peuvent avoir les troubles à symptomatologie somatique. Ainsi, l'importance de mesurer la QVLS chez les adolescent(e)s qui somatisent se justifie par leurs besoins précis concernant leur développement et leurs vulnérabilités. Cependant, seules quelques études se sont intéressées aux douleurs chez les jeunes qui souffrent de somatisation. Mahrer et al. (2012) rapportent que la somatisation chez les enfants avec des douleurs chroniques serait fortement et

négativement associée ($r = -0,61, p < 0,01$) à la QVLS. D'autres études vont dans le même sens en appuyant le fait que les jeunes avec des douleurs chroniques sont plus à risque d'avoir une QVLS plus faible (Gold et al., 2009; Powers et al., 2003). Par ailleurs, une étude menée par Verhoof et al. (2013) démontre que de jeunes adultes avec une condition somatique depuis leur enfance rapportent une QVLS moindre et un risque plus élevé de développer un trouble anxieux et/ou dépressif comparativement au groupe de référence. Globalement, la QVLS est plus faible chez les jeunes ayant une problématique chronique, qu'elle soit somatique ou non. Ces résultats et le manque de littérature à ce sujet appuient l'importance de s'intéresser à la QVLS chez les jeunes qui souffrent de troubles à symptomatologie somatique et de mettre en place des interventions visant à l'améliorer.

Les interventions de groupe

Les interventions de groupe, de manière générale, ont fait leurs preuves en termes d'efficacité auprès des jeunes. Une méta-analyse s'intéressant à cette modalité d'intervention à travers 56 essais aléatoires effectués auprès de jeunes âgés de 4 et 18 ans dans différents environnements soutient que celle-ci est efficace avec une taille d'effet globale modérée de 0,61 ($p = 0,001$) pour les études comparant un groupe de traitement à un groupe contrôle (Hoag & Burlingame, 1997). Les groupes de traitement de ces études comportaient en moyenne 31 participants (intervalle entre 6 et 199 participant(e)s) et les groupes contrôles comportaient en moyenne 32 participants (intervalle entre 5 et 181 participant(e)s). Les études contenues dans cette méta-analyse s'intéressaient à différentes

variables telles que l'anxiété, l'adaptation au divorce, les habiletés sociales, etc. Plus près de notre problématique, une étude menée auprès de 40 groupes d'enfants et d'adolescent(e)s (N = 266) indique que la modalité de groupe permettrait une amélioration de l'état des jeunes ayant des difficultés émotionnelles et sociales (Shechtman & Leichtentritt, 2010). Aussi, plusieurs études auprès d'adolescent(e)s souffrant de troubles anxieux ont obtenu une efficacité similaire et des différences non significatives entre l'intervention individuelle comparativement à l'intervention de groupe (Flannery-Schroeder et al., 2005; Liber et al., 2008; Wergeland et al., 2014). La recherche du côté du traitement des troubles à symptomatologie somatique en intervention de groupe se fait plus rare, surtout chez les jeunes. Auprès d'une population adulte, Kashner et al. (1995) ont mené un essai clinique contrôlé randomisé qui évaluait l'efficacité d'une thérapie de groupe chez 70 participant(e)s souffrant d'un trouble à symptomatologie somatique (44 participant(e)s pour le groupe expérimental et 26 dans le groupe contrôle). Les participant(e)s du groupe expérimental rapportent des résultats significativement positifs quant à leur santé physique et mentale, l'amélioration étant corrélée positivement avec le nombre de sessions effectuées. Ces mêmes auteurs soulignent aussi la possibilité de diminuer les frais de prise en charge médicale de 52 % avec ce type d'intervention. Chez les jeunes, à notre connaissance, aucune étude expérimentale n'a été menée à ce sujet. Néanmoins, étant donné les résultats positifs généralement observés de l'intervention de groupe, il est possible de penser que les jeunes qui présentent un trouble à symptomatologie somatique pourraient en bénéficier.

Ces résultats positifs en intervention de groupe chez les jeunes pourraient s'expliquer par plusieurs facteurs. D'abord, selon Kaës (2005), les adolescent(e)s ont la tendance naturelle à former des groupes dans leur milieu de vie, alors cette modalité peut être plus familière et confortable pour eux. D'autres auteurs indiquent de nombreux avantages de la modalité de groupe qui pourraient aussi expliquer les effets positifs de celle-ci : la compréhension par les pairs, la réduction de l'isolement social et l'occasion de partager avec les autres jeunes leurs préoccupations communes (Roberts et al., 1997; Zebrack et al., 2010).

Traitement : atelier de gestion de la douleur

Les traitements habituels proposés pour les jeunes souffrant de trouble à symptomatologie somatique suivent généralement la même forme. Frappier et al. (2017) indiquent qu'ils débutent avec une leçon introductive où les participant(e)s peuvent discuter de thèmes tels que l'adaptation au problème physique, l'hygiène de vie, les pensées/croyances/comportements en lien avec la détresse et les symptômes, la gestion de l'anxiété, les relations sociales, les conflits, les habiletés de communication, les stratégies de gestion du stress par la relaxation, etc. (Kashner et al., 1995; Lidbeck, 1997; Thoret et al., 2006). Le traitement inclut ensuite la pratique d'exercices de relaxation et se termine par un bilan médical en individuel.

À Montréal, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine a une Clinique de la Médecine de l'Adolescence qui se spécialise dans les troubles à

symptomatologie somatique. La prise en charge habituelle offerte a été développée par Girard et al. (1996) qui sont des précurseurs de l'intervention médicale chez les jeunes qui somatisent. Selon leur marche à suivre, le médecin doit s'intéresser en profondeur aux symptômes du(de la) jeune en l'écouter attentivement. Il l'informe ensuite, lui(elle) et ses parents, des causes physiologiques ou fonctionnelles de ses symptômes. Le médecin travaille aussi, avec le(la) jeune, sur sa prise de pouvoir quant à son état de santé en l'incitant à avoir de saines habitudes de vie (Frappier et al., 2017).

L'intervention thérapeutique offerte comprend une thérapie individuelle intégrative à court ou moyen terme incluant parfois des séances familiales. Cette intervention cible l'éducation, les modifications comportementales, les modifications des interprétations et des cognitions erronées, l'intervention sur les potentielles psychopathologies en comorbidité, l'intervention sur les impasses développementales, la psychothérapie et la recherche de sens (Girard et al., 1996).

En plus de ce suivi individuel, une thérapie de groupe est aussi offerte, soit l'atelier de la gestion de la douleur (AGD). L'AGD, évalué dans l'étude ci-présente, est inclus à travers la prise en charge déjà offerte au CHU Sainte-Justine à la clinique de Médecine de l'Adolescence. Cet atelier a été implanté pour répondre au besoin pressant de prendre en charge un grand nombre de jeunes qui présentent un trouble à symptomatologie somatique sur une liste d'attente, où le temps peut varier de quelques semaines à un an, ainsi que pour répondre au besoin d'inclure la famille dans le traitement (Frappier et al., 2017). En effet, un aspect prioritaire dans leur prise en charge est d'inclure la famille. Une étude

menée en Australie par Klineberg et al. (2014) a démontré que la perception de la mère sur la cause des symptômes pouvait influencer négativement le traitement si celle-ci croyait en des causes organiques. Alors, il est évident que la compréhension du trouble doit être la même à travers la famille et que cela doit être assuré dans la prise en charge. C'est pourquoi l'AGD invite les parents à se joindre au groupe en début et à la fin du traitement.

L'AGD consiste en six ateliers bimensuels en groupe fermé basés sur l'approche de réadaptation (Picard et al., 2019). Picard et ses collaborateur(-rice)s mentionnent que l'intervention vise un découragement des comportements de maladies et permet aux jeunes d'apprendre des stratégies de gestion du stress pour contrer les comportements d'évitement. Elle met l'accent sur la mentalisation des émotions et la détection d'autres psychopathologies. Les mêmes auteurs expliquent que l'intervention utilise aussi des discussions de groupe, des activités thérapeutiques, le dessin et le psychodrame pour se pencher plus en profondeur sur les difficultés relationnelles que peuvent avoir les jeunes. De plus, des évaluations autorapportées ont lieu au début et à la fin du programme. Plusieurs éléments sont évalués : la dramatisation en douleur, la dépression, la détresse psychologique, l'anxiété, le fonctionnement général, les événements stressants, les stratégies adaptatives et l'alexithymie (Picard et al., 2019). Environ un mois après la fin du parcours, un bilan final est effectué avec les parents et le(la) jeune où le cheminement de celui-ci ou de celle-ci, les observations cliniques des thérapeutes et ses résultats sur les différentes échelles sont partagés (Picard et al., 2019). Une étude préliminaire de

faisabilité menée auprès des trois premières cohortes (dix filles et un garçon) a été effectuée et a obtenu des résultats positifs au niveau de différentes difficultés vécues par les jeunes qui présentent un trouble à symptomatologie somatique : moins de symptômes dépressifs et anxieux, amélioration de l'expérience douloureuse et de l'alexithymie (Noël-Tremblay et al., Mars, 2018). Toutefois, ces résultats ne sont que préliminaires. L'étude ci-présente est donc nécessaire afin de confirmer et d'explorer plus en profondeur ces résultats.

Objectif, question et hypothèses de recherche

L'objectif de ce projet d'essai est d'évaluer la faisabilité et l'effet d'un atelier de gestion de la douleur sur la QVLS et les symptômes psychologiques d'adolescent(e)s ayant des troubles à symptomatologie somatique pris(e)s en charge en milieu hospitalier. La recension des écrits effectuée à ce sujet a bien démontré le manque de littérature qui évalue les programmes d'intervention de groupe chez les jeunes qui présentent une symptomatologie correspondant au trouble à symptomatologie somatique et qui évaluent aussi la qualité de vie liée à la santé. C'est pourquoi il est pertinent de se demander : les adolescent(e)s qui souffrent de troubles à symptomatologie somatique verront-ils leur QVLS et leur état général (symptômes psychologiques) s'améliorer à la suite d'une intervention de groupe ? L'étude de Mahrer et al. (2012) qui montre la corrélation entre la détérioration de la QVLS et la somatisation chez les enfants permet de poser l'hypothèse suivante : l'AGD aura un effet positif sur la QVLS des jeunes. Aussi, en se basant sur les

résultats de l'étude de Kashner et al. (1995) et de l'étude préliminaire menée par Noël-Tremblay et al. (Mars, 2018), il est possible de poser l'hypothèse que l'AGD aura un effet de diminution de la détresse et des symptômes anxio-dépressifs sur les échelles de l'expérience douloureuse, de la détresse psychologique, des symptômes dépressifs, de l'alexithymie et de l'anxiété de ces jeunes.

Méthode

Devis de recherche

Cette étude a été réalisée en suivant un devis de recherche quasi expérimentale de type étude de cohortes de patients suivis à la clinique de médecine de l'adolescence de l'hôpital Sainte Justine. Le groupe de comparaison est composé de trois cohortes de jeunes (16 participants) sur une liste d'attente qui avaient tout de même accès à la prise en charge habituelle avant d'avoir accès à l'AGD plus tard. Les mesures ont été prises à deux temps différents pour chaque jeune et un de ses parents avant et après l'intervention. L'intervalle de temps entre les mesures était d'environ 10 semaines. Le temps de mesure 1 est en pré intervention et le temps 2 en post intervention.

Déroulement

L'atelier de gestion de la douleur a été créé en 2016 par deux psychologues, Louis Picard, Ph. D. et Marie-Claude Fortin, Ph. D., en collaboration avec la clinique spécialisée en troubles à symptomatologie somatique à la clinique de Médecine de l'Adolescence du CHU Sainte-Justine de Montréal. Cette clinique offre une prise en charge qui comprend une intervention clinique par un médecin et une intervention thérapeutique qui correspond à une thérapie individuelle intégrative avec des séances familiales à court ou moyen terme.

À la suite de l'approbation par le comité d'éthique de la recherche auprès des êtres humains de Ste-Justine (voir annexe A), les participant(e)s et les parents qui les accompagnaient ont été contactés. Des autorisations ont été signées avant de débiter l'étude. Les participant(e)s avaient le droit en tout temps de se retirer et participaient de manière volontaire.

Les critères d'inclusions demandaient que ce soit des adolescent(e)s entre 14 et 17 ans chez qui était suspectée la présence d'un trouble à symptomatologie somatique. Les jeunes qui avaient une incapacité à être en groupe ou une incapacité sensorielle ne pouvaient pas être inclus dans le projet. Pour le recrutement, celui-ci s'est fait directement à la clinique du CHU Ste-Justine auprès de la clientèle visée.

Participant(e)s

Afin d'être considérés comme participants à l'étude, les jeunes devaient être présents obligatoirement aux six séances totales et au bilan, à raison d'une fois aux deux semaines. Il devait aussi y avoir la présence obligatoire des parents à la première, troisième et sixième séance, et au bilan. Finalement, les parents devaient s'assurer que leur adolescent(e) réalisait les tâches demandées à la maison. Au total, 36 participant(e)s ont été recruté(e)s. Parmi ceux-ci ou celles-ci, certain(e)s participant(e)s se sont retiré(e)s dès le début des interventions en ne signant pas l'autorisation ($n = 3$). D'autres se sont retiré(e)s au courant de l'étude en ne remplissant pas les questionnaires du temps 2 ou en ne complétant pas les six séances ($n = 2$). L'échantillon final de l'étude ci-présente compte donc 31 participant(e)s (16 participants pour le groupe de comparaison sur liste d'attente; 29 filles et 2 garçons) âgé(e)s de 14 et 17 ans ($M = 15,89$, $É.T. = 1,01$) divisé(e)s en six cohortes. Huit des participant(e)s ont eu ou ont encore actuellement une maladie grave au cours de leur vie (p. ex., un enfant présente un diagnostic de fibrose kystique et un autre de l'anémie), neuf ont subi une opération et six ont été victimes d'un accident. Plus d'un

tiers des participant(e)s (13) ont déjà consulté en neurologie ou consultent encore actuellement. Les motifs de consultation sont les migraines ou céphalées ($n = 8$), la perte de sensation ou la paralysie des mains ($n = 2$), le suivi en lien avec une opération/hospitalisation ($n = 2$) et en lien avec un traumatisme crânien ($n = 1$). Le taux de participation de 86,11 % est supérieur à celui de 45 % obtenu dans l'étude menée par Kashner et al. (1995) auprès d'une clientèle souffrant de trouble à symptomatologie somatique et qui a participé à une ou plusieurs des sessions proposées.

Instruments

Le *Kidscreen-52* (Ravens-Sieberer et al., 2005) est un instrument de 52 items qui mesure de la qualité de vie liée à la santé (QVLS). Il comporte une version pour le participant et une pour leur parent. Les questions suivent des échelles de type Likert en 5 points (allant, par exemple, de 1 « pas du tout » à 5 « extrêmement ») et s'informent de l'état de la dernière semaine. Plus le score total est élevé, plus la QVLS est considérée comme élevée. La QVLS est mesurée à partir de 10 échelles différentes mesurant plusieurs dimensions qui possèdent leurs propres normes : 1) le bien-être physique (niveau d'activité, d'énergie et de forme physique), 2) le bien-être psychologique (niveau de satisfaction générale envers la vie), 3) l'humeur et les émotions (affects dépressifs et sentiments en lien avec le stress), 4) la perception de soi (valeur personnelle et perception de soi), 5) l'autonomie (opportunités que l'adolescent(e) a pour passer des moments de loisir et/ou avec des ami(e)s), 6) la qualité de la relation avec les parents et l'ambiance

familiale, 7) le soutien social (nature des relations qu'a l'adolescent(e) avec les autres jeunes de son entourage), 8) l'environnement scolaire (perception de l'adolescent(e) quant à ses capacités cognitives, son apprentissage et sa concentration), 9) l'acceptation sociale (sentiments de peur et de rejet face aux autres adolescent(e)s), et 10) les ressources financières (perception des ressources financières que possède l'adolescent(e) en comparaison aux autres jeunes qui l'entourent). Le questionnaire possède une bonne fidélité ainsi qu'une validité convergente acceptable. La validation a été effectuée auprès de 22 296 enfants et adolescent(e)s âgés de 8 et 18 ans (échantillon d'enfants $M = 9,57$ ans; échantillon d'adolescent(e)s $M = 14,3$ ans) avec un alpha de Cronbach se situant entre 0,77 et 0,89 (Ravens-Sieberer et al., 2005). De plus, une corrélation modérée ($r = 0,51$ et $0,68$) a été obtenue entre les dimensions du KINDL et du *Kidscreen-52*. Le choix de cet instrument s'appuie sur les quelques études l'ayant utilisé auprès de populations d'enfants et/ou d'adolescent(e)s qui somatisent et qui souffrent de problématiques chroniques (Gold et al., 2009; Mahrer et al., 2012; Powers et al., 2003).

Le *Pain Catastrophizing Scale for francophone adolescents* (PCS-Ado; Tremblay et al., 2008) est la version traduite francophone du questionnaire de Sullivan et al. (1995). Il s'agit d'un instrument qui s'intéresse à l'expérience douloureuse en fournissant un indice total à partir de 13 items. Plus le score est élevé et plus la dramatisation face à l'expérience douloureuse serait élevée (score au-dessus de 30 est significatif). L'outil est composé de trois dimensions : le sentiment d'impuissance (6 items), la dramatisation (3 items) et la rumination (4 items). Il possède une excellente fidélité avec un coefficient

alpha total de 0,87 (Sullivan et al., 1995). Une étude menée par Osman et al. (1997) a aussi confirmé que l'outil avait une validité acceptable ($\alpha = 0,93$).

L'*échelle d'Alexithymie de Toronto* (TAS-20; Bagby et al., 1994) traduit par Loas et al. (1996) comporte 20 items qui mesurent un score total de l'habileté à identifier les émotions (7 items), à les décrire (5 items) et à les attribuer à des éléments externes (8 items). Un score situé entre 52 et 60 indiquerait la possible présence d'alexithymie et un score égal ou supérieur à 61 indiquerait la présence d'alexithymie. Bagby et al. (1994) rapportent un coefficient alpha total de 0,81 qui représente une bonne fidélité. Ces mêmes auteurs ont confirmé, à travers plusieurs études, que l'instrument est une mesure valide de l'alexithymie.

L'*indice de détresse psychologique de l'étude de Santé Québec* (IDPESQ-14; Ilfeld Jr, 1976) traduit et validé par Prévaille et al. (1992) détermine un indice total de détresse psychologique qui comprend 14 items de type Likert allant de 1 « jamais » à 4 « très souvent ». L'indice est défini par le niveau de manifestations de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Une détresse psychologique considérée comme élevée doit être supérieure à 42,86 (Couillard, 2011). Plus le score est élevé et plus la détresse psychologique pourrait être élevée. La fidélité de l'instrument est très bonne avec un coefficient alpha de 0,89 (Prévaille et al., 1992).

L'*Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS; Revah-Levy et al., 2007) évalue le degré de dépression chez les jeunes âgé(e)s de 13 et 20 ans à l'aide de 10 items de type « vrai ou faux » qui donnent un indice total de dépression (exemple d'item : « Je n'ai pas

d'énergie pour l'école, pour le travail »). Les seuils cliniques sont les suivants : 4 à 7 = modérée et 8 à 10 = élevée (Feur et al., 2007). La fidélité est acceptable avec un coefficient alpha supérieur à 0,70 pour cette étude (Revah-Levy et al., 2007). Ces mêmes auteurs ont effectué des analyses factorielles et ont obtenu des corrélations modérées à élevées (0,51 à 0,80 ; $p < 0,05$) entre le ADRS et des tests mesurant les mêmes composantes tels que le *Beck Depression Inventory* et le *Hamilton Depression Rating Scale* ce qui confirme la validité de l'instrument.

Le *State Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spielberger et al., 1983) dont la version francophone a été traduite par Turgeon et Chartrand (2003) est constituée de deux sous-échelles (20 items chacune). La première évalue l'anxiété dispositionnelle (trait) et l'autre l'anxiété situationnelle (état). Le seuil clinique est à partir 34 (Schauder, 2007). Cet outil a une très bonne fidélité pour ses deux échelles (coefficients alphas : trait = 0,89, état = 0,88 ; Turgeon & Chartrand, 2003). L'échelle a été validée avec une population adolescente par Kirisci et al. (1997). Dans cette étude, les coefficients alpha (α de Cronbach) étaient de 0,87 et 0,89 pour l'échelle d'anxiété dispositionnelle (trait) et pour l'échelle d'anxiété situationnelle (état) respectivement.

Stratégie d'analyse

Des analyses de variance à mesures répétées de type multiniveaux (modèles mixtes) ont été effectuées à l'aide de Statistical Analysis Software (SAS) en utilisant les données obtenues aux différents instruments pour vérifier si l'expérience douloureuse, la

détresse psychologique, l'anxiété, les symptômes dépressifs, l'estime de soi, l'alexithymie et la QVLS des participant(e)s se sont améliorés à la suite de l'intervention. La variable indépendante est le temps et les variables dépendantes correspondent aux scores obtenus aux différentes échelles. L'utilisation de ce type d'analyses permet de comparer les moyennes des groupes en fonction du temps et comporte plusieurs avantages additionnels comparativement aux ANOVAS à mesures répétées (Creswell & Poth, 2016). Ces avantages, selon ces mêmes auteurs, sont les suivantes : conditions d'application moindres, permettent d'observer les effets d'interaction avec plus de puissance statistique et permettent d'estimer les données manquantes dans le cas de l'utilisation de la méthode du maximum de vraisemblance restreint (REML). De plus, ces analyses ont la puissance statistique nécessaire considérant le nombre de participant(e)s. Ces analyses ont permis d'examiner si l'expérience douloureuse, l'alexithymie, la détresse psychologique, le niveau d'affect dépressif, l'anxiété et la QVLS vécus par les jeunes se sont améliorés dans le groupe de traitement comparativement au groupe sur la liste d'attente. De plus, des tests-t pour groupes indépendants sur ces variables ont été effectués afin d'obtenir les tailles d'effet pour l'interaction entre les groupes et les temps. La taille d'effet présentée pour l'interaction est le d de Cohen (pour groupes indépendants) calculée en utilisant la différence entre T2 et T1. Une taille d'effet approximative de 0,2 est considérée faible, de 0,5 est considérée moyenne et de 0,8 est considérée comme forte (Cohen, 1988). *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) a été utilisé pour le calcul des tailles d'effet.

Résultats

Cette section vise à présenter les statistiques descriptives (moyennes et écart-types; voir tableau 1 et tableau 2) non ajustées au temps 1 et au temps 2 pour les deux groupes afin de permettre une comparaison aux scores normatifs d'autres populations. Les alphas de Cronbach de chacune des échelles utilisées se retrouvent également au tableau 1 et tableau 2. Comme l'alpha de Cronbach de l'échelle de perception de soi du *Kidscreen-52* est négatif en raison d'un problème avec l'échelle, les résultats liés à cette échelle ne sont pas pris en compte dans les résultats. Les résultats aux analyses de variance pour mesures répétées de type multiniveaux entre les groupes seront aussi illustrés afin de vérifier les hypothèses de l'étude. Les résultats débutent par ceux de la QVLS (*Kidscreen-52*) qui se retrouvent dans le tableau 3, suivi des différentes variables psychosociales : expérience douloureuse (PCS-Ado), l'alexithymie (TAS-20), la détresse psychologique (IDEPSQ-14), la dépression (ADRS) et l'anxiété (STAIC). Le tableau 4 présente les scores des analyses de variance pour les variables psychosociales nommées ci-dessus.

Qualité de vie liée à la santé rapportée par l'adolescent(e)

Échelle de bien-être physique

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(20,1) = 7,13, p = 0,015$, mais n'indique aucun effet d'interaction significatif entre les groupes

Tableau 1

Statistiques descriptives des échelles du Kidscreen-52 pour le groupe expérimental et le groupe contrôle avant l'intervention (T1) et post-intervention (T2)

	T1		Expérimental		Contrôle	
	alpha de Cronbach	r item-total	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Bien-être physique	0,82	T1	9,60	4,19	10,33	4,25
		T2	13,00	4,62	11,92	4,12
Bien-être psychologique	0,83	T1	17,50	5,44	19,92	4,42
		T2	22,00	4,29	19,92	4,56
Humeur et émotions	0,91	T1	20,30	7,79	23,25	8,65
		T2	28,70	5,03	26,75	5,56
Perception de soi	-0,52	T1	15,90	1,73	15,33	2,10
		T2	14,40	0,84	15,33	1,78
Autonomie	0,61	T1	12,20	3,01	15,25	4,88
		T2	14,80	4,39	15,75	4,52
Relation parents/ambiance familiale	0,87	T1	19,10	5,93	23,50	3,85
		T2	22,80	4,87	20,50	5,99
Ressources financières	0,98	T1	9,40	4,81	12,00	4,24
		T2	10,10	4,82	11,92	3,92
Soutien social	0,91	T1	17,90	6,95	19,00	5,31
		T2	20,60	6,35	19,58	7,25
Environnement scolaire	0,67	T1	15,90	3,41	17,92	5,20
		T2	17,90	5,34	16,67	4,75
Acceptation sociale	0,55	T1	13,50	1,96	14,33	1,23
		T2	14,30	0,95	14,42	1,16

Tableau 2

Statistiques descriptives des échelles psychosociales pour le groupe expérimental et le groupe contrôle avant l'intervention (T1) et post-intervention (T2)

	T1 alpha de Cronbach r item-total		Expérimental		Contrôle	
			Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Expérience douloureuse						
Impuissance	0,86	T1	15,82	4,96	14,27	4,88
		T2	11,10	4,06	13,18	3,37
Dramatisation	0,72	T1	6,45	4,23	6,09	2,51
		T2	4,27	3,77	6,36	2,29
Rumination	0,82	T1	10,82	3,25	10,18	2,99
		T2	8,82	3,12	10,27	2,33
Total	0,92	T1	33,10	11,88	30,55	9,38
		T2	24,18	10,14	29,82	6,65
Alexithymie	0,84	T1	64,36	11,02	60,55	13,43
		T2	60,09	12,68	59,64	12,13
Détresse psychologique	0,94	T1	52,16	24,64	46,97	26,17
		T2	26,81	14,56	41,99	25,18
Dépression	0,69	T1	5,45	2,91	5,27	2,97
		T2	3,00	2,10	3,91	2,34
Anxiété						
État	0,95	T1	40,00	7,07	37,36	6,87
		T2	32,27	8,42	35,36	6,85
Trait	0,94	T1	41,00	9,52	40,45	11,29
		T2	34,27	8,20	41,09	11,21

Tableau 3

Analyses de variance pour mesures répétées de type multiniveaux entre les groupes pour les échelles du Kidscreen-52

Résultat des mesures	Groupe de traitement	Temps	Groupe de traitement x temps	Post intervention (T2)	
				Gr. Exp. - gr. Co	Taille d'effet
Bien-être physique	$F(5,1) = 0,58$	$F(20,1) = 7,13^*$	$F(20,1) = 1,47$	Différence de moyenne (95% IC) 1,88 (-7,80 - 11,56)	0,34
Bien-être psychologique	$F(28,1) = 2,15$	$F(24,1) = 26,15^{**}$	$F(24,1) = 0,64$	3,39 (-3,40 - 10,19)	1,31
Humeur et émotions	$F(29,1) = 1,74$	$F(26,1) = 14,91^{**}$	$F(26,1) = 5,75^*$	4,39 (-4,00 - 12,77)	0,97
Perception de soi	$F(27,1) = 1,19$	$F(25,1) = 2,60$	$F(25,1) = 1,29$	-0,82 (-2,68 - 1,04)	0,60
Autonomie	$F(29,1) = 0,03$	$F(25,1) = 2,88$	$F(25,1) = 0,5$	-1,69 (-8,37 - 4,99)	0,60
Relation parents/ambiance familiale	$F(29,1) = 0,00$	$F(25,1) = 4,19$	$F(25,1) = 1,09$	1,33 (-7,77 - 10,44)	0,91
Ressources financières	$F(29,1) = 1,05$	$F(24,1) = 0,00$	$F(24,1) = 0,58$	-7,68 (-20,22 - 4,87)	0,38
Soutien social	$F(32,1) = 0,24$	$F(16,1) = 0,29$	$F(16,1) = 3,53$	1,41 (-10,61 - 13,43)	0,43
Environnement scolaire	$F(5,1) = 0,04$	$F(19,1) = 1,05$	$F(19,1) = 1,21$	1,26 (-6,26 - 8,77)	0,69
Acceptation sociale (bullying)	$F(26,1) = 1,00$	$F(18,1) = 2,90$	$F(18,1) = 0,70$	-1,14 (-7,58 - 5,30)	0,37

Notes. Taille d'effet – effet d'interaction entre les groupes (groupes indépendants; d de Cohen's); *p < 0,05 **p < 0,01; gr. Exp – groupe expérimental; gr. Co – groupe contrôle.

Tableau 4

Analyses de variance pour mesures répétées de type multiniveaux entre les groupes pour les échelles psychosociales

Résultat des mesures	Groupe de traitement	Temps	Groupe de traitement x temps	Post intervention (T2)	
				Différence de moyenne ajustée (95% IC)	Taille d'effet
Expérience douloureuse					
Impuissance	$F(3,1) = 0,00$	$F(24,1) = 10,20^{**}$	$F(24,1) = 5,70^*$	-1,24 (-4,90 - 2,42)	0,96
Dramatisation	$F(28,1) = 0,02$	$F(28,1) = 6,36^*$	$F(28,1) = 5,12^*$	-1,98 (-4,63 - 0,68)	0,97
Rumination	$F(4,1) = 0,02$	$F(26,1) = 8,41^{**}$	$F(26,1) = 1,03$	-1,27 (-3,64 - 1,11)	1,15
Total	$F(30,1) = 0,00$	$F(28,1) = 10,89^{**}$	$F(28,1) = 4,90^*$	-4,48 (-12,17 - 3,20)	1,21
Alexithymie	$F(29,1) = 0,01$	$F(24,1) = 1,31$	$F(24,1) = 0,60$	0,69 (-8,98 - 10,36)	0,56
Détresse psychologique	$F(29,1) = 1,42$	$F(25,1) = 12,01^{**}$	$F(25,1) = 8,15^{**}$	-12,08 (-30,77 - 6,60)	1,16
Dépression	$F(29,1) = 1,23$	$F(26,1) = 3,23$	$F(26,1) = 10,36^{**}$	-0,75 (-2,67 - 1,17)	0,51
Anxiété					
État	$F(31,1) = 2,04$	$F(20,1) = 13,57^{**}$	$F(20,1) = 3,64$	-3,6 (-10,49 - 3,29)	1,07
Trait	$F(30,1) = 0,93$	$F(25,1) = 10,05^{**}$	$F(25,1) = 2,77$	-6,04 (-14,47 - 2,39)	1,18

Notes. Taille d'effet - effet d'interaction entre les groupes (groupes indépendants; d de Cohen's); *p < 0,05 **p < 0,01; gr. Exp - groupe expérimental; gr. Co - groupe contrôle.

et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'atelier pour l'échelle de bien-être physique rapportée par l'adolescent (voir tableau 3).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) démontrent que le score standardisé des deux groupes au T2 de 34,80 est significativement plus élevé que le score au T1 de 29,83. Toutefois, l'effet du temps ne permet pas de conclure que cette amélioration proviendrait de l'AGD.

Échelle de bien-être psychologique

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(24,1) = 26,15, p < 0,0001$, mais n'indique aucun effet d'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'atelier pour l'échelle de bien-être psychologique rapportée par l'adolescent (voir tableau 3).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) démontrent que le score standardisé des deux groupes au T2 (43,24) est significativement plus élevé qu'au T1 (37,22). Toutefois, l'effet du temps ne permet pas de conclure que cette amélioration proviendrait de l'AGD.

Échelle d'humeur et émotions

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(26,1) = 14,91, p = 0,0007$ et un effet d'interaction entre les groupes et le temps $F(26,1) = 5,75, p = 0,02$ ce qui signifie que l'effet de l'atelier est significatif pour l'échelle de l'humeur et des émotions rapportées par l'adolescent (voir tableau 3). La taille d'effet (d de Cohen) est considérée comme élevée ($\delta = 0,97$).

Des analyses de variance ont été effectuées et les résultats ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les temps pour le groupe contrôle ($p = 0,27$),

mais démontrent une différence significative entre les temps pour le groupe expérimental ($p < 0,001$). Ils ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les groupes au T1 ($p = 0,81$), mais démontrent qu'il y a une différence significative entre les groupes au T2 ($p = 0,04$).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) permettent de conclure que le score du groupe expérimental au T2 (51,31) est significativement plus élevé qu'au T1 (39,63) et que ce même score au T2 (51,31) du groupe expérimental est significativement plus élevé que le score du groupe contrôle au T2 (41,28). Ces résultats indiquent une amélioration significative de l'échelle de l'humeur et des émotions pour le groupe expérimental, donc résultant de l'AGD.

Échelle de perception de soi

L'analyse de variance n'indique aucun effet significatif entre les groupes, entre les temps ou au niveau de l'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'AGD pour l'échelle de perception de soi rapportée par l'adolescent(e). Comme l'alpha de Cronbach est problématique pour cette échelle, ce résultat n'est de toute façon pas pris en compte dans la discussion.

Échelle d'autonomie

L'analyse de variance n'indique aucun effet significatif entre les groupes, entre les temps ou au niveau de l'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y

a pas de résultats significatifs de l'AGD pour l'échelle d'autonomie rapportée par l'adolescent(e).

Échelle de relation entre les parents et l'adolescent

L'analyse de variance n'indique aucun effet significatif entre les groupes, entre les temps ou au niveau de l'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'AGD pour l'échelle de relation entre les parents et l'adolescent(e) rapportée par le(la) jeune.

Échelle des ressources financières

L'analyse de variance n'indique aucun effet significatif entre les groupes, entre les temps ou au niveau de l'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'AGD pour l'échelle des ressources financières rapportées par l'adolescent(e).

Échelle de soutien social

L'analyse de variance n'indique aucun effet significatif entre les groupes, entre les temps ou au niveau de l'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'AGD pour l'échelle de soutien social rapportée par l'adolescent(e).

Échelle de l'environnement scolaire

L'analyse de variance n'indique aucun effet significatif entre les groupes, entre les temps ou au niveau de l'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'AGD pour l'échelle de l'environnement scolaire rapportée par l'adolescent(e).

Échelle d'acceptation sociale

L'analyse de variance n'indique aucun effet significatif entre les groupes, entre les temps ou au niveau de l'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'AGD pour l'échelle d'acceptation sociale rapportée par l'adolescent(e).

Variables psychosociales rapportées par l'adolescent(e)

Expérience douloureuse

Échelle d'impuissance durant la douleur

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(24,1) = 10,20, p = 0,0039$ et un effet d'interaction entre les groupes et le temps $F(24,1) = 5,70, p = 0,03$, ce qui signifie que l'effet de l'atelier est significatif pour l'échelle d'impuissance durant la douleur rapportée par l'adolescent (voir tableau 4). La taille d'effet est considérée comme élevée ($\delta = 0,96$).

Des analyses de variance ont été effectuées et les résultats ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les temps pour le groupe contrôle ($p = 0,65$), mais démontrent une différence significative entre les temps pour le groupe expérimental ($p < 0,001$). Ils ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les groupes au T1 ($p = 0,32$) et entre les groupes au T2 ($p = 0,34$).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) permettent de conclure que le score du groupe expérimental au T1 (15,93) est significativement plus élevé qu'au T2 (11,18). Ces résultats indiquent une diminution significative des sentiments d'impuissance durant la douleur pour le groupe expérimental résultant de l'AGD.

Échelle de dramatisation durant la douleur

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(28,1) = 6,36$, $p = 0,01$ et un effet d'interaction entre les groupes et le temps $F(28,1) = 5,12$, $p = 0,03$ ce qui signifie que l'effet de l'atelier est significatif pour l'échelle de magnification durant la douleur rapportée par l'adolescent(e) (voir tableau 4). La taille d'effet est considérée comme étant élevée ($\delta = 0,97$).

Des analyses de variance ont été effectuées et les résultats ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les temps pour le groupe contrôle ($p = 0,84$), mais démontrent une différence significative entre les temps pour le groupe expérimental ($p = 0,004$). Ils ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les groupes au T1 ($p = 0,52$) et entre les groupes au T2 ($p = 0,30$).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) permettent de conclure que le score du groupe expérimental au T1 (6,80) est significativement plus élevé qu'au T2 (4,49). Ces résultats indiquent une diminution significative de la dramatisation durant la douleur pour le groupe expérimental résultant de l'AGD.

Échelle de rumination durant la douleur

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(26,1) = 8,41, p = 0,008$, mais n'indique aucun effet d'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'atelier pour l'échelle de rumination durant la douleur rapportée par l'adolescent(e) (voir tableau 4).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) démontrent que les scores standardisés des deux groupes au T2 (9,36) sont significativement plus faibles qu'au T1 (10,90). Toutefois, l'effet du temps ne permet pas de conclure que cette amélioration proviendrait de l'AGD.

Score total de l'expérience douloureuse

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(28,1) = 10,89, p = 0,003$ et un effet d'interaction significatif entre les groupes et le temps $F(28,1) = 4,90, p = 0,04$ ce qui signifie que l'effet de l'atelier est significatif au niveau de l'échelle de l'expérience douloureuse rapportée par l'adolescent(e) (voir tableau 4). La taille d'effet est considérée comme très élevée ($\delta = 1,21$).

Des analyses de variance ont été effectuées et les résultats ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les temps pour le groupe contrôle ($p = 0,41$), mais démontrent une différence significative entre les temps pour le groupe expérimental ($p = 0,001$). Ils ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les groupes au T1 ($p = 0,40$) et entre les groupes au T2 ($p = 0,33$).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) permettent de conclure que le score du groupe expérimental au T1 (33,80) est significativement plus élevé qu'au T2 (24,60). Ces résultats indiquent une diminution significative de l'expérience douloureuse pour le groupe expérimental en T2 résultant de l'AGD.

Alexithymie

L'analyse de variance n'indique aucun effet significatif entre les groupes, entre les temps ou au niveau de l'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs à la suite de l'AGD pour l'échelle d'alexithymie rapportée par l'adolescent(e).

Détresse psychologique

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(25,1) = 12,01, p = 0,002$) et un effet d'interaction significatif entre les groupes et le temps $F(25,1) = 8,15, p = 0,009$ ce qui signifie que l'effet de l'atelier est significatif au niveau de l'échelle de détresse psychologique rapportée par l'adolescent(e) (voir tableau 4). La taille d'effet est considérée comme très élevée ($\delta = 1,16$).

Des analyses de variance ont été effectuées et les résultats ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les temps pour le groupe contrôle ($p = 0,65$), mais démontrent une différence significative entre les temps pour le groupe expérimental ($p < 0,001$). Ils ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les groupes au T1 ($p = 0,87$), mais démontrent qu'il y a une différence significative entre les groupes au T2 ($p = 0,03$).

Les test T à posteriori (Bonferroni) permettent de conclure que le score du groupe expérimental au T1 (47,30) est significativement plus élevé qu'au T2 (23,53) et que le score du groupe expérimental au T2 (23,53) est significativement plus faible que celui du groupe contrôle au T2 (43,63). Ces résultats indiquent une diminution significative de la détresse psychologique pour le groupe expérimental en T2 en raison de l'AGD.

Dépression

L'analyse de variance indique un effet d'interaction significatif entre les groupes et le temps $F(26,1) = 10,36, p = 0,004$ ce qui signifie que l'effet de l'atelier est significatif au niveau de l'échelle de dépression rapportée par l'adolescent (voir tableau 4). La taille d'effet est considérée comme moyenne ($\delta = 0,51$).

Des analyses de variance ont été effectuées et les résultats ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les temps pour le groupe contrôle ($p = 0,29$), mais démontrent une différence significative entre les temps pour le groupe expérimental ($p = 0,003$). Ils ne permettent pas de démontrer de différence significative entre les

groupes au T1 ($p = 0,60$), mais démontrent qu'il y a une différence significative entre les groupes au T2 ($p = 0,02$).

Les test T à posteriori (Bonferroni) permettent de conclure que le score du groupe expérimental au T1 (4,93) est significativement plus élevé qu'au T2 (2,68) et que le score du groupe expérimental au T2 (2,68) est significativement plus faible que celui du groupe contrôle au T2 (5,08). Ces résultats indiquent une diminution significative des symptômes dépressifs pour le groupe expérimental en raison de l'AGD.

Anxiété

État

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(20,1) = 13,57, p = 0,002$, mais n'indique aucun effet d'interaction entre les groupes et le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'atelier pour l'échelle d'anxiété état rapporté par l'adolescent(e) (voir tableau 4).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) démontrent que les scores standardisés des deux groupes au T2 (34,06) sont significativement plus faibles qu'au T1 (38,63). Toutefois, l'effet du temps ne permet pas de conclure que cette amélioration proviendrait de l'AGD.

Trait

L'analyse de variance indique une différence significative entre les temps $F(25,1) = 10,05, p = 0,004$, mais n'indique aucun effet d'interaction entre les groupes et

le temps ce qui signifie qu'il n'y a pas de résultats significatifs de l'atelier pour l'échelle d'anxiété de trait rapportée par l'adolescent(e) (voir tableau 4).

Les tests T à posteriori (Bonferroni) démontrent que les scores standardisés des deux groupes au T2 (35,86) sont significativement plus faibles qu'au T1 (40,07). Toutefois, l'effet du temps ne permet pas de conclure que cette amélioration proviendrait de l'AGD.

Discussion

Cette section vise d'abord à discuter et interpréter les résultats obtenus en tenant compte du contexte théorique. Ensuite, les forces, les limites et les retombées de l'étude seront présentées. Finalement, des pistes d'éléments pertinents seront proposées pour les recherches futures.

Cette étude avait pour but d'évaluer l'impact d'un atelier de gestion de la douleur (AGD) sur différentes variables psychosociales (anxiété, détresse psychologique, qualité de vie liée à la santé, etc.) chez des adolescent(e)s qui souffrent de somatisation chronique. L'hypothèse était que l'AGD aurait des impacts positifs sur ces dimensions. Les résultats suggèrent des effets significatifs d'amélioration à la suite de l'AGD pour l'échelle d'humeur et émotions de la QVLS, pour l'expérience douloureuse, pour la détresse psychologique et pour les symptômes dépressifs. Ceci confirme partiellement les hypothèses de départ. En effet, les résultats n'indiquent pas d'effets significatifs de l'AGD pour les échelles de l'alexithymie, de l'anxiété et pour les autres échelles de la QVLS.

Impact sur l'humeur, les émotions et l'expérience douloureuse

Les résultats obtenus à la suite de la participation des jeunes à l'AGD révèlent un effet significatif d'amélioration de l'échelle humeur et émotions de la QVLS, de l'expérience douloureuse, de la détresse psychologique et des symptômes dépressifs.

Ces résultats concordent avec ceux de Kashner et al. (1995) qui avaient obtenu une amélioration significative au niveau de la santé mentale grâce à leur thérapie de groupe

auprès d'adultes qui présentent un trouble du symptôme somatique. Le construit de santé mentale de cette étude a été mesuré en s'intéressant au bien-être émotionnel : l'humeur, les émotions, la présence de symptômes en lien avec des problématiques affectives telles que la dépression, etc. (Eisen et al., 1979; Hays & Morales, 2001) ce qui équivaut d'assez près à l'échelle humeur et émotions, à la détresse psychologique et aux symptômes dépressifs tels que mesurés dans notre étude.

Il est à noter que l'amélioration de la santé mentale, surtout au niveau affectif, représente un élément important. D'abord, en raison des nombreuses difficultés émotionnelles vécues par les jeunes ayant une problématique de somatisation comme le démontraient Laget et al. (2006; somatisation souvent accompagnée par des manifestations dépressives) ainsi que Domènech-Llaberia et al. (2004). Ensuite, en raison du lien entre les difficultés émotionnelles et la somatisation, le fait que la présence de problématiques affectives est à la fois un facteur précipitant et un facteur de maintien de la somatisation chronique. Par conséquent, il serait possible de penser qu'une amélioration quant au vécu émotionnel difficile grâce à l'AGD pourrait avoir un impact positif sur la somatisation et vice-versa.

Par la suite, l'amélioration obtenue quant à l'expérience douloureuse, notamment la diminution de la dramatisation, est aussi un résultat important en raison de la corrélation positive présente entre celle-ci et l'intensité de la douleur comme le soulignaient Sullivan et al. (2001). Cela pourrait donc indiquer que l'AGD, en améliorant l'expérience du (de la) jeune face à la douleur, aurait un effet positif sur la douleur en elle-même.

Impact sur les autres dimensions de la QVLS

Pour ce qui est des autres dimensions de la QVLS, les résultats de la présente étude n'ont démontré aucun changement significatif. Le bien-être physique et le bien-être psychologique ont été améliorés significativement entre les temps, mais l'effet ne peut pas être attribué à l'AGD. Pour les autres dimensions, sauf celle des ressources financières, il y a aussi eu une amélioration entre les temps, mais celle-ci n'est pas significative.

Rappelons que l'échelle de bien-être physique s'intéresse au niveau d'activité, d'énergie et de la forme physique du jeune, et que celle concernant le bien-être psychologique évalue le niveau de satisfaction générale envers la vie. Ces résultats ne corroborent pas ceux de l'étude de Kashner et al., (1995) qui révélait une amélioration de la santé physique et mentale à la suite de leur thérapie de groupe chez des participant(e)s adultes ayant un trouble à symptomatologie somatique. Plusieurs explications sont possibles dont le fait que leur étude a été effectuée auprès d'une population adulte, et que cette population possède des différences de celle adolescente. Il est donc possible de penser que les adultes ne réagissent probablement pas de la même manière à certaines interventions que les adolescent(e)s. Il faut aussi souligner le fait que la thérapie évaluée par ces auteurs est différente de l'AGD et que les thèmes couverts, bien que similaires aux nôtres, ne sont pas exactement les mêmes. En fait, les résultats semblent démontrer davantage d'amélioration au niveau émotionnel. Il est possible de penser que les interventions effectuées durant l'AGD auraient possiblement amené les jeunes à se développer et à améliorer leur état en passant par les émotions.

Ensuite, l'échelle de perception de soi évalue la valeur personnelle et la perception de soi et que l'échelle d'autonomie explore les opportunités que l'adolescent(e) a pour passer des moments de loisir ou avec des ami(e)s. Plusieurs éléments pourraient expliquer l'absence de changement significatif dont le fait que les interventions ne visaient pas directement l'amélioration de l'estime de soi et du sentiment d'autonomie. Ces échelles représentent des dimensions importantes à considérer chez les adolescent(e)s qui présentent un trouble à symptomatologie somatique en raison des défis développementaux de cet âge. En effet, la construction d'une estime de soi saine et l'atteinte d'un sentiment d'autonomie se développent en partie lors de l'adolescence et la complétion de ces défis peut être rendue difficile en raison des problématiques somatiques. Il serait donc intéressant de porter plus d'attention à ces dimensions dans de futures recherches.

Pour ce qui est des échelles sociales (soutien social et acceptation sociale), les résultats vont dans le même sens que ceux observés par Kashner et al. (1995) qui révélaient l'absence de résultats significatifs au niveau du fonctionnement social.

L'échelle de soutien social s'intéresse à la nature et à la qualité des relations qu'a l'adolescent(e) avec les autres jeunes de son entourage et que l'échelle d'acceptation sociale s'intéresse aux sentiments de peur et de rejet du jeune face aux autres adolescent(e)s. Plusieurs raisons pourraient expliquer l'absence de changement significatif : le nombre de séances peut-être non suffisantes pour créer un lien assez fort entre les adolescent(e)s pour perdurer à la suite de la thérapie ce qui pourrait augmenter le soutien social et le sentiment d'être accepté(e) socialement. Aussi, tout comme les dimensions précédentes, les interventions de l'AGD ne visaient pas directement à

améliorer le soutien social et l'acceptation sociale des jeunes malgré l'importance de ces dimensions. L'effet du groupe aurait pu toutefois améliorer ces dimensions. En raison de l'importance de la sphère sociale à l'adolescence et de l'isolement social (Beck, 2008) que peuvent vivre les adolescent(e)s qui présentent un trouble à symptomatologie somatique, il serait pertinent de penser à ajouter des éléments d'intervention menant à une amélioration de celle-ci.

L'échelle d'environnement scolaire évalue la perception du(de la) jeune quant à ses capacités cognitives, son apprentissage et sa concentration, ainsi que ses sentiments à l'égard de l'école. Cette dimension n'était pas ressortie dans la littérature comme étant visée par des interventions. Pourtant, les difficultés scolaires, dont l'absentéisme scolaire (Beck, 2008) sont une problématique bien présente chez les adolescent(e)s ayant des douleurs chroniques. L'AGD n'adresse pas cette dimension en particulier, car la prise en charge habituelle inclut des interventions à ce sujet.

L'échelle de relation avec les parents et de l'atmosphère à la maison est à propos de l'ambiance à la maison et de la qualité de la relation avec les parents, et, finalement, que l'échelle de ressources financières évalue la perception des ressources financières que possède l'adolescent(e) en comparaison aux autres jeunes qui l'entourent. Malgré l'importance de ces deux dimensions pour la QVLS, celles-ci n'ont pas été identifiées dans la littérature comme étant particulièrement touchées par les problèmes de somatisation chez les adolescent(e)s.

Impact sur l'alexithymie et l'anxiété

Les résultats de l'étude ci-présente n'ont démontré aucun changement significatif en ce qui concerne l'alexithymie. Rappelons que l'échelle d'alexithymie mesure l'habileté à identifier les émotions, à les décrire et à les attribuer à des éléments externes. Ces résultats sont étonnants, car des théories expliquant la somatisation pathologique proposent que ce soit une tentative d'adaptation à une souffrance non mentalisée, en lien avec l'alexithymie (Cathébras, 2006). Alors, il était attendu que l'amélioration de l'état général des jeunes serait probablement en lien avec une amélioration de la mentalisation du vécu émotionnel, donc une diminution de l'alexithymie. Pourtant, les résultats démontrent une amélioration de l'état des jeunes, mais pas de l'alexithymie.

Plusieurs hypothèses se posent. D'abord, il est possible de penser qu'il y a d'autres manières, que l'amélioration de la mentalisation, d'arriver à cette amélioration telles que le développement d'habiletés à réguler les émotions en passant par la relaxation. Ensuite, cette absence de changement significatif pourrait être due au choix du questionnaire utilisé pour mesurer l'alexithymie, car il est possible que le questionnaire choisi s'intéresse davantage à d'autres aspects de l'alexithymie. En effet, le questionnaire s'intéresse à la difficulté à identifier les émotions, à la difficulté à les exprimer et à la propension à avoir un mode de pensée davantage axé sur l'externe que l'interne (Bagby et al., 1994). Le questionnaire ne s'intéresse toutefois pas au lien entre les sensations corporelles et le vécu émotionnel concordant ce qui représente un autre aspect de la mentalisation qui semble être liée à la somatisation. Il serait donc intéressant d'utiliser un autre outil, comprenant cet aspect, pour de futures recherches.

Les résultats de l'étude ci-présente n'ont démontré aucun changement significatif au niveau de l'anxiété mesurée par le STAIC. Cela dit, les analyses révèlent une amélioration de l'anxiété entre les temps, mais celle-ci ne peut être attribuée à l'AGD. Rappelons que l'échelle d'anxiété s'intéresse à la présence d'anxiété dispositionnelle et situationnelle. Ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus par Noël-Tremblay et al. (Mars, 2018) dans leur étude préliminaire, auprès des trois premières cohortes de l'étude présente, qui avaient obtenu une amélioration significative de l'anxiété au STAIC.

Il serait possible d'émettre l'hypothèse que l'amélioration de l'anxiété au STAIC pourrait être expliquée par la prise en charge habituelle (effet du temps). En effet, cette étude préliminaire de faisabilité n'avait pas de groupe de comparaison ne recevant aucun traitement et le groupe contrôle a donc été comparé à des participants recevant le traitement habituel se trouvant sur une liste d'attente pour ajouter l'AGD à leur traitement (de type liste d'attente).

Bien que les résultats ne soient pas significatifs pour ce qui est de l'anxiété évaluée par le STAIC, une amélioration significative au niveau de l'anxiété ressort dans d'autres outils, ce qui pourrait indiquer un enjeu de mesure. En effet, plusieurs outils utilisés mesurant les symptômes anxio-dépressifs ont obtenu des améliorations significatives : la sous-échelle humeur et émotion du *Kidscreen-52*, l'indice de détresse psychologique de l'étude de Santé Québec et la sous-échelle de ruminations du PCS-Ado. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle ce modèle de mesure ne correspondrait pas à cette population ou qu'il ne serait pas assez sensible au changement.

En somme, les résultats suggèrent, avec des tailles d'effet élevées, que l'AGD est bénéfique en permettant d'améliorer la QVLS et l'état général des jeunes qui souffrent de troubles à symptomatologie somatique. Il est aussi possible de valider l'hypothèse selon laquelle l'AGD aurait un effet positif sur les échelles de l'expérience douloureuse, de la détresse psychologique, des symptômes anxio-dépressifs de ces jeunes et donc présente un ajout pertinent aux modalités habituelles de traitement auprès des jeunes ayant un trouble à symptomatologie somatique.

Conclusion

Forces et limites de l'étude

La présente étude compte plusieurs forces. Les mesures répétées et la présence d'un groupe de comparaison de type liste d'attente ont permis d'assurer une plus grande puissance statistique qui assurait que l'effet ne puisse être seulement attribuable au passage du temps. Ensuite, les résultats significatifs qui démontrent une amélioration significative de l'humeur, de la détresse et de l'expérience face à la douleur sont une force notable de cette étude et une forte justification d'ajouter l'AGD à la prise en charge habituelle.

Cette étude présente aussi plusieurs limites. Pour débiter, la très petite taille d'échantillon demeure une limite importante, car il est possible de penser que certains résultats non significatifs auraient pu autrement l'être s'il y avait eu une plus grande puissance statistique. D'ailleurs, les tailles d'effet élevées vont dans ce sens. Pour continuer, en raison de l'homogénéité trop grande de notre échantillon quant à la diversité culturelle, de genres (seulement deux garçons), l'absence de considération pour le statut socioéconomique, etc. il serait difficile de généraliser les résultats à la population adolescente souffrant d'une problématique de somatisation. Par la suite, la petite taille d'échantillon amenait aussi l'impossibilité de faire des calculs de médiation, donc il n'a pas été possible de déterminer certains liens pertinents entre les variables (ex. que l'expérience douloureuse s'améliorerait en raison de la diminution de la détresse

psychologique). Aussi, une autre limite est à propos de l'absence de suivi à plus long terme à la suite de l'intervention afin de mesurer l'effet du traitement dans le temps. Une mesure de suivi aurait pu être intéressante pour s'assurer que l'amélioration perdure. Pour finir, la dernière limite en est plutôt une de précaution puisqu'il sera important de garder en tête que les troubles à symptomatologie somatique peuvent être de causes psychologiques, mais qu'il peut aussi s'agir d'une problématique physique qui n'aurait pas encore été diagnostiquée, donc il sera important de faire preuve de vigilance lors des études auprès de cette population.

Retombées, perspectives et recherches futures

Cette étude a contribué à augmenter les connaissances en termes d'intervention de groupe chez les jeunes qui ont un trouble à symptomatologie somatique. Cette contribution revêt d'une importance, notamment, en raison du peu de littérature scientifique sur le sujet. Globalement, l'étude a appuyé la plus-value de l'ajout de l'atelier de gestion de la douleur (AGD) au traitement habituel en raison de l'impact positif sur plusieurs variables. Ces améliorations justifient l'ajout de cette modalité de traitement.

L'AGD offre un traitement qui a un effet positif sur certaines dimensions émotionnelles. De plus, il serait intéressant d'effectuer des études auprès d'une population ayant une plus grande diversité culturelle, de genres et auprès de plus grandes cohortes afin de s'assurer de la généralisation des effets bénéfiques. La plus grande taille d'échantillon permettrait aussi de détecter des effets possiblement imperceptibles pour le moment et de tester d'éventuels effets médiateurs. Pour que cela soit possible, l'implantation des ateliers pourrait être multisites au lieu de se concentrer sur un seul

centre hospitalier, avec un devis de recherche aléatoire contrôlé préenregistré et correspondant aux normes CONSORT. Finalement, l'ajout de mesures de suivis post-traitement à plus long terme serait souhaitable afin de valider que les effets perdurent dans le temps.

Références

- Alfvén, G. (1993, Mai). The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas. An epidemiological study. *Acta Paediatrica*, 82(5), 484-487. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1993.tb12728.x>
- Alsaker, F. (2014). La puberté : étapes du développement pubertaire et incidence psychologique. Dans M. Claes et L. Lannegrand-Willems (dir.), *La psychologie de l'adolescence*. Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.5169>
- Arsenault, P.A., Gagné, R. et Girard, M. (1998). L'adolescent qui somatise : Regards cliniques. *Annales De Pédiatrie*, 45, 303-310.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. et Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Beaud Zufferey, C. (2004). Plaintes fonctionnelles à l'adolescence [thèse de doctorat, Université de Genève]. Archive ouverte UNIGE. <https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:290>
- Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of pediatric psychology*, 33(5), 547-562. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113>
- Boivin, J. et Tellier, G. (2003). L'enfant qui somatise. *Le médecin du Québec*, 38(8), 41-45. <https://lemedecindequebec.org/Media/78330/041-045BOIVIN-TELLIER0803.pdf>
- Burba, B., Oswald, R., Grigaliunien, V., Neverauskiene, S., Jankuviene, O. et Chue, P. (2006). A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 468-471. <https://hdl.handle.net/20.500.12512/80325>
- Castellano-Tejedor, C., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, L. et Blasco-Blasco, T. (2016). Surviving cancer: The psychosocial outcomes of childhood cancer survivors and its correlates. *Journal of health psychology*, 21(7), 1491-1502. <https://doi.org/10.1177/1359105314557503>
- Cathébras, P. (2006). *Troubles fonctionnels et somatisation : comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*. Elsevier Masson. <https://doi.org/10.4000/amades.326>

- Claes, M. et Lannegrand-Willems, L. (2014). *La psychologie de l'adolescence*, Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.5160>
- Couillard, M. (2011). *Les représentations graphiques de la détresse psychologique chez des adolescents* [thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/2272>
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. SAGE publications. <https://revistapsicologia.org/public/formato/cuali2.pdf>
- Domènech-Llaberia, E., Jané, C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G. et Garralda, E. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: Prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 598-604. <https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00013>
- Eisen, M., Ware Jr, J. E., Donald, C. A. et Brook, R. H. (1979). Measuring components of children's health status. *Medical care*, 902-921. <https://doi.org/10.1097/00005650-197909000-00003>
- Eiser, C. et Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of disease in childhood*, 84(3), 205-211. <https://doi.org/10.1136/adc.84.3.205>
- The KIDSCREEN group Europe. (2006). The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. *Lengerich: Pabst Science Publishers*.
- Feur, E., Labeyrie, C., Boucher, J., Eïd, A., Cabut, S., Dib, S., Castetbon, K. et Falissard, B. (2007). Indicateurs de santé chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 2005 : excès pondéral, atteinte carieuse et risque de dépression. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 4, 29-33.
- Fink, P. (1993). Admission patterns of persistent somatization patients. *General hospital psychiatry*, 15(4), 211-218. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(93\)90035-M](https://doi.org/10.1016/0163-8343(93)90035-M)
- Fink, P. (1995). Psychiatric illness in patients with persistent somatisation. *British Journal of Psychiatry*, 166(1), 93-99. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.1.93>
- Flannery-Schroeder, E., Choudhury, M. S. et Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1- year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 253-259. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-3168-z>

- Fortin, J. (2019). *Étude de l'impact d'une expédition thérapeutique sur la qualité de vie liée à la santé d'adolescents et adolescentes atteints (es) d'un cancer* [Essai doctoral, Université du Québec à Chicoutimi]. Constellation UQAC. <https://constellation.uqac.ca/id/eprint/5104/>
- Frappier, J.-Y., Picard, L., Fortin, M.-C., Jamouille, O., Taddeo, D., Stheneur, C., Proulx-Cabana, S. et Paquette, L. (2017). *Étude pilote sur l'implantation d'une prise en charge groupale pour la clientèle présentant des troubles somatoformes* [document inédit]. Médecine de l'Adolescence CHU Ste-Justine.
- Garralda, M. E. (2010). Unexplained physical complaints. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 19(2), 199–209. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.01.002>
- Girard, M., Arseneault, P.-A. et Gagne, R. (1996). L'adolescent qui somatise : Évaluation et intervention en milieu pédiatrique. *PRISME Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 6(2-3), 389-403.
- Gold, J. I., Mahrer, N. E., Yee, J. et Palermo, T. M. (2009). Pain, fatigue and health-related quality of life in children and adolescents with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 25(5), 407. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318192bfb1>
- Guerriere, D. N., Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Stafford-Coyte, E., Zagorski, B., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A. et Clark, A. J. (2010). The Canadian STOP-PAIN project—Part 2: What is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 57(6), 549-558. <https://doi.org/10.1007/s12630-010-9306-4>
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L. E. et Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *The European Journal of Public Health*, 11(1), 4-<https://doi.org/10.1093/eurpub/11.1.4>
- Hays, R. D. et Morales, L. S. (2001). The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of Medicine*, 33(5), 350-357. <https://doi.org/10.3109/07853890109002089>
- Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenwolf, M. et Weiss, M. G. (2005). Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(2), 85-92. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000152796.07788.b6>

- Hoag, M. J. et Burlingame, G. M. (1997). Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 234-246. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2603_2
- Ilfeld Jr, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological reports*, 39(3), 1215-1228. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215>
- Kaës, R. (2005). *La parole et le lien : processus associatifs et travail psychique dans les groupes* (3^e éd). Dunod. <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/parole-et-lien-3e-edition-associativite-et-travail-psychique-dans>
- Kashner, T. M., Rost, K., Cohen, B., Anderson, M. et Smith Jr, G. R. (1995). Enhancing the health of somatization disorder patients: Effectiveness of short- term group therapy. *Psychosomatics*, 36(5), 462-470. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71627-9](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71627-9)
- Kirisci, L., Clark, D. B. et Moss, H. B. (1997). Reliability and validity of the State-Trait Anxiety Inventory for Children in adolescent substance abusers: Confirmatory factor analysis and item response theory. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 5(3), 57-69. https://doi.org/10.1300/J029v05n03_04
- Kirmayer, L. J. et Looper, K. J. (2006). Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 54-60. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000194810.76096.f2>
- Klineberg, E., Rushworth, A., Bibby, H., Bennett, D., Steinbeck, K. et Towns, S. (2014). Adolescent chronic fatigue syndrome and somatoform disorders: a prospective clinical study. *Journal of paediatrics and child health*, 50(10), 775- 781. <https://doi.org/10.1111/jpc.12653>
- Laget, J., Sofia, C., Bolognini, M., Plancherel, B., Halfon, O. et Stéphan, P. (2006). Use of a multidimensional assessment tool in a psychiatric adolescent care unit. *Journal of evaluation in clinical practice*, 12(5), 549-558. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00669.x>
- Lalonde, L., Choinière, M., Martin, É., Berbiche, D., Perreault, S. et Lussier, D. (2014). Costs of moderate to severe chronic pain in primary care patients—a study of the ACCORD Program. *Journal of pain research*, 7, 389-403. <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S55388>
- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J., Gastel, W. V. et Treffers, P. D. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(8), 886-893.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x>

- Lidbeck, J. (1997). Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 14-24. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09899.x>
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M. et Wittchen, H. U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 194-208.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R. H., Höfler, M., Tholen, S. et Wittchen, H.-U. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *European psychiatry*, 17(6), 321-331. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00686-7](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00686-7)
- Lipps, G. (2005). *Faire la transition : les répercussions du passage de l'école primaire à l'école secondaire sur le rendement scolaire et l'adaptation psychologique des adolescents*. (Publication no 11F0019MIF). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2005242-fra.pdf>
- Loas, G., Otmani, O., Verrier, A., Fremaux, D. et Marchand, M. (1996). Factor analysis of the French version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Psychopathology*, 29(2), 139-144. <https://doi.org/10.1159/000284983>
- Mahrer, N. E., Montaña, Z. et Gold, J. I. (2012). Relations between anxiety sensitivity, somatization, and health-related quality of life in children with chronic pain. *Journal of pediatric psychology*, 37(7), 808-816. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss054>
- Mohapatra, S., Deo, S. J., Satapathy, A. et Rath, N. (2014). Somatoform disorders in children and adolescents. *German Journal of Psychiatry*, 17(1), 19-24. https://web.archive.org/web/20180409222213id_/http://www.gjpsy.uni-goettingen.de/gjp-article-mohapatra.pdf
- Morin, J.-F. et Ngô, T.-L. (2021). *La thérapie basée sur la mentalisation - Un mini-guide de pratique*. Collections de BAnQ. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4305648>
- Nemiah, J. C. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine*, 3, 430-439.

- Noël-Tremblay, B., Paquette, L., Picard, L., Fortin, M.-C. et Stheneur, C. (2018, 23-25 mars). *Étude pré-expérimentale de l'impact d'une psychothérapie de groupe sur l'alexithymie et l'expérience douloureuse d'adolescents présentant des troubles somatoformes* [communication orale]. 40e Congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Québec, QC, Canada.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, D. T., Byles, J. A., Crawford, J. W., Blum, H. M. et Byrne, C. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of general psychiatry*, 44(9), 832-836. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800210084013>
- Osman, A., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Hauptmann, W., Jones, J. et O'Neill, E. (1997). Factor structure, reliability, and validity of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of behavioral medicine*, 20(6), 589-605. <https://doi.org/10.1023/a:1025570508954>
- Picard, L., Fortin, M.-C. et Paquette, L. (2019, Mars). « C'est juste dans ta tête » ? *Psychologie Québec*, 32-34. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/c-est-juste-dans-ta-tete->
- Powers, S. W., Patton, S. R., Hommel, K. A. et Hershey, A. D. (2003). Quality of life in childhood migraines: clinical impact and comparison to other chronic illnesses. *Pediatrics*, 112(1), e1-e5. <https://doi.org/10.1542/peds.112.1.e1>
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). *Enquête Santé Québec 87 La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête santé Québec*. Gouvernement du Québec : ministère de la Santé et des services sociaux. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000006905.pdf>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmo, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. et KIDSCREEN Group, E. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364. <https://doi.org/10.1586/14737167.5.3.353>
- Revah-Levy, A., Birmaher, B., Gasquet, I. et Falissard, B. (2007). The adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. *BMC psychiatry*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-2>
- Roberts, C. S., Piper, L., Denny, J. et Cuddeback, G. (1997). A support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer. *Health & social work*, 22(2), 133-141. <https://doi.org/10.1093/hsw/22.2.133>

- Schauder, S. (2007). *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.schau.2007.01>
- Shechtman, Z. et Leichtentritt, J. (2010). The association of process with outcomes in child group therapy. *Psychotherapy Research*, 20(1), 8-21. <https://doi.org/10.1080/10503300902926562>
- Smith, G. R., Rost, K. et Kashner, T. M. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of general psychiatry*, 52(3), 238-243. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950150070012>
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M. D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., Alonso, J. et Rajmil, L. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in health*, 11(4), 742-764. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. et Jacobs, G. (1983). State-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: *Mind Garden*.
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R. et Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A. et Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
- The World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Thoret, N., Carrié, S., Pradère, J., Serre, G. et Moro, M.-R. (2006). Penser et panser le corps : à propos d'un groupe de relaxation thérapeutique pour enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(5), 284-288. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2006.09.006>
- Tremblay, I., Beaulieu, Y., Bernier, A., Crombez, G., Laliberté, S., Thibault, P., Velly, A. M. et Sullivan, M. J. (2008). Pain catastrophizing scale for francophone

- adolescents: a preliminary validation. *Pain Research and Management*, 13. <https://doi.org/10.1155/2008/845674>
- Turgeon, L. et Chartrand, É. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological assessment*, 15(3), 378. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.3.378>
- Van Dijk, J., Huisman, J., Moll, A. C., Schouten-van Meeteren, A. Y., Bezemer, P. D., Ringens, P. J., Cohen-Kettenis, P. T. et Imhof, S. M. (2007). Health-related quality of life of child and adolescent retinoblastoma survivors in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-65>
- van Riel, C. A., Meijer-van den Bergh, E. E., Kemps, H. L., Feuth, T., Schreuder, H. W., Hoogerbrugge, P. M., De Groot, I. J. et Mavinkurve-Groothuis, A. M. (2014). Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 267-272. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.005>
- Verhoof, E., Maurice-Stam, H., Heymans, H. et Grootenhuis, M. (2013). Health-related quality of life, anxiety and depression in young adults with disability benefits due to childhood-onset somatic conditions. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-12>
- Wallander, J. L., Schmitt, M. et Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 571-585. <https://doi.org/10.1002/jclp.1029>
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S.-M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W. K., Öst, L.-G. et Havik, O. E. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy*, 57, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.007>
- Zebrack, B., Chesler, M. A. et Kaplan, S. (2010). To foster healing among adolescents and young adults with cancer: What helps? What hurts? *Supportive Care in Cancer*, 18(1), 131-135. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0719-y>

Annexe A
Certification éthique

Cet essai a fait l'objet d'une certification éthique auprès du CER-UQAC. Le numéro de certificat est le 2023-1148.

Annexe B
Questionnaires

Kidscreen-52 (Qualité de vie des enfants et des adolescents)

Version enfants et adolescents (8-18 ans)

Pour chacune des questions suivantes, coche la case qui correspond le plus à ce que tu penses. Quand tu réponds, essaie de penser à la semaine dernière, c'est-à-dire, aux sept derniers jours.

1. Activités physiques et santé

1. En général, dirais-tu que ton état de santé est :	Excellent <input type="radio"/>	Très bon <input type="radio"/>	Bon <input type="radio"/>	Assez bon <input type="radio"/>	Mauvais <input type="radio"/>
--	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Si tu penses à la semaine dernière...

2. T'es-tu senti(e) en pleine forme?	Pas du tout <input type="radio"/>	Un peu <input type="radio"/>	Modérément <input type="radio"/>	Beaucoup <input type="radio"/>	Extrêmement <input type="radio"/>
3. As-tu eu des activités physiques (par ex. courir, escalader, faire du vélo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. As-tu pu courir correctement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. T'es-tu senti(e) plein(e) d'énergie?	Jamais <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Souvent <input type="radio"/>	Très souvent <input type="radio"/>	Toujours <input type="radio"/>
---	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

2. Tes sentiments

Si tu penses à la semaine dernière...

1. Ta vie a-t-elle été agréable?	Pas du tout <input type="radio"/>	Un peu <input type="radio"/>	Modérément <input type="radio"/>	Beaucoup <input type="radio"/>	Extrêmement <input type="radio"/>
2. As-tu été content(e) d'être en vie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. As-tu été satisfait(e) de ta vie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si tu penses à la semaine dernière...

4. As-tu été de bonne humeur?	Jamais <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Souvent <input type="radio"/>	Très souvent <input type="radio"/>	Toujours <input type="radio"/>
T'es-tu senti(e) joyeux(se) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. T'es-tu amusé(e) ?	<input type="radio"/>				
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

3. Ton humeur en général

Si tu penses à la semaine dernière...

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. As-tu l'impression que tu faisais tout de travers ?	<input type="radio"/>				
2. T'es-tu senti(e) triste ?	<input type="radio"/>				
3. T'es-tu senti(e) si mal que tu ne voulais rien faire?	<input type="radio"/>				
4. As-tu eu l'impression que tout allait de travers dans ta vie?	<input type="radio"/>				
5. As-tu eu le sentiment que tu en avais assez?	<input type="radio"/>				
6. T'es-tu senti(e) seul(e) ?	<input type="radio"/>				
7. T'es-tu senti(e) sous pression?	<input type="radio"/>				

4. Ce que tu ressens

Si tu penses à la semaine dernière...

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. As-tu été content(e) de ce que tu es?	<input type="radio"/>				
2. As-tu été content(e) de tes vêtements?	<input type="radio"/>				
3. As-tu été préoccupé(e) par ton apparence?	<input type="radio"/>				
4. As-tu été jaloux (se) de l'apparence des autres filles ou garçons de ton âge?	<input type="radio"/>				
5. À propos de ton corps, aimerais-tu changer quelque chose?	<input type="radio"/>				

5. Le temps libre

Si tu penses à la semaine dernière...

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. As-tu eu assez de temps pour toi ?	<input type="radio"/>				
2. As-tu pu faire ce que tu voulais	<input type="radio"/>				

pendant ton temps libre ?					
3. As-tu eu suffisamment l'occasion d'aller dehors?	<input type="radio"/>				
4. As-tu eu le temps de rencontrer des amis?	<input type="radio"/>				
5. As-tu pu choisir ce que tu voulais faire pendant ton temps libre ?	<input type="radio"/>				

6. À la maison

Si tu penses à la semaine dernière...

1. As-tu été compris(e) par tes parents ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	<input type="radio"/>				
2. T'es-tu senti(e) aimé(e) par tes parents?	<input type="radio"/>				

3. As-tu été heureux (se) à la maison?	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
	<input type="radio"/>				
4. Tes parents ont-ils eu assez de temps à te consacrer?	<input type="radio"/>				
5. Tes parents ont-ils été justes envers toi?	<input type="radio"/>				
6. As-tu pu parler à tes parents lorsque tu le voulais?	<input type="radio"/>				

7. L'argent

Si tu penses à la semaine dernière...

1. As-tu eu assez d'argent pour faire les mêmes choses que tes ami(e)s ?	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
	<input type="radio"/>				
2. As-tu eu assez d'argent de poche pour tes dépenses ?	<input type="radio"/>				
3. As-tu eu assez d'argent pour faire des choses avec tes amis ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	<input type="radio"/>				

8. Les amis

Si tu penses à la semaine dernière...

1. As-tu passé du temps avec tes ami(e)s ?	Jamais <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Souvent <input type="radio"/>	Très souvent <input type="radio"/>	Toujours <input type="radio"/>
2. As-tu entrepris des choses avec d'autres filles et garçons de ton âge ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. T'es-tu amusé(e) avec tes ami(e)s ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous êtes-vousentraidés toi et tes ami(e)s ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. As-tu pu parler de tout avec tes ami(e)s ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. As-tu pu compter sur tes ami(e)s ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. À l'école

Si tu penses à la semaine dernière...

1. As-tu été heureux/ heureuse à l'école?	Pas du tout <input type="radio"/>	Un peu <input type="radio"/>	Modéré-ment <input type="radio"/>	Beaucoup <input type="radio"/>	Extrê-mement <input type="radio"/>
2. Cela se passe-t-il bien à l'école?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. As-tu été satisfait(e) de tes professeurs ?					

Si tu penses à la semaine dernière...

4. As-tu été capable d'être attentif / attentive ?	Jamais <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Souvent <input type="radio"/>	Très souvent <input type="radio"/>	Toujours <input type="radio"/>
5. As-tu été content(e) d'aller à l'école ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. T'es-tu bien entendu(e) avec tes professeurs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Toi et les autres enfants

Si tu penses à la semaine dernière...

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. As-tu eu peur d'autres filles et garçons de ton âge?	<input type="radio"/>				
2. D'autres filles et garçons se sont-ils moqués de toi?	<input type="radio"/>				
3. D'autres filles ou garçons de ton âge t'ont-ils brutalisé(e) ?	<input type="radio"/>				

**QUESTIONNAIRE SUR LES PENSÉES ET RÉACTIONS
PENDANT UNE EXPÉRIENCE DOULOUREUSE**

TON NOM OU TON CODE :

(Tremblay, Beaulieu, Bernier, Crombez, Laliberté, Thibault, Velly, & Sullivan, 2008)

Nous nous intéressons à tes pensées et réactions lorsque tu as de la douleur. Ci-dessous, il y a 13 phrases portant sur les différentes pensées et sentiments que tu peux ressentir lorsque tu as mal. Essaie de nous montrer à quelle fréquence tu as chacune de ces pensées. Encerle le mot sous chaque phrase qui reflète le mieux ton expérience de la douleur.

1. Quand j'ai mal, je m'inquiète à savoir si la douleur va cesser.

Jamais ⁽¹⁾	Rarement ⁽²⁾	Parfois ⁽³⁾	Souvent ⁽⁴⁾	Toujours ⁽⁵⁾
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
2. Quand j'ai mal, je sens que je ne pourrais plus continuer comme ça bien longtemps.

Jamais ⁽¹⁾	Rarement ⁽²⁾	Parfois ⁽³⁾	Souvent ⁽⁴⁾	Toujours ⁽⁵⁾
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
3. Quand j'ai mal, j'ai l'impression que c'est terrible et que ça n'ira jamais mieux.

Jamais ⁽¹⁾	Rarement ⁽²⁾	Parfois ⁽³⁾	Souvent ⁽⁴⁾	Toujours ⁽⁵⁾
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
4. Quand j'ai mal, j'ai l'impression que c'est horrible et que la douleur contrôle ma vie.

Jamais ⁽¹⁾	Rarement ⁽²⁾	Parfois ⁽³⁾	Souvent ⁽⁴⁾	Toujours ⁽⁵⁾
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
5. Quand j'ai mal, je trouve que c'est insupportable.

Jamais ⁽¹⁾	Rarement ⁽²⁾	Parfois ⁽³⁾	Souvent ⁽⁴⁾	Toujours ⁽⁵⁾
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
6. Quand j'ai mal, j'ai peur que la douleur empire.

Jamais ⁽¹⁾	Rarement ⁽²⁾	Parfois ⁽³⁾	Souvent ⁽⁴⁾	Toujours ⁽⁵⁾
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
7. Quand j'ai mal, j'imagine le pire.

Jamais ⁽¹⁾	Rarement ⁽²⁾	Parfois ⁽³⁾	Souvent ⁽⁴⁾	Toujours ⁽⁵⁾
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
8. Quand j'ai mal, je souhaite que ma douleur disparaisse.

Jamais ⁽¹⁾	Rarement ⁽²⁾	Parfois ⁽³⁾	Souvent ⁽⁴⁾	Toujours ⁽⁵⁾
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------
9. Quand j'ai mal, je suis obsédé(e) par ma douleur.

Jamais⁽¹⁾ **Rarement**⁽²⁾ **Parfois**⁽³⁾ **Souvent**⁽⁴⁾ **Toujours**⁽⁵⁾

10. Quand j'ai mal, je ne pense qu'à quel point c'est douloureux.

Jamais⁽¹⁾ **Rarement**⁽²⁾ **Parfois**⁽³⁾ **Souvent**⁽⁴⁾ **Toujours**⁽⁵⁾

11. Quand j'ai mal, je ne pense qu'au fait que je voudrais que la douleur cesse.

Jamais⁽¹⁾ **Rarement**⁽²⁾ **Parfois**⁽³⁾ **Souvent**⁽⁴⁾ **Toujours**⁽⁵⁾

12. Quand j'ai mal, je pense qu'il n'y a rien que je puisse faire pour arrêter ma douleur.

Jamais⁽¹⁾ **Rarement**⁽²⁾ **Parfois**⁽³⁾ **Souvent**⁽⁴⁾ **Toujours**⁽⁵⁾

13. Quand j'ai mal, je me demande si quelque chose de grave pourrait se produire.

Jamais⁽¹⁾ **Rarement**⁽²⁾ **Parfois**⁽³⁾ **Souvent**⁽⁴⁾ **Toujours**⁽⁵⁾

QUESTIONNAIRE SUR LES ÉMOTIONS**Échelle d'alexithymie de Toronto - 20**

(Bagby & al., 1992)

TON NOM OU TON CODE :

Coche la réponse qui correspond le plus à ton point de vue sur la façon dont tu vis les choses.

	Désaccord complet	Désaccord relatif	Ni en accord ni en désaccord	Accord relatif	Accord complet
1. Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. J'arrive facilement à écrire mes sentiments.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

6. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>															
7. Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>															
8. Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>															
9. J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>															
10. Être conscient de ses émotions est essentiel.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>															
11. Je trouve difficile de décrire ce que je ressens.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>															
	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tbody> <tr> <td style="width: 20%;">Fortement en désaccord</td> <td style="width: 20%;">Modérément</td> <td style="width: 20%;">Ni en accord</td> <td style="width: 20%;">Modérément</td> <td style="width: 20%;">Fortement</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 en</td> <td>ni en</td> <td>en accord</td> <td>en accord</td> </tr> <tr> <td></td> <td>désaccord</td> <td>désaccord</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Fortement en désaccord	Modérément	Ni en accord	Modérément	Fortement		4 en	ni en	en accord	en accord		désaccord	désaccord		
Fortement en désaccord	Modérément	Ni en accord	Modérément	Fortement												
	4 en	ni en	en accord	en accord												
	désaccord	désaccord														

12. On me dit de décrire davantage ce que je ressens.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
13. Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
14. Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
16. Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

résoudre mes problèmes personnels.	
20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

**Indice de détresse psychologique de l'étude de
Santé Québec – IDPESQ-14**

(Préville et al., 1992)

Pourrais-tu dire si, au cours de la dernière semaine, tu as éprouvé les choses suivantes :

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Je me suis senti(e) tendu(e) ou sous pression	1	2	3	4
2. Je me suis senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir.....	1	2	3	4
3. Je me suis laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose	1	2	3	4
4. J'ai eu des blancs de mémoire	1	2	3	4
5. J'ai ressenti des peurs ou des craintes	1	2	3	4
6. Je me suis senti(e) seul(e)	1	2	3	4
7. Je me suis senti(e) négatif(ve) envers les autres	1	2	3	4
8. J'ai eu des difficultés à me souvenir des choses	1	2	3	4
9. Je me suis senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement.....	1	2	3	4
10. Je me suis senti(e) découragé(e)	1	2	3	4

ou j'ai eu les bleus.....

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 11. Je me suis senti(e) facilement
contrarié(e) ou irrité(e) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Je me suis senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par
les choses..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Je me suis fâché(e) pour
des problèmes sans importance | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. J'ai pleuré facilement ou je me suis
senti(e) sur le point de pleurer | 1 | 2 | 3 | 4 |

ADOLESCENT DEPRESSION RATING SCALE

(Revah-Levy, Birmaher, Gasquet, Falissard, 2007)

<u>TON NOM OU TON CODE :</u>

Réponds par vrai ou faux à chacune des affirmations suivantes.

1- Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail.

 Vrai Faux

2- J'ai du mal à réfléchir.

 Vrai Faux3- Je sens que la tristesse, les *blues* (le cafard) me débordent en ce moment. Vrai Faux

4- Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse.

 Vrai Faux

5- Ce que je fais ne sert à rien.

 Vrai Faux

6- Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir.

 Vrai Faux

7- Je ne supporte (ne tolère) pas grand-chose.

 Vrai Faux

8- Je me sens découragé.

 Vrai Faux

9- Je dors très mal.

Vrai Faux

10- À l'école, au boulot, je n'y arrive pas.

Vrai Faux

ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ ÉTAT-TRAIT POUR ENFANT**(STAIC)**

(Turgeon et Charland, 2003)

<u>TON NOM OU TON CODE :</u>

Tu trouveras ci-dessous des phrases que les garçons et les filles utilisent pour se décrire. Lis chaque phrase attentivement et décide comment tu te sens **maintenant**. Ensuite, place un X dans le carré devant le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne perds pas trop de temps sur une phrase. Souviens-toi que tu dois essayer de trouver le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens maintenant, **à ce moment-ci**.

ITEMS

- | | | |
|------------------|-----|---|
| | (1) | <input type="checkbox"/> très calme |
| 1. Je me sens... | (2) | <input type="checkbox"/> calme |
| | (3) | <input type="checkbox"/> pas du tout calme |
| | (1) | <input type="checkbox"/> très bouleversé(e) |

2. Je me sens...
- (2) bouleversé(e)
- (3) pas bouleversé(e)

(1) très aimable

3. Je me sens...
- (2) aimable
- (3) pas aimable

4. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très nerveux(se)
	(2)	<input type="checkbox"/> nerveux(se)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas nerveux(se)
5. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très agité(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> agité(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas agité (e)
	(1)	<input type="checkbox"/> très reposé(e)

6. Je me sens...	(2)	<input type="checkbox"/> reposé(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas reposé(e)
7. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> beaucoup de peur
	(2)	<input type="checkbox"/> un peu de peur
	(3)	<input type="checkbox"/> pas de peur
8. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très détendu(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> détendu(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas détendu(e)
9. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très inquiet(ète)
	(2)	<input type="checkbox"/> inquiet(ète)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas inquiet(ète)
10. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très satisfait(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> satisfait(e)

	(3)	<input type="checkbox"/> pas satisfait(e)
11. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très effrayé(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> effrayé(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas effrayé(e)
12. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très heureux(se)
	(2)	<input type="checkbox"/> heureux(se)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas heureux(se)
13. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très sûr(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> sûr(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas sûr(e)
14. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très bien
	(2)	<input type="checkbox"/> bien
	(3)	<input type="checkbox"/> pas bien

15. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très troublé(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> troublé(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas troublé(e)
16. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très tracassé(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> tracassé(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas tracassé(e)
17. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très gentil(le)
	(2)	<input type="checkbox"/> gentil(le)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas gentil(le)
18. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très terrifié(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> terrifié(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas terrifié(e)

19. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très confus(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> confus(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas confus(e)
20. Je me sens...	(1)	<input type="checkbox"/> très enjoué(e)
	(2)	<input type="checkbox"/> enjoué(e)
	(3)	<input type="checkbox"/> pas enjoué(e)

Tu trouveras ci-dessous des phrases que les filles et les garçons utilisent pour se décrire. Lis attentivement chaque phrase et décide comment tu te sens **en général**. Ensuite, place un X dans le carré devant la réponse qui semble te décrire le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne perd pas trop de temps sur une phrase. Souvient-toi de choisir le mot qui décrit le mieux comment tu te sens **habituellement**.

Items		Presque jamais ⁽¹⁾	Quelque fois ⁽²⁾	Souvent ⁽³⁾
1.	Je suis préoccupé(e) par l'idée de faire des erreurs.			
2.	J'ai envie de pleurer.			
3.	Je me sens malheureux(se).			
4.	J'ai de la difficulté à prendre des décisions.			
5.	Il est difficile pour moi de faire face à mes problèmes.			
6.	Je m'inquiète trop.			
7.	je deviens bouleversé(e) quand je suis à la maison.			
8.	Je suis gêné(e).			
9.	Je me sens troublé(e).			
10.	Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.			
11.	Je m'inquiète à propos de l'école.			
12.	J'ai de la difficulté à décider quoi faire.			
13.	Je remarque que mon cœur bat vite.			

14.	J'ai peur et je n'en parle à personne.			
15.	Je m'inquiète pour mes parents.			
16.	Mes mains sont moites (mouillées).			
17.	Je m'inquiète à propos de choses qui pourraient arriver.			
18.	J'ai de la difficulté à m'endormir le soir.			
19.	J'ai une sensation bizarre dans mon estomac.			
20.	Je m'inquiète à propos de ce que les autres pensent de moi.			