

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTÉ A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

FRANCE MARCOTTE

LE MODELE DE COMPORTEMENT DE TYPE A, LE ROLE SEXUEL ET LA

MALADIE CORONARIENNE CHEZ LA FEMME

MAI 1988

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre premier - Contexte théorique.....	4
Clinique de la maladie coronarienne.....	5
Facteurs de risque.....	10
Comportement de "type A" et maladie coronarienne.....	17
Hypothèses.....	22
Chapitre II - Description de l'expérience.....	26
Sujets.....	27
Instruments.....	29
Déroulement de la recherche.....	34
Chapitre III - Résultats.....	36
Méthodes d'analyse.....	37
Résultats.....	38
Interprétation des résultats.....	46
Conclusion.....	49
Annexe I - Lettre d'accompagnement.....	52
Annexe II - Données démographiques (groupe expérimental).....	54
Annexe III - Données démographiques (groupe contrôle).....	56

Appendice I -	Annexe III	
	Statut professionnel.....	58
Annexe IV -	Questionnaire d'informations générales.....	62
Annexe V -	Fiche de données médicales.....	65
Annexe VI -	Résultats au Jenkins Activity Survey	
	Scores bruts : groupe expérimental.....	70
Annexe VII -	Résultats au Jenkins Activity Survey	
	Scores bruts : groupe contrôle.....	72
Annexe VIII -	Résultats au Jenkins Activity Survey	
	Déciles : groupe expérimental.....	74
Annexe IX -	Résultats au Jenkins Activity Survey	
	Déciles : groupe contrôle.....	76
Annexe X -	Résultats à l'Inventaire de Bem	
	groupe expérimental.....	78
Annexe XI -	Résultats à l'Inventaire de Bem	
	groupe contrôle.....	80
Annexe XII -	Résultats à l'échelle Holmes-Rahe.....	82
Annexe XIII -	Intensité des troubles coronariens	
	groupe expérimental.....	84
Annexe XIV -	Antécédents médicaux	
	groupe expérimental.....	86
Remerciements.....		88
Références.....		89

Sommaire

La présente recherche se propose d'explorer conjointement le pattern de "type A" et le rôle sexuel chez des femmes ayant eu des troubles coronariens. Pour ce faire, nous étudions 20 femmes présentant une maladie coronarienne ayant débuté dans les 24 mois précédent l'expérimentation (groupe expérimental) et 20 autres femmes, appariées aux précédentes en tant qu'âge, niveaux d'études, niveau de revenu familial annuel brut (groupe contrôle).

Le pattern de "type A" fut mesuré par le Questionnaire d'Activité de Jenkins (J.A.S.) et l'évaluation de l'identification du rôle sexuel en utilisant l'Inventaire de Bem. De même, l'impact pathogénique des adaptations à certains événements de la vie fut mesuré en utilisant l'échelle Holmes-Rahe. Enfin, la fiche de données médicales a permis d'évaluer l'intensité de la maladie coronarienne.

Des comparaisons ont été effectuées entre les résultats des groupes expérimental et témoin; elles portaient sur les scores obtenus aux échelles du Jenkins Activity Survey, sur les scores "T" à l'échelle de Bem et sur les résultats à l'échelle Holmes-Rahe. Les relations, pour chaque groupe et pour l'ensemble des sujets, entre les résultats obtenus au J.A.S., à l'échelle Bem et à l'échelle Holmes-Rahe, ont été calculées. De plus, des comparaisons ont été effectuées sur les résultats au J.A.S., aux échelles

de Bem, de Holmes-Rahe et respectivement, sur les scores composites "intensité" et "antécédents".

Les résultats obtenus montrent que les femmes coronariennes se distinguent de celles sans maladie coronarienne par des scores plus élevés aux échelles "A" ("type A") et "H" (compétitivité et ardeur au travail). Par ailleurs, les scores "T" à l'échelle de Bem ne diffèrent pas, de manière significative, les groupes expérimental et témoin. Toutefois, des corrélations entre les scores "T" et les résultats au J.A.S. montrent qu'une tendance à la masculinité s'associe avec un pattern de "type A" plus fort, avec plus de rapidité et d'impatience et avec une plus forte implication dans le travail. De même, cette recherche révèle l'absence de différences significatives, entre les deux groupes, quant aux résultats à l'échelle de Holmes-Rahe. Enfin, aucune des variables étudiées ne différencie les sujets-infarctus des sujets-angine.

Introduction

L'importance des maladies cardio-vasculaires - et des cardiopathies ischémiques, en particulier - est soulignée par de nombreuses statistiques.

Au Canada, on estime que, sur une population de 100 000 personnes, 210,9 hommes pour 127,8 femmes sont décédés de cardiopathie ischémique (Statistique Canada, 1982). Ces chiffres sont très proches de ceux établis pour le Québec: 207,7 hommes, par rapport à 120,6 femmes (Statistique Canada, 1982). En France, il y a environ 200 000 infarctus myocardiques par an et 40 000 décès seraient imputables annuellement à cette affection cardiaque (Lenègre, 1967). Par contre, la maladie est rare en Chine et dans les pays d'Afrique et d'Amérique centrale (Bloch, 1980).

L'importance des cardiopathies ischémiques a engendré de nombreuses recherches sur les facteurs de risque. Il a été démontré qu'en parallèle aux facteurs biologiques de risque, des facteurs psychologiques et socio-économiques prédisposent à la maladie coronarienne. Les recherches entreprises ont établi une relation entre le modèle de comportement de "type A" et la maladie coronarienne.

La présente recherche a comme point de départ l'observation que le style comportemental caractéristique au pattern de "type A" est conséquent

avec un nombre de caractéristiques identifiées, dans la société occidentale, comme "masculines".

Une seule recherche sur la relation entre le "pattern A" et une mesure de la masculinité, recherche effectuée sur les étudiants de collège (Degregorio et Carver, 1980), est actuellement disponible. En partant de ce constat et du fait que les études du modèle comportemental A chez la femme sont rares (Silver et al., 1980), la présente recherche a comme objectif d'explorer conjointement le pattern de "type A" et le rôle sexuel chez des femmes ayant présenté des troubles coronariens.

La clinique de la maladie coronarienne, les facteurs de risque, la description du modèle comportemental de "type A" et de ses relations avec les troubles coronariens sont présentés dans le premier chapitre de ce mémoire. Les hypothèses de la recherche y sont, également, incluses. Le deuxième chapitre présente les sujets étudiés, les instruments utilisés et le déroulement de la recherche. L'analyse des résultats et leur discussion font l'objet du troisième et dernier chapitre de ce mémoire.

Chapitre premier

Contexte théorique

Ce chapitre, divisé en quatre parties, introduit la présente étude dans son contexte théorique. La première partie présente la définition ainsi qu'un bref aperçu clinique de la maladie coronarienne. La deuxième section expose les différents facteurs de risque, biologiques, psychologiques et socio-économiques, prédisposant à la maladie coronarienne. La troisième partie traite de la relation entre le modèle de comportement de "type A" et la maladie coronarienne. Le chapitre présente, en dernier lieu, les hypothèses de cette recherche.

Clinique de la maladie coronarienne

La maladie coronarienne est caractérisée par un rétrécissement ou une obstruction d'une artère coronaire ou d'une de ses branches. Ces mêmes artères ayant pour fonction de nourrir le muscle cardiaque, l'apport de sang au myocarde devient, dès lors, insuffisant (Bloch, 1980 ; Friedman et Rosenman, 1974).

Les principales manifestations de la maladie coronarienne sont l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde (Larochelle, 1981).

L'angine de poitrine est causée par le rétrécissement d'une artère coronaire dû, en majeure partie, à l'athérosclérose, d'où la formation de thromboses coronariennes parfois multiples. Le courant sanguin s'en trouve alors réduit mais suffit aux besoins du muscle cardiaque aussi longtemps que l'individu est au repos. Par ailleurs, des crises angineuses sévères, même si elles sont de courte durée, doivent faire suspecter une nécrose du myocarde (Bloch, 1980 ; Friedman et Rosenman, 1974 ; Reubi, 1980).

L'angine de poitrine peut s'aggraver vers un état de pré-infarctus. Celui-ci se manifeste par des crises dont la fréquence s'aggrave progressivement et rapidement. Lorsque les crises surviennent lors d'efforts de plus en plus légers et même au repos, l'imminence d'un infarctus doit être suspectée et envisagée (Bernard et al., 1977).

Lenègre (1973) définit l'infarctus myocardique comme une nécrose ischémique massive et systématisée du muscle cardiaque dont l'étendue, en surface, dépasse 2 cm². Cette nécrose (témoin du manque d'oxygène au niveau cellulaire) d'un certain territoire myocardique se fait par réduction ou arrêt de la circulation coronarienne. De plus, l'infarctus du myocarde est décrit comme étant une maladie du ventricule gauche où les lésions myocardiques se cantonnent avec une extrême préférence (Lenègre et al., 1973). L'oreillette et le ventricule droit ne sont intéressés que peu ou, parfois, en association avec une nécrose ventriculaire gauche extensive (Delahaye et Loire, 1980).

L'infarctus peut constituer la complication d'une angine de poitrine déjà connue, survenir chez un patient qui a déjà fait un infarctus myocardique ou, au contraire, être la première manifestation de la maladie coronarienne (Bernard *et al.*, 1977).

Dans certains cas d'infarctus, c'est lors d'un effort violent ou d'une émotion que se produirait l'ischémie du territoire myocardique, lequel se trouve à être irrigué de façon précaire en raison de l'augmentation subite des besoins métaboliques du cœur. Dans d'autres cas, l'effort et l'émotion, coïncidant avec une poussée hypertensive favorable aux ruptures vasculaires dans les plaques athéroscléreuses, provoqueraient une soudaine occlusion artérielle d'où l'apparition possible d'un infarctus myocardique (Lenègre *et al.*, 1973).

Parmi les signes cliniques qui accompagnent l'infarctus du myocarde on note, tout d'abord, la douleur qui marque le début de la maladie dans 85% des cas. C'est une grande crise angineuse prolongée qui siège en pleine poitrine et, partant de là, se diffuse à toute la paroi antérieure du thorax et irradie, presque toujours, dans les régions d'élection, soit la mâchoire, les épaules, les bras, l'épigastre, la nuque¹.

¹L'évolution de l'infarctus dans les premiers jours est marquée par la rétrocession de la douleur angineuse initiale. Toute récidive de douleur angineuse ainsi que la remaniement des signes électriques doit faire craindre soit une extension, soit une récidive précoce de l'infarctus.

De façon presque constante survient la chute tensionnelle, laquelle persiste pendant des jours ou des semaines. Faisant partie des signes cliniques de l'infarctus, la fièvre, absente en pleine crise douloureuse, atteint son maximum seulement après un ou deux jours. La durée de l'hyperthermie est proportionnelle à l'étendue du territoire nécrosé (Lenègre et al., 1973).

Outre les signes cliniques, les signes électrocardiographiques et les signes biologiques ont leur importance en vue de confirmer le diagnostic précoce de l'infarctus myocardique, d'en apprécier la localisation et d'en dépister les complications. Dans la majorité des cas, le diagnostic est assez aisé. Il repose sur la symptomatologie clinique (douleur, hypotension, hyperthermie), sur les signes électriques (l'E.C.G permet de voir l'évolution des altérations électriques), sur les signes radiologiques et par le biais des examens biologiques² (Flammang et Waynberger, 1978).

Les dosages enzymatiques revêtent une grande importance dans la confirmation du diagnostic de l'infarctus du myocarde. C'est par l'évolution des dénivellations enzymatiques, au cours des trois premiers jours suivant l'infarctus, que l'on affirme le diagnostic biologique de la maladie (Flammang et Waynberger, 1978).

²La certitude d'une nécrose récente ne peut être acquise que lorsque les trois critères - clinique, électrique et enzymatique - sont associés.

Le traitement de l'infarctus myocardique fait l'objet, depuis quelques années, de nombreuses adaptations. Selon Delahaye et Loire (1983), une surveillance intensive, dans une unité de soins coronariens, s'impose dans les trois à cinq premiers jours de l'évolution de l'infarctus du myocarde. Cette surveillance porte sur l'état clinique et sur les variables biologiques.

Le traitement médical vise à calmer la douleur, à freiner l'extension des thromboses coronariennes, à diminuer la taille de l'infarctus ou du moins à réduire la zone de souffrance ou d'ischémie péri-nécrotique, ainsi qu'à diminuer la consommation d'oxygène du myocarde.

De plus, un régime alimentaire constitué de repas légers, réguliers, ne comportant que peu ou pas de sel et pas de graisses animales est important dans le traitement de la maladie coronarienne.

L'entraînement physique a de nombreux effets bénéfiques, soit l'amélioration de l'aptitude physique, l'amélioration de la performance cardiaque (plan mécanique et métabolique). On note, aussi, une meilleure adaptation du système cardio-vasculaire au stress et, ce qui n'est pas à négliger, l'amélioration de la condition psychologique (Bloch, 1980).

Le pronostic lié à l'infarctus myocardique dépend, en majeure partie, de l'étendue de l'infarctus causal et des complications possibles qui l'accompagnent (Delahaye et Loire, 1975). Les complications les plus

importantes sont représentées par la défaillance de la pompe cardiaque (insuffisance cardiaque, choc cardiogénique), les troubles du rythme et de la conduction, les ruptures pariétales, septales ou papillaires, les thromboses ou embolies systémiques ou pulmonaires et, enfin, les ruptures du cœur (Delahaye et Loire, 1975). Ce sont, en effet, l'incidence et la gravité de ces différentes complications qui définissent le pronostic de l'infarctus.

Facteurs de risque

On constate, depuis déjà plusieurs années, que différents facteurs de risque peuvent intervenir et, de fait, contribuer à l'apparition de la maladie coronarienne.

Une relation positive a été établie, par exemple, entre les manifestations cliniques de la maladie cardio-vasculaire et certains facteurs physiques. Outre un taux élevé de cholestérol dans le sang, lequel peut favoriser le développement de l'athérosclérose et, par conséquent, l'apparition d'une maladie coronarienne, on note d'autres facteurs de risque potentiels. Ainsi, l'hypertension artérielle, qui conduit généralement à des signes de fatigue et d'usure des artères, favorise l'athérosclérose de ces mêmes artères, ce qui constitue un facteur de risque important de la maladie coronarienne. De même, le tabagisme, l'alimentation trop riche en

graisses animales, l'inactivité physique, l'obésité, le diabète et les facteurs héréditaires sont des facteurs de risque susceptibles de développer une maladie coronarienne (Bloch, 1980).

En raison du thème de la recherche présentée dans ce mémoire, nous insisterons ici, plus particulièrement, sur le rôle joué par les facteurs psychologiques, le stress et certaines variables sociales, dans le développement de la maladie coronarienne.

En 1910 déjà, Osler mentionnait que les victimes de maladies cardiaques ne sont pas des personnes névrotiques délicates mais, au contraire, robustes, vigoureuses d'esprit et de corps, vives et ambitieuses; des personnes de 45-55 ans qui ont une conduite militaire, des cheveux gris et le teint haut en couleur.

Dunbar (1943) suggère un modèle de personnalité, lequel dépeint les malades coronariens comme étant compulsivement logiques dans leurs actions, travaillant de longues heures sans vacances, s'emparant de l'autorité et n'aimant pas partager leurs responsabilités, utilisant le dialogue comme un moyen de domination et d'agression, articulés dans leurs sentiments et cherchant continuellement à parvenir au sommet en travaillant dur.

Liljefors et Rahe (1970) ont fait une recherche sur 32 paires de jumeaux mâles identiques, âgés entre 42 et 67 ans et dont un des jumeaux avait une maladie coronarienne. Un des facteurs qui distingue les jumeaux

coronariens de ceux en santé porte sur les insatisfactions vécues dans la vie. Les jumeaux coronariens sont, en effet, plus insatisfaits de leur niveau d'éducation, de leurs expériences infantiles, de la qualité de leurs relations ainsi que de leurs conditions de travail.

Paffenbarger et al. (1966) ont démontré un lien entre certains traits de personnalité (anxiété, fatigabilité) et l'apparition de la maladie coronarienne. Ils ont établi un rapport entre des données recueillies auprès d'étudiants de collège et les certificats de décès établis plusieurs années après, chez les mêmes sujets. Ces étudiants, durant leurs années de collège, avaient obtenu des scores plus élevés sur un échelle d'anxiété de dix items. De plus, ils auraient fréquemment rapporté des sensations de fatigabilité durant leurs études.

Bruhn et al. (1968) ont mené une étude auprès de 64 patients ayant eu un infarctus myocardique (48 hommes et 16 femmes) et 58 sujets contrôles sans trouble cardiaque. Les sujets étaient pairés en fonction de l'âge, du sexe, de la race, du poids, de l'éducation et de leur occupation. La période d'observation (examens cliniques, tests de laboratoire et interviews) variait entre deux et cinq ans. Ces chercheurs ont constaté, chez les victimes d'infarctus du myocarde, un épuisement psychique et un "débordement émotionnel" résultant de luttes frustrantes à longue échéance avec des problèmes persistants.

Dans deux recherches (Bakker, 1967; Defourny et al., 1972), sont notées des différences entre les malades présentant une angine ou un infarctus. Suite à l'utilisation du 16 PF et du M.M.P.I, Bakker (1967) note que les patients angineux feraient montre de moins de stabilité, seraient plus conformistes, moins consciencieux, plus timides, plus absorbés par des besoins intérieurs et plus craintifs que ceux victimes d'infarctus. Ces différences étaient plus prononcées chez les patients âgés de 45 ans et plus et dont la scolarité était inférieure à une 10ième année. Selon l'auteur, les traits de personnalité sont surtout reliés à la possibilité d'avoir de l'angine mais n'en sont pas le résultat.

Defourny et al. (1972), ont mené une étude comparée auprès de 15 sujets atteints d'angine coronarienne et de 30 sujets victimes d'un infarctus myocardique, à l'aide du test de Rorschach. La conclusion est que les personnes ayant subi un infarctus du myocarde présentent une angoisse profonde prononcée et une organisation psychique qui étouffe fortement les affects et l'anxiété. Les patients angineux ont une angoisse profonde moins forte. Leur organisation psychique réprime moins les affects et l'anxiété. Enfin, leur angoisse névrotique est plus importante.

Le stress³ constitue un élément psychosocial important prédisposant à la maladie coronarienne.

Jenkins (1971) relève certains événements comme étant des facteurs stressants qui augmentent le risque d'avoir une maladie coronarienne. En effet, le décès d'un parent proche (perte affective) ou la perte d'un emploi, ont un impact significatif sur l'émergence de la maladie coronarienne. Le surmenage, la tension nerveuse excessive, comme celle liée à des surcharges de responsabilités au travail ou familiales, créeraient un stress important. De même, Jenkins mentionne que les malades coronariens auraient un rythme de vie déréglé et auto-destructeur, une vie intérieure angoissée et souffriraient d'une altération du moi.

Lida-Miranda et Prince (1978) ont fait une recherche sur le niveau d'anxiété de 48 malades coronariens réadmis à l'unité des soins coronariens. Ils concluent ainsi: "le fait que tous les malades réadmis aient eu un score de stress de 8 ou plus à l'échelle de Goldberg, juste avant leur réadmission, montre bien l'importance du rapport entre ce score et la réhospitalisation (p.55)".

³Piéron (1979) définit le stress de la façon suivante: "Etat d'un organisme en train de réagir à un agent d'agression (stressor) quelconque : blessure, infection, etc., effort "stressant, douleur, joie, etc. Quel que soit le "stresseur", le stress se manifeste par un syndrome général intéressant notamment l'hypothalamus, l'antéhypophyse, les cortico et médullo-surrénales, le thymus, le tube digestif. Cet état évolue en fonction de l'intensité et de la durée (ou de la répétition) de l'agression" (p.433).

Cette étude suggère que pour les cas de maladie coronarienne ayant reçu des soins médicaux, la réhospitalisation semble être le plus fréquemment provoquée par des facteurs de stress que par des risques physiques.

Par ailleurs, on note que les facteurs de risque dépendent, pour la plupart, du mode de vie qui accompagne l'industrialisation. Parmi les régions industrialisés, le Japon se distingue par une faible incidence de la maladie coronarienne. Matsumotto (1970) a suggéré que la culture japonaise est caractérisé par un haut degré d'appui social. L'individu fait partie d'un groupe social étroitement uni, au travail ou à la communauté, groupe qui demeure disponible à tout individu qui cherche de l'appui émotionnel et de la compréhension. Ceci pourrait expliquer, en partie tout au moins, la faible proportion de maladie coronarienne au Japon et parmi les Américains d'origine japonaise qui conservent leur culture traditionnelle. Ainsi, l'environnement social et culturel peut agir comme un précipitant de la maladie coronarienne lorsque l'individu est au prise avec des événements difficiles de la vie, ou encore, peut influencer la prédisposition par le niveau d'appui social offert par le milieu.

Les recherches sur les variables sociales ont surtout porté sur le niveau socio-économique et le statut social.

On rapporte une probabilité de maladie coronarienne plus élevée parmi les hommes ayant une occupation à collets-blancs que parmi ceux à collets-bleus. Syme et al. (1965) arrivent à la conclusion que les personnes

vivant dans un milieu urbain, étant collets-blancs, ayant changé de carrière plus de quatre fois et ayant vécu au moins deux changements géographiques, ont un plus fort taux de maladie coronarienne. Même si on peut invoquer la tension causée par les changements ou les problèmes d'adaptation aux nouveaux environnements, on ne connaît pas, toutefois la raison de la relation entre les facteurs mentionnés et l'apparition de la maladie coronarienne.

Selon Bruhn et al. (1968), la mobilité sociale, la mobilité géographique, particulièrement les changements de culture qui exigent une adaptation majeure et prolongée, seraient reliées aux maladies coronariennes. Ces auteurs trouvent que les patients avec maladie coronarienne avaient changé de ville plus récemment que ceux du groupe contrôle et ce, pour avoir un travail à échelon plus élevé que ne l'était leur niveau éducationnel. De plus, ils notent que l'homme dont le niveau éducationnel était moindre que celui de sa femme était à risque plus élevé pour la maladie coronarienne.

Dans une étude portant sur 270 000 employés de la compagnie Bell, Hinkle et al. (1968) concluent à l'absence de toute preuve que l'homme qui a de hauts niveaux de responsabilité, celui qui a été promu rapidement ou récemment ou, encore, l'homme transféré dans de nouveaux départements, ont multiplié le risque d'avoir une maladie coronarienne.

Les recherches portant sur les variables sociales démontrent une relation significative entre le niveau socio-économique élevé et l'appari-

tion d'une maladie coronarienne. Les causes, toutefois, demeurent ambiguës. Jenkins (1971) mentionne que plusieurs éléments associés au niveau socio-économique, tel le niveau d'éducation, le mode de vie ou la race, doivent être considérés dans un contexte social plus large. Ainsi, lorsque l'on considère le niveau socio-économique élevé, ce facteur peut incorporer une foule de réalités qui ne sont pas nécessairement vécues par les individus de niveau socio-économique plus bas.

L'importance de chacun des facteurs psychologiques, psycho-sociaux et socio-économiques est difficile à déterminer. Chaque facteur de risque agit de manière indépendante, quoique le risque augmente en proportion du nombre de facteurs présents. On sait que les maladies cardio-vasculaires sont des maladies reliées au mode de vie (tabagisme, stress, statut social, niveau socio-économique), ce qui laisse la possibilité de modifier ou encore de maîtriser l'ensemble des facteurs de risque. Toutefois, il demeure que la combinaison de ces mêmes facteurs de risque n'explique même pas la moitié des nouveaux cas de maladies cardio-vasculaires (Jenkins, 1971).

Comportement de "type A" et maladie coronarienne

Deux chercheurs, Friedman et Rosenman, ont conduit une recherche prédictive longitudinale sur les facteurs comportementaux prédisposant aux maladies coronariennes. Cette recherche fût menée par le "Western Collaborative Group Study", comportant une équipe de chercheurs dirigés par

Friedman et Rosenman. Le projet fût initié en 1960-1961, en tant qu'investigation épidémiologique prospective de l'incidence des maladies cardio-vasculaires chez 3524 hommes, âgés entre 39 et 59 ans.

Dans cette étude les chercheurs ont observé que des groupes d'hommes présentant un modèle particulier de comportement, celui du "type A", étaient caractérisés par une impulsion excessive à la compétition, par un esprit de concurrence, de l'agressivité, de l'animosité, par un désir persistant de reconnaissance et de progrès, par un sentiment chronique d'être pressés par le temps, de l'impatience, par une implication persistante dans des fonctions sujettes à des échéances et une propension habituelle à accélérer leur rythme de vie et de travail. De même, les sujets démontrant ce type de comportement sont peu conscients des facteurs qui gênent leur performance, sont très orientés vers le travail, recherchent un niveau très élevé de réalisation, tendent vers un statut et un revenu élevés. Il importe de mentionner ici qu'aucun individu présentant le modèle de comportement de "type A" ne manifeste toutes les caractéristiques constituant ce pattern.

Dans un ouvrage publié en 1974, Friedman et Rosenman regroupent les caractéristiques mentionnées sous quatre principaux chefs : (a) la course après la montre; (b) la recherche de l'accumulation quantitative; (c) l'insécurité; (d) l'agressivité et l'hostilité. L'absence de ces caractéristiques a été identifiée comme le modèle de comportement de "type B".

Plusieurs auteurs ont cherché à déterminer le lien existant entre le modèle de comportement de "type A" et la maladie coronarienne.

Zyzanski et al. (1976) confirment, par angiographie coronaire, la relation entre le modèle de comportement de "type A" et l'étendue des lésions cardiovasculaires. Ces chercheurs ont étudié 94 hommes référés au service de cardiologie du "Boston University Medical Centre". Agés entre 26 et 68 ans, ces patients ont rempli, la veille de l'angiographie, le questionnaire à correction informatisé du Jenkins Activity Survey (J.A.S.) mesurant les comportements de "type A" et "B". Les résultats obtenus montrent que 55 hommes présentant plus de 50% d'obstruction artérielle dans deux vaisseaux ou plus avaient, en moyenne, des résultats plus élevés que les 36 hommes moins atteints.

Blumenthal et al. (1978) ont trouvé une proportion plus grande de sujets de "type A" parmi les patients ayant des occlusions coronariennes modérées ou graves, comparativement aux patients présentant des occlusions légères.

Dimsdale et al. (1979), par contre, n'ont pas trouvé de relation significative positive entre le modèle de comportement de "type A", mesuré par le J.A.S., et la gravité ou l'étendue de la maladie cardiovasculaire, confirmée par angiographie, chez 103 hommes, âgés de 50 ± 9 ans et souffrant d'une maladie cardiaque. Les résultats obtenus peuvent être attri-

bués, selon les auteurs cités, à des différences subtiles dans les caractéristiques des échantillons étudiés.

Rosenman et al. (1970) étudient 133 sujets (dont 63 sujets faisant partie du groupe 39-49 ans et 70, du groupe 50-59 ans), en santé au début de la recherche et présentant, par la suite, une maladie coronarienne. Ces mêmes sujets, souffrant de maladie coronarienne lors du suivi, sont comparés à 3049 sujets exempts de maladie coronarienne.

L'influence des sept variables suivantes sur l'apparition de la maladie coronarienne a été contrôlée statistiquement : les antécédents parentaux, le tabagisme, le cholestérol, la pression sanguine, le taux sérique des triglycérides, la proportion des lipoprotéines bêta et alpha, les modèles de comportement de "type A" ou "B".

Cette recherche a démontré que l'influence combinée des variables mentionnées sur le développement de la maladie coronarienne était hautement significative ($P = .001$) et ceci, pour les deux groupes d'âge. L'impact du modèle de comportement de "type A" était hautement significatif pour le groupe d'âge 39-49 ans ($P = .002$). Bien que le comportement de "type A" demeure un facteur de risque important pour le développement de la maladie coronarienne, son importance n'était plus statistiquement significative dans le cas du groupe de 50-59 ans, lorsque l'effet des autres variables était contrôlé simultanément ($P = .155$).

En 1975, Rosenman et al. ont observé, après un suivi de huit ans et demi, que 257 personnes faisant partie du groupe initial ont développé une maladie coronarienne (178 étant de "type A" et 79, de "type B"). Ceci constitue une incidence annuelle moyenne de 9,6% pour les sujets à risque.

De même, ils ont constaté que la relation prédictive entre le modèle de comportement de "type A" et l'incidence des maladies cardiovasculaires ne dépendait pas uniquement de l'association avec l'un ou avec l'ensemble des facteurs de risque suivants : âge, présence précoce des maladies cardiovasculaires dans l'histoire parentale, diabète, niveau éducationnel, pressions artérielles systolique et diastolique élevées, tabagisme, taux sériques élevés de cholestérol, de triglycérides, de B-lipoprotéine. Ainsi, après avoir isolé le modèle de comportement de "type A", la relation entre le modèle de comportement de "type A" et l'incidence de la maladie coronarienne demeure significative et ne peut, donc, être justifiée par les autres facteurs de risque.

Lorsque les autres facteurs de risque étaient tenus constants, les sujets de "type A" avaient un risque deux fois plus grand que les sujets de "type B" d'être atteints de maladies cardiovasculaires. De surcroît, le risque de mourir d'une maladie coronarienne était de 1,6 fois plus grand. De même, la probabilité d'un deuxième infarctus était cinq fois plus grande pour les personnes présentant le modèle de comportement de "type A" et une maladie coronarienne que ceux de "type B" ayant déjà eu un infarctus.

Comment peut-on expliquer la relation entre le comportement de "type A" et la maladie coronarienne? Dans un livre publié en 1974, "Type A behavior and your heart", Friedman et Rosenman mentionnent comment les attitudes ou comportements manifestés par les personnes de "type A" causent des dommages physiques importants et favorisent le développement de la maladie coronarienne. Prenant en considération les données biochimiques et somatiques, on constate que, lorsqu'un individu se met en colère ou, encore, s'engage dans une forme de lutte, des mécanismes endocriniens entraînent la sécrétion de diverses hormones qui ont pour conséquence d'activer l'organisme. Si ce climat de lutte ou d'agressivité se perpétue et si les réactions émotives ne s'arrêtent pas, comme c'est le cas chez les sujets de "type A", alors la décharge excessive des hormones déversées devient, elle aussi, chronique. On peut prétendre, dès lors, que les sujets de "type A" exposent trop fréquemment leurs artères à des agents chimiques dangereux, et cela, même lors des périodes calmes de leur vie. C'est, on le sait, sur la qualité des artères coronaires que reposent l'apparition/l'évolution des affections coronaires.

Hypothèses

Les données épidémiologiques disponibles montrent que l'infarctus myocardique atteint de préférence et plus précocement les hommes. Cette différence par rapport aux femmes résulterait, en partie, de différences hormonales. Les femmes jouissent, en effet, d'une protection hormonale

relative qui disparaîtrait après la ménopause et au cours du vieillissement⁴.

Les recherches concernant les facteurs psychologiques et psychosociaux en relation avec les différences hommes-femmes quant à l'incidence des affections coronariennes sont peu nombreuses.

Les résultats de Haynes et al. (1980) suggèrent que la femme ayant un statut professionnel bas et une mobilité réduite, qui est soumise à de multiples exigences et qui bénéficie d'un appui réduit de la part de ses supérieurs présente un risque plus élevé de développer une maladie coronarienne.

Aussi, peu de recherches ont été consacrées à l'étude de la relation entre le comportement de "type A" et la présence d'affections coronariennes chez la femme (Silver et al., 1980). L'étude de Haynes et al. (1980), consacrée au suivi de 1674 hommes et femmes âgés entre 45 et 77 ans sans maladie coronarienne, montre que le pattern de comportement de "type A" et l'hostilité supprimée (c'est-à-dire, une absence de manifestations ou de verbalisations de la colère) constituent des facteurs de risque importants pour la maladie coronarienne, aussi bien chez l'homme que chez la femme de moins de 65 ans.

⁴Chez l'homme, par contre, on constate une prépondérance de l'atteinte myocardique à partir de la trentaine, pour devenir très fréquente entre 40 et 70 ans. Le sex-ratio tend à s'égaliser entre 60 et 80 ans (Flammang et Waynberger, 1978).

Les études concernant la pattern de "type A" soulèvent, en même temps, un autre problème. Le style comportemental caractéristique au pattern de "type A" est conséquent avec un nombre de caractéristiques identifiées, dans la société occidentale, comme "masculines".

La relation entre le "pattern A" et une mesure de la masculinité n'a été étudiée que dans une seule recherche (Degregorio et Carver, 1980). Cette recherche a été faite à partir de sujets féminins et masculins, étudiants de collège. Les résultats montrent que le pattern de "type A" est adaptatif dans le contexte d'une orientation fortement masculine de rôle sexuel. Par contre, la combinaison entre un style comportemental de "type A" et un rôle sexuel faible en masculinité s'associe avec une faible estime de soi sociale, une anxiété sociale élevée et des signes de dépression.

La recherche bibliographique entreprise pour le présent mémoire de maîtrise a permis de constater qu'aucune étude conjointe du pattern de "type A" et de la masculinité n'a été effectuée chez la femme présentant une maladie coronarienne. À partir de ce constat, deux hypothèses ont été formulées pour la présente recherche:

- hypothèse 1: par rapport aux femmes sans troubles coronariens diagnostiqués, les femmes avec maladie coronarienne présentent des scores significativement plus élevés aux quatre échelles de la Jenkins Activity Survey;

- hypothèse 2: par rapport aux femmes sans troubles coronariens diagnostiqués, les femmes avec maladie coronarienne présentent un rôle sexuel plus masculin.

En tenant compte des recherches qui démontrent l'impact pathogénique (notamment, pour les troubles coronariens) des adaptations à certains événements de la vie impliquant un changement dans le cheminement habituel des individus, une troisième hypothèse fut formulée:

- hypothèse 3: par rapport aux femmes sans troubles coronariens diagnostiqués, les femmes avec maladie coronarienne ont des scores plus élevés à l'échelle Holmes-Rahe d'événements de vie.

Chapitre II

Description de l'expérience

Ce chapitre comprend une description des sujets ayant participé à l'étude et présente les instruments utilisés. Le déroulement de l'expérience y est, également, inclus.

Sujets

La présente expérience a été effectuée auprès de 20 femmes présentant une maladie coronarienne ayant débuté dans les 24 mois précédent l'expérimentation (groupe expérimental) et de 20 autres femmes, appariées aux précédentes en tant qu'âge, niveau d'études, niveau de revenu familial annuel brut (groupe contrôle). A l'exception d'une seule femme, l'ensemble des sujets occupait un emploi rémunéré.

Les 20 femmes avec maladie coronarienne ont été dépistées grâce aux fichiers de l'hôpital Laval de Québec et du Centre Hospitalier de l'Université Laval à Québec (C.H.U.L)⁵. Pour 12, le diagnostic était d'angine et pour 8, d'infarctus.

⁵Il convient de remercier les directeurs des services professionnels ainsi que les cardiologues et tout le personnel attaché aux départements de cardiologie et aux archives (Hôpital Laval et C.H.U.L) pour leur précieuse collaboration.

Les 20 femmes exemptes de maladie coronarienne (groupe contrôle) provenaient de la population générale de Sainte-Foy et de Trois-Rivières.

L'ensemble des sujets appartient à sept groupes d'âge : 5% des sujets sont âgés entre 31 et 35 ans ; 10% de 36 à 40 ans ; 20% de 41 à 45 ans ; 7,5% de 46 à 50 ans ; 12,5% de 51 à 55 ans ; 20 % de 56 à 60 ans et 25% de 61 ans et plus.

Les sujets étudiés se regroupent selon quatre niveaux de scolarisation : 40% des sujets appartiennent au niveau élémentaire ou secondaire professionnel ; 35%, au secondaire général ou n'avaient pas achevé leur cours collégial ; 15%, au niveau collégial et, enfin, 10% avaient complété des études universitaires.

Les sujets peuvent être classés selon six niveaux de revenu familial annuel brut : 10% des sujets avaient un niveau de revenu de 10 000 et moins ; 35%, un revenu de 10 001 à 20 000 ; 10%, de 20 001 à 30 000 ; 17,5%, de 30 001 à 40 000 ; 10%, de 40 001 à 50 000 et 10%, enfin, de 50 001 et plus. Il est à noter que trois sujets n'ont pas mentionné leur niveau de revenu.

Les données démographiques, pour chaque sujet, sont présentées dans l'annexe 2 (groupe expérimental) et respectivement, dans l'annexe 3 (groupe contrôle).

Instruments

Dans la présente étude, quatre questionnaires furent utilisés : un questionnaire d'informations générales, le Questionnaire d'Activité de Jenkins (J.A.S.), l'Inventaire de Bem, l'échelle Holmes-Rahe. De plus, une fiche de données médicales fut remplie pour chaque sujet du groupe expérimental.

Afin de conserver la confidentialité des informations recueillies, on a inscrit, à droite de la première page des questionnaires, un numéro de code permettant d'identifier chacun des sujets inclus dans l'étude. Le code se composait, en premier, d'une lettre ("E", pour un sujet du groupe expérimental, et "T", pour un sujet du groupe contrôle). Suivant cette lettre (T ou E), un chiffre de 1 à 20 était assigné à chacun des 40 sujets faisant partie du groupe expérimental et respectivement, témoin.

Le premier questionnaire, présenté dans l'annexe 4, visait à recueillir des informations générales sur chaque sujet. Il comprend neuf questions (A à I). Ces informations concernent des données démographiques tel l'âge (question A), le niveau de scolarité (question D), et le niveau de "revenu familial annuel brut" (question F). L'appariement des sujets du groupe expérimental avec ceux du groupe contrôle a été fait sur la base des informations obtenues en réponse à ces trois questions (A, D et F). Les questions B, C, E et G ont permis de recueillir des données sur l'état civil, le nombre d'enfants, le statut professionnel (sur la base des

catégories d'occupations figurant dans l'appendice à l'annexe 3) et sur le lieu de résidence permanente. Enfin, les questions H et I visent à obtenir des informations sur les antécédents médicaux (question H) et sur la présence ou non de troubles cardiaques et vasculaires (question I)⁶.

Le deuxième instrument administré, la Questionnaire d'Activité de Jenkins (J.A.S. - forme C) élaboré par Jenkins et al. (1974), permet de mesurer le "pattern A" de comportement. Le J.A.S. est un questionnaire à choix multiples et comprend 52 questions qui décrivent des situations de la vie courante.

Voici, à titre d'exemple, les énoncés des questions 31 et 37:

"31. Quand vous devez travailler avec une date limite, comment est la qualité de votre travail?

- A- meilleure
- B- moins bonne
- C- semblable (le stress ne change rien)"

"37. Rapportez-vous chez vous, le soir, du travail à faire ou des documents à étudier?

- A- rarement ou jamais
- B- une fois par semaine ou moins
- C- plus d'une fois par semaine"

⁶Les questions B, C, E, G, H et I ne seront pas retenues pour des fins d'analyses statistiques.

Le répondant doit choisir la réponse qui lui convient en entourant la lettre qui correspond à la réponse qu'il a choisie. De même, les consignes mentionnent qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

Les notes sont calculées pour chacune des quatre échelles du J.A.S., dénommées "A" (comportement de "type A"), "S" (rapidité et impatience), "J" (implication dans le travail) et "H" (compétitivité et ardeur au travail).

Le troisième questionnaire, l'inventaire élaboré par Sandra.L.Bem (1974), permet l'évaluation du rôle sexuel. L'Inventaire de Bem est basé sur l'assertion que la masculinité et la féminité sont deux dimensions indépendantes, chacune étant représentée, dans une certaine mesure, chez tout individu. L'Inventaire de Bem comprend une échelle de masculinité, une échelle de féminité et une échelle neutre composée d'items de remplissage.

L'Inventaire de Bem présente une liste de 60 caractéristiques de personnalité (par exemple, affectueuse, autoritaire, agressive, timide, etc.). Les sujets sont invités à utiliser ces caractéristiques pour se décrire eux-mêmes. Ainsi, ils doivent indiquer sur un échelle de un ("jamais ou presque jamais vrai") à sept ("toujours ou presque toujours vrai") où ils se situent par rapport à chacune des 60 caractéristiques. Aucune caractéristique ne doit être omise de la cotation.

Le quatrième questionnaire, en fait l'échelle Holmes-Rahe, permet de mesurer l'impact pathogénique des adaptations à certains événements de la vie impliquant un changement dans le cheminement habituel des individus.

L'échelle présente 43 événements de la vie comme, par exemple, la mort d'un conjoint, le divorce, la séparation, le changement de résidence, etc. Chaque sujet doit encercler les événements qui se sont produits durant l'année précédent la passation de l'échelle.

A chaque événement correspond une valeur en points (unités de changement de vie). Pour établir le score, il faut additionner les valeurs correspondantes à chacun des événements de la vie étant survenu au cours de la période mentionnée. D'après les résultats de Holmes et Rahe, le sujet qui obtient un score supérieur à 300 points a une probabilité de .79 de devenir malade ; un score entre 200 et 299 situe la probabilité à .51 et un score inférieur à 200 équivaut à une probabilité de .37.

Le cinquième instrument, la fiche de données médicales, permet d'évaluer l'intensité de la maladie coronarienne de chacun des répondants. Cette fiche a été remplie par l'expérimentatrice qui a obtenu, préalablement, droit d'accès aux dossiers médicaux des bénéficiaires, c'est-à-dire les 20 sujets du groupe expérimental.

La fiche de données médicales (présentée dans l'annexe 5) comprend trois parties : (1) le diagnostic médical qui permet de distinguer les

sujets angineux de ceux ayant subi un infarctus myocardique (partie I) ; (2) les éléments d'histoire de cas qui situent la date à laquelle le diagnostic a été confirmé, le temps écoulé depuis la confirmation du diagnostic, la fréquence des troubles et la nature du traitement administré (partie II) ; (3) les données cliniques telles les antécédents (question 1), les conditions d'apparition de la douleur ainsi que sa durée (questions 2 et 3), la présence d'athérosclérose et la sévérité des lésions obstructives (questions 4 et 5), les données électrocardiographiques de repos et d'effort et les données biologiques et biochimiques (hyperleucocytose, vitesse de sédimentation et taux sériques des enzymes) (partie III).

L'intensité de la maladie coronarienne a été quantifiée à l'aide d'un score composite, calculé à partir de données cliniques : fréquence des crises d'angine ou nombre d'infarctus du myocarde; conditions d'apparition des troubles coronariens (repos, repos et effort, effort)⁷. Un autre score composite a été calculé, pour chaque sujet, en tenant compte des antécédents suivants : surcharge pondérale, hypertension artérielle, tabagisme⁸.

⁷Le calcul s'est effectué suivant l'attribution d'une cote pour la fréquence des crises d'angine, soit 4 pour "quotidienne", 3 pour "hebdomadaire", 2 pour mensuelle, 1 pour "non-régulière"; de même, pour l'infarctus, un 3 pour "3 infarctus et plus", un 2 pour "2", un 1 pour "1". Pour les conditions d'apparition, les cotes sont les mêmes pour l'angine et l'infarctus, un 3 pour l'apparition au cours du "repos", un 2 pour "repos et effort", un 1 pour "effort". La somme des cotes attribuées pour la fréquence et la condition d'apparition nous donne le score composite intensité.

⁸Une cote de 1 a été attribuée pour la surcharge pondérale de même que pour l'hypertension artérielle et respectivement, pour le tabagisme. Le score composite représente la somme des cotes pour chaque sujet.

Déroulement de la recherche

L'expérience s'est effectuée, en premier, auprès de femmes présentant une maladie coronarienne. Elle s'est déroulée selon cinq étapes distinctes. Un contact avec les directeurs des services professionnels de l'Hôpital Laval (septembre 1984) et du C.H.U.L (janvier 1987) a permis l'accès aux dossiers médicaux de bénéficiaires.

Les sujets (14 provenant de l'Hôpital Laval et 6 du C.H.U.L) ont été sélectionnés, suivant une première consultation des dossiers (livre d'entrée). Quatre critères ont été utilisés pour le recrutement des sujets : le sexe (femmes), les antécédents médicaux (angine de poitrine ou infarctus du myocarde survenus dans les 24 mois précédent l'expérimentation), le lieu de résidence (région de Québec) et le statut occupationnel.

La consultation des dossiers s'est effectuée au cours des mois d'août et septembre 1986 (pour les 14 sujets de l'Hôpital Laval) et en janvier 1987 (pour les 6 sujets du C.H.U.L).

Suivant cette sélection de sujets, une liste comprenant le nom des femmes ainsi que leur numéro de dossier a été présentée aux deux directeurs des services professionnels de l'Hôpital Laval et du C.H.U.L. Au nom de l'établissement, une lettre a été postée dans le but de demander, aux sujets, l'autorisation d'être contactés par l'expérimentatrice. Suivant la réponse écrite ou téléphonique des femmes qui ont consenti à participer à

la recherche, un contact a été établi, avec celles-ci, par téléphone, afin d'obtenir leur accord quant à l'envoi des questionnaires par la poste. Une femme, seulement, s'est désistée en cours d'expérimentation. La lettre d'accompagnement des questionnaires est présentée dans l'annexe 1.

La réception des questionnaires remplis par les 20 sujets du groupe expérimental a eu lieu en octobre-novembre 1986 et respectivement, en avril 1987.

Les 20 femmes du groupe contrôle ont été sélectionnées, une à une, suivant les trois variables mentionnées dans la partie "sujets" de ce chapitre. La passation des questionnaires s'est effectuée selon la même procédure (contact auprès de femmes répondant aux critères exigés, accord verbal, envoi des questionnaires par la poste) qui fut appliquée aux sujets faisant partie du groupe expérimental. Evidemment, dans le cas du groupe témoin, la fiche médicale n'a pas été remplie.

Chapitre III

Résultats

Ce chapitre se divise en trois sections. La première est consacrée aux méthodes d'analyse employées. La deuxième présente les résultats obtenus par les sujets des deux groupes étudiés dans la recherche entreprise. Enfin, la troisième offre une interprétation des résultats.

Méthodes d'analyse

Dans le but de comparer les résultats, au J.A.S., des groupes expérimental et témoin, des tests "U" de Mann-Whitney ont été effectués sur les scores obtenus aux échelles "A", "S", "J" et "H" de ce questionnaire.

Les comparaisons inter-groupes des scores "T" à l'échelle de Bem, de même que celles concernant le nombre d'événements de la vie et de points à l'échelle de Holmes-Rahe, ont été réalisées à l'aide de tests "t" de Student.

Les analyses mentionnées dans les deux paragraphes précédents ont été effectuées afin de tester les trois hypothèses de la présente recherche.

Les relations, pour chaque groupe et pour l'ensemble des sujets, entre les résultats obtenus au J.A.S., à l'échelle Bem et respectivement, à l'échelle Holmes-Rahe, ont été calculés à l'aide des coefficients de corrélation de Pearson.

Des analyses complémentaires visaient à mettre en évidence des possibles différences à l'intérieur du groupe de sujets expérimentaux; plus précisément, entre les 12 sujets ayant eu le diagnostic d'angine et les 8 sujets ayant eu le diagnostic d'infarctus. Les comparaisons portaient sur les résultats au J.A.S., aux échelles de Bem et de Holmes-Rahe, de même que sur les scores composites "intensité" et "antécédents". Dans ces cas, le procédé d'analyse a été le test "U" de Mann-Whitney.

Toutes les analyses statistiques mentionnées dans cette section du chapitre ont été réalisées avec le programme S.P.S.S.

Résultats

Les résultats bruts, pour chaque échelle du J.A.S. et pour chaque sujet, sont présentés dans les annexes 6 (pour le groupe expérimental) et 7 (pour le groupe contrôle). Ces scores bruts ont été convertis en déciles, en utilisant l'étalonnage de l'adaptation française du J.A.S., fourni pour les hommes et pour les femmes, quelle que soit leur catégorie socio-professionnelle. L'échantillon ayant servi à la réalisation de cet

étalonnage était constitué de 230 sujets (80 femmes et 150 hommes) âgés de 21 à 61 ans. Les résultats individuels obtenus après la conversion des scores bruts en déciles sont présentés dans les annexes 8 (pour le groupe expérimental) et 9 (pour le groupe contrôle).

L'utilisation du test "U" de Mann-Whitney pour la comparaison des scores déciles des sujets appartenant aux groupes expérimental et témoin révèle des différences significatives uniquement pour les échelles "A" et "H" (voir le tableau 1).

Les réponses à l'Inventaire de Bem ont été cotées en calculant, au début, les scores bruts féminité ("a") et masculinité ("b"). Ces deux scores, représentant la moyenne des réponses pour les 20 adjectifs féminins et respectivement, pour les 20 adjectifs masculins⁹, ont été, ensuite, transformés en scores standardisés féminité et masculinité (SS "a" et SS "b"). En soustrayant le score standardisé masculinité du score standardisé féminité (SS "a" - SS "b"), on obtient le score différence. Le signe du score différence indique la tendance du sujet: (a) des scores positifs indiquent la féminité; (b) des scores négatifs témoignent de la masculinité. Dans les deux cas, des scores élevés indiquent un rôle sexuel accentué. Les scores différence ont été, enfin, transformés en scores

⁹Nombre total de points aux items d'une échelle (féminité ou masculinité), divisé par le nombre d'items que le sujet a coté (dans les annexes, cette moyenne est présentée en tant que "total divisé").

Tableau 1

Comparaison inter-groupes des résultats au J.A.S.
(test "U" de Mann-Whitney)

Echelle	U	Z	P
"A"	106,5	-2,5495	.0108
"S"	153	-1,2896	.1972
"J"	187,5	-.3417	.7326
"H"	123	-2,1129	.0346

différence standardisés (scores "T"). Des scores "T" inférieurs à 50 vont dans le sens de la masculinité. Par contre, des scores supérieurs à 50 témoignent d'un rôle sexuel féminin. Toutes les transformations mentionnées dans ce paragraphe ont été réalisées en utilisant les tableaux du manuel de Bem.

Les résultats obtenus, au Bem, par les sujets des groupes expérimental (groupe 1) et contrôle (groupe 2) sont présentés dans les annexes 10 et 11. Les moyennes et écarts-types des scores standardisés "a" et "b", ainsi que ceux des scores standardisés différence (ou scores "T"), sont présentés dans le tableau 2. Le test "t" de Student montre que les moyennes des scores "T" des groupes expérimental et témoin ne sont pas statistiquement différentes.

Tableau 2
Résultats à l'Inventaire de Bem

	Scores standardisés "a"	Scores standardisés "b"	Scores "T"
Groupe 1			
moyennes	52,8	39,7	60,1
écart-types	13,1893	13,0428	9,2844
Groupe 2			
moyennes	55,55	41,3	59,55
écart-types	8,0947	11,3791	9,838

$t = .18$
 $df = 37,87$
 $P = .857$

L'évaluation avec l'échelle Holmes-Rahe a permis de calculer, pour chaque sujet, le nombre d'événements de la vie survenus durant l'année précédent la passation. En même temps, il a été possible, en additionnant les points correspondant à chaque événement (tels qu'indiqués dans l'article de Holmes-Rahe, 1967) de calculer le total individuel de points. Les résultats, pour les sujets des groupes expérimental et contrôle, sont présentés dans l'annexe 12. Le tableau 3 donne les moyennes et les écarts-types des groupes 1 et 2. Le test "t" de Student montre que les différences entre ces deux groupes ne sont pas significatives.

Tableau 3
Résultats à l'échelle Holmes-Rahe

	Nombre d'événements	Total de points
Groupe 1		
moyennes	5,15	165,4
écart-types	4,146	128,737
Groupe 2		
moyennes	4,35	128,7
écart-types	3,746	100,671
$t = .64$		$t = 1$
$df = 37,62$		$df = 35,91$
$P = .526$		$P = .322$

Afin d'étudier les relations pouvant exister entre les résultats aux différentes épreuves utilisées dans cette recherche, plusieurs calculs de corrélation ont été effectués. Dans le tableau 4, sont présentés les coefficients de corrélation calculés, séparément, pour le groupe 1, 2, et pour l'ensemble des sujets, entre le score "T" à l'Inventaire de Bem et les scores aux quatre échelles du J.A.S. Comme on peut le constater, tous ces coefficients de corrélation sont négatifs. Six des 12 coefficients sont significatifs: ceux entre les scores à l'échelle "A" et les scores "T" (pour les groupes expérimental et contrôle, de même que pour l'ensemble des sujets); ceux entre les scores à l'échelle "S" et les scores "T" (pour le groupe contrôle et pour l'ensemble des sujets); enfin, le coefficient de corrélation entre les scores à l'échelle "J" et les scores "T" (significatif seulement pour l'ensemble des sujets).

Tableau 4

Corrélations entre les scores aux échelles du J.A.S.
et les scores "T" à l'Inventaire de Bem

population	Coefficients entre les scores "T" et les scores aux échelles J.A.S			
	"A"	"S"	"J"	"H"
groupe 1	-.416 (P = .034)	-.3165 (P = .087)	-.3511 (P = .064)	-.0719 (P = .382)
groupe 2	-.6237 (P = .002)	-.6437 (P = .001)	-.3517 (P = .064)	-.0021 (P = .496)
ensemble des sujets	-.4682 (P = .001)	-.4466 (P = .002)	-.3517 (P = .013)	-.0213 (P = .448)

Les coefficients de corrélation entre les deux résultats obtenus à l'échelle Holmes-Rahe (nombre d'événements et total de points) et ceux obtenus à l'Inventaire de Bem (score "T") et respectivement, au J.A.S. (scores aux échelles "A", "S", "J" et "H"), ont été calculés pour l'ensemble de la population. Des dix coefficients présentés dans le tableau 5, seuls deux sont significatifs: ceux avec les résultats à l'échelle "J" du J.A.S.

Une dernière série d'analyses statistiques a été effectuée afin de déterminer les possibles différences entre deux types de sujets composant le groupe expérimental, ceux ayant eu le diagnostic d'infarctus (8 femmes) et ceux ayant eu le diagnostic d'angine (12 femmes). Les comparaisons,

Tableau 5

Corrélations entre les résultats à l'échelle Holmes-Rahe
et ceux obtenus au J.A.S. et au Bem
(ensemble de la population)

échelle Holmes-Rahe		
	nombre d'événements	total de points
score "T"	-.0836	-.0604
Bem (P = .304)		(P = .356)
échelle "A" J.A.S.	.0043 (P = .490)	.0031 (P = .492)
échelle "S" J.A.S.	-.0602 (P = .356)	-.0198 (P = .452)
échelle "J" J.A.S.	.3461 (P = .014)	.2875 (P = .036)
échelle "H" J.A.S.	.0607 (P = .355)	.0577 (P = .362)

effectuées à l'aide du test "U" de Mann-Whitney, ont porté sur les résultats au Bem, au J.A.S., à l'échelle Holmes-Rahe et sur les scores composites "intensité" et "antécédents", décrits dans le chapitre "méthodologie¹⁰". Aucun des huit tests statistiques n'a révélé des différences significatives entre les sujets-infarctus et les sujets-angine (tableau 6).

¹⁰Les données individuelles ayant servi au calcul de ces deux derniers scores, ainsi que les valeurs, pour chaque sujet expérimental, des scores composites "intensité" et "antécédents", sont présentées dans les annexes 13 et 14. Les valeurs de la créatinine-phospho-kinase, notées pour les huit sujets-infarctus, sont données à titre indicatif. Ces données n'ont pas été retenues pour les analyses statistiques.

Tableau 6

**Comparaison des sujets expérimentaux infarctus
et angine (test "U" de Mann-Whitney)**

variable	U	Z	P
score "T" Bem	42,5	-.4258	.6703
score "A" J.A.S.	34	-1,0946	.2737
score "S" J.A.S.	43	-.3917	.6953
score "J" J.A.S.	45	-.2347	.8145
score "H" J.A.S.	45,5	-.2001	.8414
nombre d'événements Holmes-Rahe	47	-.0776	.9382
total de points Holmes-Rahe	46	-.1545	.8772
score composite "intensité"	30	-1,5033	.1328
score composite "antécédents"	39	-.7265	.4675

Interprétation des résultats

Conformément à la première hypothèse de la présente recherche, les femmes ayant présenté des troubles coronariens obtiennent des scores plus élevés aux quatre échelles du questionnaire J.A.S.

Les analyses statistiques montrent que cette hypothèse est vérifiée pour les scores à l'échelle "A" et à l'échelle "H". Dans ce cas, les scores moyens (en déciles) sont de 6,85 (par rapport à 4,35, pour le groupe contrôle) et de 8 (par rapport à 6,1, pour les femmes sans troubles coronariens).

Les femmes ayant présenté des troubles coronariens dans les 24 mois précédent l'expérimentation se distinguent, donc, en tant que sujets de "type A". Des résultats à l'échelle "H" (mesurant la compétitivité et l'ardeur au travail) montrent qu'elles peuvent être définies comme assidues, dures à la tâche, conscientieuses, responsables, compétitives et plus énergiques que les femmes du groupe témoin.

Les résultats aux échelles "S" et "J" indiquent, par contre, l'absence de différence quant à la composante temporelle du comportement des sujets de "type A" (rapidité et impatience) et respectivement, en ce qui a trait à l'implication dans le travail (activité professionnelle stimulante et stressante). Les résultats obtenus en comparant les groupes expérimental et témoin ne confirment, donc, qu'en partie l'hypothèse 1.

La deuxième hypothèse de la recherche avançait que les femmes avec maladie coronarienne diagnostiquée dans les 24 mois précédent l'expérimentation présentent un rôle sexuel plus masculin que les femmes composant le groupe témoin. Les analyses statistiques infirment cette hypothèse.

Conformément à la troisième hypothèse, les femmes coronariennes présentent des scores plus élevés à l'échelle Holmes-Rahe. Bien que les données recueillies tendent à démontrer que les femmes du groupe expérimental ont vécu, en moyenne, plus d'événements de la vie impliquant un changement dans le cheminement habituel des personnes et bien que leurs nombre moyen de points à cette échelle soit plus élevé, les analyses statistiques montrent que les différences, par rapport aux femmes du groupe témoin, ne sont pas significatives. Ceci permet de rejeter l'hypothèse 3.

Les analyses statistiques complémentaires ont révélé des relations négatives significatives (ou proches du seuil) entre les scores "T" à l'Inventaire de Bem et les scores aux échelles "A", "S" et "J". Ces relations apparaissent aussi bien lorsque les corrélations sont calculées pour les sujets coronariens, que lorsqu'elles portent sur les sujets du groupe contrôle ou sur l'ensemble des sujets étudiés. Ces relations indiquent que plus les scores "T" sont bas (allant, donc, dans la direction d'une plus forte masculinité), plus les sujets obtiennent des scores élevés aux échelles "A", "S" et "J"; leur appartenance au "type A" de comportement est, donc, plus nette, ils font preuve de plus de rapidité, d'impatience et d'implication dans le travail. Ces relations confirment la relation, déjà

décrise dans la littérature, entre le comportement de "type A" et le rôle sexuel masculin.

Les données obtenues dans cette recherche ne permettent, toutefois, pas de distinguer le groupe expérimental. En effet, la relation entre masculinité et comportement A est (ou tend à être) la même chez toutes les femmes étudiées, qu'elles appartiennent au groupe expérimental ou bien au groupe témoin.

Les résultats à l'échelle de Holmes-Rahe n'ont des relations statistiquement significatives qu'avec les résultats à l'échelle "J" du J.A.S. Ceci peut être interprété comme témoignant du fait que les sujets qui ont vécu plus d'événements de la vie et qui, en même temps, obtiennent plus de points à l'échelle Holmes-Rahe (qui ont, donc, un risque plus élevé de pathologie somatique) sont ceux qui s'impliquent davantage dans le travail, travaillent beaucoup, doivent respecter des calendriers impératifs, ont une activité professionnelle qu'ils décrivent comme stimulante et stressante.

Enfin, les analyses réalisées pour discriminer les sujets-infarctus des sujets-angine n'ont révélé aucune différence significative au J.A.S., à l'Inventaire de Bem, à l'échelle Holmes-Rahe ou concernant les scores "antécédents" ou "intensité".

Conclusion

L'objectif principal de la présente recherche était de vérifier si, chez les femmes ayant présenté des troubles coronariens, la présence du pattern de comportement de "type A" s'associe à un rôle plus masculin.

Pour atteindre cet objectif, deux groupes de femmes ont été étudiés: le premier, constitué de 20 femmes ayant présenté des troubles coronariens dans les 24 mois précédent l'expérimentation et le second, formé de 20 femmes sans troubles coronariens, appariées aux premières en tant qu'âge, niveaux d'études et de revenu familial annuel brut. Le J.A.S., questionnaire qui permet de mesurer le pattern A et l'inventaire de rôle sexuel de Bem ont été administrés aux sujets des deux groupes.

Les résultats démontrent que les femmes coronariennes se distinguent des femmes sans pathologie coronarienne par des scores plus élevés aux échelles "A" (mesurant le comportement de "type A") et "H" (évaluant la compétitivité et l'ardeur au travail). Par contre, les scores "T" à l'Inventaire de Bem ne différencient pas, de manière significative, les deux groupes.

Les corrélations entre les scores "T" et les résultats au J.A.S. révèlent, toutefois, qu'une tendance à la masculinité s'associe avec un

pattern de "type A" plus fort, avec plus de rapidité et d'impatience (composante temporelle du comportement de "type A") et avec une plus forte implication dans le travail. Ces résultats, obtenus pour l'ensemble des sujets, confirment l'observation que le style comportemental caractéristique au pattern de "type A" est conséquent avec un nombre de traits identifiés, dans la société occidentale, comme "masculins".

La présente recherche révèle, aussi, l'absence de différences significatives, entre le groupe de femmes coronariennes et le groupe contrôle quant aux résultats à l'échelle d'événements de la vie de Holmes-Rahe. Enfin, aucune des variables étudiées (scores au J.A.S., scores "T" à l'Inventaire de Bem, résultats à l'échelle Holmes-Rahe, scores composites "antécédents" et "intensité") ne différencie les femmes ayant présenté une angine de celles ayant eu un infarctus.

La portée des résultats de la recherche présentée dans le cadre de ce mémoire est limitée par le nombre de sujets étudiés et par le laps de temps écoulé entre l'hospitalisation pour une affection coronarienne et le moment de l'expérimentation. Il serait, donc, justifié de poursuivre l'étude entreprise en tenant compte de ces limites.

Annexe I

Lettre d'accompagnement

Le 20 octobre 1986

Madame,

La présente est pour vous demander, suite à votre réponse affirmative à la lettre du Dr. Moisan, de répondre aux questionnaires ci-joints.

Veuillez, s'il-vous-plaît, répondre au meilleure de votre connaissance ceci, dans les plus brefs délais possibles et, faites parvenir les questionnaires dans l'enveloppe de retour pré-adressée.

Je tiens à vous remercier personnellement de l'intérêt que vous portez à la concrétisation prochaine de ma thèse et, par le fait même, à l'avancement de la recherche. Je puis donc vous assurer de ma profonde reconnaissance et de l'expression de mes meilleurs sentiments.

Merci à l'avance

France Marcotte

Annexe II

Données démographiques
groupe expérimental

**Données démographiques
groupe expérimental**

Code	Age	Nombre d'années d'études complétées	Revenu familial	Statut professionnel*
101	65	12	10,000 et moins	1
102	44	07	40,001 - 50,000	1
103	50	15	50,001 et plus	1
104	68	15	10,001 - 20,000	2
105	60	18	_____	1
106	64	12	10,001 - 20,000	1
107	38	12	30,001 - 40,000	1
108	45	07	20,001 - 30,000	1
109	34	07	10,001 - 20,000	1
110	55	07	10,001 - 20,000	1
111	60	18	10,000 et moins	1
112	50	12	30,001 - 40,000	1
113	57	12	10,001 - 20,000	1
114	38	15	40,001 - 50,000	1
115	44	07	30,001 - 40,000	1
116	60	12	10,001 - 20,000	1
117	62	07	10,001 - 20,000	1
118	63	07	10,001 - 20,000	1
119	52	12	_____	1
120	43	12	50,001 et plus	1

*Code du statut professionnel : 1- Occupe un emploi 2- Retraitée

Annexe III

Données démographiques
groupe contrôle

**Données démographiques
groupe contrôle**

Code	Age	Nombre d'années d'études complétées	Revenu familial	Statut professionnel*
201	65	12	10,000 et moins	1
202	45	07	40,001 - 50,000	1
203	48	15	50,000 et plus	1
204	64	15	10,001 - 20,000	1
205	60	18	30,001 - 40,000	1
206	64	12	10,001 - 20,000	1
207	39	12	30,001 - 40,000	1
208	41	07	20,001 - 30,000	1
209	35	07	10,001 - 20,000	1
210	51	07	20,001 - 30,000	1
211	58	18	_____	1
212	48	12	30,001 - 40,000	1
213	56	12	10,001 - 20,000	1
214	38	15	40,001 - 50,000	1
215	42	07	30,001 - 40,000	1
216	57	12	20,001 - 30,000	1
217	62	07	10,001 - 20,000	1
218	62	07	10,001 - 20,000	1
219	52	07	10,000 et moins	1
220	42	12	50,001 et plus	1

*Code du statut professionnel : 1- Occupe un emploi 2- Retraitée

Annexe III (appendice)

Statut professionnel

CATEGORIES DES OCCUPATIONS

1. Professionnels :

Actuaire, artiste, architecte, avocat, agronome, biologiste, chirurgien, chimiste, comptable agréé, chanteur 1ère classe, dentiste, étudiant (université), ingénieur, juge, médecin, musicien 1ère classe, notaire, opticien, optométriste, professeur d'université, (collège classique), peinture.

2. Gérance et administration :

Chef de service ou départemental (gouvernement), chef de bureau, contracteur, député, entrepreneur, gérant de ville, gérant d'entreprise industrielle, de grand magasin, d'hôtel, de grand restaurant, gérant de banque, société de prêts, haut poste dans un syndicat, industriel, ministre, sous-ministre, officiers (armée) (police), surintendant de compagnie.

3. Semi-professionnels :

Annonceur de T.V., radio, éditeur, garde-malade, hôtesse de l'air, inspecteur (d'écoles), principal d'école, journaliste, musicien (hobby), professeur (primaire), photographe professionnel, professeur: primaire, secondaire, école spécialisée, école normale, rédacteur, sportif professionnel, technicienne en laboratoire, travailleuse sociale.

4. Petit administrateur :

Administrateur de propriété, archiviste, agent de compagnie, agent d'assurance, ajusteur d'assurance, agent d'immeuble, acheteur (ville de Montréal), agent de publicité, agent d'immigration, barbier (à son compte), commis spécialisé, comptable, chef de gare, capitaine de goélette, contracteur (petit), commerçant, commis voyageur, contrôleur des prix, chef de section, détective, entrepreneur (petit) dans un métier, (plombier, électricien), entrepreneur (petit) dans l'alimentation (boucher, boulanger), employé civil, (mais pas commis de bureau), économie, gérant de magasin, de restaurant, garagiste, inspecteur, instructeur, "jobber dans le bois", leader, marchand, maître d'hôtel, métier, officiers de placement, organisateur de syndicat, publiciste, propagandiste, propriétaire, petit administrateur, restaurateur, représentant, registrateur, sous-officier (armée) (police) (pompier), secrétaire de municipalité, ou de commission scolaire, superviseur, vérificateur.

5. Collets blancs, employés de bureau :

Commis, commis de bureau, commis de banque, classeur, caissier, commis de magasin, cotiseur, classificateur, correcteur d'épreuves, collectionneur, comptable non c.a., décorateur, dessinateur de patron, douanier, dessinateur (industriel ou autre), patroniste, évaluateur, greffier, huissier, mesureur, maître de poste, mesureur de bois, opératrice (campagne), photographeur, publiciste, perceiteur de pont, secrétaire, sténo, "store keeper", scripteur, surveillant de bureau de poste, télégraphiste, téléphoniste, télétypiste, lithographe, "time study", vendeur, visiteuse sociale.

6. Spécialisés (carte de compétence contremaître) :

Assistant-contremaître, aide-technicien, agent des signaux, assembleur, accordeur de piano, briqueteur, boucher, bijoutier, beurrier, barbier, bloquer, contremaître, cordonnier, chaudronnier, chauffeur de locomotive, contrôleur, couturière, coiffeuse, croque-mort, cuisinier, cardeur, chauffeur de moulin, cuit le pain, cuviste, débosseur, examinateur, électricien, étalagiste, ébéniste, forgeron, ferblantier, fileur, fleuriste, graveur, horloger, inspecteur, imprimeur, ingénieur de train, ingénieur stationnaire (fournaise), intendant, lettreur, menuisier, mécanicien, mouleur, modiste, monteur, machiniste, 1er maître de goélette, mécanicien-opticien, maçon, météorologue, orfèvre, plâtrier, peintre, plombier "papermaker", plaquer, pressier, pâtissier, pilote de navire, pilote d'avion, pipe fitter, pompier, policier sans grade, papetier, "playmaster", pointeur, platteur, relieur, riveur, rigueur, soudeur, surveillant, serrurier, technicien, tailleur de cuir, typographe, tanneur, technicien de T.V., teinturier, vérificateur, vitrier, "welder".

7. Semi-spécialisés :

Assembleur, apiculteur, arpenteur, agent de signaux, "bar tender" bûcheron, batteur (moulin à bois), conducteur de camions, auto, taxi, autobus, tramway, tracteur, pelle mécanique, couvreur, carman, chaloupier, chantre (messe), chauffeur, (camionneur), conducteur (chemin de fer), démolisseur, draveur, dispatcher, encadreur, éleveur (animaux), facteur, finisseur (papier), garde-feu, garde-forestier, gantière, huileur, "hoistman" (mines), instrumentiste, jardinier, livreur de lait, de bière, latter, "lightman", mineur, "millwright", mesureur (chemin de fer), navigateur, nettoyeur (de mine), opérateur, opératrice, outilleur, pêcheur, presseur (manufacture), planner, polisseur de marbre, photographe amateur, paysagiste, prospecteur, postillon polisseur, rembourreur, soldat, sacristain, saleur de peau, scieur, "switchman".

8. Non-spécialisés :

Aide-fermier, aide-garde-malade, aide-qu. ch., apprentis, bell boy, balayeur, concierge, coupeur de tourbe, cantonnier, cheminot, débardeur, "dairy-man", employé de buanderie, emballeur, expéditeur, entretien des rues, entretien des maisons, (femme de ménage), embouteilleur, encanteur, fossoyeur, garçon de table, d'ascenseur, gardien, gardienne d'enfants, "helper", infirmier (non-spécialisé), journalier, livreur, laveur de vaisselle, laveur d'auto, messager, manoeuvre, poseur de tuile, de tapis, planteur de quilles, placier dans un théâtre, pelleteur, serre-frein, surveillant (sports et autres), sectionnaire, vidangeur.

9. Cultivateurs.

D'après JOCAS, Y., RICHER,G (1968). Inter-génération occupational mobility, in B. BLISHEN (éd.): Canadian Society, Sociological perspectives. Toronto: Macmillan of Canada.

Annexe IV

Questionnaire d'informations générales

Code no. _____

Ce questionnaire vise à recueillir des informations générales.
Veuillez donc encercler un seul numéro,
celui qui correspond à votre situation.
Merci à l'avance de votre collaboration.

- A. Age :
- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 25 à 30 ans | 5. 46 à 50 ans |
| 2. 31 à 35 ans | 6. 51 à 55 ans |
| 3. 36 à 40 ans | 7. 56 à 60 ans |
| 4. 41 à 45 ans | 8. 61 et + |

- B. Etat civil :
1. Célibataire
 2. Mariée
 3. Divorcée (séparée)
 4. Veuve
 5. Vivant maritalement

- C. Nombre d'enfants :
1. pas d'enfant
 2. 1 à 2 enfants
 3. 3 à 4 enfants
 4. 5 enfants et plus

- D. Nombre d'années d'étude complétées :
1. niveau élémentaire ou secondaire professionnel
 2. niveau secondaire général ou collégial inachevé
 3. niveau collégial complété
 4. niveau universitaire complété
 - 4 a. baccalauréat
 - 4 b. maîtrise
 - 4 c. autre

E. Statut professionnel : (voir appendice 1)

1. sans occupation, occupation non-spécialisée, occupation semi-spécialisée.
2. occupation requérant une spécialisation (carte de compétence)
3. petits administrateurs, collets-blancs, employés de bureau.
4. professions libérales, spécialistes, cadres.

F. Niveau de "revenu familial annuel brut"

1. 10,000 et moins
2. 10,001 - 20,000
3. 20,001 - 30,000
4. 30,001 - 40,000
5. 40,001 - 50,000
6. 50,001 et plus

G. Résidence permanente :

1. Milieu urbain
2. Milieu rural

H. Antécédents médicaux :

1. oui
2. non

Si oui, spécifiez lesquels : _____

I. Troubles cardiaques et vasculaires :

1. oui
2. non

Si oui, spécifiez lesquels : _____

Merci

Annexe V
Fiche de données médicales

Code no. _____

Fiche de données médicales

Date du recueil des données _____

I. Diagnostic médical

1. Angine de poitrine
2. Infarctus du myocarde
si précédé par des crises angineuses
 1. oui
 2. non

II. Eléments d'histoire de cas

1. Date à laquelle le diagnostic a été confirmé

2. Temps écoulé à partir de la confirmation du diagnostic
 1. 0 - 2 mois
 2. 3 - 4 mois
 3. 5 - 6 mois
 4. 6 mois et plus
3. Fréquence des troubles
 - a) en cas d'angine
 1. fréquence quotidienne
 2. fréquence hebdomadaire
 3. fréquence mensuelle
 4. autres (non-régulière)
 - b) en cas d'infarctus
 1. un
 2. deux
 3. trois et plus

4. Traitement

a) en cas d'angine

1. type de traitement _____

2. intervalle de temps entre la confirmation de diagnostic et le début du traitement _____

b) en cas d'infarctus

1. type de traitement _____

2. intervalle de temps entre la confirmation du diagnostic et le début du traitement _____

III. Données cliniques - Angine

1. Antécédents cliniques

1. Surcharge pondérale

1. oui

2. non

2. Hypertension artérielle transitoire

1. oui

2. non

3. Tabagisme

1. oui

2. non

2. Conditions d'apparition de la douleur angineuse

1. au repos

2. à l'effort

3. au repos et à l'effort

3. Durée de la douleur (pour une crise typique)

1. 0 - 1 minute

2. 2 - 5 minutes

3. 6 minutes et plus

4. Athérosclérose coronaire

1. absente

2. présente

5. Sévérité des lésions obstructives

1. légère
2. modérée
3. grave

6. Electrocardiogramme de repos

1. normal
2. anormal (description)

7. Electrocardiogramme d'effort

1. normal
2. anormal (description)

8. Test à la trinitrine

1. positif
2. négatif

III. Données cliniques - Infarctus du myocarde

1. Antécédents cliniques

1. Surcharge pondérale
 1. oui
 2. non
2. Hypertension artérielle transitoire
 1. oui
 2. non
3. Tabagisme
 1. oui
 2. non

2. Conditions d'apparition de la douleur

1. au repos
2. à l'effort
3. au repos et à l'effort

3. Durée de la douleur

1. 1 heure et moins
2. plus d'une heure

4. Rythme cardiaque au moment de l'hospitalisation

1. normal
2. anormal

5. Hyperleucocytose (post-infarctus)

Valeur la plus élevée _____

6. Vitesse de sédimentation

Valeur la plus élevée _____

7. Modification des taux sériques des enzymes

Enzymes	Valeurs les plus élevées (post-infarctus)
SGOT	_____
CPK	_____
LDH	_____
GPT	_____

8. Electrocardiogramme

1. au moment de l'hospitalisation
2. une semaine suivant l'hospitalisation
3. autres (2 semaines ou 1 mois suivant l'hospitalisation)

Annexe VI

Résultats au
Jenkins Activity Survey
groupe expérimental
(scores bruts)

**Résultats au
Jenkins Activity Survey
groupe expérimental
(scores bruts)**

Code	Echelle A	Echelle S	Echelle J	Echelle H
101	244	257	145	128
102	323	261	137	175
103	373	273	156	113
104	230	163	172	177
105	186	081	175	141
106	236	112	134	136
107	363	289	218	172
108	302	214	117	182
109	260	105	219	191
110	273	300	125	136
111	243	113	149	129
112	218	125	116	128
113	297	278	071	175
114	270	101	168	161
115	334	247	216	221
116	317	294	183	196
117	214	088	095	149
118	253	130	140	202
119	188	065	045	138
120	295	241	243	169

Annexe VII

Résultats au
Jenkins Activity Survey
groupe contrôle
(scores bruts)

**Résultats au
Jenkins Activity Survey
groupe contrôle
(scores bruts)**

Code	Echelle A	Echelle S	Echelle J	Echelle H
201	155	059	101	146
202	179	125	173	163
203	240	176	177	108
204	356	250	115	207
205	262	137	258	129
206	223	254	124	106
207	146	097	163	127
208	246	294	151	097
209	247	115	177	149
210	211	095	210	113
211	316	237	168	109
212	183	111	167	132
213	269	131	240	140
214	135	083	148	080
215	147	068	127	141
216	180	240	206	162
217	096	070	073	174
218	232	131	190	146
219	106	129	102	126
220	309	190	139	178

Annexe VIII

Résultats au
Jenkins Activity Survey
groupe expérimental
(en déciles)

**Résultats au
Jenkins Activity Survey
groupe expérimental
(en déciles)**

Code	Echelle A	Echelle S	Echelle J	Echelle H
101	6	9	3	5
102	10	9	3	10
103	10	9	4	3
104	5	4	5	10
105	3	1	5	7
106	5	2	3	6
107	10	10	8	9
108	9	7	2	10
109	6	2	8	10
110	7	10	2	6
111	6	2	3	6
112	4	2	2	5
113	8	10	1	10
114	7	1	5	9
115	10	9	8	10
116	10	10	6	10
117	4	1	1	8
118	6	3	3	10
119	3	1	1	7
120	8	8	9	9

Annexe IX

Résultats au
Jenkins Activity Survey
groupe contrôle
(en déciles)

**Résultats au
Jenkins Activity Survey
groupe contrôle
(en déciles)**

Code	Echelle A	Echelle S	Echelle J	Echelle H
201	2	1	1	8
202	2	2	5	9
203	6	5	5	3
204	10	9	2	10
205	7	3	10	6
206	4	9	2	2
207	1	1	4	5
208	6	10	4	2
209	6	2	5	8
210	4	1	7	3
211	10	8	5	3
212	2	2	5	6
213	7	3	9	7
214	1	1	3	1
215	1	1	2	7
216	2	8	7	9
217	1	1	1	10
218	5	3	6	8
219	1	3	1	5
220	9	6	3	10

Annexe X

Résultats à
l'Inventaire de Bem
(groupe expérimental)

**Résultats à
l'Inventaire de Bem
(groupe expérimental)**

Code	Total "a"	Total "a" divisé	Score standardisé	Total "b"	Total "b" divisé	Score standardisé	Score "T"
101	093	4.65	47	085	4.25	40	55
102	083	4.15	39	096	4.80	48	44
103	110	5.50	61	089	4.45	43	62
104	108	5.40	60	096	4.80	48	58
105	118	5.90	68	060	3.00	21	82
106	096	4.80	50	101	5.05	51	49
107	093	4.65	47	100	5.00	51	47
108	121	6.05	71	081	4.05	37	73
109	129	6.45	78	114	5.70	61	61
110	090	4.50	45	062	3.10	23	65
111	098	4.90	51	085	4.25	40	57
112	095	4.75	49	069	3.45	28	64
113	064	3.20	23	086	4.52	43	63
114	110	5.50	61	104	5.20	54	55
115	103	5.15	56	085	4.25	40	61
116	085	4.25	40	062	3.10	23	61
117	092	4.60	46	077	3.85	34	58
118	122	6.10	72	099	4.95	50	65
119	089	4.45	44	045	2.25	10	73
120	094	4.70	48	097	4.85	49	49

Annexe XI

Résultats à
l'Inventaire de Bem
(groupe contrôle)

**Résultats à
l'Inventaire de Bem
(groupe contrôle)**

Code	Total "a"	Total "a" divisé	Score standardisé	Total "b"	Total "b" divisé	Score standardisé	Score "T"
201	098	4.90	51	073	3.65	31	63
202	104	5.20	56	097	4.85	49	55
203	108	5.40	60	089	4.45	43	61
204	094	4.70	48	079	3.95	35	59
205	104	5.20	56	106	5.30	55	51
206	095	4.75	49	090	4.50	43	54
207	108	5.40	60	062	3.10	23	75
208	086	4.30	41	096	4.80	48	45
209	122	6.10	72	106	5.30	55	61
210	093	4.65	47	093	4.65	46	51
211	093	4.65	47	099	4.95	50	48
212	104	5.20	56	082	4.10	38	62
213	113	5.65	64	087	4.35	41	65
214	102	5.10	55	057	3.00	21	73
215	096	4.80	50	081	4.05	37	59
216	096	4.80	50	095	5.00	51	49
217	110	5.50	61	060	3.00	21	77
218	118	5.90	68	091	4.55	44	66
219	116	5.80	67	077	3.85	34	72
220	100	5.00	53	114	5.70	61	45

Annexe XII

Résultats à
l'échelle Holmes-Rahe

**Résultats à
l'échelle Holmes-Rahe**

<u>Groupe expérimental</u>			<u>Groupe contrôle</u>		
Code	Nombre d'évènements	Total points	Code	Nombre d'évènements	Total points
101	02	116	201	04	133
102	06	196	202	03	117
103	08	288	203	04	132
104	11	385	204	00	000
105	05	195	205	02	063
106	00	000	206	04	106
107	08	266	207	03	054
108	04	146	208	04	159
109	16	503	209	03	051
110	04	141	210	15	375
111	02	078	211	00	000
112	03	118	212	07	159
113	05	138	213	03	064
114	08	215	214	07	238
115	10	240	215	13	370
116	04	123	216	03	106
117	00	000	217	04	138
118	01	029	218	02	116
119	00	000	219	02	057
120	06	131	220	04	136

Annexe XIII

Intensité des troubles coronariens
(sujets du groupe expérimental)

**Intensité des troubles coronariens
(sujets du groupe expérimental)**

Code	Diagnostic ¹	Fréquence des troubles	Conditions d'apparition	Valeur C.P.K ²	Score "intensité"
101	A	non-régulière	effort		2
102	A	non-régulière	effort		2
103	I	trois et plus	repos et effort	50	5
104	A	mensuelle	repos et effort		4
105	A	hebdomadaire	repos et effort		5
106	I	un	effort	440	2
107	I	trois et plus	repos et effort	490	5
108	I	un	effort	1390	2
109	A	hebdomadaire	effort		4
110	A	non-régulière	repos et effort		3
111	A	mensuelle	repos et effort		4
112	A	quotidienne	repos et effort		6
113	A	non-régulière	effort		2
114	I	deux	repos et effort	81	4
115	I	un	repos	492	4
116	A	non-régulière	repos et effort		3
117	I	deux	repos	2500	5
118	I	un	repos	826	4
119	A	non-régulière	repos		4
120	A	non-régulière	repos		4

¹ - Diagnostic: I- infarctus A- angine

² - Créatinine-phospho-kinase (données pour sujets-infarctus)

Annexe XIV

Antécédents médicaux
(groupe expérimental)

Antécédents médicaux
(groupe expérimental)

Code	Hypertension artérielle transitoire	Tabagisme	Surcharge pondérale	Score "antécédents"
101	1	0	0	1
102	1	0	0	1
103	0	0	1	1
104	1	0	0	1
105	0	1	0	1
106	0	1	0	1
107	0	0	0	0
108	1	1	1	3
109	0	1	0	1
110	1	0	1	2
111	0	0	0	0
112	1	0	0	1
113	1	1	0	2
114	0	1	0	1
115	1	1	0	2
116	1	0	0	1
117	0	1	1	2
118	1	1	0	2
119	0	0	0	0
120	0	0	0	0

Note: le chiffre 1 indique la présence et 0, l'absence de l'antécédent respectif.

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, monsieur Serban Ionescu, M. D. et Ph. D., pour son assistance éclairée et son soutien constant tout au long de cette recherche.

Références

- BAKKER, C.B. (1967). Psychological factors in angina pectoris. Psychosomatics, 8, 43-49.
- BEM, S.L. (1974). The measurement of psychological androgeny. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 155-162.
- BERNARD, R., FRERE, G., Downy, B. (1977). L'infirmière et l'infarctus du myocarde. Editions de l'université de Bruxelles. Maloine. S.A. Paris.
- BLOCH, A. (1980). L'infarctus du myocarde. Collection Santé. Ottawa: Editions La Presse.
- BLUMENTHAL, J.A., WILLIAMS, R.B., KONG, Y., SCHANBERG, S.M., THOMPSON, L.W. (1978). Type A behavior pattern and coronary atherosclerosis. Circulation, 58, No. 4, 634-639.
- BRUHN, J.G., McCRADY, K.E., DUPLESSIS, A. (1968). Evidence of "emotional-drain" preceding death from myocardial infarction. Psychiatry Digest, 29, 34-40.
- BRUHN, J.G., WOLF, S., LYNN, T.N., BIRD, H.B., CHANDLER, B. (1968). Social aspects of coronary heart disease in a pennsylvania german community. Social Science Medecine, 2, 201-212.
- DEFOURNY, M., TIMSIT, M., DONGIER, M. (1972). Etude comparée de 15 sujets atteints d'angor coronarien et 30 sujets victimes d'un infarctus du myocarde au moyen du test de Rorschach. Revue de médecine psychosomatique, 14, No. 2, 157-169.
- DEGREGORIO, E., CARVER, C.S. (1980). Type A behavior pattern, sex role orientation and psychological adjustment. Journal of Personality and Social Psychology, 39, No. 2, 286-293.
- DELAHAYE, J.P., LOIRE, R. "Infarctus du myocarde" Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris. Editions Techniques. Coeur Vaisseaux, 2, 10-1975, 11030, 7-21.
- DELAHAYE, J.P., LOIRE, R. "Infarctus du myocarde" Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris. Editions Techniques. Coeur Vaisseaux, 1, 11-1980, 11030, 8-42.

- DELAHAYE, J.P., LOIRE, R. "Infarctus du myocarde" Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris. Editions Techniques. Coeur Vaisseaux, 1, 2-1983, 11030, 19-30.
- DIMSDALE, J.E., HACKETT, T.P., HUTTER, A.M., BLOCK, P.C., CATANZANO, D.M., WHITE, P.J. (1979). Type A behavior and angiographic findings. Journal of Psychosomatic Research, 23, 273-276.
- DUNBAR, F. (1943). Psychosomatic diagnosis. New York: Hoeber.
- FLAMMANG, D., WAYNBERGER, M. "Infarctus du myocarde" Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris. Editions Techniques. Urgences médicales chirurgicales, 1, 11-1978, 24112, 1-19.
- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R.H. (1974). Type A behavior and your heart. New York: Fawcett Crest.
- HAYNES, S.G., FEINLEIB, M. (1980). Women, work and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham heart study. American Journal Publishing Health, 70, 133-141.
- HAYNES, S.G., FEINLEIB, M., KANNEL, W.B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study 111. Eight-year incidence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 3, No. 1, 37-58.
- HINKLE, L.E., WHITNEY, L.H., LEHMAN, E.W., DUNN, J., BENJAMIN, B., KING, R., PLAKUN, A., FLEHINGER, B. (1968). Occupation, education and coronary heart disease: risk is influenced more by education and background than by occupational experiences, in the bell system. Science, 161, 238-246.
- HOLMES, T.H., RAHE, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
- JENKINS, C.D. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease part 1. New England Journal of Medecine, 284, No. 5, 244-255.
- JENKINS, C.D. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease part 11. New England Journal of Medecine, 284, No. 6, 307-317.
- JENKINS, C.D., ROSENMAN, R.H., ZYZANSKI, S.J. (1974). Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary-prone behavior pattern. New England Journal of Medecine, 290, 1271-1275.
- LAROCHELLE, C. (1981). L'apport des techniques de relaxation dans une approche d'éducation psychologique favorisant la réadaptation des malades coronariens. Essai. Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval.

- LENEGRE, J. (1967) in DELAHAYE, J.P., LOIRE, R. "Infarctus du myocarde" Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris. Editions Techniques. Cœur Vaisseaux, 1, 11-1980, 11030, 8-42.
- LENEGRE, J. (1973) in DELAHAYE, J.P., LOIRE, R. "Infarctus du myocarde" Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris. Editions Techniques. Cœur Vaisseaux, 1, 11-1980, 11030, 8-42.
- LENEGRE, J., BLONDEAU, M., BOURDARIAS, J.P., GERBAUX, A., HIMBERT, J., MAURICE, P. (1973). Cœur et circulation. Pathologie médicale. Paris. Flammarion Médecine, 3, 239-271.
- LIDA-MIRANDA, L., PRINCE, R. (1978). Stress et prévention de la récurrence de la maladie coronarienne. Santé mentale au Québec, 3, No.1, 50-60.
- LILJEFORS, I., RAHE, R.H. (1970). An identical twin study of psychosocial factors in coronary heart disease in Sweden. Psychosomatic Medicine, 32, No. 5, 523-542.
- MATSUMOTTO, J.S. (1970). Social stress and coronary heart disease in Japan. A hypothésis. Milbank Memorial Fund Quarterly, 48, 9-36.
- PAFFENBARGER, R.S., WOLF, P.A., NOTKIN, J., THORNE, M.C. (1966). Chronic disease in former college students 1. Early precursors of fatal coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 83, No. 2, 314-328.
- PIERON, H. (1979). Vocabulaire de la psychologie. Paris: Presses Universitaires de France. (6^e Ed.).
- REUBI, F. (1980). L'hypertension artérielle. Ottawa: Editions LaPresse.
- ROSENMAN, R.H., BRAND, R.J., JENKINS, C.D., FRIEDMAN, M., STRAUS, R., WURM, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. Journal of the American Medical Association, 233, No. 8, 872-877.
- ROSENMAN, R.H., FRIEDMAN, M., STRAUS, R., JENKINS, C.D., ZYZANSKI, S.J., WURM, M. (1970). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. A follow-up experience of 4 1/2 years. Journal Chronic Disease, 23, 173-190.
- SILVER, L., JENKINS, D., RYAN, T.J., MELIDOSSIAN, C. (1980). Sex differences in the psychological correlates of cardiovascular diagnosis and coronary angiographic findings. Journal of Psychosomatic Research, 24, 327-334.

STATISTIQUE CANADA (1982). Mortalité. Liste sommaire des causes. La statistique de l'état civil, 3.

SYME, S.L., BORHANI, N.O., BUCCHLEY, R.W. (1965). Cultural mobility and coronary heart disease in a urban area. American Journal of Epidemiology, 82, No. 3, 334-346.

ZYZANSKI, S.J., JENKINS, C.D., RYAN, T.J., FLESSAS, A., EVERIST, M. (1976). Psychological correlates of coronary angiographic findings. Archives of Internal Medicine, 136, 1234-1237.