

Université du Québec en Outaouais

L'association entre la qualité de la relation conjugale et les symptômes de dépression et d'anxiété chez les personnes aux prises avec une douleur chronique

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par
© Catherine GATIEN

Août 2021

Composition du jury

L'association entre la qualité de la relation conjugale et les symptômes de dépression et d'anxiété chez les personnes aux prises avec une douleur chronique

Par
Catherine Gatien

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Stéphanie Cormier, Ph. D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Isabelle Green-Demers, Ph. D., examinatrice interne et présidente du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Paul Samuel Greenman, Ph. D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Jalila Jbilou, MD Ph.D., examinatrice externe, École de psychologie, Université de Moncton

REMERCIEMENTS

Très fière d'avoir dépassé mes limites pour la réalisation de mon doctorat, je suis encore stupéfaite de constater que j'écris les dernières lignes de cette étape charnière de mon cheminement scolaire.

J'aimerais remercier tous les membres de mon comité d'essai doctoral d'avoir contribué par leurs commentaires experts. Un merci spécial aux participants de cette étude, sans qui cette recherche n'aurait pas pu être réalisée.

La flexibilité et l'organisation de Dre Stéphanie Cormier, ma directrice de recherche, ont permis de faire de ce projet d'envergure de petites étapes digestes et dirigées. La relation de confiance, importante dès le début de ce parcours, s'est ancrée dans nos échanges francs, humains et enrichissants, au-delà de cet essai. Merci de m'avoir permis de réaliser ce rêve !

Ma relation de travail avec Andrea Too, collègue du doctorat, s'est rapidement transformée en une amitié sincère apportant une plus-value à ce long processus. Andrea a été d'une grande aide avec ses généreux conseils, ses mots justes et ses attentions particulières.

Merci à mes amies du baccalauréat, mes amies du doctorat, à Laurence, Cassandre et Myriam pour leur soutien, leur oreille attentive et leurs innombrables encouragements. Chacune à votre façon, vous avez su m'aider à lâcher prise, m'amuser, me développer.

Un merci particulier à ma chère maman pour son modèle de rôle de persévérance et de m'avoir continuellement poussé à donner le meilleur de moi-même. Je remercie mon frère pour son apport à mes analyses statistiques. Je ne saurai être assez reconnaissante à mon conjoint, Olivier, de m'avoir constamment rappelé que ce projet m'appartenait et que le chemin parcouru était aussi important que l'arrivée. Une pensée pour toi, Richard, qui m'a appris que la vie est trop courte.

RÉSUMÉ

La douleur chronique touche une proportion considérable de la population et elle est reconnue pour avoir des répercussions sociales, fonctionnelles et psychologiques majeures. Entre autres, des niveaux plus élevés de dépression et d'anxiété ont été rapportés chez les individus aux prises avec cette condition de santé. Les écrits scientifiques révèlent que les relations interpersonnelles influencent la façon dont les individus composent avec leur douleur chronique. Il est d'ailleurs suggéré que la qualité de la relation conjugale peut contribuer à teinter le bien-être émotionnel de cette population. Cependant, les dimensions spécifiques de la relation conjugale associées à l'état émotionnel de l'individu souffrant de douleur chronique demeurent méconnues. Par conséquent, cet essai doctoral vise à explorer l'ajustement dyadique et le soutien conjugal perçu et leurs associations avec les symptômes de dépression et d'anxiété d'individus souffrant de douleur chronique. Pour se faire, un échantillon communautaire de 214 adultes souffrant de douleur chronique et rapportant être en couple depuis au moins un an a été considéré. Les participants ont été invités à compléter une batterie de questionnaires en format électronique. En plus de colliger des données sur les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques de la douleur, des questionnaires portant sur le soutien conjugal, l'ajustement dyadique, les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux ont été administrés. Dans l'ensemble, les résultats révèlent que le consensus dyadique, le statut conjugal et l'intensité de la douleur prédisent significativement les symptômes de dépression rapportés par le partenaire souffrant de douleur chronique. En ce qui a trait aux symptômes d'anxiété rapportés par cette même personne, le consensus dyadique et l'intensité de la douleur se sont avérés être des prédicteurs significatifs. Dans l'ensemble, ces résultats soulignent la nécessité de considérer le partenaire de vie et la relation conjugale des personnes aux prises avec une douleur chronique afin d'améliorer leur bien-être psychologique.

Mots clés : Douleur chronique; ajustement dyadique; soutien conjugal; anxiété, dépression

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	III
RÉSUMÉ	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
AVANT-PROPOS	VIII
CHAPITRE I.....	1
INTRODUCTION	1
1.1. La douleur chronique	1
1.1.1. La douleur chronique et ses composantes.....	1
1.1.2. Les répercussions de la douleur chronique.....	3
1.2. La qualité de la relation conjugale	6
1.2.1. Le soutien social.....	7
<i>La définition du soutien social</i>	<i>7</i>
<i>Soutien social au sein du couple</i>	<i>8</i>
1.2.2. L'ajustement dyadique.....	9
<i>Définition de l'ajustement dyadique.</i>	<i>9</i>
<i>Le modèle théorique de l'attachement.</i>	<i>9</i>
1.3. Les bienfaits de la relation conjugale dans le contexte de la douleur chronique	11
1.3.1. Le soutien conjugal perçu et la douleur chronique	11
1.3.2. L'ajustement dyadique et la douleur chronique.....	12
1.4. Qualité de la relation, état émotionnel et douleur chronique.....	14
1.4.1. Soutien conjugal perçu et état émotionnel.....	14
1.4.2. Ajustement dyadique et état émotionnel	15
1.5. La pertinence de l'étude	16
CHAPITRE II	19
ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	19
2.1. Présentation de l'article.....	19
2.2. Introduction.....	22
2.3. Materials and methods	23
2.3.1. Participants and procedure.....	23
2.3.2. Measures	23
<i>Sociodemographic information and pain characteristics</i>	<i>23</i>
<i>Relationship adjustment</i>	<i>23</i>
<i>Emotional state of the partner with chronic pain.....</i>	<i>24</i>
<i>Data analysis</i>	<i>25</i>
2.4. Results	25
2.4.1. Sample characteristics.....	25
2.4.2. Relationship adjustment.....	27
2.4.3. Associations between pain characteristics, relationship adjustment and emotional state.....	27
2.4.4. Predictors of the emotional state of the partner with chronic pain.....	28
2.5. Discussion.....	30
2.5.1. Practical implications	33
2.5.2. Strengths and limitations.....	33
2.5.3. Conclusion.....	34

CHAPITRE III	35
DISCUSSION	35
3.1. L'importance des relations interpersonnelles en contexte de douleur chronique.....	36
3.1.1. Qualité de la relation conjugale et douleur chronique.....	37
3.1.2. Ajustement dyadique	38
3.1.3. Soutien conjugal perçu	41
3.1.4. Qualité de la relation conjugale de haut niveau.....	42
3.2. Les associations entre la qualité de la relation conjugale et l'état émotionnel des individus aux prises avec une douleur chronique	43
3.2.1. Ajustement dyadique et état émotionnel	44
3.2.2. Soutien conjugal perçu et état émotionnel.....	46
3.3. Les variables prédictives de l'état émotionnel	47
3.3.1. Les dimensions de l'ajustement dyadique.....	48
3.3.2. Le soutien conjugal.....	49
3.4. Les autres prédictifs significatifs	52
3.4.1. Le statut conjugal	52
3.4.2. L'intensité de la douleur.....	54
3.5. Les retombées de l'essai doctoral.....	54
3.5.1. Les retombées scientifiques.....	54
3.5.2. Les retombées pratiques	55
3.6. Forces et limites de l'essai doctoral	57
3.7. Études futures.....	59
3.8. Conclusion.....	61
RÉFÉRENCES	62
ANNEXE A : CONSENTEMENT DES CO-AUTEURES.....	79
ANNEXE B : DÉCLARATION ÉTHIQUE.....	81
ANNEXE C : QUESTIONNAIRE DU PARTICIPANT	83
ANNEXE D : QUESTIONNAIRE DU SOUTIEN CONJUGAL	88
ANNEXE E : ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE.....	90
ANNEXE F : QUESTIONNAIRE CES-D	94
ANNEXE G : QUESTIONNAIRE STICSA	98

LISTE DES TABLEAUX

Table 1. <i>Sociodemographic and pain characteristics of participants</i>	26
Table 2. <i>Descriptive statistics and associations between pain characteristics, quality of the relationship, and emotional state of the partner with chronic pain</i>	28
Table 3. <i>Stepwise backward multiple regression with depressive symptoms as the dependent variable</i>	29
Table 4. <i>Stepwise backward multiple regression with anxiety symptoms as the dependent variable</i>	30

AVANT-PROPOS

Cet essai doctoral est présenté sous forme d'article scientifique. En collaboration avec ma directrice de recherche, Stéphanie Cormier, et ma collègue, Andrea Too, j'ai contribué à la conception et au développement de cette étude. Nous avons colligé les données qui ont permis d'étudier différents thèmes auprès d'une population d'individus souffrant de douleur chronique. En tant que première auteure de l'article scientifique présenté dans cet essai doctoral, j'ai pris en charge les analyses statistiques, l'interprétation des résultats et la rédaction de l'ensemble du manuscrit. Cet article scientifique, intitulé « *Dimensions of relationship adjustment as correlates of depressive and anxiety symptoms among individuals living with chronic pain* » a été accepté pour publication dans la revue *Psychology, Health & Medicine* le 25 mai 2021 et est disponible en format électronique en ligne depuis le 15 juin 2021.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

La douleur chronique est une condition de santé majeure qui affecte environ un adulte canadien sur cinq (D. Schopflocher, Taenzer, & Jovey, 2011). Cette condition persiste bien souvent pendant de nombreuses années et entraîne des limitations fonctionnelles ainsi qu'une multitude de répercussions psychologiques et sociales non négligeables. Alors que les recherches ont longtemps négligé le volet social dans la prise en charge de la douleur chronique, les chercheurs s'intéressent de plus en plus à l'influence que peut avoir l'environnement de l'individu sur l'expérience de sa maladie. Entre autres, la qualité de la relation conjugale est considérée comme un élément central dans l'amélioration de l'état émotionnel de cette population. Certaines variables psychosociales, telles que l'ajustement dyadique et le soutien conjugal, méritent d'être considérées plus longuement afin de mieux cerner leurs influences sur l'état émotionnel des individus souffrant de douleur chronique.

1.1. La douleur chronique

1.1.1. La douleur chronique et ses composantes

La douleur est un phénomène subjectif généralement défini comme étant une « expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante associée au dommage actuel ou potentiel des tissus » (Merskey & Bogduk, 1994). Les signaux nerveux associés à la perception de douleur assument une fonction adaptative qui vise à protéger le corps contre des blessures et des dommages (Riva, Wesselmann, Wirth, Carter-Sowell, & Williams, 2014). Dans les écrits scientifiques, la douleur aiguë se distingue de la douleur chronique lorsque cette dernière persiste plus de trois à six mois

(Merskey & Bogduk, 1994). En effet, une douleur est considérée comme chronique lorsqu'elle perdure plus longtemps que le temps de guérison attendu, qu'elle perd sa fonction adaptative et qu'elle détériore la santé, ainsi que les capacités fonctionnelles de la personne qui en souffre (Lumley et al., 2011).

La douleur chronique est un phénomène complexe qui comporte diverses dimensions, dont les composantes sensorielle, émotionnelle, cognitive ainsi que comportementale (Turk & Monarch, 1996). La composante sensorielle correspond aux processus physiologiques qui permettent de capter et de décoder les propriétés de la douleur, notamment sa localisation et son intensité. La dimension émotionnelle réfère quant à elle aux éléments qui confèrent à la douleur son caractère désagréable, pouvant mener dans certaines circonstances à une détresse psychologique. Il y a aussi la composante cognitive qui se rapporte à l'interprétation que la personne fait de sa douleur ainsi qu'à son attitude face à cette dernière. S'ajoute à ces dimensions le volet comportemental qui traduit, d'une part, le mode de communication de la plainte douloureuse vis-à-vis de l'entourage et d'autre part, les limitations des activités quotidiennes ou professionnelles. Finalement, il importe de souligner que la douleur chronique survient inévitablement dans un contexte social particulier, lequel est notamment composé des stressseurs environnementaux, des relations interpersonnelles ainsi que de l'environnement familial (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007).

À cet effet, le International Association for the study of pain a récemment mis à jour sa définition de la douleur en soulignant qu'il s'agit toujours d'une expérience personnelle qui se voit teintée à divers degrés par une variété de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Raja et al. 2020). Certains modèles, dont celui de Fordyce et de ses collègues (1968), soulignent d'ailleurs les influences psychologiques que peut avoir l'environnement dans la gestion de la douleur. Ce modèle fut l'un des premiers à démontrer l'importante influence que peuvent avoir

les proches dans ce type de condition physique complexe. Plus précisément, il propose que les comportements de douleur adoptés par un individu puissent être diminués ou augmentés en fonction des réactions de son entourage (Wilbert E Fordyce, Fowler, & DeLateur, 1968). Le conditionnement opérant explique en partie les comportements maintenus au moyen du renforcement positif et certains comportements diminués au moyen du renforcement négatif, et ce, en fonction de l'environnement de l'individu (Jensen & Turk, 2014). L'environnement social, lequel comprend la relation conjugale, peut donc exercer une influence considérable sur l'évolution de la douleur chronique ainsi que sur la capacité de l'individu à composer avec sa condition de santé.

Somme toute, la douleur chronique est une condition physique complexe et multidimensionnelle qui se distingue de la douleur aiguë. Il s'agit d'un phénomène subjectif et multidimensionnel qui a la capacité d'affecter sérieusement l'individu souffrant en raison de ses conséquences sur les sphères psychologiques, sociales ainsi que fonctionnelles.

1.1.2. Les répercussions de la douleur chronique

La douleur chronique a des répercussions sociales non négligeables et elle est notamment reconnue pour entraîner des conséquences au sein de la famille et du couple. Entre autres, la douleur chronique peut imposer une redistribution des responsabilités et des tâches, augmenter le besoin de soutien émotionnel et physique et contribuer à l'émergence de conflits (Cano, Johansen, Leonard, & Hanawalt, 2005; J. Miller & Timson, 2004; Schwartz & Ehde, 2000). Des études indiquent que l'individu aux prises avec une douleur chronique fait souvent face à des insatisfactions conjugales, à des problèmes interpersonnels, de même qu'à une diminution de son soutien social (Leonard, Cano, & Johansen, 2006). D'ailleurs, une enquête canadienne indique que 30% des personnes atteintes affirment que leur entourage familial ne semble pas comprendre pleinement leur situation (D. P. Schopflocher, 2003). Cette incompréhension contribue à

l'isolement de l'individu, tant de son milieu familial, que de la société (Henry, 2008). Plus encore, il est rapporté dans les écrits scientifiques que les individus souffrant de douleur chronique dépendent davantage des membres de leur famille et qu'ils surutilisent les services de soins de santé (Henry, 2008). Effectivement, cette population requiert souvent plus de soins médicaux et elle demeure plus longtemps hospitalisée en comparaison aux individus qui ne souffrent pas de douleur chronique (Henry, 2008).

En parallèle, il est important de considérer les répercussions fonctionnelles que peut avoir la douleur chronique. Il est connu que la douleur peut occasionner une réduction des activités générales chez l'individu, entre autres en raison de la peur de bouger (Bäck, Cider, Herlitz, Lundberg, & Jansson, 2013). L'individu craint l'exacerbation de sa douleur, ce qui l'amène à éviter bon nombre d'activités, l'entraînant par le fait même dans un cercle vicieux de déconditionnement (Turk & Melzack, 2001). Cela peut venir entraver, par exemple, les tâches ménagères habituelles et la conduite automobile (West, Usher, Foster, & Stewart, 2012). Au niveau professionnel, la douleur chronique est associée à un taux d'absentéisme particulièrement élevé (Moulin, Clark, Speechley, & Morley-Forster, 2002) et elle occasionne souvent un ralentissement important de la productivité chez les adultes de moins de 45 ans (Soo, Burney, & Basten, 2009). Selon Schopflocher (2003), une restriction des activités est signalée par 85 % des personnes atteintes de douleurs sévères.

En terminant, la douleur chronique peut également engendrer de nombreuses répercussions psychologiques. À cet effet, il a été clairement démontré que les individus souffrant de douleur chronique font face à une détérioration de leur qualité de vie. L'étude de Zhao et ses collègues (2010) a démontré, à l'aide d'un échantillon de 268 patients souffrant de conditions chroniques génito-urinaires occasionnant de la douleur, que la qualité de vie de cette population était moindre que celle de 364 participants en santé. Plus encore, des niveaux de dépression, de

colère et d'anxiété plus élevés ont été rapportés chez cette population (O'Reilly, 2011). Dans l'étude de O'Reilly (2011), il est effectivement indiqué que 31 % à 100 % des personnes souffrant de douleur chronique ont développé des symptômes de dépression conséquemment à leur condition. L'étude de Von Korff et ses collègues (2005), réalisée auprès de 5 692 adultes aux États-Unis, a quant à elle identifié que plus de 35 % des individus ayant de la douleur chronique rapportaient aussi des problèmes psychologiques, plus fréquemment un trouble anxieux ou un trouble dépressif (Von Korff et al., 2005). Cet état de fait augmente de façon inquiétante la prévalence de décès par suicide chez cette population (Tang & Crane, 2006). En effet, cette dernière présente un taux de suicide variant entre 5 et 14 % ainsi qu'une prévalence d'idées suicidaires atteignant les 20% (Tang & Crane, 2006).

Afin de mieux expliquer les comorbidités psychologiques qu'entraîne la douleur chronique, Cohen et Rodriguez (1995) ont élaboré un modèle. Celui-ci propose notamment que la douleur ainsi que les incapacités physiques qu'elle engendre contribuent à la dépression en modifiant certaines variables biologiques (p.ex. : hormones, sommeil), les comportements (p.ex. : coping inadapté), les cognitions (p.ex. : distorsions cognitives) et l'interaction sociale (p.ex. : détérioration du réseau social) (Cohen & Rodriguez, 1995). De plus, les chercheurs Banks et Kerns (1996) soutiennent que les dysfonctionnements conjugaux, considérés comme un stress relationnel important, font partie de la diathèse psychologique qui explique la détresse générée par cette condition chronique (Banks & Kerns, 1996).

Bref, telles que plusieurs auteurs l'affirment, les répercussions sociales, fonctionnelles ainsi que psychologiques associées à la douleur chronique sont nombreuses et elles entraînent d'importantes incapacités et insatisfactions chez la personne qui en souffre (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Ce faisant, il importe de développer une meilleure compréhension des facteurs qui peuvent permettre d'alléger les conséquences qui découlent de

cette condition. Plus précisément, il est juste de croire que la considération de l'environnement social de cette population pourrait contribuer à améliorer leur bien-être psychologique. Les études empiriques montrent notamment que la qualité de la relation de couple peut s'avérer importante à explorer en raison de son apport potentiel à l'état émotionnel des individus souffrant de douleur chronique (Cano et al., 2005).

1.2. La qualité de la relation conjugale

La perspective psychosociale est de plus en plus présente dans le domaine de la psychologie de la santé, ce qui favorise le développement des connaissances quant aux impacts de l'environnement social sur l'individu souffrant. Au niveau conjugal, la qualité de la relation a été décrite de différentes façons. Tandis que certains auteurs rapportent que la qualité de la relation conjugale est une évaluation unidimensionnelle de la part du conjoint sur sa relation (Fincham & Bradbury, 1987), d'autres auteurs vont plutôt décrire le concept de qualité de la relation conjugale comme multidimensionnel, impliquant entre autres l'ajustement, la communication, le bonheur, la stabilité et la satisfaction maritale (Amato, Booth, Johnson, Johnson, & Rogers, 2007; Hawkins & Booth, 2005; Lewis & Spanier, 1979; Shafer, Jensen, & Larson, 2014; Spanier & Lewis, 1980). Depuis de nombreuses années, le mariage est démontré comme étant un statut conjugal protecteur, tant pour la santé physique, que pour la santé mentale. William Farr a été le premier chercheur à étudier ces aspects et à conclure que le mariage était bénéfique (Farr, 1859). À l'époque, ce chercheur britannique avait observé des taux de mortalité inférieurs chez les individus mariés, état de fait qui demeure vrai même à ce jour. Ainsi, la présente étude propose de détailler la qualité de la relation conjugale au moyen du soutien conjugal et de l'ajustement dyadique, et ce, tout en tenant compte du statut conjugal.

1.2.1. Le soutien social

La définition du soutien social. En dépit de l'abondance des études sur le sujet, la littérature scientifique n'offre aucune définition consensuelle du soutien social. Or, le soutien social est souvent conceptualisé selon deux catégories, soit le soutien structurel et le soutien fonctionnel. Tandis que le soutien structurel permet de décrire la taille, l'homogénéité, la fréquence des contacts et la durabilité dans le temps, le soutien fonctionnel décrit plutôt son contenu relationnel. L'étude du soutien social peut également se faire à partir de différents cadres théoriques. Le soutien vu comme facteur protecteur (buffer) est certainement celui le plus souvent utilisé par les chercheurs. Dans ce contexte, les comportements de soutien social sont étudiés de sorte à mieux cerner leurs impacts bénéfiques face aux stressseurs négatifs (Lakey & Cohen, 2000). Le constructivisme social est une seconde perspective dans le cadre de laquelle l'aspect subjectif du soutien social est étudié. Le monde intérieur de l'individu, ses croyances, et ses pensées négatives sont considérés comme pouvant influencer sa perception du soutien social reçu (Beach, Fincham, Katz, & Bradbury, 1996; Brian Lakey & Sheldon Cohen, 2000). Malgré les multiples façons de voir ce concept, il est néanmoins établi que le soutien social réfère à des comportements émis par différents acteurs du réseau social de l'individu (p.ex. : le conjoint, les membres de la famille, les amis, les professionnels de la santé, etc.) en fonction des besoins de ce dernier (Cohen & Wills, 1985).

Par ailleurs, il importe de souligner que le soutien social reçu se distingue du soutien social perçu (Thoits, 2011). Alors que le soutien social reçu représente l'aide explicitement fournie, le soutien social perçu renvoie plutôt à la conviction qu'a l'individu d'être estimé, d'être aimé et soutenu par les personnes constituant son réseau social (Norris & Kaniasty, 1996). Le soutien social perçu résulte donc d'une perception subjective de l'accès potentiel au soutien social et demeure, par le fait même, plus étroitement lié aux aspects intrapersonnels, comme les

traits de personnalité ou encore la santé mentale (Beach et al., 1996; Green & Pomeroy, 2007; Vinokur, Schul, & Caplan, 1987). L'évaluation subjective du soutien social est effectivement reliée positivement à la santé physique et psychologique alors que la mesure quantitative des comportements de soutien social émis est corrélée négativement à ces aspects (Brassard, Houde, & Lussier, 2011).

Soutien social au sein du couple. Dans le contexte conjugal, c'est le soutien fonctionnel qui s'avère être le plus pertinent puisqu'il s'agit d'une catégorie du soutien qui mise plus particulièrement sur le contenu relationnel. Les auteurs Wills et Shinar (2000) définissent ainsi le soutien comme « un ensemble de comportements ou d'attitudes de différentes natures auxquels la personne a accès pour combler ses besoins » (Cutrona, 1996; Wills & Shinar, 2000). Le soutien conjugal est aussi lié à d'autres composantes importantes de la relation, telles que l'intimité, l'absence de conflit et les habiletés sociales (Brian Lakey & S Cohen, 2000). Ainsi, tel que proposé par Wills et Shinar (2000), il est possible de conceptualiser le soutien social au sein de la dyade conjugale selon ses fonctions. Premièrement, le *soutien émotionnel* fait référence à la disponibilité, qui intègre la compréhension empathique et l'acceptation de l'autre.

Deuxièmement, la *validation* implique les rétroactions permettant à l'individu de savoir si ses comportements et sentiments sont appropriés. Troisièmement, le soutien *instrumental* aussi appelé « tangible » est utilisé pour décrire l'aide concrète fournie lorsque nécessaire, telle qu'un prêt d'argent ou encore de l'aide aux activités domestiques. Quatrièmement, le soutien de type *informationnel* est offert lorsque des connaissances sont transmises ayant pour objectif la résolution de problèmes. Finalement, certains auteurs incluent le *compagnonnage* qui comprend le partage des activités sociales récréatives, de détente et de loisir comme des voyages ou des activités culturelles (Wills & Shinar, 2000a). Il importe de souligner que les auteurs qui ne

considèrent pas le compagnonnage comme une forme de soutien expliquent que celui-ci diverge de l'intention d'aider qui est l'essence même du soutien (Sarason & Sarason, 2006).

1.2.2. L'ajustement dyadique

Définition de l'ajustement dyadique. L'ajustement dyadique est un élément important de la qualité de la relation conjugale qui se distingue du soutien social sur les plans conceptuel et empirique (Brassard et al., 2011). Le concept de satisfaction conjugale, définie comme « l'évaluation globale et subjective d'une relation », s'inscrit dans le processus d'ajustement dyadique (Graham, Diebels, & Barnow, 2011). Graham Spanier a développé l'un des modèles les plus populaires portant sur l'ajustement dyadique (Lewis & Spanier, 1979), définit comme : « *un processus dont le résultat est déterminé par des facteurs tels que les différends non assumés dans le couple, les conflits interpersonnels et l'anxiété personnelle, la satisfaction, la cohésion et le consensus sur les aspects jugés importants pour le fonctionnement dyadique [Traduction libre] (p.17)* » (Brassard et al., 2011). La relation conjugale y est représentée par quatre domaines qui sont centraux à la satisfaction relationnelle. On y retrouve le *consensus dyadique*, qui réfère au degré d'accord des partenaires sur des sujets instrumentaux et relationnels, la *satisfaction* représentée par le degré de tension et de confiance réciproque dans le couple, la *cohésion* soit la mesure des activités et des intérêts partagés au sein du couple ainsi que l'*expression d'affection* qui réfère aux gestes d'affection et à la sexualité (Favez, 2014). Bien que généralement considérés comme des dimensions distinctes, les chercheurs observent que ces quatre domaines peuvent s'influencer. Ainsi, lorsque l'un des quatre domaines est positif entre le couple, il n'est pas rare que les autres tendent à l'être également (Favez, 2014).

Le modèle théorique de l'attachement. Les problèmes de douleur chronique sont complexes et perdurent au-delà de trois mois. Il s'agit d'une condition qui demande de bonnes capacités d'adaptation, autant pour la personne souffrante, que pour son partenaire. Ainsi, la théorie de

l'attachement permet de mieux comprendre certains des mécanismes sous-jacents à l'ajustement au sein de couple face à cette condition. Effectivement, il est démontré que les personnes présentant un attachement insécure auront un ajustement dyadique plus faible au sein de leur relation conjugale (Campbell et al 2005, Shaver, Schachner et Mikulincer, 2005).

Des chercheurs avancent d'ailleurs que la théorie de l'attachement est l'un des modèles explicatifs de l'ajustement dyadique (Lussier, Bélanger, & Sabourin, 2019). Les travaux de John Bowlby se basent sur les expériences interpersonnelles vécues en bas âge entre l'individu et sa figure d'attachement principale, qui est la mère dans la plupart des cas. Selon cet auteur, la première relation d'attachement détermine les attentes vis-à-vis soi et les autres, les besoins émotionnels, les stratégies de régulation émotionnelle et les comportements sociaux, dont les comportements en relation conjugale (J Bowlby, 1969; John Bowlby, 1973, 1980). En effet, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le style d'attachement développé à l'enfance perdure à l'âge adulte (Brennan, Clark, Shaver, Simpson, & Rholes, 1998; Hazan & Shaver, 1987). Ainsi, il est pertinent de considérer cette théorie dans le cadre de cet essai portant sur la qualité de la relation conjugale en contexte de douleur chronique.

Brennan, Clark et Shaver (1998) ont conceptualisé l'attachement selon deux dimensions, soit sécurisant et insécurisant, qui diffère en fonction du niveau d'anxiété d'abandon et de l'évitement de l'intimité. L'individu ayant un attachement sécure sera capable de maintenir une relation amoureuse saine, empreinte de confiance, d'intimité, d'indépendance et de soutien mutuel. Concernant l'attachement insécure, deux types ont d'abord été observés (Ainsworth, 1978). Premièrement, l'attachement insécure anxieux se définit par la crainte d'être mis à distance et par la recherche de proximité. Deuxièmement, l'attachement insécure évitant se traduit par un inconfort envers l'intimité relationnelle et par une priorisation de l'autosuffisance. Quelques années plus tard, Main et Solomon (1990) ont développé un troisième type

d'attachement insécure, soit l'attachement désorganisé désorienté qui est caractérisé par des comportements contradictoires témoignant à la fois d'un attachement anxieux et évitant.

La présence constante d'une figure d'attachement principale suffisamment aimante permet à l'enfant de développer une base sécure qui l'aidera à gérer les événements stressant à l'âge adulte (J Bowlby, 1969). Plus encore, le type d'attachement influencera aussi les relations amoureuses chez l'adulte, soit dans sa capacité de dépendre de son partenaire, ou encore, à répondre aux besoins de dépendance de son partenaire. En effet, une étude réalisée auprès de femmes ayant un cancer a démontré qu'un plus haut niveau d'identification au couple est associé à un plus fort sentiment d'auto-efficacité, ce qui prédit un meilleur ajustement psychosocial (Ahmad, Fergus, Shatokhina, & Gardner, 2017). Dans le contexte de la douleur chronique, un certain nombre d'études se sont penchées sur l'influence du conjoint sur le fonctionnement général de son partenaire souffrant, par exemple, au niveau de l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (Falba & Sindelar, 2008; Schwartz & Ehde, 2000). Toutefois, l'influence de la relation conjugale sur le l'état émotionnel de l'individu souffrant demeure largement méconnue.

1.3. Les bienfaits de la relation conjugale dans le contexte de la douleur chronique

1.3.1. Le soutien conjugal perçu et la douleur chronique

Il est établi que la capacité d'adaptation de l'individu vivant avec une douleur chronique est intimement influencée par les réactions et les expressions de son conjoint (Uysal, 2016). Une étude, réalisée par Williams et ses collègues (2014), s'est intéressée au soutien conjugal et à la pleine conscience au sein de 51 couples dont l'un des partenaires vivait avec une douleur chronique. Les résultats ont révélé qu'un plus haut niveau de conscience générale chez les partenaires non souffrants était associé positivement à une meilleure perception du soutien conjugal chez les patients. Qui plus est, le niveau de conscience du partenaire exerçait une plus

grande contribution chez les patients que leur propre niveau de conscience ou de flexibilité psychologique en lien à la douleur chronique (A. M. Williams & Cano, 2014). Une telle étude suggère donc qu'il est important de considérer l'impact que peut avoir le partenaire sur le bien-être de la personne aux prises avec une douleur chronique.

Certains effets néfastes du soutien social ont été rapportés dans quelques recherches (Toby R Newton-John & de C Williams, 2006a). En effet, la personne en douleur peut se sentir infantilisée et peut aussi vivre de l'impuissance lorsque le partenaire offre un soutien inadapté (Toby R Newton-John & de C Williams, 2006a). Cependant, il est juste d'affirmer que la vaste majorité des écrits scientifiques tendent à démontrer que le soutien social est généralement bénéfique, notamment en raison de son influence sur les symptômes de douleur et sur l'état émotionnel du partenaire vivant avec une douleur chronique.

1.3.2. L'ajustement dyadique et la douleur chronique

Dans le contexte de la santé, l'ajustement dyadique au sein du couple est présenté comme un facteur protecteur. Le couple constitue la relation la plus significative pour la plupart des adultes, d'où l'importance de le considérer dans le contexte de la santé (Martire et al., 2013). D'ailleurs, plusieurs auteurs ont démontré que l'ajustement dyadique est un élément favorisant le fonctionnement général et les écrits scientifiques l'associent positivement à la santé physique (Kowal, Johnson, & Lee, 2003; Villeneuve et al., 2015). Plus précisément, une revue des écrits révèle que l'insatisfaction conjugale entraîne un profond sentiment de solitude, lequel est lié à des problèmes cardiaques plus fréquents, de même qu'à une réduction de l'efficacité du système immunitaire (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). Ainsi, il est possible d'affirmer que la qualité de la relation conjugale, impliquant l'ajustement dyadique, influence la santé (Kowal et al., 2003).

Dans le contexte de la douleur chronique, certaines études révèlent que la douleur persistante entraîne une diminution de la satisfaction conjugale, et ce, autant chez la personne

souffrante que chez son conjoint (Cano et al., 2005; De Souza & Oliver Frank, 2011). Cependant, il n'y a aucun consensus dans les écrits scientifiques concernant les liens entre la satisfaction conjugale et les variables liées à la douleur. En effet, des associations positives et négatives, de même que l'absence d'associations ont été soulevées entre la satisfaction conjugale et l'intensité de la douleur, les incapacités physiques, les limitations fonctionnelles, le rythme d'activité, et les comportements douloureux (Leonard et al., 2006). Plusieurs chercheurs identifient la relation conjugale comme un facteur contribuant à précipiter, à exacerber ou à maintenir la douleur et soulignent l'influence inévitable de la qualité de la relation conjugale sur l'expérience de la douleur chronique chez l'individu souffrant (Cano, Weisberg, & Gallagher, 2000; Kerns, Haythornthwaite, Southwick, & Giller Jr, 1990). Par exemple, l'étude transversale menée par Waxman et ses collègues (2008) auprès de 54 participants souffrant de douleur lombaire chronique a démontré que les individus ayant une satisfaction relationnelle moindre rapportent une augmentation de leurs symptômes douloureux.

Dans une autre perspective, beaucoup d'auteurs abordent plutôt la relation conjugale comme une influence positive pour l'individu souffrant. Une étude, de Taylor et ses collègues (2013), menée auprès de 250 femmes souffrant d'arthrose et de fibromyalgie a rapporté qu'une union heureuse renforce le sentiment d'efficacité des patientes face à la gestion de leur douleur ce qui, à son tour, diminue les limitations qu'entraînent la douleur au niveau fonctionnel. Une autre étude soutient que des réponses négatives de la part du conjoint face à la douleur du partenaire sont associées à une augmentation de la douleur ainsi qu'à une diminution de la satisfaction conjugale chez la personne souffrante (Cano et al., 2000). Selon certaines études, il est possible de constater que la dynamique relationnelle au sein du couple entraîne des répercussions sur l'expérience de douleur de l'individu souffrant. Toutefois, il manque de littérature scientifique

pour préciser quels sont les aspects de la relation conjugale qui sont le plus influents chez les individus aux prises avec une douleur chronique.

1.4. Qualité de la relation, état émotionnel et douleur chronique

1.4.1. Soutien conjugal perçu et état émotionnel

Dans le contexte de la douleur chronique, la perception d'un soutien conjugal positif a été liée à plusieurs bienfaits psychologiques. Une recherche de Uysal (2016) a permis d'étudier, pendant une période de six mois, l'impact du soutien social auprès de 109 participants mariés et souffrant d'une douleur musculo-squelettique. Les résultats ont montré que le soutien autonome (empathique et compréhensif) du conjoint a un effet positif sur la satisfaction et le bien-être des individus aux prises avec une douleur chronique, indépendamment de l'intensité de la douleur (Uysal, 2016). Cette étude a également révélé que le conjoint peut favoriser l'adoption de stratégies adaptatives chez le partenaire en douleur afin que ce dernier puisse mieux faire face aux multiples difficultés qu'engendre sa condition (Uysal, 2016). L'étude de Ferreira et Sherman (2007) a aussi démontré que le soutien social entraînait une plus grande résilience chez la population d'intérêt. Cette recherche a évalué le rôle des perceptions de soutien, de l'optimisme, des symptômes dépressifs et de la satisfaction de vie au sein d'un échantillon de personnes âgées atteintes d'arthrose (Ferreira & Sherman, 2007). Il a été démontré que le soutien accru en provenance du partenaire de vie est significativement lié à une plus grande satisfaction face à la vie et à des symptômes dépressifs moindres (Ferreira & Sherman, 2007). Dans des études réalisées par Feeny et ses collègues (2004, 2007), il a été rapporté qu'un plus grand niveau d'interdépendance entre les partenaires favorise paradoxalement une meilleure indépendance individuelle. L'interdépendance est mesurée en observant la disponibilité à fournir un soutien ou une assistance uniquement si le partenaire en fait la demande ou semble en avoir besoin ; à

encourager le partenaire dans ses objectifs personnels ; et à accepter les besoins de dépendance du partenaire. L'influence du soutien social au sein du couple sur la présence des symptômes de dépression et d'anxiété chez l'individu souffrant de douleur chronique mérite toutefois d'être clarifiée.

1.4.2. Ajustement dyadique et état émotionnel

Les études révèlent de façon relativement constante l'impact positif de différents aspects de la relation conjugale sur l'état émotionnel des individus souffrant de douleur chronique, bien qu'il manque de précision sur les éléments les plus déterminants. Par exemple, une étude pilote suggère que la réalisation d'activités dyadiques intentionnelles contribue à l'augmentation des émotions positives et d'un meilleur fonctionnement dyadique (Antoine, Christophe, & Nandrino, 2008). Une étude de Leonard et ses collègues (2018) a, quant à elle, exploré l'association entre les symptômes dépressifs et les styles relationnels des partenaires (Leonard, Chatkoff, & Maier, 2018). Les participants classés comme ayant un style adaptatif avaient un meilleur fonctionnement, rapportaient moins de douleur, moins de détresse et un plus haut niveau de soutien social perçu, tandis que les participants identifiés comme ayant un style relationnel dysfonctionnel rapportaient de plus hauts niveaux de douleur, d'interférence de la douleur et de détresse psychologique (Leonard et al., 2018). Dans l'ensemble, cette recherche suggère que la satisfaction au sein de la relation et que le style de réponses du partenaire sont des aspects à considérer chez les patients qui souffrent de douleur chronique (Leonard et al., 2018).

Une autre étude a montré qu'un plus grand nombre de réponses négatives du conjoint face aux réactions de douleur du partenaire étaient associées à une augmentation des symptômes dépressifs en contexte de douleur chronique (Cano et al., 2000). Cette étude a été réalisée auprès de 165 patients mariés en provenance d'un centre spécialisé en évaluation et traitement de la douleur. Les résultats de cette recherche démontrent que des réponses fréquentes et négatives

face à la douleur de son partenaire entraînent une diminution de la satisfaction conjugale ainsi qu'une augmentation de la douleur, ce qui est associé à une augmentation des symptômes dépressifs (Cano et al., 2000).

Dans une autre étude menée par Cano et ses collègues, le fonctionnement conjugal et la détresse psychologique ont été examinés chez 110 participants recrutés dans une clinique de douleur chronique spécialisée en problèmes de colonne vertébrale (Cano, Gillis, Heinz, Geisser, & Foran, 2004). Des analyses de régression ont montré que les variables liées à la relation conjugale contribuent significativement aux symptômes de dépression et d'anxiété, et ce, plus encore que les effets de la douleur ou les dysfonctions physiques (Cano et al., 2004). Ces chercheurs concluent que les modèles explicatifs au sujet de la détresse psychologique pourraient être enrichis en attribuant une plus grande importance à l'impact du fonctionnement conjugal sur l'individu souffrant, tout en portant une attention particulière aux symptômes anxieux qui ont peu été étudiés (Cano et al., 2004). Ainsi, ces auteurs affirment que les recherches scientifiques dans le domaine de la douleur chronique devraient accorder une plus grande importance au fonctionnement interpersonnel (Cano et al., 2004). Les dimensions spécifiques de la relation qui sont associées à l'état émotionnel de l'individu souffrant de douleur chronique restent également à confirmer.

1.5. La pertinence de l'étude

La douleur chronique est une condition de santé complexe qui engendre de sérieuses répercussions sur les sphères physique, sociale et psychologique. Notamment, la dégradation de l'état émotionnel rapportée par les individus aux prises avec cette condition est considérable. De plus en plus de chercheurs s'intéressent à l'influence que peut avoir l'environnement social sur l'expérience de la douleur. Notamment, la chronicité de cette affection fort complexe entraîne

inévitablement des répercussions au niveau de la relation conjugale. Les écrits scientifiques démontrent que la relation conjugale peut teinter le fonctionnement général de l'individu souffrant, ainsi que sa santé physique. Cependant, les études ne permettent pas de déterminer précisément quels aspects sont le plus influents sur l'état émotionnel de l'individu vivant avec une douleur chronique. L'étude proposée dans cet essai doctoral traitera de plusieurs variables qui témoignent de la qualité de la relation conjugale. Plus précisément, le soutien conjugal, de même que les différentes dimensions de l'ajustement dyadique, plus précisément la satisfaction, la cohésion, le consensus, et l'expression d'affection, seront explorées plus en profondeur de sorte à déterminer dans quelles mesures ils influencent l'état émotionnel de l'individu souffrant de douleur chronique. En plus de considérer les symptômes de dépression, les symptômes d'anxiété, lesquels ont été largement sous étudiés jusqu'à maintenant, seront explorés. Finalement, sachant que la majorité des études menées à ce jour ont considéré des individus provenant de cliniques spécialisées en douleur, l'étude proposée suggère plutôt de considérer un échantillon communautaire d'individus aux prises avec une douleur chronique.

1.5. Objectifs de recherche et hypothèses

Selon ce qui a été décrit précédemment, le but général de cet essai doctoral est de développer une meilleure compréhension du rôle des variables liées à la relation conjugale sur l'état psychologique d'individus aux prises avec une douleur chronique issus de la population générale. Plus précisément, cette recherche comporte trois objectifs de recherche, lesquels sont accompagnés d'hypothèses fondées sur les écrits existants dans le domaine:

1) Explorer les niveaux d'ajustement dyadique et de soutien conjugal perçus par le partenaire souffrant de douleur chronique. En fonction des recherches antérieures, l'hypothèse selon laquelle la qualité de la relation conjugale sera diminuée en contexte de douleur chronique a été émise (Uysal, Ascigil, & Turunc, 2017).

2) Évaluer les associations entre les dimensions de l'ajustement dyadique, le soutien conjugal perçu et les symptômes de dépression et d'anxiété rapportés par le partenaire souffrant de douleur chronique. Selon les recherches antérieures, il est attendu qu'une relation positive sera détectée entre l'ajustement dyadique et le soutien conjugal perçu, alors qu'une association négative sera observée entre ces deux variables et les symptômes de dépression et d'anxiété (Cano et al., 2004).

3) Explorer comment la qualité de la relation conjugale (dimensions de l'ajustement dyadique et soutien conjugal) contribue aux symptômes de dépression et d'anxiété chez cette population, tout en considérant l'apport des autres caractéristiques de la douleur et de la relation jugées pertinentes. Sur la base des écrits existants, il est suggéré que le soutien conjugal perçu et l'ajustement dyadique prédirent négativement les symptômes de dépression et d'anxiété (Cano et al., 2000; Leonard et al., 2018). Par ailleurs, bien qu'exploratoire, il est attendu que certaines dimensions de l'ajustement dyadique pourraient prédire davantage l'état émotionnel de l'individu souffrant.

CHAPITRE II

ARTICLE SCIENTIFIQUE

2.1. Présentation de l'article

Le présent article a été soumis à la revue *Psychology, Health and Medicine*. L'article a été accepté pour publication au mois de mai 2021. Les coauteurs de l'article, Stéphanie Cormier et Andrea Too, ont consenti à ce que l'article soit inclus dans le présent essai doctoral (ANNEXE A).

**Dimensions of relationship adjustment as correlates
of depressive and anxiety symptoms among individuals living with chronic pain**

Catherine Gatien Psy.D.(c)¹, Andrea Too Psy.D.¹ & Stéphanie Cormier Ph.D.^{1*}

¹ *Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais,
Gatineau, QC, Canada*

**Corresponding author: Stéphanie Cormier, PhD*

Université du Québec en Outaouais,
Département de psychoéducation et de psychologie
283, boulevard Alexandre-Taché, bureau C-2612
Case postale 1250, succursale Hull
Gatineau QC J8X 3X7
Tel. : 819 595-3900 / 1 800 567-1283 ext. 2309
E-mail : stephanie.cormier@uqo.ca

Dimensions of relationship adjustment as correlates of depressive and anxiety symptoms among individuals living with chronic pain

Research suggests that partner relationship quality influences the psychological well-being of individuals with chronic pain, but the specific components of the relationship involved remain understudied. This study examined which dimensions of relationship adjustment influence the depressive and anxiety symptoms reported by the partner with chronic pain. A community sample of 214 adults in a romantic relationship for at least a year were recruited. Participants completed online questionnaires assessing pain characteristics (pain duration, intensity), relationship characteristics (marital status, duration of relationship), quality of relationship (dyadic adjustment, conjugal support) and emotional state (symptoms of depression and anxiety). Overall, participants reported well-adjusted relationships with their partners and higher levels of dyadic adjustment and conjugal support were associated with reduced symptoms of depression and anxiety. Most importantly, dyadic consensus, marital status, and pain intensity revealed to be predictive of depressive symptoms, whereas dyadic consensus and pain intensity were predictive of anxiety symptoms. These findings highlight the need to consider the interpersonal functioning of this population to enhance their psychological well-being.

Keywords: Chronic pain; dyadic adjustment; conjugal support; depression; anxiety.

2.2. Introduction

Chronic pain is a highly prevalent health problem known to have considerable emotional impacts (D. Schopflocher et al., 2011). Compared to the general population, individuals with this debilitating condition report higher levels of depression and anxiety (O'Reilly, 2011; Von Korff et al., 2005). The quality of the partners' relationship is one of the factors known to influence how well individuals adapt to persistent pain (Cano et al., 2004; Jensen, Moore, Bockow, Ehde, & Engel, 2011; Toby RO Newton-John, 2013). In a study conducted by Cano (2004), marital satisfaction was strongly and consistently related to depression and anxiety symptoms in patients attending multidisciplinary pain clinics. A supportive and well-adjusted relationship has also been shown to enhance emotional well-being of these individuals (Johansen & Cano, 2007; Villeneuve et al., 2015). Research also suggests that conjugal problems typically lead to emotional distress, rather than inverse (Du Rocher Schudlich, Papp, & Cummings, 2011; Whisman & Bruce, 1999).

Nonetheless, the specific relationship components associated with emotional well-being of individuals with chronic pain remain unknown (Kowal et al., 2003). To address this gap in the literature, dimensions of dyadic adjustment as correlates of depressive and anxiety symptoms were examined in a community sample of individuals with chronic pain. In addition to assessing how their relationship is perceived, how the quality of their relationship (dyadic adjustment - overall and dimensions - and conjugal support), along with other relevant pain and relationship characteristics, are associated with their depressive and anxiety symptoms was explored. Based on previous research, it is expected that some dimensions of relationship adjustment will be predictive of the emotional state of the partner with chronic pain.

2.3. Materials and methods

2.3.1. Participants and procedure

Ethics approval was obtained by the Comité d'éthique de la recherche of the Université du Québec en Outaouais (2757-B). The sample is comprised of francophone adults with chronic pain (persists beyond three months). The study was part of a larger study exploring the psychosocial experiences of individuals with chronic pain. A total of 557 individuals consented to participate in this larger study, among which 214 met the eligibility requirement of the present study (i.e., in a relationship for at least a year). All 214 participants provided complete data. Based on directional hypotheses, a priori sample size estimation using G*power revealed a sample size of 129 participants was required to detect a moderate effect size, using $\alpha = 0.05$ and power = 0.80 (Field, 2018). Participants were recruited through social networks and in various clinical settings and the internet link to access the online questionnaire was provided in all recruitment publications. Participants were eligible to participate in a draw for a chance to win one of 10 prepaid credit cards of 50\$.

2.3.2. Measures

Sociodemographic information and pain characteristics

A self-report questionnaire was created to collect information on participants' sociodemographic characteristics, conjugal relationship characteristics as well as information pertaining to the pain condition. The average pain intensity experienced over the previous week was measured using an 11-point numerical rating scale (NRS) ranging from 0 ("no pain at all") to 10 ("worst pain possible")(Jensen & Karoly, 2011).

Relationship adjustment

Dyadic adjustment. The French version of the 32-item Dyadic Adjustment Scale (DAS-32) assesses relationship quality (Baillargeon et al., 1986; Spanier, 1976). This scale is comprised of various response scales that vary according to the nature of the question (e.g.: "never agree" to "always agree"). Total scores range from 0 to 151, wherein higher scores reveal better conjugal adjustment. Scores can also be computed for four dimensions: dyadic consensus (degree of agreement between the partners on important aspects of the relationship), dyadic satisfaction (degree to which the couple is satisfied with the relationship), dyadic cohesion (degree of shared activities and closeness), and affectionate expression (degree of demonstrations of affection and sexual relationships).

Conjugal support. The 8-item « Questionnaire du soutien conjugal » (Brassard et al., 2011) measures the perception of given and received support within conjugal relationships. Only received support from the partner was considered in this study. Participants indicate how often they receive support using a scale from 1 ("never") to 5 ("always"). A score is generated by computing the average of the four items, with five indicating optimal support.

Emotional state of the partner with chronic pain

Depression symptoms. Symptoms of depression were assessed using the French version of the Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D version française (Morin et al., 2011). This 20-item measure asks participants to rate how often, over the past week, they experienced depression symptoms. Response options range from 0 ("rarely") to 3 ("most or all of the time") and total scores vary from 0 (low severity) to 60 (higher severity).

Anxiety symptoms. Cognitive and somatic symptoms of anxiety were assessed using the French version of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA-trait) (Ree et al., 2008). Only the 21-item Trait subscale, which measures anxiety symptoms in general, was used. Participants had to indicate how often they experienced symptoms on a four-point

scale ranging from 0 (“almost never”) to 4 (“almost always”). A total score between 21 to 84 is then computed, with higher scores indicating higher levels of anxiety (Duhamel et al., 2012).

Data analysis

Analyses were conducted using IBM SPSS Statistics (Version 26) (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Results are expressed as means (M); standard deviation (SD) and an alpha level of .05 was used. Preliminary analyses were performed to confirm assumptions of normality, multicollinearity and homoscedasticity were met. Harman’s one-factor test was conducted to confirm the common method bias was not significant (Podsakoff et al., 2003). Descriptive statistics were conducted to characterize the sample and to establish levels of dyadic adjustment and received support as perceived by the partner with chronic pain. Associations between variables of interest were assessed using Pearson’s correlations. The predictive effect of the variables of interest on emotional state were examined using multiple linear regressions. Stepwise multiple regressions were conducted using the backward method. This method was deemed appropriate to identify the most salient predictors of depressive and anxiety symptoms based on their statistical significance (Field, 2013). A total of 11 variables were entered as independent variables, whereas depressive or anxiety symptoms was entered as the dependent variable. Only variables that reached statistical significance were then considered in subsequent analyses. PROCESS macro was used to assess two moderation models to examine the relationship between pain intensity as the independent variable and depressive or anxious symptoms as the dependent variables, with dyadic consensus and marital status as moderating variables (Hayes, 2012).

2.4. Results

2.4.1. Sample characteristics

Table 1 presents participants' sociodemographic information, pain characteristics and relationship characteristics.

Table 1. Sample characteristics of participants (N = 214)

Variables	Categories	% (n)
Age	< 40 years	36.4 (78)
	40-59 years	52.3 (112)
	> 60 years	11.2 (24)
Gender*	Female	89.6 (190)
	Male	10.4 (22)
Years of education	≤ 6 (some primary education)	.5 (1)
	7-13 (some secondary or collegial education)	26.6 (57)
	> 14 (some university education)	72.9 (156)
Employment status	Employed (includes students, homemakers, maternity leave)	44.4 (94)
	Retired	9.9 (21)
	Unable to work (because of illness or disability)	20.2 (64)
	Unemployed	4.2 (9)
Marital status	Married	46.7 (100)
	Unmarried	53.2 (114)
Duration of relationship	> 1 year to < 5 years	21.5 (46)
	> 5 year to < 10 years	18.7 (40)
	> 10 years	59.8 (128)
Pain duration	≤ 24 months	10.7 (23)
	25-60 months	25.7 (55)
	61-120 months	25.2 (54)
	> 120 months	38.3 (82)
Pain intensity (NRS)	Mild (0-3)	11.2 (24)
	Moderate (4-6)	58.4 (125)
	Severe (7-10)	30.4 (65)
Pain location**	Cervical region	6.1 (13)
	Shoulders and/or upper limbs	9.8 (21)
	Lumbar region	16.8 (36)
	Lower limbs	8.4 (18)
	Pelvic region	5.6 (12)
	Generalized syndrome	40.7 (87)
Cause of pain onset	During or following illness or surgery (includes cancer)	13.3 (28)
	Following an accident (work and motor vehicle accidents)	17 (36)
	Following a stressful event	14.2 (30)
	Repetitive motion or trauma	8.5 (18)
	No specific event	35.8 (76)
	Other	11.3 (24)

NRS = Numerical rating scale; * 1 = male, 2 = female; ** = only > 5% reported.

Participants were between 21 and 77 years old and 89.6 % of the sample was female. The majority of participants reported their chronic pain condition to be a generalized syndrome (40.7 %). Pain duration ranged between 5 months to 60 years, and the average pain intensity was

moderate (between 4-6 on an NRS) for 58.4 % of participants. Participants reported being married (46.7 %) or in a relationship but unmarried (53.2 %). The duration of the relationship was over 10 years for 59.8 % of the participants and 93.9 % were in a heterosexual relationship. Though more educated and mostly composed of females, our sample was comparable to the general population (Statistics Canada, 2021a, b).

2.4.2. Relationship adjustment

Means and standard deviations of all study variables are presented in Table 2. The overall levels of dyadic adjustment ranged between 47 and 148, with a mean of 113.36 (SD = 19.61). Previous studies suggest this corresponds to a good dyadic adjustment (Leonard et al., 2018; A. M. Williams & Cano, 2014). For the subscales' consensus, cohesion, satisfaction and emotional expression, the means were respectively 49.58 (SD = 9.33), 17.07 (SD = 4.16), 39.05 (SD = 7.23), and 7.65 (SD = 3.34). The levels of conjugal support received from the partner as perceived by the individuals with chronic pain were between 1 and 5 with a mean of 3.88 (SD = 0.84), which suggest participants felt supported by their partners.

2.4.3. Associations between pain characteristics, relationship adjustment and emotional state

To explore potential associations between the relationship adjustment and the emotional state of participants, correlations between variables of interest were analyzed (Table 2). Negative and significant correlations were revealed between overall dyadic adjustment and depressive symptoms ($r = -.32, p \leq .001$) and anxiety symptoms ($r = -.26, p \leq .001$). A significant negative correlation was also observed between perceived conjugal support and depressive symptoms ($r = -.21, p < .01$), but not between perceived conjugal support and anxiety symptoms ($r = -.10, p = .15$). In general, high levels of dyadic adjustment were significantly and negatively associated with lower levels of depression and anxiety. High levels of perceived conjugal support were also significantly and negatively associated with lower levels of depression, but not with anxiety.

Finally, significant correlations were observed only between pain intensity and depressive symptoms ($r = .42, p \leq .001$) and anxiety symptoms ($r = .41, p \leq .001$).

Table 2. Descriptive statistics and associations between pain characteristics, relationship, and emotional state of the partner with chronic pain (N = 214)

	M (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Pain duration	2.91 (1.03)	—									
2. Pain intensity	5.51 (1.64)	.17*	—								
3. Duration of relationship	16.13 (12.37)	.19**	.11	—							
4. Support received	3.88 (0.84)	-.02	-.12	-.02	—						
5. Dyadic adjustment	113.36 (19.61)	.10	-.12	.03	.57***	—					
6. Dyadic consensus	49.58 (9.33)	.13	-.12	.10	.43***	.88***	—				
7. Dyadic satisfaction	39.05 (7.23)	.03	-.07	-.10	.50***	.86***	.59***	—			
8. Dyadic cohesion	17.07 (4.16)	.05	-.12	-.01	.59***	.71***	.48***	.54***	—		
9. Affectionate Expression	7.65 (3.34)	.09	-.03	.10	.30***	.68***	.48***	.53***	.40***	—	
10. Depressive symptoms	21.72 (10.26)	.01	.42**	-.10	-.21**	-.32***	-.31**	-.22***	-.23**	-.25***	—
11. Anxiety symptoms	46.41 (10.80)	.03	.41**	-.10	-.1	-.26***	-.27**	-.19**	-.12**	-.21**	.70***

Note. * = $p < .05$. ** = $p < .01$. *** = $p < .001$.

2.4.4. Predictors of the emotional state of the partner with chronic pain

Two stepwise backward multiple regressions were conducted to identify predictors of depressive and anxiety symptoms. All 11 potential predictors were included in the model simultaneously and the least contributing predictors were removed.

For depressive symptoms, three independent variables reached statistical significance: pain intensity, dyadic consensus and marital status. The final model explained 26.1% of the total variance in depressive symptoms [$F(3,210) = 24.7, p \leq .001$]. Table 3 presents the results of the model in which all variables are entered simultaneously (Full model), as well as the results of the model in which only the variables that reached statistical significance are included (Final model). Lastly, the prediction of depressive symptoms from pain intensity with dyadic consensus and

marital status as moderators was explored. The addition of both interactions (pain intensity x dyadic consensus and pain intensity x marital status) did not improve the final regression model ($b = .01, p = .79$ and $b = .01, p = .99$ respectively). This suggests that conjugal relationship does not moderate the predictive association between pain intensity and depressive symptoms.

Model/Variables	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI
Full model						
Age	.06	.07	.07	.78	.439	[-.09, .2]
Gender*	2.02	2.17	.06	.93	.354	[-2.26, 6.3]
Pain duration	-.00	.01	-.04	-.59	.557	[-.02, .01]
Pain intensity	2.53	.39	.41	6.52	.000	[1.77, 3.3]
Marital status	1.45	1.52	.07	.95	.341	[-1.55, 4.45]
Duration of relationship	-.01	.01	-.13	-1.45	.149	[-.02, .00]
Support received	-.40	.96	-.03	-.41	.678	[-2.30, 1.5]
Dyadic consensus	-.16	.09	-.15	-1.82	.071	[-.34, .01]
Dyadic cohesion	-.17	.20	-.07	-.86	.389	[-.57, .22]
Dyadic satisfaction	.06	.13	.04	.49	.624	[-.19, .31]
Affectionate expression	-.38	.23	-.12	-1.65	.101	[-.57, .24]
Final Model						
Pain intensity	2.54	.38	.41	6.74	.000	[1.79, 3.28]
Marital status	2.90	1.26	.14	2.30	.022	[.42, 5.38]
Dyadic consensus	-.25	.07	-.23	-3.68	.000	[-.38, -.12]

* 1 = male; 2 = female

Table 3. Stepwise backward multiple regression with depressive symptoms as the dependent variable (N = 214)

For anxiety symptoms, two independent variables reached statistical significance: pain intensity and dyadic consensus. The final model explained 21.2% of the total variance in anxiety symptoms [$F(2,211) = 28.35, p \leq .001$]. The results of the model in which all variables are entered simultaneously (Full model), can be compared to the results of the model in which only the variables that reached statistical significance are included (Final model) in Table 4. Finally, the prediction of anxiety symptoms from pain intensity with dyadic consensus as a moderator was analyzed. Once more, the addition of the interaction (pain intensity x dyadic consensus) did not improve the final model ($b = -.01, p = .87$). Such results suggest that relationship adjustment does not moderate the association between pain intensity and anxiety symptoms.

Table 4. Stepwise backward multiple regression with depressive symptoms as the dependent variable (N = 214)

Model/Variables	B	SE	β	t	p	95% CI
Full model						
Age	.12	.08	.13	1.5	.14	[-.04, .28]
Gender*	-3.98	2.33	-.11	-1.70	.09	[-8.56, .62]
Pain duration	-.00	.01	-.03	-.46	.643	[-.02, .01]
Pain intensity	2.55	.42	.39	6.1	.000	[1.72, 3.37]
Marital status	1.03	1.63	.05	.63	.531	[-2.19, 4.24]
Duration of relationship	-.01	.01	-.14	-1.57	.119	[-.02, .00]
Support received	.56	1.04	.04	.542	.589	[-1.48, 2.61]
Dyadic consensus	-.19	.09	-.17	-2.01	.046	[-.38, -.01]
Dyadic cohesion	.11	.22	.04	.49	.625	[-.32, .53]
Dyadic satisfaction	-.08	.14	-.05	-.57	.566	[-.34, .19]
Affectionate expression	-.38	.25	-.12	-1.54	.125	[-.87, .11]
Final Model						
Average pain intensity	2.49	.41	.38	6.16	.000	[1.69, 3.29]
Dyadic consensus	-.25	.07	-.22	-3.55	.000	[-.39, -.11]

* 1 = male; 2 = female

2.5. Discussion

This study contributes to a growing body of research highlighting the influence of social factors on the emotional state of individuals with chronic pain. Its main objective was to investigate whether specific components of relationship adjustment are associated with depressive and anxiety symptoms in a community sample of individuals with chronic pain. Overall, results indicate that well-adjusted relationships are associated with reduced depressive and anxiety symptoms in the partner with chronic pain. More importantly, regression analysis revealed that the level of consensus between partners, along with pain intensity, predicts depressive and anxiety symptoms. Marital status was also predictive of depressive symptoms, but not of anxiety symptoms.

The quality of the relationship adjustment was first explored. Overall, participants reported well-adjusted relationships with their partner, which is in line with a study conducted in a community sample by Williams and Cano (2014). Conversely, this contrast with a study by Leonard and her colleagues (2018) that revealed low dyadic adjustment in patients treated in pain

clinics, which reiterates the importance of the sampling method employed. Individuals with chronic pain also perceived high levels of support from their partner, which is encouraging knowing social support is associated to improved quality of life and well-being (Ferreira & Sherman, 2007; Uysal, 2016). Although most studies highlight the positive effects of social support, negative effects have also been reported. Inadequate support provided by the partner may lead to the patient with chronic pain feeling infantilized and helpless (Toby R Newton-John & de C Williams, 2006b). It is safe to suggest that when support does not match the needs of the individual, it may become dysfunctional. Further investigations are necessary to differentiate types of spousal support in the context of chronic pain.

The associations between pain characteristics, relationship adjustment and emotional state of individuals with chronic pain were also examined. Results suggest that higher levels of dyadic adjustment and conjugal support are correlated with reduced symptoms of depression and anxiety. Interestingly, anxiety symptoms were not related to perceived conjugal support. Our sample reported considerable anxiety, with a mean level of symptomatology slightly over the clinical cut off suggested in previous studies (Van Dam, Gros, Earleywine, & Antony, 2013). It is well known that individuals suffering from chronic pain face daily uncertainties (Asmundson, 2002). Although conjugal support may be closely linked to the mood of the partner living with chronic pain, it may be insufficient to help relieve such worries. Globally, the associations found between variables of interest are in line with theoretical frameworks suggesting social factors are related to the emotional state of individuals with chronic pain (Cano et al., 2000; Leonard et al., 2018).

The extent to which relationship adjustment predicts the emotional state of the partner with chronic pain, along with pain and relationship characteristics, was also investigated. Regression analysis revealed dyadic consensus and marital status, along with pain intensity, to be

significant predictors of depressive symptoms, while only pain intensity and dyadic consensus predicted anxiety symptoms. A previous study that has also shown marital status to be predictive of depressive symptoms, but not anxiety symptoms (Cano et al., 2004) and previous studies have revealed fewer symptoms of depression and anxiety in individuals reporting well-adjusted relationships (Du Rocher Schudlich, Papp, & Cummings, 2011; Whisman & Bruce, 1999). In fact, several authors have demonstrated that dyadic adjustment favors general functioning (Villeneuve et al., 2015) and is negatively associated with psychological distress (Kowal et al., 2003). Although dyadic adjustment and conjugal support are distinct concepts (Brassard et al., 2011), they remain related. Dyadic adjustment, and its underlying dimensions, may however be more representative of the overall functioning and dynamics of couples, which may explain why conjugal support did not significantly predict emotional states.

To our knowledge, this is the first study to examine the impact of each dyadic adjustment dimensions on emotional state. Interestingly, only dyadic consensus was predictive of depressive and anxiety symptoms of the partner with pain. Dyadic consensus refers to the degree of harmonious agreement between partners (Kurdek, 1992; D. C. Miller & Salkind, 2002). This includes marital decisions and domestic organization. Dyadic consensus can be significantly altered by stress, as it negatively impacts communication and the overall quality of the relationship (Ledermann, Bodenmann, Rudaz, & Bradbury, 2010; Scorsolini-Comin & dos Santos, 2012). Evidently, chronic pain is stressful and couples whom are able to adapt to the many changes imposed by this condition may be prone to maintain better relationships and emotional states.

Finally, the premise according to which dyadic consensus and/or marital status would moderate the well-established association between pain intensity and emotional state was also

explored. However, the effect of pain intensity on emotional state did not vary among married or unmarried couples or according to their level of dyadic consensus.

2.5.1. Practical implications

This study provides information on the components of the relationship associated with the well-being of individuals with chronic pain and reiterate the importance of considering interpersonal functioning in this particular context. Clinicians should assess the quality of patients' relationships, particularly their degree of dyadic consensus, to improve their understanding of the psychological struggles of their patients. Interventions intended to review the sharing of tasks and the contribution and investment of each partner in various activities could also help restore harmonious consensus within the couple and, by the same token, improve the emotional state of the partner with chronic pain. Couple-based psychological treatments for chronic pain and relationship distress in which the goal is to improve psychological and relational flexibility skills may also show to be particularly helpful for this population (Cano, Corley, Clark, & Martinez, 2018). More research is required to confirm this.

2.5.2. Strengths and limitations

This study contributes to the literature by confirming the importance of taking into account the quality of the relationship adjustment of individuals with chronic pain. It is the first study to examine how specific dimensions of the relationship predict the severity of depressive and anxiety symptoms. This study was conducted on data collected from individuals from the general population as opposed to patients treated in tertiary pain clinics, which help generalize findings. However, results must be interpreted in the context of the study's limitations, namely the use of self-report measures, which may introduce various biases, and the cross-sectional study design, which prevents us from implying causality. Replication studies are needed and longitudinal research could help confirm relationships' effects on mental health while also

improving our understanding of how relationship adjustment likely evolves over time. Additionally, the sample was composed mainly of women and only one of the partners was surveyed. Future studies must be conducted in larger samples, using data collected from both partners. Relationship adjustment as it relates to depressive and anxiety symptoms in the general population also needs to be investigated to understand its importance in clinical populations.

2.5.3. Conclusion

This study highlights the need for pain researchers and clinicians to consider the interpersonal functioning of individuals living with chronic pain in order to enhance their psychological well-being. Dyadic consensus was shown to predict the levels of depressive and anxiety symptoms reported by the individual with a chronic pain condition. These results provide a better understanding of the importance of the partner in the psychological well-being of the individual with chronic pain.

Declaration of interest statement

The authors declare that they have no conflict of interest.

Data availability statement

Participants of this study did not agree for their data to be shared publicly, therefore supporting data is not available.

CHAPITRE III

DISCUSSION

Cet essai doctoral avait pour but de développer une meilleure compréhension de la relation entre les variables sociales liées à la relation conjugale et l'état émotionnel des individus souffrant de douleur chronique. Dans le cadre de l'étude proposée, la qualité de la relation conjugale a été évaluée par l'entremise du soutien conjugal perçu et des différentes dimensions de l'ajustement dyadique, tandis que les symptômes de dépression et d'anxiété ont permis de qualifier l'état émotionnel des individus aux prises avec une douleur chronique. Dans l'ensemble, les résultats permettent de tirer certains constats importants. En premier lieu, les participants aux prises avec une douleur chronique et issue de la population générale indiquent avoir un ajustement dyadique satisfaisant et rapportent un niveau élevé de soutien de la part de leur partenaire. De plus, l'exploration des associations entre ces variables a permis de constater que des niveaux plus élevés d'ajustement dyadique sont associés à moins de symptômes de dépression et d'anxiété. En ce qui a trait au soutien conjugal, il s'est avéré négativement lié avec les symptômes de dépression, tandis qu'aucune association n'a été observée pour ce qui est des symptômes d'anxiété. Finalement, parmi les différentes composantes de la qualité de la relation conjugale, seul le consensus dyadique s'est avéré être un prédicteur significatif des symptômes de dépression et d'anxiété. La prochaine section permettra d'offrir une interprétation approfondie de ces résultats et de leurs retombées.

3.1. L'importance des relations interpersonnelles en contexte de douleur chronique

L'apport du volet social dans l'expérience de la douleur est une question sous-investiguée dans les écrits scientifiques. Leonard et ses collègues (2006) énoncent que des questions importantes demeurent quant au rôle du fonctionnement conjugal dans l'expérience de la douleur chronique (Leonard et al., 2006). Bien que les relations interpersonnelles soient souvent affectées négativement par la douleur chronique, un nombre respectable de recherches cliniques soulèvent

que ce dysfonctionnement relationnel n'est pas universel (Roy, 2006). En 1996, Bebbington et Delemos avaient déjà observé que malgré les différents problèmes de couple pouvant être soulevés, les relations conjugales des personnes atteintes de douleur chronique étaient globalement plus stables et d'une durée moyenne plus longue (Bebbington & Delemos, 1996). Des études ont aussi montré que dans les couples où un plus haut niveau de douleur était rapporté, une meilleure satisfaction conjugale était également observée (Bermas, Tucker, Winkelman, & Katz, 2000; Geisser, Cano, & Leonard, 2005). Pour expliquer un tel constat, ces chercheurs suggèrent qu'un plus haut niveau de douleur permettrait au partenaire en santé de rationaliser plus facilement les limitations fonctionnelles du partenaire souffrant (Bermas et al., 2000; Geisser et al., 2005). Cela demeure toutefois spéculatif et davantage d'études sont requises pour améliorer notre compréhension de la dynamique conjugale et de ses effets dans le contexte d'une douleur chronique.

3.1.1. Qualité de la relation conjugale et douleur chronique

Différentes définitions de la qualité de la relation conjugale existent. Dans la présente étude, elle se définit par le soutien conjugal et l'ajustement dyadique. Alors qu'il est souvent mis de l'avant que la douleur chronique a un impact néfaste sur les relations sociales, les participants qui composent notre échantillon se sont montrés globalement satisfaits de leur relation conjugale. Basées sur des recherches antérieures, nous avons initialement émis l'hypothèse que les personnes souffrant de douleur chronique rapporteraient avoir une relation conjugale moins satisfaisante (Leonard et al., 2018). Effectivement, il était plausible de croire que les défis entourant cette affection pouvaient teinter la qualité la relation conjugale. Nos résultats révèlent toutefois que les participants perçoivent d'un bon œil leur relation conjugale, et ce, tant en ce qui concerne la qualité de leur ajustement dyadique que leur perception du soutien offert par leur partenaire. Ainsi, ces résultats suggèrent que contrairement à ce qui était attendu, les personnes

aux prises avec une douleur chronique et qui sont issues de la population générale semblent jouir d'une relation conjugale de bonne qualité.

3.1.2. Ajustement dyadique

L'ajustement dyadique est défini par la capacité des partenaires à s'accorder afin de développer une meilleure satisfaction conjugale générale. Ce concept a d'ailleurs souvent été étudié dans le contexte de la douleur chronique éprouvée lors des relations sexuelles. Plus précisément, ces études se sont penchées sur la relation conjugale dans le cadre des problématiques de vestibulodynie et de dyspareunie chez la femme, désormais connue sous le nom de trouble lié à des douleurs génito-pelviennes (Charbonneau-Lefebvre, Vaillancourt-Morel, Brassard, Steben, & Bergeron, 2019; Davis & Reissing, 2007). De plus en plus d'études s'intéressent désormais aux relations conjugales dans le contexte de douleur chronique plus généralement, bien que des données sur les influences sociales dans ce même contexte se font toujours attendre. C'est d'ailleurs ce qui a motivé la présente étude à se pencher sur l'influence de l'ajustement dyadique au sein des couples dont l'un des partenaires souffre d'un problème de douleur chronique.

Globalement, les participants de notre étude rapportaient avoir un bon ajustement dyadique dans leur couple. L'ajustement dyadique au sein du couple comporte plusieurs composantes, dont le consensus, la cohésion, la satisfaction et l'expression d'affection (Favez, 2014). Le *consensus dyadique* réfère au degré d'accord des partenaires sur des sujets instrumentaux et relationnels. Les participants ayant de la douleur percevaient ainsi un bon niveau de consensus pour le budget, pour l'investissement dans le sport et les amis, pour la façon de vivre la vie, de même que pour leurs buts, objectifs et autres aspects jugés importants. Ceux-ci rapportaient également avoir trouvé un terrain d'entente pour la distribution des tâches et l'établissement des intérêts de loisir et activités. La dimension de la *satisfaction relative* est

représentée par le degré de tension et de confiance réciproque dans le couple. En lien avec cette dimension, les participants rapportaient, de façon générale, ne pas avoir souvent envisagé la séparation ou mentionné au partenaire le souhait de quitter la résidence familiale. En moyenne, les participants ont rapporté se confier à leur partenaire et se disputer peu fréquemment. Par rapport à la *cohésion*, les participants souffrant de douleur indiquaient en moyenne un bon ajustement pour les activités et les intérêts partagés. Finalement, pour *l'expression d'affection*, ils indiquaient être en accord pour la quantité de démonstrations d'affection, ainsi que pour les relations sexuelles.

En comparaison avec certaines études menées auprès de participants provenant de la population générale, nos résultats soulèvent que l'échantillon étudié dans le cadre de cet essai doctoral présente un ajustement dyadique moyen généralement plus élevé (Bouchard, Lussier, & Sabourin, 1999; Bouchard, Sabourin, Lussier, Wright, & Richer, 1998; Gossmann, Mathieu, Julien, & Chartrand, 2003) ou équivalent (Carey, Spector, Lantinga, & Krauss, 1993; Sedikides, Rudich, Gregg, Kumashiro, & Rusbult, 2004). Plus précisément, notre échantillon présente un ajustement dyadique relativement élevé, ce qui infirme nos hypothèses initiales. Contrairement à ce que nous anticipions, il est plausible que les problèmes de douleur contribuent à améliorer la relation entre les partenaires de vie en raison de l'entraide imposée par les problèmes de santé vécus par l'un des partenaires. Toutefois, nous pouvons constater que chez la population d'individus aux prises avec une douleur chronique, il y a une plus grande variance d'ajustement dyadique rapportée en comparaison avec d'autres études (Bouchard et al., 1998; Gossmann et al., 2003; Van Egeren & Hawkins, 2004). Ainsi, il est juste de dire que cette problématique de santé n'a pas le même effet chez tous les couples qui y sont confrontés. Il est également possible que les problèmes de douleurs chroniques contribuent à teinter la perception de certains individus souffrant quant à la qualité de l'ajustement dyadique au sein de leurs couples. Davantage

d'études, dont des études mesurant la qualité de la relation selon différentes perspectives, demeurent nécessaires pour clarifier de tels constats.

Ainsi, malgré les multiples défis engendrés par les problèmes de douleur chronique, les participants indiquaient jouir d'un bon ajustement au sein de leur relation de couple. Ces résultats, quoiqu'ils ne correspondent pas à ce qui était attendu, demeurent cohérents avec certains écrits scientifiques. Dans l'étude de Mittinty (2020), les participants ont aussi rapporté des niveaux élevés d'ajustement dyadique au sein des couples faisant part de meilleures stratégies d'adaptation (*dyadic coping*) face à la douleur évaluées à l'aide du *Dyadic Coping Inventory* (DCI) (Mittinty et al., 2020). Cet instrument mesure les stratégies d'adaptation (*dyadic coping*) au sein du couple en évaluant les deux partenaires selon deux dimensions soit les stratégies d'adaptation dyadique perçues comme soutenantes et les stratégies d'adaptation dyadique perçues comme négatives. Dans cette étude, les auteurs évaluaient aussi la qualité de la relation conjugale des participants avec le questionnaire d'ajustement dyadique (Dyadic Adjustment Scale – DAS). Il a été constaté qu'un niveau élevé d'ajustement dyadique moyen était rapporté autant par le patient (DAS = 79.78 sur 100) que par le partenaire (DAS = 91.44 sur 100) (Mittinty et al., 2020). Par ailleurs, Cano et ses collègues (2005) ont révélé que les conflits rapportés par les couples dans lequel l'un des partenaires souffrait de douleur chronique n'étaient pas liés à la douleur dans la plupart des cas (Cano et al., 2005). Les thèmes abordés par ces couples ainsi que par ceux où aucun des partenaires ne souffre de douleur étaient similaires (Sanford, 2003). Toutefois, Cano explique que lorsqu'il y a une problématique de douleur chronique, les difficultés semblent être davantage liées à la résolution de problèmes (Cano et al., 2005). Alors que nous venons de discuter de la perception de l'ajustement dyadique des individus souffrant de douleur chronique, d'autres influences psychosociales sont à considérer afin de mieux intégrer les résultats issus de cet essai doctoral.

3.1.3. Soutien conjugal perçu

Tel que l'ajustement dyadique, le soutien social est un élément pouvant qualifier la qualité de la relation conjugale. De façon générale, le soutien social réfère à des comportements émis par différents acteurs du réseau social de l'individu (p.ex. : le conjoint, les membres de la famille, les amis, les professionnels de la santé, etc.) en fonction des besoins de ce dernier (Cohen & Wills, 1985). Lorsqu'un soutien de qualité avec le partenaire est rapporté par l'individu aux prises avec une douleur chronique, des bienfaits sont démontrés sur la condition de santé, mais aussi sur le bien-être psychologique de ce dernier (Kamimura, Parekh, & Olson, 2013). Dans le cadre de la présente étude, un bon soutien relationnel au sein du couple a été rapporté par les participants souffrant de douleur. Effectivement, ces derniers ont indiqué être soutenus par leur partenaire. La majorité des participants de l'étude a rapporté se sentir soutenue dans l'établissement de leurs différents projets, notamment grâce aux conseils de son partenaire. De plus, ces derniers disaient aussi se sentir soutenus sur le plan émotionnel.

Nous avons émis l'hypothèse que les niveaux perçus de soutien social allaient être diminués en contexte de douleur chronique. Notamment, des études antérieures ont démontré que le soutien social perçu pour les femmes ayant des problèmes de douleur chronique était significativement bas (Uysal et al., 2017). Toutefois, contrairement à nos prédictions, les participants ont rapporté se sentir soutenus par leur partenaire de vie. Dans l'étude de Brassard et ses collègues (2011), il est expliqué que des facteurs intrapersonnels peuvent venir influencer la perception qu'entretient l'individu face au soutien reçu tels que les traits de la personnalité ou la santé mentale (Beach, Martin, Blum, & Roman, 1993; Brassard et al., 2011; Vinokur et al., 1987). Bien que le soutien conjugal perçu soit lié à la santé physique et psychologique, plusieurs facteurs peuvent influencer cette interaction. Dans tous les cas, nous nous attendions que les

participants atteints de douleur chronique allaient percevoir un faible soutien conjugal, ce qui a toutefois été infirmé.

Les résultats obtenus sont tout de même cohérents avec une méta-analyse ayant répertorié des études réalisées auprès de diverses populations composées entre autres d'individus aux prises avec des douleurs chroniques musculosquelettiques ou encore d'arthrose (Leonard et al., 2006). Dans cette méta-analyse, plusieurs variables liées au fonctionnement conjugal ont été analysées, soit la satisfaction conjugale, le soutien social (positif et problématique) et les réponses de soutien de la part du partenaire (négatives, soucieux, distrayant, combiné). Au sein de cette méta-analyse, davantage d'études rapportaient un soutien social positif (Feldman, Downey, & Schaffer-Neitz, 1999; Goodenow, Reisine, & Grady, 1990; Revenson & Majerovitz, 1990; Riemsma et al., 2000; Schiaffino & Revenson, 1995; Waltz, Kriegel, & Bosch, 1998) que problématique (Revenson & Majerovitz, 1990; Riemsma et al., 2000; Schiaffino & Revenson, 1995; Waltz et al., 1998). En somme, cette méta-analyse révèle que pour la majorité des études considérées, un soutien social positif était associé à une diminution des symptômes liés à la détresse psychologique, ce qui concorde avec les résultats obtenus dans cet essai doctoral.

3.1.4. Qualité de la relation conjugale de haut niveau

Les participants souffrant de douleur chronique et provenant de la population générale évaluent leur relation conjugale comme globalement positive, tant au niveau de l'ajustement dyadique qu'au niveau du soutien conjugal. Il s'agit de résultats encourageants sachant que les problèmes de douleur chronique peuvent exercer une pression et des changements importants au sein du couple. Toutefois, de tels résultats ne permettent pas de démontrer que la perception des individus souffrant concernant la qualité de leur relation conjugale demeure intacte à travers le temps. Bien que la présente étude ne puisse le confirmer, il demeure possible que la douleur

chronique ait entraîné une diminution de la qualité de la relation conjugale de ces individus au fil du temps. Dans tous les cas, il semble juste d'affirmer que la qualité de la relation conjugale demeure un facteur à investiguer plus amplement afin de mieux soutenir cette population reconnue comme étant à risque de présenter des problèmes psychologiques. Ainsi, une exploration approfondie du lien entre l'ajustement dyadique, le soutien conjugal, et l'état émotionnel des individus souffrant de douleur chronique semble s'imposer.

3.2. Les associations entre la qualité de la relation conjugale et l'état émotionnel des individus aux prises avec une douleur chronique

Les recherches dans le domaine de la psychologie de la santé soulèvent de plus en plus l'importance des facteurs sociaux en relation à la maladie. Cependant, ces liens fluctuent d'une recherche à l'autre et trop peu d'études s'intéressent précisément aux associations entre la relation conjugale et l'état émotionnel de l'individu souffrant de douleur chronique. Par conséquent, le deuxième objectif de cet essai doctoral consistait à investiguer l'hypothèse selon laquelle une meilleure relation conjugale, comprenant l'ajustement dyadique et le soutien conjugal perçu, serait associée à une diminution des symptômes de dépression et des symptômes anxieux rapportés par le partenaire vivant avec une douleur chronique. Cette section permettra de détailler les résultats se rapportant aux associations entre les caractéristiques de la douleur, la qualité de la relation conjugale et l'état émotionnel des personnes souffrant de douleur chronique ont été examinés.

Nos résultats suggèrent qu'un meilleur ajustement dyadique est associé à une réduction des symptômes de dépression et d'anxiété. Des associations négatives ont été démontrées entre l'ajustement dyadique de plus haut niveau et la diminution des symptômes de dépression et d'anxiété. Il importe toutefois de réitérer le fait qu'il s'agit là de corrélations, et que la séquence

inverse, c'est-à-dire qu'un meilleur état psychologique teinte la relation conjugale, demeure également possible. À cet effet, certains auteurs soutiennent que les symptômes dépressifs peuvent avoir un impact sur la relation et mener à l'insatisfaction des conjoints (Gadassi, Mor, & Rafaeli, 2011; Hammen, 1991). Notamment, Hammen (1991) indique que l'insatisfaction conjugale et la détresse psychologique entretiennent une relation bidirectionnelle. Ceci étant dit, les recherches montrent en général que les problèmes conjugaux mènent à des symptômes dépressifs, plutôt que l'inverse (Cano et al., 2000; Du Rocher Schudlich et al., 2011; Johansen & Cano, 2007; Whisman & Bruce, 1999). De plus, les études longitudinales suggèrent que la douleur chronique peut entraîner des symptômes dépressifs et les recherches menées auprès des couples suggèrent majoritairement que la détresse conjugale précède les symptômes dépressifs (G. K. Brown, 1990; Cano & O'Leary, 2000). Compte tenu de ces résultats de recherche et des modèles théoriques qui sous-tendent cet essai doctoral, nous considérons qu'il est plus plausible que la relation conjugale influence l'état psychologique des individus souffrant de douleur chronique, et non l'inverse.

3.2.1. Ajustement dyadique et état émotionnel

La présente étude a permis de soulever que l'ajustement dyadique, faisant partie de la qualité de la relation conjugale, était significativement associé à l'état émotionnel des participants souffrant de douleur chronique. Selon les normes conventionnelles concernant les tailles d'effet, cette corrélation négative est de faible intensité (Lipsey & Wilson, 2001). Les participants indiquant un plus haut niveau d'ajustement dyadique au sein de leur couple rapportaient aussi une diminution des symptômes de dépression et des symptômes d'anxiété. Ces résultats sont cohérents avec les écrits scientifiques dans le domaine. Une étude réalisée auprès de 200 patients recrutés au sein d'une unité de traitement de la douleur située dans un hôpital public au Portugal révèle qu'un meilleur ajustement dyadique est associé à des niveaux d'anxiété plus faibles

(Costa, Vale, Sobral, & Graca Pereira, 2016). Par ailleurs, une étude réalisée par Mittinty (2020) auprès de cent trente-neuf couples dont un des partenaires souffre de douleur chronique a également permis de soulever l'importance de la relation conjugale en contexte de douleur chronique. Ces chercheurs ont mesuré les perceptions des deux partenaires quant à leur ajustement au sein du couple en considérant le stress engendré par les problèmes de douleur chronique (Mittinty et al., 2020). Les stratégies d'adaptation dyadiques (*Dyadic coping*) perçues comme soutenantes par le participant étaient associées à une relation conjugale de meilleure qualité et à une diminution du stress général à long terme (Mittinty et al., 2020). Les stratégies d'adaptation dyadique perçues comme négatives étaient quant à elle associées à une diminution de la qualité de la relation conjugale ainsi qu'à une augmentation des symptômes dépressifs (Mittinty et al., 2020). Des symptômes anxieux ont été identifiés seulement lors du suivi après trois mois, et ce, chez les patients qui percevaient une dynamique d'adaptation de type négatif (Mittinty et al., 2020). Tel que souligné par l'étude de Mittinty et ses collègues (2020), la perception du patient constitue un meilleur prédicteur que d'évaluer la relation conjugale en soi. Ainsi, même avec des méthodes d'évaluation différentes, les conclusions issues de ces études sont similaires à celles révélées par notre étude. Dans l'ensemble, ces résultats contribuent à mettre de l'avant la pertinence des interventions psychosociales visant l'amélioration de l'ajustement dyadique dans le but de veiller au bien-être psychologique de l'individu aux prises avec une douleur persistante.

Il est possible d'insérer ces résultats dans le cadre de la théorie de l'attachement (Johansen & Cano, 2007). Effectivement, l'ajustement dyadique au sein du couple serait influencé par la capacité d'intimité de l'individu et son niveau d'anxiété face à l'abandon. Il est d'ailleurs démontré que chez les individus présentant un style d'attachement non sécure, l'ajustement dyadique est plus faible (Campbell, Simpson, Boldry, & Kashy, 2005; Mikulincer & Shaver,

2007). En contexte de douleur chronique, le type d'attachement, soit la capacité générale à se sentir plus ou moins connecté à son partenaire peut avoir plusieurs impacts. Il est donc plausible que l'établissement d'un lien sécure avec le partenaire contribue à rétablir plus facilement le fonctionnement conjugal, ce qui contribue par le fait même à un meilleur état émotionnel chez l'individu souffrant. Ceci pourrait notamment expliquer les associations obtenues dans la présente étude quant au niveau élevé d'ajustement dyadique.

3.2.2. Soutien conjugal perçu et état émotionnel

En ce qui a trait au soutien conjugal, un plus haut niveau de soutien rapporté par les participants était aussi significativement associé à une diminution des symptômes de dépression. Cette corrélation négative était d'intensité moyenne (Lipsey & Wilson, 2001). Les associations trouvées entre les variables d'intérêt sont conformes aux cadres théoriques suggérant que les facteurs sociaux sont étroitement liés à l'état émotionnel des personnes vivant avec une douleur chronique (Cano et al., 2000; Leonard et al., 2018). L'hypothèse initiale n'a toutefois été que partiellement confirmée puisqu'aucune association significative n'a été observée entre le soutien conjugal et les symptômes d'anxiété. Pour expliquer un tel constat, il est plausible de croire que l'anxiété soit davantage associée à des variables plus étroitement liées à la condition de santé, telles que la crainte de ne pas retrouver les capacités fonctionnelles perdues, le sentiment d'insuffisance sociale ou encore l'incertitude quant aux conséquences de la douleur (Asmundson, 2002).

Notre échantillon a tout de même rapporté un niveau d'anxiété significatif, avec un niveau moyen de symptomatologie légèrement supérieur au seuil clinique suggéré dans les études précédentes (Van Dam et al., 2013). Il est bien connu que les personnes souffrant de douleur chronique sont confrontées à des incertitudes quotidiennes (Asmundson, 2002). Bien que le soutien conjugal puisse être étroitement lié à l'humeur du partenaire vivant avec une douleur

chronique, il est plausible qu'il s'avère insuffisant pour soulager de telles inquiétudes. Ces résultats sont cohérents avec ceux issus de l'étude de Mittinty (2020) et ses collègues qui ont étudié la qualité de la relation conjugale auprès de 139 couples dont un des partenaires souffre de douleur chronique. Dans cette étude, aucune association significative n'a été observée entre les stratégies d'adaptation dyadiques (*Dyadic coping*) perçues comme soutenantes et les symptômes d'anxiété, et ce, à aucun temps de mesure (Mittinty et al., 2020).

Somme toute, la présente étude a permis de soulever des associations entre certaines composantes de la qualité de la relation conjugale et les symptômes de dépression et d'anxiété des individus composant avec une douleur persistante. Afin d'approfondir la compréhension de ces liens, des analyses statistiques subséquentes ont contribué à cerner les dimensions relationnelles qui s'avèrent capables de prédire l'état émotionnel des individus souffrant de problèmes de douleur chronique au sein de la population générale.

3.3. Les variables prédictrices de l'état émotionnel

L'une des principales contributions de cet essai doctoral réfère à la considération des dimensions de la relation conjugale comme prédicteurs de l'état psychologique des individus aux prises avec une douleur chronique. L'hypothèse mise de l'avant énonçait qu'une relation conjugale de qualité prédirait de façon unique la diminution des symptômes de dépression et d'anxiété. Pour mettre à l'épreuve cette hypothèse, les caractéristiques du participant, de sa relation conjugale et de sa condition de douleur ont été considérées comme variables prédictrices de l'état émotionnel du partenaire souffrant de sorte à mieux cerner l'apport propre aux dimensions qui témoignent de la qualité de la relation conjugale.

Pour les symptômes de dépression, huit des onze variables considérées comme prédicteurs potentiels ont été éliminées (âge, sexe, durée de la relation, durée de la douleur,

soutien conjugal perçu, satisfaction dyadique, cohésion dyadique et expression d'affection). Trois variables ont quant à elles été retenues, à savoir l'intensité moyenne de la douleur, le consensus dyadique et le statut conjugal. En ce qui a trait aux symptômes d'anxiété, neuf des onze variables potentiellement prédicteurs ont été éliminées (âge, sexe, durée de la relation, durée de la douleur, statut conjugal, soutien conjugal perçu, satisfaction dyadique, cohésion dyadique et expression d'affection). Deux variables ont été retenues, c'est-à-dire l'intensité moyenne de la douleur et le consensus dyadique. Ainsi, il est possible de confirmer partiellement l'hypothèse initiale. En effet, dans les éléments de la relation conjugale, seule une composante de l'ajustement dyadique, plus précisément la dimension du consensus dyadique, s'est avérée capable de prédire la sévérité des symptômes de dépression et d'anxiété. Les autres dimensions de l'ajustement dyadique, de même que le soutien conjugal, n'ont pas contribué de façon significative à la prédiction de l'état émotionnel des individus souffrant.

3.3.1. Les dimensions de l'ajustement dyadique

Tel que rapporté précédemment, l'ajustement dyadique comprend les dimensions du consensus, de la satisfaction, de la cohésion et de l'expression d'affection (Favez, 2014). Parmi ces quatre dimensions, seul le consensus dyadique permettait de prédire un meilleur état émotionnel chez le partenaire souffrant. Ainsi, ces résultats laissent entendre qu'une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété peut être attendue chez les participants qui rapportent un meilleur consensus eu sein de leur couple en ce qui concerne les décisions liées au travail, au loisir, aux tâches à la maison ainsi qu'un meilleur ajustement lors la prise de décisions importantes. Il est bien connu que les personnes ayant une condition de santé chronique et leurs proches doivent adapter leur quotidien aux contraintes de la maladie et les résultats de la présente étude mettent de l'avant l'importance d'une telle adaptation.

Le consensus dyadique au sein du couple est certainement l'un des aspects les plus susceptibles d'être déséquilibrés en contexte de douleur. Il a antérieurement été démontré que les couples au sein desquels il y a présence d'une problématique de douleur chronique font face aux mêmes types de conflits que les couples en santé (Cano et al., 2005). Toutefois, la présence de douleur chronique chez l'un des partenaires tend à complexifier la résolution de problèmes. En contextualisant les résultats de l'étude selon ces informations, il est possible de comprendre l'importance de la dimension du consensus. En effet, le consensus au sein du couple est par définition ce qui permet d'obtenir un meilleur accord ou une meilleure entente entre les partenaires. Ainsi, un meilleur état émotionnel est constaté chez les individus en douleur qui perçoivent être sur la même longueur d'onde que leur partenaire de vie en ce qui a trait aux activités et aux tâches du quotidien.

Dans le cadre d'une étude menée par Hughes et ses collègues (2004), le consensus au sein des couples a été sélectionné afin d'évaluer la parentalité ainsi que les symptômes dépressifs. Il est donc plausible que le consensus dyadique soit un élément déterminant de la capacité des couples à faire équipe face aux grands changements de la vie, tels que l'arrivée des enfants ou encore l'apparition d'une problématique de santé, dont de la douleur chronique. À cet effet, il n'est pas rare d'entendre la croyance populaire selon laquelle les partenaires qui se disent heureux sont ceux qui se retrouvent dans les couples capables de faire des compromis. Ainsi, dans un contexte de douleur chronique, il est plausible qu'il pourrait s'avérer avantageux d'élargir la cible de traitement en considérant la qualité de la relation conjugale.

3.3.2. Le soutien conjugal

Alors que l'ajustement dyadique s'est avéré être un prédicteur de l'état émotionnel des participants, le soutien conjugal ne l'était pas au sein de la présente étude. Effectivement, les résultats suggèrent que le soutien conjugal ne permet pas de prédire la sévérité des symptômes de

dépression et d'anxiété chez les individus souffrant de douleur chronique. L'hypothèse initiale, voulant que le soutien conjugal de qualité soit associé à une réduction des symptômes de dépression et d'anxiété, est donc infirmée. Dans le domaine de la psychologie de la santé, le soutien social est pourtant reconnu comme étant un facteur protecteur d'envergure (Cutrona, 1996; Wills & Shinar, 2000b). Il est possible que notre résultat, qui diverge des écrits dans le domaine, soit attribuable au fait que l'ajustement dyadique, et plus précisément le consensus dyadique, comporte une forme de soutien au sein du couple. Par exemple, nous pouvons retrouver dans l'échelle d'ajustement dyadique des items tels que le degré d'accord pour les tâches à la maison, pour les buts, les objectifs et les décisions jugées importantes, pour la quantité de temps passé ensemble ainsi que la manière de prendre des décisions importantes. Ainsi, une proportion des variables d'intérêt, nommément le soutien conjugal et l'ajustement dyadique, semble se chevaucher conceptuellement. D'ailleurs, ces deux variables étaient corrélées significativement, positivement et, d'intensité élevée (Lipsey & Wilson, 2001). Un couple présentant un haut niveau de soutien conjugal présentait aussi un haut niveau d'ajustement dyadique, et plus précisément une bonne capacité à établir des consensus. Par conséquent, il est plausible que le consensus dyadique ait expliqué l'essentiel de la variance dans les symptômes de dépression et d'anxiété, aux dépens du soutien conjugal perçu.

Des auteurs parlent de l'apport important des aspects interpersonnels dans la perception que l'individu entretient quant au soutien reçu (Green & Pomeroy, 2007). Il est ainsi possible que certaines variables venant influencer la perception du soutien n'aient pas été suffisamment considérées dans la présente étude. D'abord, certains auteurs rapportent que le soutien est influencé par les croyances positives ou négatives, et que les comportements sont interprétés par le partenaire en fonction de son système de croyances (Brassard et al., 2011; Sarason & Sarason, 2006). Dans le domaine de la douleur chronique, il est raisonnable de considérer que les besoins

augmentent considérablement chez l'individu souffrant. Selon le fonctionnement général de ce dernier, il est aussi possible que les attentes entre les conjoints évoluent en fonction des années de vie commune. Par conséquent, bien que les participants rapportaient se sentir soutenus, d'autres variables dont des aspects intrapersonnels liés à la subjectivité ou encore la nature des besoins en contexte de douleur, doivent fort probablement être considérées pour mieux comprendre l'association entre le soutien conjugal et l'état psychologiques des individus aux prises avec une douleur chronique.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de considérer le style d'attachement. En effet, plusieurs études lient la théorie de l'attachement au système de soutien qui tend à s'activer lorsque de la détresse est perçue chez le partenaire. Il a notamment été démontré que la capacité d'un individu à offrir et à percevoir du soutien de qualité dépend de son propre système d'attachement (Campbell et al., 2005). La personne ayant un type d'attachement sécuritaire sera plus flexible et ainsi davantage en mesure d'offrir du soutien, ou encore, de le percevoir. Les personnes ayant un style d'attachement sécuritaire seront plus enclines à demander du soutien lorsqu'ils en ressentent le besoin et auront davantage confiance en la capacité de leur partenaire à combler leur besoin. Les individus ayant un style d'attachement évitant, décrit comme craignant l'intimité relationnelle, ont quant à eux tendance à minimiser les besoins de leur partenaire et éprouveront plus de difficultés à faire des demandes de soutien. Dans le contexte de la douleur chronique, l'individu atteint observe souvent une diminution de son fonctionnement général. Ce contexte peut augmenter son besoin de soutien général, qui sera perçu différemment en fonction de son type d'attachement. En guise d'exemple, Chahraoui et ses collègues (2006) ont effectué des analyses de corrélations entre le soutien social et le style d'attachement chez 35 femmes déprimées étant hospitalisées en comparaison avec 35 témoins ne présentant aucune pathologie. Ils ont observé que les personnes déprimées avaient davantage des styles d'attachement

préoccupé et désorganisé et présentaient une plus faible disponibilité perçue du réseau social chez ces derniers (Chahraoui et al., 2006). Somme toute, les études futures auraient avantage à considérer le style d'attachement pour permettre de mieux cerner l'association entre la relation conjugale et le bien-être psychologique en contexte de douleur chronique.

3.4. Les autres prédicteurs significatifs

En parallèle au consensus dyadique, deux autres variables se sont avérées être des prédicteurs significatifs de l'état émotionnel des individus souffrant de douleur chronique. D'une part, les résultats indiquent que le statut conjugal s'avère être un prédicteur important des symptômes dépressifs, mais pas des symptômes anxieux. D'autre part, l'intensité moyenne de la douleur est parvenue à prédire tant les symptômes dépressifs que les symptômes anxieux. Ces résultats seront discutés brièvement afin de mieux comprendre leur portée.

3.4.1. Le statut conjugal

Au sein de notre société, les types de statuts conjugaux se sont diversifiés et incluent notamment le mariage, la cohabitation, ainsi que la non-cohabitation. Plusieurs chercheurs ont étudié les impacts de ces statuts sur la santé. Les effets de la cohabitation sont controversés (Rapp & Stauder, 2020). Certains auteurs rapportent autant d'effets bénéfiques que pour le mariage (Averett, Argys, & Sorkin, 2013; Horwitz, McLaughlin, & White, 1998; Musick & Bumpass, 2012; Perelli-Harris & Styrc, 2016; Zella, 2017), alors que d'autres auteurs indiquent que le statut de cohabitation ne confère pas les mêmes bénéfices que lorsque les partenaires sont mariés (S. L. Brown, 2004; S. L. Brown, Bulanda, & Lee, 2005; Kalmijn, 2017; Kim & McKenry, 2002; Lamb, Lee, & DeMaris, 2003; Marcussen, 2005; K. Williams, Sassler, & Nicholson, 2008). Pour ces auteurs, le mariage est un facteur protecteur en ce qui a trait tant à la santé mentale qu'à la santé physique. Notamment, le mariage offre des avantages économiques, qui sont, dans la

plupart des cas, plus importants pour les femmes qui bénéficient des revenus en moyenne plus élevés de leur conjoint (Oppenheimer, 2000). De plus, selon Brown (2004), les couples mariés indiquent être plus heureux et rapportent moins d'instabilité au sein de leur relation. Il y aurait également moins de désaccords et les résolutions de problèmes se font au moyen de discussions plus calmes que pour les personnes qui cohabitent sans être mariées (S. L. Brown, 2004). Certaines explications peuvent permettre de contextualiser ces résultats. Notamment, il est souligné que la cohabitation est souvent une étape d'essai avant le mariage, nécessitant moins d'engagements et comprenant davantage d'incertitude (Kalmijn, 2017). Les taux de dissolution y sont également plus élevés (Kiernan, 2002). Pour ces raisons, le mariage aurait un plus grand impact positif sur la santé mentale globale des partenaires.

Dans la présente étude, une diminution significative des symptômes dépressifs a été soulevée chez les participants mariés par rapport aux participants non mariés vivant ou pas en colocation. Nos résultats reproduisent ce qui a été démontré antérieurement dans certaines études (Kim & McKenry, 2002; Lamb et al., 2003). En effet, dans certaines circonstances, il semble que l'engagement que requiert le mariage puisse offrir une sécurité au niveau social, économique et émotionnel. Il n'est donc pas étonnant d'observer une association entre le statut conjugal et la réduction des symptômes de dépression.

En ce qui a trait aux symptômes d'anxiété toutefois, le statut conjugal ne s'est pas avéré être un prédicteur significatif. La méta-analyse réalisée par Kalmijn et ses collègues (2017) indique que les effets les plus forts du mariage sont pour la satisfaction à l'égard de la vie. Les effets sont faibles pour la santé mentale et presque absents pour deux mesures visant la santé. Les chercheurs supposent ainsi que le mariage est principalement lié à une évaluation plus positive de sa propre vie plutôt qu'à une meilleure santé globale (Kalmijn, 2017). Il est également important de souligner que peu d'études se sont intéressées directement aux symptômes d'anxiété et que

plusieurs incertitudes demeurent en ce qui a trait aux effets du statut conjugal sur ce type de manifestation (Kalmijn, 2017).

3.4.2. L'intensité de la douleur

Nos résultats mettent de l'avant le rôle prédicteur de l'intensité de la douleur sur les symptômes de dépression et d'anxiété. Il est bien établi que la douleur affecte l'état émotionnel de l'individu souffrant. Nos résultats ne sont donc pas surprenants puisqu'une douleur plus intense contribue à prédire l'augmentation des symptômes de dépression et d'anxiété chez la population étudiée. Ces résultats sont cohérents avec les écrits scientifiques. Notamment, Cano et ses collègues (2004) ont soulevé des associations significatives et positives entre la sévérité de la douleur et les symptômes d'anxiété et de dépression (Cano et al., 2004). En effet, cette étude réalisée auprès de 110 patients souffrant de douleur chronique musculosquelettique rapporte que des symptômes de douleur plus intenses sont associés à une augmentation de la détresse psychologique liée à la relation conjugale. Afin de mieux comprendre les impacts des facteurs psychosociaux en contexte de douleur chronique, il demeure donc important de considérer l'intensité de la douleur.

3.5. Les retombées de l'essai doctoral

3.5.1. Les retombées scientifiques

La contribution centrale et fondamentale de cette recherche a été d'étudier les composantes de l'ajustement dyadique afin de mieux comprendre leurs associations avec les symptômes de dépression et d'anxiété chez les personnes aux prises avec une douleur chronique. À notre connaissance, aucune étude n'a détaillé les dimensions de l'ajustement dyadique telles que dans la présente recherche. Nos résultats ont permis d'en apprendre davantage sur les effets de la relation conjugale dans le vécu de l'individu souffrant et de préciser quelle dimension entre

la satisfaction conjugale, la démonstration d'affection, la cohésion ou le consensus est le meilleur prédicteur des symptômes de dépression et d'anxiété. Sachant que la qualité de la relation conjugale fait souvent l'objet d'études dans le contexte des conditions de santé chronique, cette retombée est non négligeable (Leonard et al., 2006). Ainsi, il pourrait s'avérer judicieux que les études futures s'intéressent à la relation conjugale, et plus précisément de la capacité du couple à faire certains consensus. Au cours de la revue des plus récents écrits scientifiques, nous avons constaté que plusieurs auteurs s'intéressent à la satisfaction comme variable d'intérêt dans les études sur le couple (Bermas et al., 2000; Cano et al., 2000; Geisser et al., 2005; Leonard et al., 2018; Manne et al., 2004; Xu & Burleson, 2004). Selon nos résultats, les chercheurs devraient également s'intéresser au consensus dyadique, tel que l'ont fait notamment Hughes et ses collègues (2004). Ces derniers ont d'ailleurs été en mesure de souligner le niveau de consensus des partenaires et les symptômes dépressifs comme étant des prédicteurs de l'alliance parentale (Hughes, Gordon, & Gaertner, 2004). À notre connaissance, il s'agit de l'une des seules études ayant considéré les dimensions de l'ajustement dyadique de façon séparée, et ce, bien que des écrits suggèrent qu'il s'agit de quatre facteurs liés, mais distincts (Antoine et al., 2008; Carey et al., 1993).

3.5.2. Les retombées pratiques

En ce qui a trait à la pratique clinique, nos résultats indiquent que les psychologues intervenant auprès d'individus ayant des problèmes de douleur chronique auraient intérêt à considérer plus sérieusement la dynamique de couple. En guise d'exemple, dès les premières rencontres d'évaluation psychologique, il serait raisonnable de mieux comprendre le fonctionnement conjugal. Nos résultats soulignent qu'un meilleur ajustement dyadique est associé à l'état émotionnel de l'individu souffrant et que le degré de consensus dyadique prédit les symptômes de dépression et d'anxiété rapportés par ce dernier. Il est également possible de

concevoir qu'une rencontre en présence du partenaire de vie de la personne en douleur pourrait s'avérer bénéfique dans les circonstances où des symptômes de dépression et/ou d'anxiété sont présents. Une telle rencontre permettrait de mieux cerner la qualité de l'ajustement au sein du couple et d'évaluer l'organisation des tâches entre les deux partenaires. Par exemple, l'intervenant pourrait s'interroger sur l'accord entre les partenaires quant à la division des tâches, le nombre et la diversité des activités réalisées ainsi que l'organisation entourant le travail, s'il y a lieu. Dans le contexte de la douleur chronique, la personne souffrante doit trouver un équilibre dans la totalité de sa dépense énergétique quotidienne. Pour la majorité des personnes ayant des problèmes de douleur chronique, il est impossible de réaliser toutes les activités et tâches physiques souhaitées. Conséquemment, cette situation pourrait contribuer à accentuer la dépendance sur le partenaire de vie, ce qui peut teinter de façon substantielle la dynamique relationnelle.

Certains programmes conçus spécifiquement pour les couples dont l'un des partenaires souffre de problèmes de santé ont été développés. Notamment, plusieurs études de Cano (2000, 2004, 2005, 2018) ont mené au développement d'un traitement psychologique de couple pour la douleur chronique et la détresse relationnelle (Cano et al., 2018). Ce programme vise l'augmentation de la flexibilité psychologique et relationnelle chez les deux partenaires afin de développer leurs habiletés générales visant l'amélioration de leur santé. Dans une autre étude, des chercheurs ont aussi conclu que les deux partenaires pourraient bénéficier d'une intervention psychosociale précoce visant l'amélioration de leur ajustement dyadique, de leur relation et de leur état psychologique (Mittinty et al., 2020). En effet, ils expliquent que la perception du participant par rapport à l'ajustement dyadique au sein du couple est un bon prédicteur de la qualité de la relation entre les deux partenaires (Mittinty et al., 2020). Toutefois, ce type de programme demande des ressources ainsi qu'une expertise particulière en interventions de couple

et il demeure irréaliste d'offrir ce type d'intervention à grande échelle. La présente étude souligne toutefois qu'un travail thérapeutique ciblant plus précisément le consensus dyadique au sein du couple pourrait s'avérer bénéfique. Il est plausible de croire qu'adresser la qualité de la relation conjugale pourrait contribuer à améliorer l'état psychologique du patient, ce qui pourrait en retour contribuer à améliorer la réponse de ce dernier aux différentes composantes de son traitement. Davantage d'études permettant de développer et d'évaluer les bienfaits d'une intervention ciblée sur la relation conjugale dans le contexte de la douleur chronique, et plus précisément sur le consensus au sein du couple, sont toutefois requises.

Les autres professionnels de la santé peuvent également bénéficier des résultats issus de la présente étude. Dans le contexte d'une douleur chronique, le volet psychosocial peut parfois être mis de côté. Pourtant, la relation conjugale n'est pas un simple facteur protecteur, elle doit également être conçue comme un agent actif pouvant teinter l'état psychologique des individus souffrants. Ainsi, un professionnel de la santé qui évalue une personne souffrant de douleur chronique qui présente des symptômes de dépression et d'anxiété pourrait s'intéresser à l'environnement psychosocial de ce dernier, et plus particulièrement à la dynamique au sein de son couple. Des questions concises comme « Comment ça se passe à la maison avec votre partenaire ? » et « Comment vous entendez-vous au quotidien concernant la division des tâches ou encore l'organisation des activités ? » pourraient notamment permettre d'identifier les individus qui pourraient bénéficier d'un soutien destiné à améliorer l'ajustement du couple aux diverses répercussions de la douleur chronique.

3.6. Forces et limites de l'essai doctoral

Les résultats mis de l'avant dans le cadre de cet essai doctoral comprennent plusieurs forces qu'il importe de soulever. D'abord, il importe de souligner que les études dans le domaine

de la douleur chronique sont majoritairement réalisées auprès d'échantillons provenant de cliniques spécialisées ou en contexte de soins tertiaires. Nos résultats ont toutefois été colligés auprès d'un grand échantillon d'individus issus de la population générale, ce qui favorise la généralisation des résultats à une plus grande proportion de la population. Qui plus est, il est tout aussi important de s'intéresser à cette population qui présente des problèmes de douleur chronique, sans jouir d'un suivi spécialisé, peu ou pas accessible pour bon nombre de patients. Une autre force de notre étude relève des instruments de mesure qui ont été sélectionnés pour leurs qualités psychométriques. Seuls des outils bien établis dans le domaine ont été utilisés, ce qui contribue à accentuer la qualité des conclusions qui se dégagent de cet essai doctoral.

Les résultats qui découlent de l'étude qui compose cet essai doctoral doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites. La principale limite de cette étude est le devis de recherche qui est de type transversal et corrélationnel. Les associations démontrées entre la qualité de la relation conjugale et l'état émotionnel des participants ne permettent pas de parler de liens de cause à effet ni de séquence temporelle. Malgré tout, les analyses de régressions ont permis de soulever des liens d'envergures entre l'ajustement dyadique et l'état émotionnel des individus souffrant, ce qui justifie que des études futures se penchent sur la question à l'aide de devis de recherche plus raffinés.

Une autre des limites de cet essai est que les résultats ont été colligés à l'aide de questionnaires auto-rapportés, ce qui peut introduire divers biais. De plus, la participation s'est faite sur une base volontaire, ce qui peut mener à un effet d'auto-sélection. En effet, des participants présentant un profil particulier pouvaient être amenés à participer, venant ainsi teinter les données ayant fait l'objet des analyses statistiques. Par exemple, il est possible de constater que le niveau de scolarité des participants était plus élevé que la moyenne des Canadiens selon les données colligées en 2016, par Statistique Canada (2021a, 2021b). Tout de même, notre

échantillon semble assez représentatif de la population générale en ce qui a trait aux autres caractéristiques sociodémographiques (p.ex. : les types de douleur chronique, la moyenne d'âge, etc.).

En terminant, l'échantillon était majoritairement composé de femmes. Bien que les problèmes de douleur chronique soient plus fréquemment retrouvés chez les femmes, il est important que la perspective des hommes souffrant de douleur chronique soit étudiée. Il est possible que la perception de ces derniers en ce qui a trait à la qualité de la relation conjugale diffère de celle des femmes. Par exemple, il est répertorié que les femmes tendent à être plus critiques envers leur relation conjugale (S. L. Brown, 2004). Les études subséquentes auraient donc avantage à se pencher sur les différences hommes/femmes en ce qui a trait à la qualité de la relation conjugale et à l'état émotionnel dans le contexte d'une douleur chronique.

3.7. Études futures

Cet essai doctoral a permis de soulever des associations entre l'ajustement dyadique, plus précisément au niveau du consensus entre les partenaires, et l'amélioration de l'état émotionnel des individus souffrant de douleur chronique. Malgré les conclusions qui s'en dégagent, plusieurs questions demeurent sans réponses et celles-ci méritent d'être considérées dans le contexte d'études futures. Notamment, une étude longitudinale pourrait être réalisée afin d'établir des liens de causalité entre la qualité de la relation conjugale des personnes souffrant de douleur chronique et leur état émotionnel. Il serait intéressant de poser un regard sur les variations temporelles de la relation conjugale et de l'état psychologique de l'individu souffrant. Une telle étude permettrait de mettre de l'avant le caractère dynamique de la relation conjugal afin d'observer ses impacts sur la douleur, le fonctionnement de l'individu souffrant, sa qualité de vie et l'efficacité des traitements.

Par ailleurs, des études ont démontré un plus haut taux de dépression, de stress subjectif et de solitude chez les conjoints des patients souffrant de douleur chronique en comparaison aux conjoints d'individus en bonne santé (Bigatti & Cronan, 2002; Flor, Turk, & Scholz, 1987). Ainsi, il serait pertinent de se pencher sur la perspective du partenaire qui ne rapporte pas de problème de douleur chronique. Selon les résultats de la présente étude, la relation conjugale était évaluée positivement par la personne souffrante qui se sent soutenue par son partenaire. Toutefois, il se pourrait que le partenaire lui-même perçoive la relation différemment. Il est possible qu'un déséquilibre engendré par les problèmes de douleur soit davantage considéré par ce dernier comme des sacrifices.

Finalement, des recherches soulèvent que certaines formes de soutien peuvent être inadaptées et contribuer au maintien de la douleur (Wilbert Evans Fordyce, 1976; Leonard et al., 2006). Selon les principes du conditionnement opérant, les comportements liés à la douleur peuvent être récompensés par le partenaire, ce qui suggère que le soutien social pourrait dans certains contextes nuire à l'individu en douleur (Wilbert Evans Fordyce, 1976; Leonard et al., 2006). Lorsque le partenaire accorde de l'attention à l'individu souffrant, l'extinction du dit comportement nuisible devient plus difficile (Wilbert Evans Fordyce, 1976; Leonard et al., 2006). Les conjoints voulant rendre service à leur partenaire en douleur peuvent ainsi en venir à prendre en charge trop de tâches, diminuant par le fait même le nombre d'activités de leur partenaire en douleur, ce qui peut avoir des répercussions sur le fonctionnement général de ces derniers (Leonard et al., 2006). De plus, lorsque le partenaire offre un soutien inadapté, la personne en douleur peut se sentir infantilisée et peut aussi vivre de l'impuissance (Toby R Newton-John & de C Williams, 2006a). Puisque la présente étude s'est penchée exclusivement sur le volet positif du soutien conjugal, il est juste de dire que les études futures auraient avantage

à explorer les répercussions du soutien conjugal sous optimal et ses effets sur l'état émotionnel de l'individu vivant avec une douleur chronique.

3.8. Conclusion

Dans le cadre de cet essai doctoral, l'ajustement dyadique, le soutien conjugal perçu et les symptômes de dépression et d'anxiété rapportés par le partenaire souffrant de douleur chronique ont été explorés. Les résultats ont révélé l'existence d'une association entre la qualité de la relation conjugale et l'état émotionnel des individus souffrant de douleur chronique. Les résultats suggèrent également qu'un consensus dyadique amélioré prédit une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété chez cette population. Dans l'ensemble, ces conclusions contribuent à réitérer la nécessité de considérer le fonctionnement interpersonnel des personnes souffrant de douleur chronique dans le but ultime d'améliorer leur état émotionnel et leur qualité de vie.

RÉFÉRENCES

- Ahmad, S., Fergus, K., Shatokhina, K., & Gardner, S. (2017). The closer 'We'are, the stronger 'I'am: the impact of couple identity on cancer coping self-efficacy. *Journal of behavioral medicine*, 40(3), 403-413.
- Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 1(3), 436-438.
- Amato, P. R., Booth, A., Johnson, D. R., Johnson, D. R., & Rogers, S. J. (2007). *Alone together: How marriage in America is changing*: Harvard University Press.
- Antoine, P., Christophe, V., & Nandrino, J.-L. (2008). Échelle d'ajustement dyadique: intérêts cliniques d'une révision et validation d'une version abrégée. *L'encéphale*, 34(1), 38-46.
- Asmundson, G. J. (2002). Anxiety and related factors in chronic pain. *Pain Research and Management*, 7(1), 7-8.
- Averett, S. L., Argys, L. M., & Sorkin, J. (2013). In sickness and in health: An examination of relationship status and health using data from the Canadian National Public Health Survey. *Review of Economics of the Household*, 11(4), 599-633.
- Bäck, M., Cider, Å., Herlitz, J., Lundberg, M., & Jansson, B. (2013). The impact on kinesiophobia (fear of movement) by clinical variables for patients with coronary artery disease. *International journal of cardiology*, 167(2), 391-397.
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological bulletin*, 119(1), 95.
- Beach, S. R., Fincham, F. D., Katz, J., & Bradbury, T. N. (1996). Social support in marriage. In *Handbook of social support and the family* (pp. 43-65): Springer.

- Beach, S. R., Martin, J. K., Blum, T. C., & Roman, P. M. (1993). Effects of marital and co-worker relationships on negative affect: Testing the central role of marriage. *American Journal of Family Therapy, 21*(4), 313-323.
- Bebbington, P., & Delemos, I. (1996). Pain in the family. *Journal of psychosomatic research, 5*(40), 451-456.
- Bermas, B. L., Tucker, J. S., Winkelman, D. K., & Katz, J. N. (2000). Marital satisfaction in couples with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 13*(3), 149-155.
- Bigatti, S. M., & Cronan, T. A. (2002). An examination of the physical health, health care use, and psychological well-being of spouses of people with fibromyalgia syndrome. *Health Psychology, 21*(2), 157.
- Bouchard, G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1999). Personality and marital adjustment: Utility of the five-factor model of personality. *Journal of Marriage and the Family, 65*1-660.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Wright, J., & Richer, C. (1998). Predictive validity of coping strategies on marital satisfaction: Cross-sectional and longitudinal evidence. *Journal of Family Psychology, 12*(1), 112.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House. Furman, W., & Buhrmester, D.*(2009). *Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version. International Journal of Behavioral Development, 33*, 470-478.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger* (pp. 1-429): London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3: Loss*: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Brassard, A., Houde, F., & Lussier, Y. (2011). Élaboration et validation du Questionnaire de Soutien Conjugal (QSC). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(2), 69.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-287.
- Brennan, K., Clark, C., Shaver, P., Simpson, J., & Rholes, W. (1998). Attachment theory and close relationships.
- Brown, G. K. (1990). A causal analysis of chronic pain and depression. *Journal of abnormal psychology*, 99(2), 127.
- Brown, S. L. (2004). Moving from cohabitation to marriage: Effects on relationship quality. *Social Science Research*, 33(1), 1-19.
- Brown, S. L., Bulanda, J. R., & Lee, G. R. (2005). The significance of nonmarital cohabitation: Marital status and mental health benefits among middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(1), S21-S29.
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of personality and social psychology*, 88(3), 510.

- Cano, A., Corley, A. M., Clark, S. M., & Martinez, S. C. (2018). A couple-based psychological treatment for chronic pain and relationship distress. *Cognitive and behavioral practice, 25*(1), 119-134.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain, 107*(1-2), 99-106.
- Cano, A., Johansen, A. B., Leonard, M. T., & Hanawalt, J. D. (2005). What are the marital problems of patients with chronic pain? *Current Pain and Headache Reports, 9*(2), 96-100.
- Cano, A., & O'Leary, K. D. (2000). Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(5), 774.
- Cano, A., Weisberg, J. N., & Gallagher, R. M. (2000). Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Medicine, 1*(1), 35-43.
- Carey, M. P., Spector, I. P., Lantinga, L. J., & Krauss, D. J. (1993). Reliability of the dyadic adjustment scale. *Psychological Assessment, 5*(2), 238.
- Chahraoui, K., Reynaud, M., Pinoit, J.-M., Bénony, H., Bonin, B., & Gisselmann, A. (2006). Styles d'attachement et soutien social perçu chez des femmes déprimées. *L'encéphale, 32*(6), 944-952.
- Charbonneau-Lefebvre, V., Vaillancourt-Morel, M.-P., Brassard, A., Steben, M., & Bergeron, S. (2019). Self-efficacy mediates the attachment-pain association in couples with provoked vestibulodynia: a prospective study. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(11), 1803-1813.

- Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health psychology, 14*(5), 374.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin, 98*(2), 310.
- Costa, E. C., Vale, S., Sobral, M., & Graca Pereira, M. (2016). Illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *Psychology, health & medicine, 21*(4), 483-495.
- Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*: Sage Publications.
- Davis, H. J., & Reissing, E. D. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy, 22*(2), 245-254.
- De Souza, L., & Oliver Frank, A. (2011). Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. *Disability and rehabilitation, 33*(4), 310-318.
- Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology, 25*(4), 531.
- Falba, T. A., & Sindelar, J. L. (2008). Spousal concordance in health behavior change. *Health services research, 43*(1p1), 96-116.
- Farr, W. (1859). *Influence of marriage on the mortality of the French people*: Savill & Edwards.
- Favez, N. (2014). *L'examen clinique du couple: théories et instruments d'évaluation*: Primento.

- Feldman, S. I., Downey, G., & Schaffer-Neitz, R. (1999). Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: A daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of consulting and clinical psychology, 67*(5), 776.
- Ferreira, V., & Sherman, A. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging and mental health, 11*(1), 89-98.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1987). The assessment of marital quality: A reevaluation. *Journal of Marriage and the Family, 797-809*.
- Flor, H., Turk, D. C., & Scholz, O. B. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences. *Journal of psychosomatic research, 31*(1), 63-71.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*: CV Mosby.
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., & DeLateur, B. (1968). An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behaviour research and therapy, 6*(1), 105-107.
- Gadassi, R., Mor, N., & Rafaeli, E. (2011). Depression and empathic accuracy in couples: An interpersonal model of gender differences in depression. *Psychological Science, 22*(8), 1033-1041.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull, 133*(4), 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581

- Geisser, M. E., Cano, A., & Leonard, M. T. (2005). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *The Journal of Pain*, 6(8), 518-525.
- Goodenow, C., Reisine, S. T., & Grady, K. E. (1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9(3), 266.
- Gossmann, I., Mathieu, M., Julien, D., & Chartrand, E. (2003). DETERMINANTS OF SEX INITIATION FREQUENCIES AND SEXUAL SATISFACTION IN LONG-TERM COUPLES' RELATIONSHIPS. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12(3/4), 169.
- Graham, J. M., Diebels, K. J., & Barnow, Z. B. (2011). The reliability of relationship satisfaction: a reliability generalization meta-analysis. In: American Psychological Association.
- Green, D. L., & Pomeroy, E. C. (2007). Crime victims: What is the role of social support? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 15(2), 97-113.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 555.
- Hawkins, D. N., & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality marriages on well-being. *Social Forces*, 84(1), 451-471.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Henry, J. L. (2008). The need for knowledge translation in chronic pain. *Pain Research and Management*, 13(6), 465-476.

- Horwitz, A. V., McLaughlin, J., & White, H. R. (1998). How the negative and positive aspects of partner relationships affect the mental health of young married people. *Journal of Health and Social Behavior*, 124-136.
- Hughes, F. M., Gordon, K. C., & Gaertner, L. (2004). Predicting spouses' perceptions of their parenting alliance. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 506-514.
- Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., & Engel, J. M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(1), 146-160.
- Jensen, M. P., & Turk, D. C. (2014). Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *American Psychologist*, 69(2), 105.
- Johansen, A. B., & Cano, A. (2007). A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples. *Pain*, 132, S86-S95.
- Kalmijn, M. (2017). The ambiguous link between marriage and health: A dynamic reanalysis of loss and gain effects. *Social Forces*, 95(4), 1607-1636.
- Kamimura, A., Parekh, A., & Olson, L. M. (2013). Health indicators, social support, and intimate partner violence among women utilizing services at a community organization. *Women's Health Issues*, 23(3), e179-e185.
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Southwick, S., & Giller Jr, E. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *Journal of psychosomatic research*, 34(4), 401-408.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological bulletin*, 127(4), 472.

- Kiernan, K. (2002). *Cohabitation in Western Europe: Trends, issues, and implications*. Paper presented at the Just Living Together: Implications of Cohabitation for Children, Families, and Social Policy, Oct, 2000, Pennsylvania State U, PA, US; Based on the presentations and discussions from the aforementioned national symposium.
- Kim, H. K., & McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being: A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues, 23*(8), 885-911.
- Kowal, J., Johnson, S. M., & Lee, A. (2003). Chronic illness in couples: A case for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(3), 299-310.
- Kurdek, L. A. (1992). Dimensionality of the Dyadic Adjustment Scale: Evidence from heterosexual and homosexual couples. *Journal of Family Psychology, 6*(1), 22.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social Support and Theory. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists, 29-52*.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement.
- Lamb, K. A., Lee, G. R., & DeMaris, A. (2003). Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and Family, 65*(4), 953-962.
- Ledermann, T., Bodenmann, G., Rudaz, M., & Bradbury, T. N. (2010). Stress, communication, and marital quality in couples. *Family Relations, 59*(2), 195-206.
- Leonard, M. T., Cano, A., & Johansen, A. B. (2006). Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. *The Journal of Pain, 7*(6), 377-390.
- Leonard, M. T., Chatkoff, D. K., & Maier, K. J. (2018). Couples' Relationship Satisfaction and Its Association with Depression and Spouse Responses Within the Context of Chronic Pain Adjustment. *Pain Management Nursing, 19*(4), 400-407.

Lewis, R. A., & Spanier, G. B. (1979). Theorizing about the quality and stability of marriage.

Contemporary theories about the family: research-based theories/edited by Wesley R. Burr...[et al.].

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*: SAGE publications, Inc.

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., . . . Keefe, F. J.

(2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942-968.

Lussier, Y., Bélanger, C., & Sabourin, S. (2019). *Les fondements de la psychologie du couple*:

PUQ.

Manne, S., Sherman, M., Ross, S., Ostroff, J., Heyman, R. E., & Fox, K. (2004). Couples'

support-related communication, psychological distress, and relationship satisfaction among women with early stage breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 660.

Marcussen, K. (2005). Explaining differences in mental health between married and

cohabiting individuals. *Social psychology quarterly*, 68(3), 239-257.

Martire, L., Stephens, M. A. P., Mogle, J., Schulz, R., Brach, J., & Keefe, F. (2013). Daily spousal

influence on physical activity in knee osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 45(2), 213-223. Retrieved from

Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Classification of chronic pain. In: Seattle: IASP Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental

health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological inquiry*, 18(3), 139-156.

- Miller, D. C., & Salkind, N. J. (2002). *Handbook of research design and social measurement*: Sage.
- Miller, J., & Timson, D. (2004). Exploring the experiences of partners who live with a chronic low back pain sufferer. *Health & social care in the community*, 12(1), 34-42.
- Mittinty, M. M., Kindt, S., Mittinty, M. N., Bernardes, S., Cano, A., Verhofstadt, L., & Goubert, L. (2020). A Dyadic Perspective on Coping and its Effects on Relationship Quality and Psychological Distress in Couples Living with Chronic Pain: A Longitudinal Study. *Pain Medicine*, 21(2), e102-e113.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada-prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research and Management*, 7(4), 179-184.
- Musick, K., & Bumpass, L. (2012). Reexamining the case for marriage: Union formation and changes in well - being. *Journal of Marriage and Family*, 74(1), 1-18.
- Newton-John, T. R. (2013). How significant is the Significant Other in patient coping in chronic pain? *Pain management*, 3(6), 485-493.
- Newton-John, T. R., & de C Williams, A. C. (2006a). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours. *Pain*, 123(1), 53-63.
- Newton-John, T. R., & de C Williams, A. C. (2006b). Chronic pain couples: Perceived marital interactions and pain behaviours. *Pain*, 123(1-2), 53-63.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 498.

- O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique: une revue de travaux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(4), 126-131.
- Oppenheimer, V. K. (2000). The continuing importance of men's economic position in marriage formation. *The ties that bind: Perspectives on marriage and cohabitation*, 283-301.
- Perelli-Harris, B., & Styrc, M. (2016). Is marriage or cohabitation better for mental well-being?
- Rapp, I., & Stauder, J. (2020). Mental and Physical Health in Couple Relationships: Is It Better to Live Together? *European Sociological Review*, 36(2), 303-316.
- Revenson, T. A., & Majerovitz, S. D. (1990). Spouses' support provision to chronically ill patients. *Journal of social and personal relationships*, 7(4), 575-586.
- Riemsma, R. P., Taal, E., Wiegman, O., Rasker, J. J., Bruyn, G. A., & Van Paassen, H. C. (2000). Problematic and positive support in relation to depression in people with rheumatoid arthritis. *Journal of health psychology*, 5(2), 221-230.
- Riva, P., Wesselmann, E. D., Wirth, J. H., Carter-Sowell, A. R., & Williams, K. D. (2014). When pain does not heal: The common antecedents and consequences of chronic social and physical pain. *Basic and applied social psychology*, 36(4), 329-346.
- Roy, R. (2006). *Social relations and chronic pain*: Springer Science & Business Media.
- Sanford, K. (2003). Problem-solving conversations in marriage: Does it matter what topics couples discuss? *Personal relationships*, 10(1), 97-112.
- Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (2006). Close Relationships and Social Support: Implications for the Measurement of Social Support.

- Schiaffino, K. M., & Revenson, T. A. (1995). Relative contributions of spousal support and illness appraisals to depressed mood in arthritis patients. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 8(2), 80-87.
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research and Management*, 16(6), 445-450.
- Schopflocher, D. P. (2003). *Chronic pain in alberta: a portrait from the 1996 national population health survey and the 2001 canadian community health survey*: Health Surveillance, Alberta Health.
- Schwartz, L., & Ehde, D. M. (2000). Couples and chronic pain.
- Scorsolini-Comin, F., & dos Santos, M. A. (2012). Correlations between subjective well-being, dyadic adjustment and marital satisfaction in Brazilian married people. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 166-176.
- Sedikides, C., Rudich, E. A., Gregg, A. P., Kumashiro, M., & Rusbult, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy?: Self-esteem matters. *Journal of personality and social psychology*, 87(3), 400.
- Shafer, K., Jensen, T. M., & Larson, J. H. (2014). An Actor - Partner Model of Relationship Effort and Marital Quality. *Family Relations*, 63(5), 654-666.
- Soo, H., Burney, S., & Basten, C. (2009). The role of rumination in affective distress in people with a chronic physical illness: A review of the literature and theoretical formulation. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 956-966.
- Spanier, G. B., & Lewis, R. A. (1980). Marital quality: A review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 825-839.

- Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine, 36*(5), 575-586.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior, 52*(2), 145-161.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (2001). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain.
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*, 3-32.
- Uysal, A. (2016). Spousal autonomy support, need satisfaction, and well-being in individuals with chronic pain: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, No.
- Uysal, A., Ascigil, E., & Turunc, G. (2017). Spousal autonomy support, need satisfaction, and well-being in individuals with chronic pain: A longitudinal study. *Journal of behavioral medicine, 40*(2), 281-292.
- Van Dam, N. T., Gros, D. F., Earleywine, M., & Antony, M. M. (2013). Establishing a trait anxiety threshold that signals likelihood of anxiety disorders. *Anxiety, Stress & Coping, 26*(1), 70-86.
- Van Egeren, L. A., & Hawkins, D. P. (2004). Coming to terms with coparenting: Implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development, 11*(3), 165-178.
- Villeneuve, L., Trudel, G., Dargis, L., Prévile, M., Boyer, R., & Bégin, J. (2015). The influence of health over time on psychological distress among older couples: the moderating role of marital functioning. *Sexual and Relationship Therapy, 30*(1), 60-77.

- Vinokur, A., Schul, Y., & Caplan, R. D. (1987). Determinants of perceived social support: Interpersonal transactions, personal outlook, and transient affective states. *Journal of personality and social psychology*, *53*(6), 1137.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K., . . . Kessler, R. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*, *113*(3), 331-339.
- Waltz, M., Kriegel, W., & Bosch, P. V. T. P. (1998). The social environment and health in rheumatoid arthritis: marital quality predicts individual variability in pain severity. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, *11*(5), 356-374.
- West, C., Usher, K., Foster, K., & Stewart, L. (2012). Chronic pain and the family: the experience of the partners of people living with chronic pain. *Journal of clinical nursing*, *21*(23-24), 3352-3360.
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of abnormal psychology*, *108*(4), 674.
- Williams, A. M., & Cano, A. (2014). Spousal mindfulness and social support in couples with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, *30*(6), 528.
- Williams, K., Sassler, S., & Nicholson, L. M. (2008). For better or for worse? The consequences of marriage and cohabitation for single mothers. *Social Forces*, *86*(4), 1481-1511.

Wills, T. A., & Shinar, O. (2000a). Measuring perceived and received social support. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 86-135.

Wills, T. A., & Shinar, O. (2000b). Measuring perceived and received social support.

Xu, Y., & Burleson, B. R. (2004). The association of experienced spousal support with marital satisfaction: Evaluating the moderating effects of sex, ethnic culture, and type of support. *The Journal of Family Communication*, 4(2), 123-145.

Zella, S. (2017). Marital status transitions and self-reported health among Canadians: A life course perspective. *Applied Research in Quality of Life*, 12(2), 303-325.

ANNEXE A : CONSENTEMENT DES CO-AUTEURS

ANNEXE A

Consentement des coauteurs

Consentement des co-auteurs pour la parution de l'article scientifique dans l'essai doctoral

Je consens que l'article : «*Dimensions of relationship adjustment as correlates of depressive and anxiety symptoms among individuals living with chronic pain*», dont je suis co-auteur soit inclue dans l'essai doctoral de Catherine Gatién.

Stéphanie Cormier

Signature : Stéphanie Cormier

Date :

Andrea Too

Signature : Andrea Too

Date :

ANNEXE B : DÉCLARATION ÉTHIQUE



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **La douleur chronique au sein du couple : L'association entre la qualité de la relation conjugale et le niveau d'activité physique du partenaire souffrant**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Catherine Gatien**

Date de dépôt du formulaire : **2020-09-21 15:16**

Déposé par : **Cormier, Stéphanie**

Date d'approbation du projet par le CER : **2018-04-04**

Identifiant Nagano : **2757-B**

Numéro(s) de projet : **2019-185, 2757-B**

Formulaire : **F9-4322**

Statut du formulaire : **Approuvé**

Suivi du BCER

1. **Objet: renouvellement de l'approbation éthique**

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2021-10-18

Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

Si votre projet se termine avant cette échéance, vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin de signifier au CER la fin de votre projet de recherche.

Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2020-09-21

Section A: Identification

ANNEXE C : QUESTIONNAIRE DU PARTICIPANT

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré(e) qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Année de naissance: _____

2. Sexe :

Homme ₁

Femme ₂

3. Nombre d'années de scolarité cumulées jusqu'à maintenant (comptez les années complétées à partir de la 1^{ère} année) : _____

4. Statut civile :

Célibataire ₁

Marié (e) ou Union libre ₂

Divorcé (e) ou Séparé (e) ₃

Veuf (ve) ₄

5. Quel est votre statut d'emploi actuel? Cochez la case la plus appropriée.

Étudiant (e) ₁

Travail à temps plein ₂

Travail à temps partiel ₃

À la maison ₄

Retraité(e) ₅

Invalidité temporaire ₆

Invalidité permanente ₇

Sans emploi ₈

Autre ₉ Spécifiez : _____

6. Quelle catégorie représente le mieux votre revenu familial annuel avant les déductions?

Moins de 20 000\$ ₁

20 000 – 34 999\$ ₂

35 000 – 49 999\$ ₃

50 000 – 64 999\$ ₄

65 000 – 79 999\$ ₅

80 000 – 99 999\$ ₆

100 000 – 119 000\$ ₇

120 000\$ et plus ₈

Je ne désire pas répondre ₉

7. À quel groupe ethnique appartenez-vous? Cochez la réponse qui s'applique le mieux.

Blanc / caucasien ₁

Noir / afro-américain (ex. : Haïtien, Africain, Somalien) ₂

Latino / hispanique ₃

Asiatique (ex. : Chinois, Japonais, Vietnamien) ₄

Moyen orient ₅

Natif / premières nation / métis ₆

Autre ₇ Spécifiez : _____

CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR

1. Depuis combien de temps ressentez-vous votre douleur?

jours OU mois OU années

2. Si applicable, quel est le diagnostic principal posé par votre médecin traitant?

Spécifiez : _____

3. Principalement, où avez-vous de la douleur? Cochez une seule catégorie.

- Tête, figure et bouche ₁
- Région cervicale ₂
- Épaules et membres supérieurs ₃
- Région thoracique ₄
- Région abdominale ₅
- Région lombaire, dorsale, sacrum, coccyx ₆
- Membres inférieurs ₇
- Région pelvienne ₈
- Région anale, périnale et génitale ₉
- Syndrome généralisé ₁₀
- Autre ₁₁ Spécifiez : _____

4. Quelle est la circonstance entourant l'apparition de votre douleur? Cochez la case qui représente le mieux votre situation.

- Accident de travail ₁
- Accident avec un véhicule motorisé ₂
- Accident à la maison ₃
- Accident de sport ₄
- Accident sur un lieu public ₅
- Durant ou à la suite d'un cancer ₆
- Durant ou à la suite d'une maladie (autre que le cancer) ₇ Spécifiez : _____
- À la suite d'une chirurgie ₈ Spécifiez : _____
- Mouvement/trauma répétitif ₉
- Événement stressant ₁₀
- Aucun événement précis ₁₁
- Autre raison ou événement ₁₂ Spécifiez : _____

5. Veuillez indiquer, parmi les traitements suivants, ceux que vous avez utilisé dans le passé :

- Médicaments en vente libre (ex. : Tylenol, Motrin) ₁
- Médicaments prescrits par un médecin (ex. : Lyrica, Cymbalta, Flexeril, Dilaudid, etc.) ₂
- Interventions médicales (ex. : injection, bloc facettaire, infiltration, implant d'une pompe, implant d'un neurostimulateur, chirurgie) ₃
- Techniques psychologiques (ex. : relaxation, hypnose, distraction, psychothérapie, groupe de support) ₄
- Traitements physiques (ex. : exercices de physiothérapie, ergothérapie, électrostimulation (TENS), acupuncture, massothérapie, ostéopathie, chaleur/froid, thérapie miroir) ₅
- Autre ₆ Spécifiez : _____

6. Veuillez indiquer, parmi les traitements suivants, ceux que vous utilisez actuellement pour soulager votre douleur :

Médicaments en vente libre (ex. : Tylenol, Motrin) ₁

Médicaments prescrits par un médecin (ex. : Lyrica, Cymbalta, Flexeril, Dilaudid, etc.) ₂

Interventions médicales (ex. : injection, bloc facettaire, infiltration, implant d'une pompe, implant d'un neurostimulateur, chirurgie) ₃

Techniques psychologiques (ex. : relaxation, hypnose, distraction, psychothérapie, groupe de support) ₄

Traitements physiques (ex. : exercices de physiothérapie, ergothérapie, électrostimulation (TENS), acupuncture, massothérapie, ostéopathie, chaleur/froid, thérapie miroir) ₅

Autre ₆ Spécifiez : _____

7. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

Aucune 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Amélioration complète*
amélioration

ANNEXE D : QUESTIONNAIRE DU SOUTIEN CONJUGAL

Consigne : Pour chacun des énoncés qui suivent, veuillez indiquer à quelle fréquence votre conjointe vous a fourni ces éléments de soutien et à quelle fréquence vous lui en avez fourni. Inscrivez le chiffre correspondant à votre choix dans l'espace réservé à cet effet selon l'échelle suivante :

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

1. Mon/Ma conjoint(e) m'encourage lorsque j'en ai besoin.
2. Mon/Ma conjoint(e) me fournit des conseils utiles lorsque j'en ai besoin.
3. Mon/Ma conjoint(e) me soutient dans mes tentatives pour atteindre mes buts.
4. Mon/Ma conjoint(e) comprend ma manière de penser et de ressentir les choses.
5. J'encourage mon/ma conjoint(e) lorsqu'elle en a besoin.
6. Je fournis des conseils utiles à mon/ma conjoint(e) lorsqu'il/elle en a besoin.
7. Je soutiens mon/ma conjoint(e) dans ses tentatives pour atteindre ses buts.
8. Je comprends la manière de penser et de ressentir les choses de mon/ma conjoint(e).

ANNEXE E : ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

Échelle d'ajustement dyadique (Baillargeon et al., 1986)

Encerclez

Nom: _____

Homme Femme

ÉCHELLE DYADIQUE D'ADAPTATION À LA RELATION DE COUPLE

La plupart des gens ont des désaccords dans leurs relations. Pour chacun des items suivants, veuillez indiquer l'étendue d'accord ou de désaccord entre votre époux et vous. Encore une fois, nous vous demandons de répondre au questionnaire séparément et répondez le plus spontanément possible.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Fréquem- ment en désaccord	Presque toujours en dés- accord	Toujours en dés- accord
1. L'administration de votre budget	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2. Le genre de loisirs	-----	-----	-----	-----	-----	-----
3. Les questions religieuses	-----	-----	-----	-----	-----	-----
4. Les manifestations d'affection	-----	-----	-----	-----	-----	-----
5. Le choix d'amis	-----	-----	-----	-----	-----	-----
6. Les relations sexuelles	-----	-----	-----	-----	-----	-----
7. Les conventions sociales (comportement correct et acceptable)	-----	-----	-----	-----	-----	-----
8. La philosophie de la vie	-----	-----	-----	-----	-----	-----
9. La façon d'agir avec vos parents et ceux de votre époux	-----	-----	-----	-----	-----	-----
10. Les buts, les aspirations et les choses qui vous tiennent à coeur	-----	-----	-----	-----	-----	-----
11. Le temps passé ensemble	-----	-----	-----	-----	-----	-----

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Fréquem- ment en désaccord	Presque toujours en dés- accord	Toujours en dés- accord
12. La prise des décisions importantes	-----	-----	-----	-----	-----	-----
13. Les tâches domestiques	-----	-----	-----	-----	-----	-----
14. Les intérêts et activités de temps libre	-----	-----	-----	-----	-----	-----
15. Les décisions de choix de carrière	-----	-----	-----	-----	-----	-----

	Tout le temps	La plupart du temps	Plus souvent qu'autre- ment	De temps à autre	Rarement	Jamais
16. Personnellement, vous arrive-t-il de discuter ou d'envisager la séparation ou la fin de votre relation?	-----	-----	-----	-----	-----	-----
17. Arrive-t-il à votre époux ou à vous de quitter la maison après une querelle?	-----	-----	-----	-----	-----	-----
18. De façon générale, croyez-vous que les choses vont bien entre votre époux et vous?	-----	-----	-----	-----	-----	-----
19. Vous confiez-vous à votre époux?	-----	-----	-----	-----	-----	-----
20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié?	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Plus

	Tout le temps	La plupart du temps	souvent qu'autrement	De temps à autre	Rarement	Jamais
--	---------------	---------------------	----------------------	------------------	----------	--------

21. Vous arrive-t-il de vous quereller? _____

22. Vous arrive-t-il de vous taper mutuellement sur les nerfs? _____

	Chaque jour	Presque chaque jour	Parfois	Rarement	Jamais
--	-------------	---------------------	---------	----------	--------

23. Embrassez-vous votre époux? _____

	Tous	Presque tous	Quelques-uns	Très peu	Aucun
--	------	--------------	--------------	----------	-------

24. Partagez-vous ensemble des intérêts à l'extérieur du foyer? _____

Combien de fois diriez-vous que les événements suivants ont lieu entre votre époux et vous?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
--	--------	---------------------------	---------------------------	------------------------------	-------------------	--------------

25. Avoir un échange d'idées qui soit enrichissant _____

26. Rire ensemble _____

27. Discuter calmement de quelque chose _____

28. Travailler ensemble à quelque chose _____

ANNEXE F : QUESTIONNAIRE CES-D

Questionnaire CES-D

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Morin et al., 2011)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

1. J'ai été contrarié par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

6. Je me suis senti déprimé.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

8. J'ai été confiant en l'avenir.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

9. J'ai pensé que ma vie était un échec.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

10. Je me suis senti craintif.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

11. Mon sommeil n'a pas été bon.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

12. J'ai été heureux.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

13. J'ai parlé moins que d'habitude.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

14. Je me suis senti seul.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

15. Les autres ont été hostiles envers moi.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

16. J'ai profité de la vie.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

17. J'ai eu des crises de larmes.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

18. Je me suis senti triste.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

20. J'ai manqué d'entrain.

Jamais ou très rarement (Moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
---	------------------------------------	--------------------------------	--

ANNEXE G : QUESTIONNAIRE STICSA

Questionnaire STICSA

State-Trait Inventory of Cognitive and Somatic Anxiety (Duhamel et al., 2012)

Vous trouverez ci-dessous des énoncés pouvant être utilisés pour décrire la façon dont les gens se sentent. À côté de chacun d'eux se trouvent quatre chiffres qui permettent d'indiquer à quelle fréquence chaque énoncé est vrai pour vous (p. ex., 1 = presque jamais, 4 = presque toujours). Veuillez s'il vous plaît lire chaque énoncé et choisir le chiffre qui indique le mieux à quelle fréquence, en général, cet énoncé est vrai pour vous.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Presque Jamais 1	À l'occasion 2	Souvent 3	Presque toujours 4
Mon cœur bat rapidement.	1	2	3	4
Mes muscles sont tendus.	1	2	3	4
Je me sens angoissé par mes problèmes.	1	2	3	4
Je pense que les autres ne m'approuveront pas.	1	2	3	4
Je sens que je passe à côté d'occasions parce que je ne peux pas me faire une idée assez rapidement.	1	2	3	4
Je me sens étourdi.	1	2	3	4
Je sens que mes muscles sont faibles.	1	2	3	4
Je me sens tremblant et chancelant.	1	2	3	4
J'imagine des malheurs futurs.	1	2	3	4

	Presque Jamais 1	À l'occasion 2	Souvent 3	Presque toujours 4
Je n'arrive pas à me débarrasser de certaines pensées.	1	2	3	4
J'ai du mal à me rappeler de certaines choses.	1	2	3	4
Je ressens de la chaleur au niveau de mon visage.	1	2	3	4
Je pense que le pire va arriver.	1	2	3	4
Je sens que mes bras et mes jambes sont engourdis.	1	2	3	4
Je sens que j'ai la gorge sèche.	1	2	3	4
Je me tiens occupé pour éviter d'avoir des pensées inconfortables.	1	2	3	4
Je ne peux me concentrer sans être dérangé par des pensées non pertinentes.	1	2	3	4
Ma respiration est rapide et peu profonde.	1	2	3	4
Je m'inquiète de ne pas pouvoir contrôler mes pensées autant que je le voudrais.	1	2	3	4
J'ai des papillons dans l'estomac.	1	2	3	4
Je sens que les paumes de mes mains sont moites.	1	2	3	4