



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences  
sociales et politiques

# **Rêveries compulsives – Validation de la version francophone du Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-F)**

Mémoire de recherche

Maîtrise universitaire ès Sciences en Psychologie

Université de Lausanne

Juin 2019

Robin Balestra

Sous la direction de : Daniela Jopp

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Daniela Jopp, Rémy Amouroux, Christine Mohr et Claudia Meystre pour l'aide qu'ils m'ont apporté tout au long de mon travail et pour l'expérience enrichissante que j'ai vécue en participant à ce groupe de recherche.

Je souhaite également remercier ma famille et mes proches qui m'ont soutenu et encouragé durant toute la réalisation de ce travail de mémoire. Je pense particulièrement à mes parents : Harold Balestra et Christine Hilfiker ainsi qu'à Johannie Fort.

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
1.1 CONTEXTUALISATION DANS LA RECHERCHE .....	9
1.2 HYPOTHÈSES .....	11
<b>2. MÉTHODES</b> .....	<b>13</b>
2.1 PARTICIPANTS .....	13
2.2 MESURES .....	14
2.2 ANALYSES STATISTIQUES .....	16
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	<b>17</b>
3.1 ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE.....	17
3.2 CORRÉLATIONS ENTRE SOUS-ÉCHELLES ET MDS SCORE .....	20
3.3 CUT-OFF .....	21
3.4 VALIDITÉ CONVERGENTE ET VALIDITÉ DISCRIMINANTE DU MDS.....	23
<b>4. DISCUSSION</b> .....	<b>25</b>
4.1 LIMITES.....	28
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>29</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>30</b>

## Abstract

La rêverie compulsive est un phénomène mental encore peu connu, caractérisé par une vaste activité fantasmatique avec une propension à la fantaisie, qui peut avoir un impact négatif sur la vie et qui est parfois accompagné de mouvements répétitifs ou stéréotypés. Cette étude a pour objectif la première validation de la version francophone du *Maladaptive Daydreaming Scale* (MDS-F), initialement développé et validé avec une population anglophone par Somer & al. (2016). Notre échantillon était composé de 456 personnes francophones provenant de Suisse et de France. Les résultats ont confirmé un modèle à trois facteurs tel qu'il était attendu d'après les précédentes validation de cette échelle, et ont démontré des propriétés psychométriques acceptables. Les scores au MDS-F étaient associés aux dimensions de l'immersion sensorielle et de la dissociation mais moins aux dimensions de la dépression et de l'amnésie. Étant donné les niveaux de sensibilité et de spécificité moyennement satisfaisants qui séparent les MDers des non MDers, le MDS-F mérite d'être réévalué. Une validation plus solide de cette échelle semble nécessaire pour qu'elle puisse être utilisée dans de futures recherches et dans la clinique. Cette étude décrit tout de même un outil utile pour le diagnostic de la rêverie compulsive et participe à la compréhension globale de ce trouble pour lequel des méthodes de traitement spécialisées seront peut-être bientôt développées.

## 1. Introduction

Il nous arrive à tous d'être « dans la lune », déconnectés de la réalité le temps d'un instant, dans nos pensées, mais cela ne dure jamais bien longtemps et nous reprenons très vite nos esprits pour continuer ce que nous étions en train de faire. La recherche nous apprend que pour un nombre croissant de personnes, cet état de rêverie se manifeste sous une forme beaucoup plus intense, au point que cela devient handicapant pour une grande majorité d'entre eux. En effet, de plus en plus de personnes témoignent d'un besoin parfois compulsif, de se plonger eux-mêmes dans ces rêves éveillés qui peuvent durer plusieurs heures, et parfois pendant plus de la moitié de la journée (Bigelsen & Schupak, 2011). Il semblerait que ces personnes soient capables de créer, en pensées, des mondes imaginaires très riches et détaillés. Nous pouvons facilement imaginer les difficultés que cela peut entraîner au niveau social, professionnel ou de manière générale dans la vie de tous les jours.

On constate un nombre croissant de forums ou autres pages internet consacrées aux rêveries compulsives, sur lesquels des personnes du monde entier partagent leurs préoccupations, inquiétudes, souffrances, liées à leur tendance à passer énormément de temps dans des rêves éveillés. Pour une grande partie d'entre elles, ces rêves sont accompagnés de mouvements répétitifs tels que des stimulations ou des balancements. Ces personnes semblent trouver du réconfort en découvrant qu'elles ne sont pas les seules à vivre ce type d'expérience et en pouvant demander des conseils à des gens qui partagent le même vécu. C'est notamment grâce à ces forums et divers sites internet que les spécialistes de la santé ont pu remarquer que ce phénomène touchait de plus en plus de monde.

Il paraît important de préciser que d'un point de vue différentiel, ces personnes sont conscientes que leurs rêves ne sont pas la réalité, il n'y a donc pas chez elles de rupture du lien à la réalité comme c'est le cas chez les patients souffrant de schizophrénie. Quand ces personnes vont chez un médecin pour savoir ce qu'elles ont et pour recevoir de l'aide, leur souffrance n'est ni connue ni reconnue, les diagnostics sont erronés et elles ne se sentent donc pas comprises. La plupart du temps, elles reçoivent diagnostics tels que des troubles de déficits d'attention (TDAH) ou des troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Compte tenu du fait que ce phénomène n'apparaît à première vue nulle part dans le Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders (DSM) ou dans d'autres systèmes de classification, ce constat n'est pas étonnant.

Mais alors comment comprendre ces symptômes ? Comment définir cette « pathologie » ? Est-ce que c'en est une ? A partir de quel moment ces gens ne sont plus simplement « dans la lune » ? Peut-on mettre en avant une cause ou une nature de ce phénomène ? Telles sont les questions qui ont nourri notre réflexion et nous ont poussé à approfondir le sujet. Dans ce travail, nous tenterons d'y amener quelques éléments de réponses.

Laisser aller son imagination ou laisser son esprit dériver est un processus mental tout à fait normal qui est plus communément appelé « les rêveries ». Ce phénomène cognitif est très répandu : 96% des américains l'expérimenteraient chaque jour (Singer, 1966). D'après Killingsworth et Gilbert (2010), ces rêveries engloberaient presque la moitié de nos pensées, et nous en activerions même jusqu'à des centaines chaque jour (Klinger, 2009).

Il est important de définir et différencier les types de rêveries mentionnés dans la littérature. Beaucoup d'auteurs décrivent ces rêves éveillés de manière très générale ce qui conduit à des définitions qui prennent en compte toutes les pensées abstraites (Singer, 1975 ; Smallwood, Obonsawin & Heim, 2003). Cette vision très globale des rêveries correspond à ce que Marcus Raichle (2010) appelle « le mode de pensée par défaut ». Il le décrit comme une fonction de base du cerveau qui est enclenchée lorsqu'un sujet laisse vagabonder ses pensées sans que rien ne captive son attention. Il précise aussi que « ce mode de pensée par défaut correspond à un ensemble de régions cérébrales qui consomment plus d'énergie lorsque nous ne faisons rien que lorsque nous faisons quelque chose ». Ces définitions ne sont pas assez discriminantes pour saisir le caractère excessif et impactant des rêveries qu'expérimentent ces personnes, et cela peut porter à confusion. Voici donc trois pistes pour comprendre notre objet d'étude.

#### 1) Fantaisie

« Un conte de fiction créé par un sujet pour son propre plaisir et pour aucun autre but constitue un exemple de fantaisie » (Klinger, 1971). C'est cette définition de la fantaisie que Bigelsen et Schupak (2011) ont choisi pour décrire le comportement de leur population de rêveurs diurnes. C'est par ce terme de fantaisie qu'ils les différencient

du reste de la population. Klinger (1990) avance que « la plupart d'entre nous ont des rêves fantaisistes, mais pour la plupart d'entre nous, les rêves les plus fantaisistes n'occupent qu'une infime partie de nos pensées », et il se trouve que ce sont justement ces rêves très fantaisistes que ces personnes décrivent comme étant absorbants et excessifs. D'après cette théorie, le terme le plus adapté pour décrire ce que vivent ces gens serait donc « la fantaisie ».

## 2) Focused daydreaming et mind-wandering

Dorsh (2015) distingue deux niveaux de rêveries, deux processus internes qui peuvent être confondus ou utilisés pour décrire la même chose, que l'on peut considérer comme faisant partie de la même instance de « daydreaming » (rêveries), mais qui sont de natures bien distinctes. Premièrement, le « mind-wandering » (errance mentale) qu'il décrit comme une diminution importante du contrôle sur notre flux de pensée et sur notre conscience. Cela se produit donc quand nous laissons nos pensées dériver et que nous nous laissons divertir par des expériences et des pensées non contrôlées. Par exemple, lorsque nous assistons à une conférence ennuyeuse ou que nous regardons par la fenêtre d'un train en marche, il arrive que nous regardions dans le vide et que nous laissions libre court à notre imagination. Et deuxièmement le « focused daydreaming » (rêve éveillé), que Dorsh décrit également comme un retrait du monde qui nous entoure, mais cette fois-ci avec des objets ou événements absents, passés ou imaginaires, sur lesquels nous prenons un contrôle beaucoup plus important que dans le « mind-wandering ». Il décrit ces rêves éveillés comme des projets mentaux qui possèdent une structure narrative et sur lesquels le sujet a un certain contrôle et un rôle plus actif. La personne choisit un thème, invente un scénario et peut décider de la tournure des événements. C'est à ce deuxième type de rêverie que correspondent les expériences partagées par notre population en question. Le bon terme pour décrire notre objet d'étude serait donc ici « focused daydreaming ».

## 3) La troisième référence utile à la compréhension de notre objet d'étude est celle de Serge Tisseron (2012) qui différencie la « rêverie » et la « rêvasserie ». Il décrit les « rêveries » comme des constructions mentales qui sont liées à la réalité du sujet, impliquant des situations et des personnes de son entourage, et qui vont permettre une satisfaction du désir de la même manière que dans un rêve. Sa description de la « rêvasserie » nous intéresse davantage. D'après lui, la rêvasserie prend certes du

temps et de l'énergie mais n'a aucune relation avec la vie réelle ni avec la vie imaginaire. Tisseron la voit comme un refuge, dans un monde intérieur fantastique où tout est possible en pensée, où règne la toute-puissance fantasmatique, et qui peut prendre l'apparence d'une addiction quand l'attrait pour ce monde devient trop important. S'il n'y a aucun lien avec la vie réelle ou avec la vie imaginaire du sujet, il n'y en a pas non plus avec son passé, avec son présent, ou avec son avenir. Ces rêvasseries ne seraient « qu'une façon de s'évader d'une réalité présente, ou du souvenir douloureux d'une réalité passée. Il mentionne également le traumatisme en décrivant la « rêvasserie » comme un écran entre le sujet lui-même et un événement traumatique en mal de symbolisation.

Ce phénomène peut être mal vécu par la personne et la mener à de la colère, de l'angoisse ou de la honte vis-à-vis de ses propres fantasmes. Tisseron explique que « le danger est que cette honte provoque un retrait social de telle façon que l'attrait pour une activité mentale dissociée s'en trouve renforcé, dans un cercle vicieux sans fin ». Cette souffrance liée au retrait social et ce cercle vicieux se ressentent très clairement dans les nombreux témoignages sur Internet. À noter que ces « rêvasseries », tout comme les fantasmes et à l'inverse des rêves, seraient des productions psychiques ininterprétables, et que « la seule façon de travailler avec ces patients est de les inviter à parler de choses concrètes de leur existence de façon à leur permettre de commencer à construire de vraies rêveries à leur sujet » (Tisseron, 2012).

Nous avons vu qu'il y a plusieurs manières différentes de décrire et de nommer ce phénomène de rêveries diurnes, et que le terme le plus pertinent varie selon l'approche théorique. Toutefois, le terme le plus communément utilisé dans le cadre de la recherche à propos de ces symptômes, et auquel des milliers d'individus qui en souffrent s'identifient est : « maladaptive daydreaming » (rêveries compulsives).

Ce terme est introduit par Somer (2002) qui décrit ces rêveries diurnes inadaptées comme étant une vaste activité fantasmatique qui remplace les interactions humaines ou qui interfère avec des activités académiques, interpersonnelles ou professionnelles. Les individus atteints par ce phénomène – les « Maladaptives Daydreamers » (MDers) – peuvent passer plusieurs heures en étant complètement absorbés dans des rêveries très développées et fantastiques,



parfois accompagnées par des mouvements stéréotypés, ce qui entrave leur participation à la vie quotidienne et péjore leur fonctionnement (Somer, 2013). Ces symptômes sont donc souvent la cause d'une grande souffrance, ce qui a amené certains auteurs à attribuer à ces rêveries un aspect pathologique (Somer, Soffer-Dudek, Ross & Halpern, 2017).

### 1.1 Contextualisation dans la recherche

Ce travail s'inscrit dans un groupe de recherche de l'Université de Lausanne (UNIL). Cette recherche est menée par Daniela Jopp, Rémy Amouroux et Christine Mohr, professeurs affiliés à l'institut de psychologie de l'UNIL. Elle a été mise en place en 2016 et a pour but de s'intéresser au phénomène de rêveries compulsives dans le monde francophone.

Si la recherche à propos des rêveries compulsives est relativement récente, la constitution de ce groupe de recherche fait toute même suite à de nombreuses autres études menées par différents auteurs. En 2002, Somer introduit pour la première fois le terme de « Maladaptive Daydreaming », et lance une étude exploratoire afin de mieux saisir la nature de ce phénomène particulier. De cette étude, Somer (2002) aura identifié deux fonctions aux rêveries compulsives ainsi que cinq thèmes récurrents dans les rêves de ses sujets. Selon lui, la première fonction est de permettre un désengagement du stress et de la douleur via l'amélioration de leur humeur, ainsi que la possibilité de réaliser des souhaits et fantasmes divers. La deuxième est de procurer à l'individu un environnement rassurant et aimant en créant une expérience relationnelle positive et rassurante, romantique ou amicale. Les thèmes communs aux différents rêves sont : la violence, l'idéalisation de soi, le pouvoir et le contrôle, la captivité ainsi que le sauvetage et l'évasion, et finalement l'excitation sexuelle. Somer a remarqué un autre point commun à ses patients : ils expliquent avoir commencé à expérimenter ces rêveries dans un environnement infantile vécu comme aversif ou traumatisant. C'est sûrement en partie pour cela qu'il a, dans un premier temps, avancé l'idée que la rêverie compulsive serait une stratégie de coping développé par l'individu pour faire face à des expériences difficiles ou traumatisantes vécues pendant l'enfance.

Cette hypothèse du coping (du moins comme un processus systématique) a ensuite été écartée par d'autres auteurs, notamment par Schupak et Rosenthal (2009) qui présentent le cas d'une femme expérimentant des rêveries compulsives depuis de longues années mais n'ayant pas vécu une enfance traumatisante, et qui raconte également ne pas avoir été gênée dans ses activités académiques ou professionnelles. Bigelsen et Schupak (2011) ont également

écarté cette théorie en montrant que moins d'un tiers de leurs sujets d'étude affirment avoir vécu une enfance traumatisante ou abusive.

En 2016, Somer, Lehrfeld, Bigelsen et Jopp publient un article dans lequel ils présentent « the maladaptive daydreaming scale » (MDS), un questionnaire d'auto-évaluation de 14 items qui évalue la rêverie compulsive. Ces 14 items ont été développés sur la base de données qualitatives récoltées auprès de personnes qui se sont auto-identifiées comme rêveurs compulsifs. Ils évaluent les caractéristiques clefs de ce phénomène (données qualitatives, contrôlabilité, bénéfiques et dysfonctionnement). Après avoir testé les propriétés psychométriques, trois dimensions clefs sont ressorties, capables de distinguer les personnes atteintes de rêverie compulsive des rêveurs « normaux ». La dimension « Yearning » contient les items relevant de l'envie extrême et du plaisir associé à ce type de rêverie. La dimension « Kinesthesia » rassemble les items liés aux mouvements physiques qui accompagnent l'activité. Et enfin, la dimension « Impairment » comporte les items reflétant la détresse et l'impact dysfonctionnel dans la vie de la personne. Les scores des sujets qui se sont eux-mêmes identifiés comme « rêveurs compulsifs » sont, pour chacun des trois items, supérieurs aux sujets contrôles, évoquant de fait un aspect pathologique à cette condition (Somer & al., 2016).

Pour finir, Somer, Somer & Jopp (2016) ont mené une étude pour tenter d'identifier la nature des rêveries compulsives, leurs facteurs de risques ou prédispositions et leurs conséquences. Ils se sont basés sur les récits de seize personnes s'identifiant comme rêveurs compulsifs. Grâce à ces descriptions d'expériences vécues et aux émotions qui en résultent, Somer & al. (2016) ont pu mettre en évidence sept thèmes communs : (1) la capacité de création d'univers fantaisistes élaborés, (2) le lien entre la rêverie et l'isolement social ainsi que la détresse émotionnelle qui en résulte, (3) le rôle du traumatisme dans le développement de ce phénomène, (4) les récompenses de la rêverie chez l'individu qui l'expérimente, (5) l'aspect addictif, (6) la peur et la honte qui tendent à la dissimulation et à l'isolement, et pour finir (7) les vaines tentatives de traitements.

En prenant appui sur ces études, le groupe de recherche à l'UNIL a décidé de poursuivre et d'approfondir ces découvertes sur ce phénomène, en particulier pour travailler avec une population francophone. De ce fait, un questionnaire auto-reporté a été développé et mis en ligne pour récolter des données. Dans ce questionnaire se trouvent plusieurs sous-parties afin d'évaluer plusieurs échelles : la version traduite en français du *Maladaptive Daydreaming*

*Scale* (MDS), le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), le *Dissociative Experiences Scale* (DES) et le *Sense of Presence in Daydreaming* (SPD). On y trouve également à la fin une sous-partie avec des questions qualitatives afin de recueillir des informations supplémentaires concernant l'activité de rêverie des individus.

## 1.2 Hypothèses

La version anglaise du MDS, créée par Somer, a été validée (Somer & al, 2016) et une version en hébreux (MDS-H) a également été validée par Jopp & al (2018). Ce travail participe donc à la validation de la version francophone de cette échelle, dans le but de poursuivre l'exploration et d'affiner la connaissance de ce phénomène encore peu connu.

L'objectif principal de ce travail est de montrer une consistance dans l'apparition de ce nouveau phénomène qu'est la rêverie compulsive. Pour cela, il faut entre autres tester son applicabilité dans différentes cultures, et c'est ce que nous allons faire dans cette étude. Effectivement, réaliser des mesures similaires à celles qui ont déjà été faites avec d'autres populations permettra certainement de trouver des concordances et de confirmer une certaine consistance ou universalité de ce phénomène. Ceci montrerait, tout comme l'étude de Jopp & al. (2018), que ce phénomène est cohérent et mesurable de manière fiable dans une société qui n'est pas anglophone. Montrer qu'il est indépendant de la culture contribuerait à prouver son universalité.

Ainsi, le premier objectif est donc la validation de l'échelle MDS dans sa version francophone. Pour ce faire, nous allons procéder à une analyse factorielle exploratoire afin de tester et confirmer le modèle à trois facteurs que sont « Yearning », « Kinesthesia » et « Impairment », identifié par Somer & al. (2016) et confirmé par Jopp & al. (2018). Nous pouvons espérer que ce modèle sera également ajusté avec nos données francophones, et que ce sont ces trois dimensions clefs qui en ressortiront.

Nous allons ensuite les corrélérer, ainsi que les scores totaux au MDS, avec les différentes sous-échelles du questionnaire (HADS, DES et SPD). Nous posons l'hypothèse que ces corrélations seront significatives, ce qui signifierait qu'il y a bel et bien un lien entre le fait d'expérimenter des rêveries compulsives et les aspects pathologiques et souffrant de la dépression/anxiété (HADS) et des expériences de dissociation (DES), et le caractère absorbant d'un faible

sentiment de présence ou de conscience lors d'une telle rêverie (SPD). Par ailleurs, l'idée est également de voir si l'on peut établir des corrélations entre certaines dimensions de ces questionnaires et une des trois dimensions du MDS : « Yearning », « Impairment » ou « Kinesthesia ».

Le deuxième objectif de ce travail est de contribuer à l'établissement d'une limite entre le normal et le pathologique. Il s'agit de mettre en évidence des indicateurs, des seuils, à partir desquels nous pourrions déterminer qu'une personne n'est plus seulement encline à « être dans la lune », mais souffrirait bien d'une pathologie. Le terme de souffrance n'est d'ailleurs pas choisi au hasard puisqu'il est souvent pris en compte dans le débat autour du normal et du pathologique, comme dans cette thèse de Wakefield (1992) : « les maladies mentales sont le résultat d'un dysfonctionnement biologique, socialement préjudiciable ». On retrouve ici l'idée selon laquelle il faudrait que la personne souffre de ses symptômes et que ceux-ci entravent significativement sa vie pour être considérée comme malade.

Dans un deuxième temps, nous allons donc déterminer un cut-off en comparant les scores des individus au MDS avec leurs auto-évaluations, c'est-à-dire leur réponse à la question « vous considérez-vous comme un rêveur compulsif ? ». Cette valeur représentera donc le score MDS à partir duquel on déciderait de qualifier la personne de rêveuse compulsive.

Grâce à ce seuil, nous pourrions séparer les individus en deux catégories : les MDers qui auront obtenu un score égal ou supérieur à ce seuil, et les non MDers qui n'auront pas été diagnostiqués rêveurs compulsifs par le MDS car leur score se situera en dessous de ce seuil. Avec chacune de ces deux catégories nous pourrions donc calculer pour le HADS, le DES et le SPD les moyennes et écarts-types. À l'aide d'un t-test nous déterminerons ensuite si les relations entre ces sous-échelles et le diagnostic posé par le MDS sont significatives. Nous espérons qu'elles le soient, de telle manière à ce que nous puissions confirmer la fonction discriminante de ces questionnaires et la consistance du versant pathologique de ce phénomène qu'est la rêverie compulsive.

Bien que ce ne soit pas suffisant à fixer une limite entre le normal et le pathologique – d'autres éléments entrent en jeu – cela contribue à une meilleure compréhension du phénomène et donne des indices quant à cette limite, au regard des scores au MDS mais aussi aux autres sous-échelles (HADS, DES et SPD).

Comme nous l'avons évoqué, ce travail cherche en partie à montrer une potentielle concordance de ce phénomène, en comparant les résultats de certaines mesures à ceux qui ont été réalisés avec d'autres populations. On pose donc l'hypothèse que ce cut-off sera sensiblement similaire à ceux qui ont été mesurés avec une population anglophone aux États-Unis (Somer & al, 2016) et avec une population qui parlait hébreux en Israël (Jopp & al, 2018).

Ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche plus vaste sur les rêveries compulsives. Si elle conduit à décrire ce trouble de manière plus précise et scientifiquement valide, la recherche permettra d'aider les personnes qui en souffrent à mettre un nom sur leur souffrance, à la légitimer et à être reconnus. Pour aider ces gens, il est nécessaire de pouvoir développer des outils d'évaluation valides qui permettraient le dépistage de populations plus importantes, l'obtention d'informations sur la prévalence dans diverses cultures, la détermination ainsi que des spécificités uniques par rapport à d'autres troubles psychiatriques bien établis, et l'élaboration de critères diagnostiques pour les rêveries compulsives (Jopp & al, 2018). Ce travail s'ancre donc dans la continuité d'autres articles qui contribuent à cet objectif, en participant ici à la validation de la version francophone du MDS. Il servirait donc également à fournir des preuves supplémentaires de l'existence de la rêverie compulsive. L'objectif à long terme est d'établir le « Maladaptive Daydreaming » comme une nosologie psychiatrique valide. De cette manière, des traitements seraient éventuellement développés et ces personnes pourraient recevoir de l'aide car elles seraient d'avantage comprises par les professionnels de la santé.

## 2. Méthodes

### 2.1 Participants

Les participants se divisent en trois groupes différents : certains sont des étudiants de l'Université de Lausanne, certains ont été recrutés en France à Aix-en-Provence et le troisième groupe est composé de participants francophones mais qui n'ont été recrutés ni à l'Université de Lausanne ni à Aix-en-Provence. Les recrutements ont été faits de différentes manières : en échange de leur participation, nous avons offert aux étudiants des points nécessaires à la validation de leurs cours, sur Internet via des pages Facebook / des sites / des forums

consacrés aux rêveries compulsives, et grâce au bouche-à-oreille et aux efforts des professeurs, assistants et étudiants qui participent à cette recherche.

Un total de 1677 participants a répondu au questionnaire, dont 456 (27,2%) n'ont pas de valeurs manquantes et sont valides (380 femmes et 76 hommes). Parmi cet échantillon de 456 individus 151 (33.1%) sont des étudiants de l'Université de Lausanne, 145 (31.8%) viennent d'Aix-en-Provence et les 160 (35.1%) derniers forment le troisième groupe. À la question « Vous considérez-vous comme un « rêveur inadapté ou compulsif ? », 119 (26%) d'entre eux ont répondu souffrir de ce phénomène et 337 (74%) ont affirmé ne pas être rêveurs compulsifs.

**Tableau 1**

Informations démographiques.

		<b>N (%)</b>	<b>Female N(%)</b>
UNIL	MDer	13 (8.6)	10 (76.9)
	Non MDer	138 (91.4)	107 (77.5)
	Total	151 (100)	117 (77.5)
Aix	MDer	27 (18.6)	22 (81.5)
	Non MDer	118 (81.4)	106 (89.8)
	Total	145 (100)	128 (88.3)
Non students	MDer	79 (49.4)	64 (81)
	Non MDer	81 (50.6)	71 (87.6)
	Total	160 (100)	135 (84.4)
Total sample	MDer	119 (26.1)	96 (80.7)
	Non MDer	337 (73.9)	284 (84.3)
	Total	456 (100)	380 (83.3)

Note. *N* = nombre d'individus ; *M* = moyenne ; *SD* = écart-type ; MDer = individus auto-diagnostiqués rêveurs compulsifs.

## 2.2 Mesures

Les individus participant à cette étude ont d'abord dû fournir quelques informations démographiques telles que l'âge, le sexe ou le niveau de formation.

Il leur a ensuite été demandé de remplir quatre questionnaires, dont le MDS et trois autres qui évaluent des troubles de santé mentale qui seraient potentiellement liés à la rêverie compulsive :

- Le MDS : *Maladaptive Daydreaming Scale* (décrit plus haut), composé des trois dimensions « Yearning », « Kinesthesia » et « Impairment » (Somer & al., 2016). Ce questionnaire a été traduit en français à partir de la version originale en anglais. Il comprend 14 items auxquels les participants ont dû répondre sur la base d'une échelle allant de 0% (jamais / pas du tout) à 100% (toujours / extrêmement) avec des intervalles de 10%.
- Le HADS : le Hospital Anxiety and Depression Scale est un auto-questionnaire de 14 items qui évalue la symptomatologie anxieuse et dépressive sans chercher à distinguer différents types de dépressions ou d'états anxieux (Snaith, 2003). Il est composé de 7 items qui évaluent la dimension de l'anxiété, et de 7 autres items qui évaluent la dimension de la dépression.
- Le DES : le Dissociative Experiences Scale est le questionnaire le plus fréquemment utilisé pour évaluer les expériences de dissociation chez un individu (Bernstein & Putnam, 1986). Il est composé de 28 items auxquels l'individu doit répondre par un pourcentage : 0% pour jamais et 100% pour tout le temps avec des intervalles de 10%, le score total étant la moyenne des 28 réponses. Le DES comprend trois sous-échelles : l'amnésie et la dépersonnalisation (expériences dissociatives pathologiques), et l'absorption (expérience dissociative normale).
- Le SPD : le Sense of Presence in Daydreaming comprend 9 questions qui évaluent le niveau de présence ou de conscience des individus lors d'une rêverie compulsive. Ce questionnaire est composé de 6 questions tirées d'outils conçus pour mesurer le sens de la présence dans les mondes de réalité virtuelle (Slater, Steed, McCarthy et Maringelli, 1998 ; Witmer & Singer, 1994), et de 3 questions concernant le niveau d'immersion qui viennent d'un questionnaire sur les tendances immersives (Witmer & Singer, 1994). Dans cette partie du questionnaire, il est demandé aux participants de se remémorer leur rêve éveillé le plus long et le plus intense de leurs deux dernières semaines. Ils doivent ensuite évaluer leur sentiment de présence et l'engagement de leurs sens durant ce rêve en utilisant une échelle allant de 1 (pas du tout impliqué) à 7 (totalement impliqué).

Viennent ensuite une série de questions qualitatives d'auto-évaluation à propos des rêves des individus, du temps passé à rêver ou des conséquences négatives qu'impliquent ces rêveries sur leurs vies.

## 2.2 Analyses statistiques

Nous avons utilisé SPSS (version 25) pour toutes nos analyses statistiques, modèles factoriels, statistiques descriptives, tests de significativités, estimation de tailles d'effets, graphiques.

Plusieurs analyses factorielles exploratoires ont été effectuées pour développer notre modèle factoriel du MDS. La courbe des éboulis (scree plot) a également été générée par une analyse factorielle. Le  $d$  de Cohen (Cohen, 1992) a été utilisé pour déterminer les tailles d'effets. Nous nous sommes basés sur l'alpha de Cronbach pour déterminer les cohérences internes au score total du MDS à ses sous-dimensions.

Pour la mesure du cut-off, donc du seuil discriminatoire qui permettrait de diagnostiquer une personne rêveuse compulsive ou non à partir de son score au Maladaptive Daydreaming Scale, nous avons utilisé une courbe ROC. Cette analyse évalue l'efficacité d'un test, elle mesure sa performance en considérant le taux de vrais positifs en fonction du taux de faux positifs. La courbe en elle-même représente la relation entre la sensibilité et la spécificité du test pour chaque valeur seuil considérée. La surface sous cette courbe détermine la probabilité que le résultat du test diagnostique correctement la personne qui l'a passé. Cette surface peut varier entre 1 (discrimine correctement dans 100% des cas) et 0,5 (pas discriminant car le résultat sera juste seulement dans 50% des cas, ce qui revient à poser un diagnostic au hasard). Cette analyse permet donc de fixer le meilleur seuil discriminatoire possible et il y a deux méthodes qui sont principalement utilisées. La première consiste à trouver le point sur la courbe qui est le plus proche du coin en haut à gauche du graphique, donc le point où la sensibilité = 1 et la spécificité = 0. L'autre méthode est d'utiliser l'index de Youden, il faut donc maximiser la sensibilité et la spécificité en trouvant le seuil auquel l'on trouvera la plus grande valeur en additionnant la sensibilité et la spécificité -1.



### 3. Résultats

#### 3.1 Analyse factorielle exploratoire

Nous avons donc procédé à une analyse factorielle afin de déterminer le meilleur modèle possible. Le meilleur modèle est celui qui identifie le moins de variables latentes pour expliquer la plus grande part de variance possible, sur la base des 14 items qui constituent le MDS. Pour commencer voici un tableau descriptif des différents items.

**Tableau 2**

Moyennes et écarts-types des MDers et non MDers aux différents items du MDS.

Item	Short text	MDers (N=77)		Non MDers (N=51)	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Qual1	Physical activity	54.80	31.23	26.67	25.90
Qual2	Noises and facial expressions	61.81	26.34	46.47	24.32
Ctrl1	Maintain control	56.36	22.24	34.12	20.31
Ctrl2	Resume after interruption	63.25	19.29	49.02	25.47
Ctrl3	Urge after waking up	49.22	32.67	26.47	24.32
Ctrl4	Complete goals without daydreaming	64.28	20.35	46.67	17.74
Dis1	Annoyed at being interrupted	48.96	25.42	39.60	23.41
Dis2	Distressed about quantity of time daydreaming	49.87	25.78	24.51	21.48
Dis3	Distressed about inability to find time to daydream	52.08	22.02	35.69	20.90
Ben1	Rather daydreaming than be social or pursue hobbies	49.09	23.18	33.33	23.89
Ben2	Daydreaming is comforting or enjoyable	71.69	23.36	55.69	22.91
Func1	Interferes with basic chores	49.22	24.21	32.74	21.17
Func2	Interferes with academic / occupational success	48.44	27.91	27.45	21.71
Func3	Interferes with achieving overall life goals	50.39	24.78	26.27	19.18

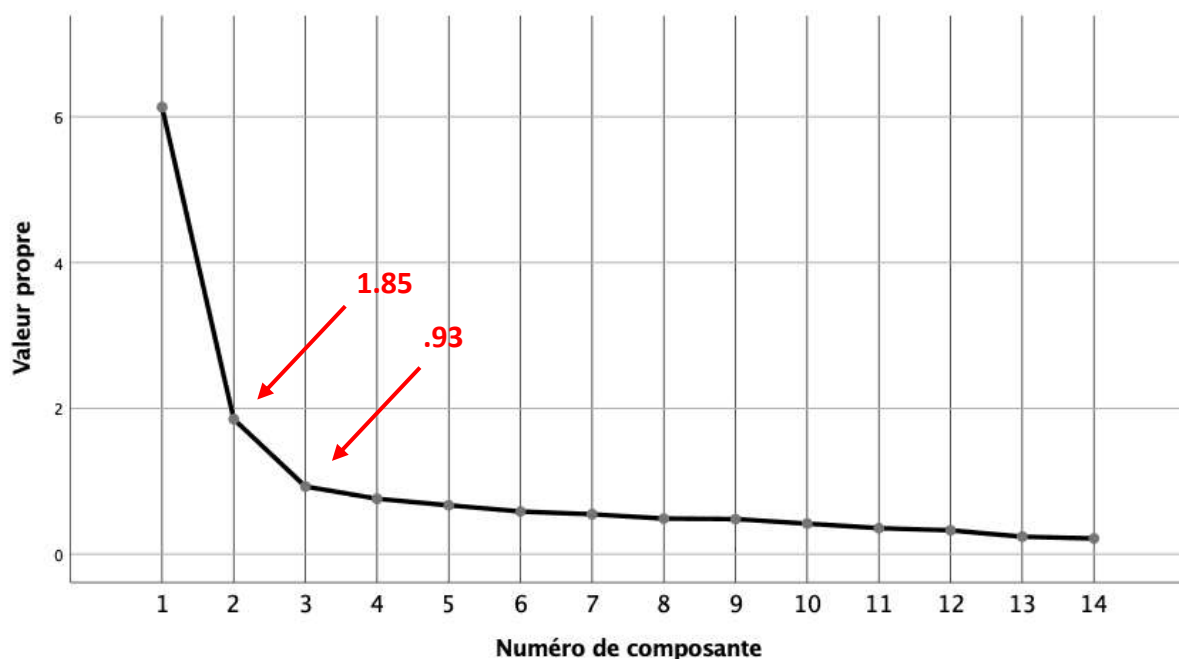
Note. MDer = individus auto-diagnostiqués rêveurs compulsifs ; *M* = moyenne ; *SD* = écart-type.

Comme première mesure de cette analyse factorielle, un scree plot a été réalisé à partir des différents items du MDS. Cette analyse a été effectuée avec l'échantillon complet (N = 195). Comme on peut le voir dans le *Tableau 3*, seules les deux premières composantes ont des

valeurs propres supérieures à 1, alors que les suivantes ont des valeurs propres inférieures à 1. D'après la règle de Kaiser (1961), une composante est intéressante et l'on peut la garder lorsque sa valeur propre est supérieure à 1. Dans notre cas nous devrions donc retenir les deux premières composantes, mais la troisième composante a une valeur de .93 qui est très proche de 1. Le modèle avec deux facteurs expliquerait 57% de la variance, et celui avec trois facteurs expliquerait 63.6% de la variance. Si nous prenons en compte le critère « du coude », approche de Catell (1966) qui permet des nuances d'appréciation, nous devrions choisir un modèle à deux facteurs car le « coude » se forme à la deuxième composante et nous choisirions de la garder car elle explique 13,2% de la variance totale. Si nous avions plutôt estimé que le coude se formait à la troisième composante, nous ne l'aurions pas considérée car celle-ci n'explique que 6,6% de la variance totale.

**Tableau 3**

Scree plot.



A noter que l'indice KMO (mesure de l'adéquation de l'échantillonnage) était de .89 ce qui montre une très bonne qualité des corrélations entre les items. Également, le test de

sphéricité de Barlett est réussi avec une p-valeur inférieure à 0.05 ce qui indique que les corrélations entre les items ne sont pas nulles.

Nous avons ensuite adapté le modèle exploratoire avec deux facteurs puis avec trois facteurs pour examiner les résultats et déterminer si l'un des modèles se démarquait. Pour cette analyse factorielle exploratoire, une rotation OBLIMIN (méthode de rotation oblique) a été effectuée afin de distribuer plus équitablement la variance à expliquer et ainsi simplifier la lecture de la matrice et des poids des items sur les facteurs.

En analysant les poids des items dans la matrice du modèle à trois facteurs (tableau 4), nous pouvons clairement identifier une structure à trois facteurs. Six items (Ctrl2, Ctrl3, Dis1, Dis3, Ben1, Ben2) correspondent à la dimension « Yearning », six autres (Ctrl1, Ctrl4, Dis2, Func1, Func2, Func3) à la dimension « Impairment » et enfin les deux derniers items (Qual1, Qual2) ressortent pour la dimension « Kinesthesia ». La cohérence interne de ces dimensions est évaluée grâce à l'alpha de Cronbach, qui était de  $\alpha = .84$  pour « Yearning » et de  $\alpha = .88$  pour « Impairment » ce qui démontre une bonne fiabilité. Il était moins élevé pour la dimension « Kinesthesia » ( $\alpha = .65$ ). L'alpha de Cronbach pour MDS total était de  $\alpha = .90$ .

**Tableau 4**

Modèle factoriel exploratoire à trois facteurs.

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>
Qual1	0.51	-0.34	0.73
Qual2	0.45	-0.22	0.87
Ctrl1	0.34	-0.64	0.65
Ctrl2	0.82	-0.21	0.36
Ctrl3	0.68	-0.42	0.28
Ctrl4	0.45	-0.71	0.16
Dis1	0.79	-0.39	0.29
Dis2	0.39	-0.75	0.31
Dis3	0.75	-0.43	0.38
Ben1	0.77	-0.50	0.49
Ben2	0.68	-0.20	0.53
Func1	0.40	-0.82	0.38
Func2	0.34	-0.83	0.17
Func3	0.33	-0.90	0.22

### 3.2 Corrélations entre sous-échelles et MDS score

Le modèle à trois facteurs composé des dimensions « Yearning », « Impairment » et « Kinesthesia » ayant été confirmé, nous avons ensuite décidé d'explorer leurs corrélations avec nos trois autres questionnaires – donc le HADS, le DES et le SPD – et leurs sous-échelles. Le but de cette analyse est de confirmer qu'il y a bien un lien entre les traits qu'évaluent ces échelles, et les trois dimensions qui sont ressorties de l'analyse factorielle du questionnaire MDS. Toutes les corrélations sont significatives mais la valeur des coefficients varie. La corrélation la plus forte avec le score moyen du MDS est celle du *Sense of Presence in Daydreaming* ( $r = .55$ ) et en particulier celle de la sous-dimension Yearning dont le coefficient est de  $r = .56$ . Les corrélations entre le MDS et le *Dissociative Experiences Scale* se démarquent également, surtout pour la sous-dimension « Absorption » du DES (entre  $r = .33$  pour « Kinesthesia » et  $r = .47$  pour « MDS mean ») et pour le score moyen du DES (entre  $r = .30$  pour « Kinesthesia » et  $r = .44$  pour « MDS mean »). La force de la corrélation entre le *Hospital Anxiety and Depression Scale* et le MDS est moyenne ( $r = .34$ ) avec toutefois un coefficient de  $r = .39$  pour la corrélation entre « Impairment » et le versant « Depression » du HADS.

**Tableau 5**

Corrélations entre sous-dimensions des questionnaires et sous-dimensions du MDS.

		<b>Yearning</b>	<b>Kinesthesia</b>	<b>Impairment</b>	<b>MDS mean</b>
<b>HADS Depression</b>	Pearson	.26	.19	.39	.34
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	631	589	600	638
<b>HADS Anxiety</b>	Pearson	.28	.24	.33	.34
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	631	589	600	638
<b>DES Absorption</b>	Pearson	.42	.33	.44	.47
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	631	589	600	638
<b>DES Amnesia</b>	Pearson	.23	.18	.25	.27
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	631	589	600	638
<b>DES Depersonalization</b>	Pearson	.32	.25	.32	.36
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	631	589	600	638
<b>DES other</b>	Pearson	.29	.22	.32	.35
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	631	589	600	638
<b>DES mean</b>	Pearson	.39	.30	.40	.44
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	631	589	600	638
<b>SPD</b>	Pearson	.56	.39	.44	.55
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	631	589	600	638

Note. Yearning = score moyen au facteur Yearning ; Kinesthesia = score moyen au facteur Kinesthesia ; Impairment = score moyen au facteur Impairment.

### 3.3 Cut-off

Le tableau 6 présente les moyennes, écarts-types et t-test indépendants au MDS ainsi qu'à ses sous-dimensions (« Yearning », « Kinesthesia » et « Impairment ») pour les MDers auto-diagnostiqués et pour les non MDers auto-diagnostiqués. On remarque que les MDers auto-diagnostiqués ( $M = 49.93$ ,  $SD = 16.99$ ) ont des scores plus élevés que les non MDers auto-diagnostiqués ( $M = 25.91$ ,  $SD = 14.28$ ) pour le score moyen du MDS. Les résultats au t-test ( $t(182.10) = 14.91$ ,  $p < .001$ , Cohen's  $d = 1.53$ ) sont significatifs et montrent que se baser sur le score moyen au MDS suffirait à différencier les MDers des non MDers. De plus, une valeur  $d$  de Cohen de 1.53 montre une très forte taille d'effet. Également, avec un coefficient alpha de

Cronbach de .90, nous pouvons avancer que la cohérence interne des différents éléments du *Maladaptive Daydreaming Scale* est très forte, et que le score moyen au MDS est un bon indicateur diagnostique pour les rêveries compulsives.

**Tableau 6**

Scores au MDS des MDers et non MDers auto-diagnostiqués.

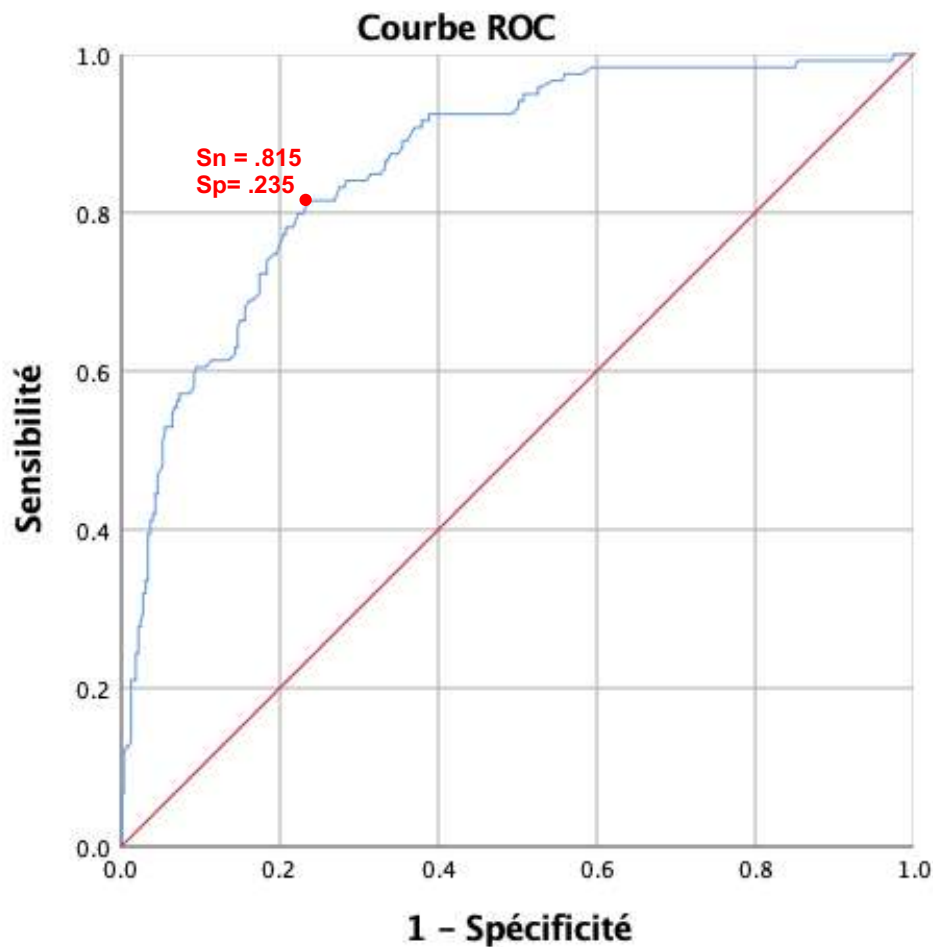
	MDers		Non MDers		T tests indépendants			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
MDS mean	49.93	16.99	25.91	14.28	14.91	182.10	<.001	1.53
Yearning	52.67	19.03	29.80	16.67	12.30	188.88	<.001	1.28
Kinesthesia	50.52	27.36	29.17	22.96	8.02	182.26	<.001	.84
Impairment	46.82	20.25	19.56	15.52	14.81	175.59	<.001	1.51

Note. MDS = Maladaptive Daydreaming Scale ; *M* = moyenne ; *SD* = écart-type ; *ddl* = degré de liberté ; *p* = p-valeur ; *d* = Cohen's *d*.

Afin de pouvoir déterminer plus précisément le score au MDS à partir duquel ce diagnostic pourrait être posé, nous avons effectué une courbe ROC pour calculer un seuil discriminatoire en fonction des taux de vrais positifs et de faux positifs. La surface sous la courbe est de .862, ce qui veut dire que la probabilité que le test discrimine correctement entre MDers et non MDers est de 86%. Nous avons ensuite examiné la sensibilité et la spécificité des scores limites, qui sont calculées en déterminant la proportion de MDers auto-diagnostiqués (et de non MDers auto-diagnostiqués) ayant été classés à chaque score de coupe. En comparant les résultats pour chaque score limite, il s'est avéré que le meilleur cut-off était de 36 (Tableau 7) avec une sensibilité de 81% et une spécificité de 76%. Ce cut-off est supérieur à celui qui avait été retenu par Somer & al. (2016). Ils qui avaient trouvé un seuil de 30 et qui avaient choisi de privilégier un seuil de 25 pour renforcer la sensibilité (95%) au détriment de la spécificité qui était tout de même de 89%. Dans notre cas, privilégier la sensibilité en choisissant un seuil plus petit diminuerait la spécificité de manière trop importante. Nous avons donc conservé un cut-off de 36.

**Tableau 7**

Courbe ROC.



Note. Sn = sensibilité ; Sp = spécificité.

### 3.4 Validité convergente et validité discriminante du MDS

Une fois ce seuil de 36 déterminé à l'aide de la courbe ROC nous avons pu distinguer les MDers et les non MDers diagnostiqués par le MDS et comparer leurs scores aux autres échelles de notre questionnaire (HADS, DES, SPD) afin d'estimer la validité du MDS avec ce seuil, et de valider le fait que ces échelles sont discriminantes et donc efficaces pour dépister les rêveries compulsives (Tableau 8). Pour toutes les sous-dimensions de ces échelles, les individus ayant été diagnostiqués MDers au MDS ont un score plus élevé que les personnes non MDers, ce qui suggère que les rêveurs compulsifs auraient tendance à être atteints par ces différents types de détresse psychologique.

Le lien entre le diagnostic au MDS et le HADS est significatif ( $t(462.20) = 7.20, p < .001, d = .56$  pour « Depression » et  $t(520.55) = 7.06, p < .001, d = .64$  pour « Anxiety ») et l'on remarque dans le Tableau 5 que c'est avec la dimension « Impairment » que ces deux dimensions du HADS sont plus fortement corrélées ( $r = .39$  et  $r = .33$ ). Ce résultat fait sens puisque la détresse et l'impact dysfonctionnel sont les dimensions du MDS qui se rapprochent le plus du vécu souffrant dû à la dépression et à l'anxiété.

La différence des résultats au score total du DES entre les MDers et non MDers est significative avec  $t(517.89) = 10.24$  et  $p < .001, d = .81$ , ce qui pourrait nous laisser penser que l'activité de rêveries compulsives se rapproche beaucoup de la dissociation. Les sous-dimensions du DES que sont « Absorption », « Amnesia » et « Depersonalization » ont également des liens significatifs avec le diagnostic au MDS, mais en regardant plus en détail on peut remarquer que c'est la dimension de l'absorption qui est davantage responsable de cette relation ( $t(636) = 10.67, p < .001, d = .85, r = .47$ ). La dimension de l'amnésie ( $t(468.42) = 6.79, p < .001, d = .53, r = .27$ ) et de la dépersonnalisation ( $t(485.32) = 8.12, p < .001, d = .64, r = .36$ ) le sont également, mais à moindre mesure.

La relation la plus forte qui ressort est celle qui lie le MDS au *Sense of Presence in Daydreaming* avec  $t(509.57) = 13.16, p < .001, d = 1.05$  et avec une corrélation de  $r = .55$  entre cette échelle et le score moyen au MDS.

Les relations étant toutes significatives, nous allons nous concentrer sur les valeurs  $d$  de Cohen pour discuter de la validité convergente et de la validité discriminante. La validité convergente du MDS est démontrée par ses forts liens avec le SPD ( $d = 1.05$ ) ainsi qu'avec le DES ( $d = .81$ ). Comme nous l'avons vu plus haut, cette forte association est due à sa sous-dimension « Absorption » ( $d = .85$ ). La validité discriminante serait démontrée par la dimension « Depression » ( $d = .56$ ) du HADS et la dimension « Amnesia » ( $d = .53$ ) du DES, pour lesquelles la taille d'effet est moyenne.



**Tableau 8**

Scores aux échelles des MDers et non MDers diagnostiqués avec le MDS.

	MDers		Non MDers		T tests indépendants			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Depression	7.26	2.91	5.82	2.12	7.20	462.20	<.001	.56
Anxiety	10.74	2.30	9.18	2.57	7.06	520.55	<.001	.64
Absorption	60.82	16.34	47.41	15.17	10.67	636	<.001	.85
Amnesia	24.55	20.02	15.17	14.85	6.79	468.42	<.001	.53
Depersonalization	38.37	25.70	23.56	20.01	8.18	485.32	<.001	.64
DES total	46.41	16.60	33.90	14.14	10.24	517.89	<.001	.81
SPD	4.04	1.00	3.08	.82	13.16	509.57	<.001	1.05

Note. MDers = rêveurs compulsifs diagnostiqués par le MDS avec un seuil de 36, non MDers = pas diagnostiqués rêveurs compulsifs, *M* = moyenne, *SD* = écart-type, *ddl* = degré de liberté, *p* = p-valeur, *d* = Cohen's *d*. Depression et Anxiety = dimensions du HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), DES total = score total du Dissociative Experiences Scale, Absorption et Amnesia et Depersonalization = trois sous-dimension du DES, SPD = Sense of Presence in Daydreaming.

#### 4. Discussion

Cette étude a pour but de valider la version francophone du *Maladaptive Daydreaming Scale* (MDS), un instrument créé pour évaluer un phénomène clinique encore peu connu : la rêverie compulsive. Ce questionnaire a été créé et validé sur une population anglophone par Somer & al. (2016), puis validé en hébreux (MDS-H) par Jopp & al. (2018). Cette présente validation fait donc suite à ces deux études et démontre que cette version du MDS est un outil de mesure fiable qui comporte de bonnes propriétés psychométriques.

L'activité de rêverie compulsive apporte une grande satisfaction, comporte un versant compulsif et mène à de la détresse et à un dysfonctionnement de certains aspects de la vie (social, professionnel, personnel). Le MDS a été développé pour identifier ces caractéristiques grâce à des items qui reflètent différentes composantes de la rêverie compulsive comme la qualité, le contrôle, la détresse, les bénéfices ou le fonctionnement. Les précédentes validations (Somer & al. 2016 ; Jopp & al. 2018) ont mis en évidence une structure à trois facteurs qui démontre une grande fiabilité de mesure et une très bonne cohérence interne que ce soit pour l'échelle totale ou pour ses trois sous-dimensions. Le premier facteur,

« Yearning », regroupe les items décrivant le désir intense à entrer dans cette activité et le plaisir qui en découle. Le deuxième facteur est « Impairment » et représente les items se référant aux traits excessifs et incontrôlables qui mènent à la détresse et au dysfonctionnement. Et finalement le facteur « Kinesthesia » correspond aux éléments qui décrivent le côté compulsif de ces rêveries, qui s'exprime par des mouvements physiques répétitifs ou rituels de la part de la personne.

Dans notre étude, l'analyse factorielle a également proposé un modèle composé de ces trois mêmes facteurs, avec une bonne cohérence interne pour l'échelle totale du MDS ainsi que pour les facteurs. Ce constat vient confirmer les résultats des deux précédentes validations de MDS. Cela démontre une certaine cohérence interculturelle en ce qui concerne l'émergence du phénomène de la rêverie compulsive. En outre, la cohérence interne du facteur « Kinesthesia » était moyenne, tout comme elle l'était dans la validation du MDS-H (Jopp & al. 2018). Cette cohérence interne pour la dimension « Kinesthesia » est probablement due au fait que cette dimension comporte uniquement deux items sur les 14 du questionnaire.

En testant la relation entre l'autodiagnostic des participants et leurs scores au MDS nous pouvons avancer que la version francophone du *Maladaptive Daydreaming Scale* est un outil efficace pour différencier les rêveurs compulsifs des individus qui ne souffrent pas de ce phénomène. Grâce à une courbe ROC nous avons pu déterminer le meilleur seuil du score total au MDS, capable de diagnostiquer une personne sur la base de son score à cette échelle. Ce score seuil est de 36 (pour un maximum de 100) d'après les résultats de nos analyses, ce qui est considérablement plus élevé que celui trouvé par Somer & al. (2016) qui était de 25 et qui démontrait une bonne solidité et une grande validité prédictive. De plus, la fiabilité de ce seuil n'est pas optimale puisque la sensibilité de 81% et la spécificité de 76% ne sont pas exceptionnelles.

Ce seuil nous a permis d'identifier différents groupes de profils en fonction de leur diagnostic au MDS, et ainsi d'observer la force des relations entre la rêverie compulsive et certains traits décrits comme pathologiques. Les participants, en plus du MDS, ont également dû répondre à d'autres questionnaires : le *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) qui évalue la dépression et l'anxiété, le *Dissociative Experiences Scale* (DES) dont les dimensions sont

l'absorption, l'amnésie et la dépersonnalisation, et le *Sense of Presence in Daydreaming* (SPD) qui évalue le niveau de présence ou de conscience des individus lors d'une rêverie compulsive. Nous avons donc comparé ces dimensions entre les individus diagnostiqués rêveurs compulsifs (MDers) au MDS et ceux qui n'ont pas atteint le score de 36 (non MDers).

Premièrement, nous avons pu mettre en avant un lien entre la rêverie compulsive et le HADS, plus particulièrement avec la dimension « Impairment ». Cette relation avec l'anxiété et la dépression suggère un versant pathologique de ce phénomène, qui se retrouve logiquement associé avec la dimension entravante et dysfonctionnelle des rêveries compulsives.

Pour le DES la différence entre MDers et non MDers était importante ce qui suggère que le lien entre la dissociation et les rêveries compulsives est forte. Nous avons remarqué que ce lien était principalement davantage dû à l'absorption qu'aux deux autres dimensions du DES que sont l'amnésie et la dépersonnalisation. Ce constat est cohérent avec les résultats de Somer & al. (2016) et ceux de Jopp & al. (2018). Il est conforme à nos attentes puisque les rêveries compulsives sont décrites comme très prenantes et immersives par les personnes qui les expérimentent. Une relation, certes moins forte, a été établie avec l'amnésie et la dépersonnalisation, qui sont les deux dimensions qui ont un versant plus pathologique. Ceci démontre que l'activité de rêverie peut avoir un impact sur la mémoire et sur le rapport à la réalité.

C'est pour le SPD que les scores entre MDers et non MDers ont montré le plus de différence. Ce résultat est également en adéquation avec les deux précédentes validations. Il n'est pas surprenant car les personnes qui témoignent mentionnent beaucoup cette forte prédisposition à la fantaisie et cette intensité visuelle et sensorielle durant leurs rêveries. Les rêveries compulsives semblent être caractérisées non seulement par une dimension pathologique, mais aussi par une capacité innée à produire des fantaisies particulièrement vives (Jopp & al., 2018). De manière générale, nos résultats montrent une moins grande validité statistique que les précédentes validations du MDS, mais ils sont cohérents avec ces dernières ce qui est encourageant.

Ces résultats confirment que la rêverie compulsive est un phénomène qui impacte considérablement la vie et le quotidien des personnes qui en souffrent. C'est un trouble qui mérite une recherche plus approfondie et des examens cliniques plus poussés. C'est en continuant dans ce sens-là que les rêveries compulsives pourraient un jour être considérées

comme un trouble mental en soi, et que des soins professionnels adaptés pourraient être apportés aux personnes atteintes.

#### 4.1 Limites

Ce travail comporte plusieurs limites qui méritent d'être mentionnées. Tout d'abord, les deux tiers environ de la population ont été recrutés parmi des étudiants en psychologie (en Suisse et en France), tandis que le reste de l'échantillon a été recruté grâce à des forums ou pages Internet dédiées aux rêveries compulsives visitées principalement par des personnes qui en souffrent. Ces populations ne sont pas assez représentatives, et la méthode d'échantillonnage était différente pour nos trois groupes (UNIL, Aix-en Provence et non étudiants). De plus, nous avons une surreprésentation de femmes dans notre échantillon total. Bien qu'il soit envisageable que les femmes soient plus atteintes de rêveries compulsives que les hommes, il serait préférable dans une prochaine étude, de tenter d'équilibrer le nombre d'hommes et de femmes.

Il n'existe aucun outil diagnostique établi pour la rêverie compulsive sur lequel nous aurions pu nous appuyer afin de fixer notre score seuil au MDS. Nous avons donc dû nous baser sur l'autodiagnostic des participants, qui est une évaluation subjective, pour déterminer ce seuil. Il serait préférable de pouvoir vérifier ce critère avec un outil indépendant et validé. Le fait que ce phénomène de rêverie compulsive n'ait pas encore été beaucoup investi par la recherche scientifique implique qu'il y a, de manière générale, peu d'outils, de littérature, de témoignages qualitatifs (etc.) à notre disposition.

Dans cette étude, nous n'avons pas réalisé de test-retest. Nous n'avons donc aucune information sur la stabilité temporelle de nos mesures. Une corrélation élevée entre deux mesures espacées dans le temps est un indice de bonne fiabilité.

Pour terminer, nous n'avons pas différencié les participants qui disent être atteints par les rêveries compulsives et qui expliquent en souffrir, et ceux qui expérimentent ces rêveries mais qui ne sont pas dérangés par ces dernières. Des études ultérieures devraient s'intéresser à ces personnes qui expérimentent ce que nous décrivons comme des rêveries compulsives (et qui sont diagnostiqués rêveurs compulsifs par le MDS), mais qui n'en souffrent pas. Nous pouvons nous attendre chez ces individus à des scores considérablement plus élevés à la dimension « Yearning » qu'à la dimension « Impairment ».

## 5. Conclusion

Le but de cette étude était d'apporter des éléments de compréhension à propos de la rêverie compulsive en validant la version francophone du *Maladaptive Daydreaming Scale*. Cette validation s'inscrit dans la continuité d'une recherche plus globale qui a pour but d'approfondir la connaissance et la reconnaissance de ce phénomène encore peu connu.

Ce MDS traduit en français montre une fiabilité et une validité satisfaisante pour mesurer la rêverie compulsive. Mais sa validation mériterait encore quelques ajustements afin de pouvoir déclarer cette échelle prête à être utilisée dans la clinique. Comme nous l'avons vu, certains de nos résultats n'étaient pas aussi probants ou significatifs que ce que l'on aurait pu espérer.

Nos analyses renforcent les conclusions des études déjà effectuées à propos de la rêverie compulsive. Elles tendent à le décrire comme une activité qui s'éloigne du « normal » et qui correspond plutôt à quelque chose de pathologique. Les rêveries compulsives seraient donc caractérisées par un plaisir intense à entrer dans cette activité fantasmatique et de fantaisie, par l'adoption de mouvements répétés ou stéréotypés sur un versant compulsif, et par une incontrôlabilité et un dysfonctionnement qui en découle et qui mène la personne à une détresse psychologique.

Ce travail contribue à démontrer l'universalité de l'émergence de la rêverie compulsive comme un trouble en soi. En montrant des résultats similaires à ceux des États-Unis (Sommer & al. 2016) et d'Israël (Jopp & al. 2018), ce travail laisse à penser que ce phénomène n'a pas d'origine culturelle et qu'il est indépendant de la langue ou de la région du monde. Nous pouvons d'ailleurs espérer que cette recherche continuera à traverser les frontières et qu'elle sera reprise dans d'autres cultures et dans d'autres langues. De cette manière, la compréhension globale des rêveries compulsives serait favorisée, et le développement d'approches de traitements serait encouragé.

## 6. Bibliographie

- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental disease*, *174*(12), 727-735.
- Bigelsen, J., & Schupak, C. (2011). Compulsive fantasy: Proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers. *Consciousness and Cognition*, *20*(4), 1634-1648.  
<https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.08.013>
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral research*, *1*(2), 245-276.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
- Kaiser, H. F. (1961). A note on guttman's lower bound for the number of common factors  
1. *British Journal of Statistical Psychology*, *14*(1), 1-2.
- Dorsch, F. (2015). Focused Daydreaming and Mind-Wandering. *Review of Philosophy and Psychology*, *6*(4), 791-813. <https://doi.org/10.1007/s13164-014-0221-4>
- Jopp, D. S., Dupuis, M., Somer, E., Hagani, N., & Herscu, O. (2018). Validation of the Hebrew version of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-H): Evidence for a generalizable measure of pathological daydreaming. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*.
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, *330*, 932. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1192439>.
- Klinger, E. (1971). *Structure and functions of fantasy*. Oxford, UK: Wiley.
- Klinger, E. (1990). *Daydreaming: Using waking fantasy and imagery for self-knowledge and creativity*. Los Angeles, CA: J.P. Tarcher.

- Klinger, E. (2009). Daydreaming and fantasizing: Thought flow and motivation. In K. D. Markman, W. M. P. Klein, & J. A. Suhr (Eds.), *Handbook of imagination and mental simulation* (pp. 225–239). New York, NY: Psychology Press.
- Raichle, M. (2010). Two views of brain function. *Trends in Cognitive Science*, vol. 14, pp 180-190.
- Schupak, C., & Rosenthal, J. (2009). Excessive daydreaming: A case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 290-292. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.10.002>
- Singer, J. L. (1966). *Daydreaming: An introduction to the experimental study of inner experience*. New York, NY: Random House.
- Singer, J. (1975). *The inner world of daydreaming*. New York, NY: Harper & Row.
- Smallwood, J., Obonsawin, M. C., & Heim, D. (2003). Task unrelated thought: The role of distributed processing. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 12, 169–189. [http://dx.doi.org/10.1016/S1053-8100\(02\)00003-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1053-8100(02)00003-X).
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 29.
- Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2), 197–212.
- Somer, E. (2013). From adaptive fantasy to dissociative psychopathology: On forms of daydreaming. *Clinical Corner, ISSTD News*, 31(2), 3–4.
- Somer, E., Lehrfeld, J., Bigelsen, J., & Jopp, D. S. (2016). Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*, 39, 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.12.001>

- Somer, E., Soffer-Dudek, N., Ross, C. A., & Halpern, N. (2017). Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 4(2), 176-189. <https://doi.org/10.1037/cns0000114>
- Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016). Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 471-478. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507>
- Tisseron, S. (2012). *Rêver, fantasmer, virtualiser: Du virtuel psychique au virtuel numérique*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.tisse.2012.01.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373.