



**santé
mentale
au Québec**



Mosaïque

Directeur : François Lespérance

Directeur émérite : Yves Lecomte (TELUQ)

Rédactrice et rédacteur en chef : Mosaïque – Catherine Briand (UQTR et CRIUSMM);

Thématiques – Marc Corbière (UQAM et CRIUSMM)

Comité de rédaction SMQ-2018 : Leila Ben Amor, Charles Bonsack, Jean Caron, Marjory Clermont-Mathieu, Luigi De Benedictis, Martin Desseilles, Philippe Duverger, Marie-Josée Fleury, Nicolas Franck, Stéphane Guay, Marcel Jaeger, Louis Jehel, Steve Kisely, Pierre Lalonde, Thanh-Lan Ngô, Tania Lecomte, Yves Lecomte, Alain Lesage, Gwénolé Loas, Catherine Paquet, Jean-François Pelletier, Milena Pereira-Pondé, Hélène Provencher, Jean-Luc Roelandt, Jean-Jacques Ronald, Emmanuel Stip, Dominic Thibault, Constantin Tranulis, Jacques Tremblay, Martine Veilleux, John Ward

Responsable de la production : Jean-Marie Bioteau

Responsable du développement international : François Lespérance

Tableau de la couverture: Jean-François Gasse, pastel, gouache et stylo bille sur papier, 25,5 × 43 cm, non daté, sans titre © Collection Les Impatients

Les Impatients est un organisme à but non lucratif dont la mission est d'aider les personnes atteintes de problèmes de santé mentale en leur offrant des ateliers d'expression artistique

Pour communiquer avec la revue :

Téléphone : 514-993-2448

Adresse électronique : smq@umontreal.ca

Site Internet : www.revue-smq.ca

Les articles de la revue *Santé mentale au Québec* sont répertoriés dans PubMed, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Index de la santé des services sociaux, INIST (Pascal), International Bibliography of The Social Sciences, International Current Awareness Services, Repère, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, e-psyche, LLC, BDSP (banque de données en santé publique).



Créée en septembre 1976, *Santé mentale au Québec* est une revue d'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale. Elle a pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances scientifiques, universitaires et cliniques.



**santé
mentale
au Québec**

Mosaïque

Le dossier du présent numéro a été coordonné
par Catherine Briand

Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le site Internet de
Santé mentale au Québec à l'adresse suivante :
www.revue-smq.ca

Vous pouvez maintenant consulter en ligne l'intégralité des articles
publiés depuis 1976 sur les sites suivants :
<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

- 9 **Éditorial**
Catherine Briand
- 11 **Évaluation des effets de l'activation comportementale de groupe pour le traitement de la dépression sévère en milieu clinique**
Valérie Blanchet et Martin D. Provencher
- 31 **Évaluation qualitative de l'implantation de groupes psychoéducatifs pour le trouble bipolaire à Québec**
Stéphanie Landry et Martin D. Provencher
- 53 **Les visions du rétablissement dans des services résidentiels en santé mentale d'une région québécoise**
Nadine Larivière, Camille Gauthier-Boudreault, Paul Morin et Richard Boyer
- 79 **Le soutien postlogement transitoire auprès des femmes en situation d'itinérance : besoins, implantation et impact d'une étude pilote**
Morgane Gabet, Guy Grenier, Daniela Perrottet et Marie-Josée Fleury
- 105 **La littératie en santé chez les personnes présentant des troubles mentaux graves**
Marie-Pier Fortin, Mélissa Lavoie, Isabelle Dufour et Maud-Christine Chouinard
- 127 **Les enjeux de littératie dans la communication aux parents du diagnostic de trouble du spectre de l'autisme chez l'enfant**
Alena Valderrama, Isabelle Courcy, Lindsay Weis-Heitner et Baudouin Forgeot d'Arc

**147 Enjeux et solutions en santé mentale et travail : le point de vue des
gestionnaires d'une grande organisation de santé**

*Marc Corbière, Maud Mazaniello-Chézol, Marie-France Bastien,
Steve Geoffrion, Catherine Briand, Mélanie Lavoie-Tremblay,
Anick Hurtubise et Pascal Tanguay*

**183 Decline of Empathy after the First Internship: Towards a More
Functional Empathy?**

Hélène Givron and Martin Desseilles

**201 Impacts de la légalisation du cannabis récréatif sur la santé mentale :
une recension des écrits**

*David Gouron, Catherine Vignault, Jacques Quintin, William Semaan et
Khashayar Djahanbakhsh Asli*

ÉDITORIAL

Catherine Briand, rédactrice en chef

Cher(ère)s lecteur(trice)s,

Voici un nouveau numéro de neuf articles inédits nous permettant de poursuivre notre réflexion et analyse de la santé mentale au Québec.

Les quatre premiers articles nous permettent de porter un regard sur certaines interventions dans les soins et services en santé mentale.

Les deux premiers textes abordent l'évaluation d'intervention en milieux cliniques: le premier texte de **Valérie Blanchet et Martin D. Provencher** concerne l'activation comportementale pour le traitement de la dépression sévère tandis que le second texte de **Stéphanie Landry et Martin D. Provencher** s'intéresse à l'intervention de psychoéducation auprès de personnes atteintes d'un trouble bipolaire.

Le texte de **Nadine Larivière, Camille Gauthier-Boudreault, Paul Morin et Richard Boyer**, quant à lui, permet de saisir l'intégration des principes du rétablissement dans des services résidentiels en santé mentale.

Et, le texte de **Morgane Cabet, Guy Grenier, Daniela Perrottet et Marie-Josée Fleury** présente la satisfaction envers les services de suivi post-logement transitoire pour les femmes en situation d'itinérance.

Les deux textes suivants se préoccupent des enjeux de la littératie en santé et comment est comprise et utilisée l'information relative à la santé par les personnes. Les deux textes arrivent à des conclusions soutenant l'importance d'ajuster les contenus et modalités aux besoins des personnes et d'augmenter le soutien et l'accompagnement. Une compréhension juste des informations utiles permet une prise de décision éclairée par la personne et l'accès à un pouvoir pour eux et les membres de leur entourage.

Le texte de **Marie-Pier Fortin, Mélissa Lavoie, Isabelle Dufour et Maud-Christine Chouinard** s'intéresse à la littératie chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Le texte de **Alena Valderrama, Isabelle Courcy, Lindsay Weis-Heitner et Baudouin Forgeot d'Arc** présente les enjeux de littératie vécus par les parents dans l'annonce d'un diagnostic du trouble du spectre de l'autisme de leur enfant.

Le septième texte, celui de **Marc Corbière, Maud Mazaniello-Chézol, Marie-France Bastien, Steve Geoffrion, Catherine Briand, Mélanie Lavoie-Tremblay, Anick Hurtubise et Pascal Tanguay**, s'intéresse aux enjeux et stratégies en matière de santé mentale au travail du point de vue des gestionnaires d'une grande organisation de santé.

Le huitième texte, de **Hélène Givron et Martin Desseilles**, aborde la progression de l'empathie chez les étudiants en médecine et l'effet du premier stage sur les compétences empathiques.

Enfin le neuvième texte, de **David Gouron, Catherine Vignault, Jacques Quintin, William Semaan, Khashayar Djahanbakhsh Asli**, présente une revue de littérature sur la légalisation du cannabis et met en relief l'importance de continuer à documenter l'utilisation récréative du cannabis dans nos sociétés.

Je vous souhaite une bonne lecture et une réflexion soutenue par les données de la recherche ;)

Évaluation des effets de l'activation comportementale de groupe pour le traitement de la dépression sévère en milieu clinique

Valérie Blanchet^a

Martin D. Provencher^b

RÉSUMÉ Bien que l'efficacité de la thérapie d'activation comportementale (AC) pour le traitement de la dépression ait été établie à travers de nombreux essais aléatoires et contrôlés, les études ayant évalué l'efficacité de l'AC, lorsqu'implantée dans les établissements du réseau de la santé, sont rares et les données la supportant sont insuffisantes. Cette étude s'intéresse à l'AC appliquée de manière à tenir compte de la réalité clinique des milieux et des patients. Elle évalue les effets de l'AC de groupe pour le traitement de la dépression sévère en milieu clinique auprès d'une population hétérogène en termes de diagnostic (dépression unipolaire et bipolaire) et de comorbidité (Axes I et II). Les 45 participants souffrant de dépression sévère ont été recrutés en milieu hospitalier et ont reçu une intervention de groupe d'AC de 10 séances. Des questionnaires ont été administrés afin d'obtenir des données prétraitement, posttraitement et 4 semaines suivant la fin du traitement. Les résultats soutiennent les effets de l'AC de groupe pour le traitement de la dépression sévère en milieu clinique auprès d'une population hétérogène, de même que pour le maintien des acquis à court terme. Les effets de l'AC ont également été observés sur l'ensemble des mesures d'activation comportementale, de renforcement, d'anxiété, d'adaptation sociale et de qualité de vie ainsi que sur les symptômes de dépression bipolaire.

a. Ph. D., psychologue, École de psychologie, Université Laval.

b. Ph. D., Professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval; Chercheur régulier, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval et Centre de recherche CERVO.

MOTS CLÉS dépression sévère, activation comportementale, thérapie de groupe, comorbidité, trouble bipolaire

Effectiveness of Behavioral Activation for the Treatment of Severe Depression in Clinical Settings

ABSTRACT Objectives Among interventions that have been shown to be efficacious in the treatment of depression, behavioural activation (AC) is receiving increasing attention as the evidence supporting its effectiveness continues to accumulate. Although the efficacy of AC for the treatment of depression has been established through numerous randomized controlled trials, studies evaluating the effectiveness of AC when implemented in mental health settings are rare and there is insufficient supportive data. This step is, however, essential to the validity and the generalization of the treatment to the reality of clinical settings. This study focuses on AC applied to take into account the reality of clinical settings and patients seeking treatment. It evaluates the effectiveness of group-based AC for the treatment of severe depression in a clinical setting in a heterogeneous population in terms of diagnosis (unipolar and bipolar depression) and comorbidity (Axis I and II).

Methods A sample of 45 participants with severe depression was recruited in a psychiatric hospital. Participants received a 10 sessions group intervention of AC. Questionnaires were administered to obtain pretreatment, post-treatment and four-week post-treatment data. The impact of the intervention was observed on measures of depression, behavioural activation, reinforcement, anxiety, social adjustment and quality of life. Various moderation effects associated with the heterogeneity of the sample were tested on the evolution of depressive symptoms. The integrity of the treatment administered by the therapists and the acceptability of the intervention by participants were also documented.

Results Mixed model analyses of variance were performed to assess whether (a) AC caused a significant change at the end of treatment on depressive symptoms, behavioural activation, reinforcement, anxiety, social adjustment and quality of life and whether (b) gains were maintained after four weeks. A significant change was obtained between the pre-post measures on the average score of all these variables, with the exception of a subscale of the quality of life measure. Analyses were also performed to verify various moderating effects on the evolution of depressive symptoms, level of activation and reinforcement. No interaction effects are observed on depression, activation and reinforcement measures. There is no significant difference according to pretreatment severity category, diagnosis (unipolar vs bipolar), presence of comorbidity (other Axis I and/or Axis II disorder) or comorbidity of Axis II disorder. As for the activation measure in people with bipolar depression versus unipolar depression, it should be noted that the result is at the threshold of statistical significance.

Conclusion The results support the effectiveness of group-based AC for the treatment of severe depression in clinical settings in a heterogeneous population, as well as for the maintenance of gains after four weeks. The effectiveness of AC was also observed across all associated psychosocial measures.

KEYWORDS severe depression, behavioural activation, group therapy, comorbidity, bipolar disorder

INTRODUCTION

La dépression compte parmi les troubles psychologiques ayant les plus hauts taux de prévalence, affectant près de 121 millions de personnes dans le monde¹. Chaque année, 1 Canadien sur 20 vit 1 épisode dépressif majeur et 1 sur 10 vit au moins 1 épisode dépressif majeur au cours de sa vie². Parmi les interventions ayant démontré leur efficacité, l'étude et la diffusion de l'activation comportementale (AC) pour le traitement de la dépression se développent de plus en plus alors que les données probantes qui appuient son efficacité continuent de s'accumuler.

Le traitement d'AC pour la dépression, tel qu'il est conçu aujourd'hui, a d'abord été élaboré d'après le modèle théorique de la dépression proposé par Lewinsohn³. Il suggère que la diminution ou un niveau constamment bas de renforcements entraînent les comportements et les affects associés à la dépression. Au départ centré sur la planification d'activités plaisantes, le traitement a par la suite progressé à travers différentes interventions développées dans les années 1970. La contribution de Ferster⁴, à cette époque, a été d'inclure à l'AC des stratégies visant la modification de l'environnement dans le but d'augmenter la capacité de la personne à accéder à des situations de renforcement. L'AC a ensuite été incluse comme composante de la thérapie comportementale (TC) de Beck⁵. Finalement, le traitement a évolué vers des approches plus contemporaines, principalement de Martell, Addis et Jacobson⁶ de même que Lejuez, Hopko et Hopko⁷.

L'AC est une psychothérapie brève qui vise à ce que les patients deviennent actifs et engagés dans leurs activités, plutôt qu'inactifs et désengagés. Elle a pour but l'augmentation d'activités adaptatives (liées au sentiment de plaisir, par exemple un loisir, ou d'accomplissement, par exemple préparer un curriculum vitae), la réduction des activités qui maintiennent les symptômes dépressifs (p. ex. évitement) et le développement de la capacité à résoudre les problèmes qui limitent

l'accès aux renforcements (p. ex. développement d'habiletés sociales, résolution de problèmes)⁸.

L'AC est une avenue thérapeutique pertinente et efficace pour les patients souffrant de dépression sévère^{9,10,11,12}. À la différence d'autres traitements psychologiques, l'AC est une intervention qui nécessite des habiletés moins complexes de la part du patient, alors que le traitement de la dépression sévère implique de nombreux défis thérapeutiques. L'AC représente une alternative intéressante à la thérapie cognitivo-comportementale pour les patients en dépression sévère, considérant la complexité du portrait clinique (p. ex. troubles comorbides, réfractaires), les déficits cognitifs et les difficultés d'introspection que présente souvent cette population¹³. De plus, les premières données disponibles¹⁴ indiquent que l'AC pourrait être tout autant efficace lorsqu'administrée par des intervenants moins expérimentés et qu'elle faciliterait ainsi l'implantation et l'accessibilité d'une intervention psychologique efficace en milieu clinique.

Depuis les années 1990, l'intérêt pour les approches fondées sur les données probantes, une pratique qui repose principalement sur les résultats issus d'essais aléatoires et contrôlés, a permis d'améliorer significativement l'étude de l'efficacité des psychothérapies et de mieux orienter les services offerts à la population. Par ailleurs, les échantillons « contrôlés » sélectionnés pour ces études regroupent généralement des patients présentant des portraits cliniques moins complexes et moins sévères que ce que l'on retrouve dans le réseau de la santé, limitant la généralisation des résultats à la réalité clinique des patients. On ne peut en effet assumer d'emblée qu'une intervention dont l'efficacité a été établie, par exemple en milieu de recherche universitaire, peut être transposée simplement dans le réseau de la santé. C'est en complémentarité, lorsque l'efficacité d'un traitement a été démontrée et répliquée dans des essais aléatoires et contrôlés, que la recherche doit ensuite en évaluer l'efficacité réelle sur le terrain^{15,16}.

Bien que l'efficacité de l'AC ait été démontrée à travers de nombreux essais aléatoires et contrôlés et méta-analyses^{17,18,19}, rares sont les études qui ont évalué l'efficacité réelle et l'acceptabilité du traitement sur le terrain^{6,7,20}, et dans les véritables conditions des milieux cliniques : moins de critères d'exclusion, sévérité plus élevée, dépression bipolaire, comorbidité Axe I et II (DSM-IV-TR)²¹, médication, etc. Par ailleurs, ces quelques données préliminaires tendent à supporter l'efficacité de l'AC dans les établissements de soins de santé : auprès de patients hospitalisés, en clinique externe, en présence de certaines comorbi-

dités, en complément à la pharmacothérapie^{6,7,15,22,23}. Étendre le traitement d'AC pour rejoindre les personnes présentant un portrait clinique plus complexe permettrait une diffusion plus large d'une intervention pragmatique et efficiente auprès d'une population davantage représentative de celle rencontrée dans le réseau de la santé.

Parmi les différents moyens visant à optimiser l'accès à une intervention psychologique, l'administration de traitements de groupe suscite l'intérêt. Une intervention de groupe permet de rejoindre un plus grand nombre de patients et la littérature suggère que la thérapie de groupe est une alternative offrant des résultats similaires à ceux obtenus en individuel^{13,24}. Par ailleurs, peu de données sont disponibles à ce jour quant à l'AC de groupe^{7,15}, mais ces dernières tendent à appuyer l'efficacité de l'AC de groupe pour le traitement de la dépression. L'intérêt et la pertinence de la présente étude reposent donc sur l'évaluation de l'AC de groupe appliquée de manière à tenir compte de la réalité clinique des milieux et des patients.

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

L'étude a pour objectif l'évaluation des effets de l'AC de groupe pour le traitement de la dépression sévère en milieu clinique auprès d'une population hétérogène en termes de diagnostic (dépression unipolaire et bipolaire) et de comorbidité sur les Axes I et II, ainsi que l'évaluation du maintien des acquis après 4 semaines. Différents effets de modulation associés à l'hétérogénéité de l'échantillon ont été testés, l'intégrité de l'administration du traitement par les thérapeutes ainsi que l'acceptabilité de l'intervention par les participants ont également été documentées. Il était attendu que l'intervention d'AC de groupe pour le traitement de la dépression sévère entraîne une amélioration significative sur les mesures de symptômes dépressifs ainsi qu'une amélioration significative sur les mesures psychosociales associées.

MÉTHODE

Participants. Les participants ont été recrutés de 2012 à 2014 en milieu hospitalier (Institut universitaire en santé mentale de Montréal – CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal), où des interventions de groupe d'AC pour le traitement de la dépression sont offertes régulièrement. Le recrutement se fait par le module d'évaluation liaison, l'urgence et l'hospitalisation qui réfèrent les participants à la clinique externe des

troubles de l'humeur. Les participants sont diagnostiqués et référés par un psychiatre pour une dépression majeure, une dépression bipolaire ou une dysthymie. Dans un souci de généralisation des résultats aux réalités cliniques, très peu de critères d'exclusion ont été retenus dans la présente étude. Seuls les patients présentant une structure psychotique, des traits de personnalité antisociale ou toute autre caractéristique pouvant nuire à la cohésion de groupe ont été exclus. Aucun dosage minimal d'exposition à la thérapie n'a été fixé afin de tenir compte de l'intention de traitement, en incluant ainsi autant les données des participants ayant complété le traitement que celles de ceux qui ont abandonné en cours de route.

Procédure. L'intervention AC a été offerte à 6 groupes (6 à 9 participants) durant 10 rencontres hebdomadaires de 2 heures, par 2 intervenants (un psychologue et un cothérapeute). Trois psychologues ont offert les groupes, ayant 3, 14 et 25 années d'expérience. Les cothérapeutes étaient des stagiaires en psychologie de niveau doctoral ou des résidents en psychiatrie. Les participants ont complété une série de questionnaires pré et posttraitement, ainsi que 4 semaines suivant la fin de l'intervention¹. Les intervenants ont complété après chaque séance une grille d'intégrité de traitement.

Intervention AC. L'intervention d'AC administrée a été développée par des psychologues du milieu à partir du manuel d'autotraitement *Vaincre la dépression une étape à la fois* d'Addis et Martell²⁵ et se divise en 3 parties. La 1^{re} vise une meilleure compréhension de la dépression. Les symptômes, les facteurs prédisposants, précipitants et de maintien ainsi que les traitements biologiques sont discutés. Les participants sont appelés à observer leurs comportements/activités, le lien entre certains de leurs comportements et leur humeur ainsi que leurs valeurs. La 2^e partie de l'intervention se penche sur des stratégies pour mettre fin à la dépression. L'évitement adaptatif, l'évitement problématique et les comportements alternatifs sont abordés. Finalement, la 3^e partie de l'intervention cible l'activation au quotidien. Les participants sont amenés à développer des stratégies sur le plan de la résolution de problèmes, des relations interpersonnelles et pour contrecarrer la rumination et la dépendance à l'humeur.

Mesures principales. Le *Beck Depression Inventory – 2nd Edition* (BDI-II)²⁶ regroupe 21 items visant à détecter la présence d'une dépression chez un individu et d'en évaluer la sévérité. Le score total au BDI-II varie entre 0 et 63 selon la sévérité de la dépression.

Le *Behavioral Activation for Depression Scale Short-Form* (BADS-SF)²⁷ contient 9 items et a été développé dans le but d'obtenir une mesure comportementale d'activation et d'évitement en lien avec la théorie de l'AC.

Le *Reward Probability Index* (RPI)²⁸ regroupe 20 items qui permettent de mesurer l'accessibilité des renforçateurs dans l'environnement de la personne. Il est le premier instrument offrant une mesure proximale des 4 dimensions du *response-contingent positive reinforcement* (RCPR) proposé par le modèle de Lewinsohn: (1) diminution de la quantité de situations qui ont un potentiel renforçateur; (2) diminution de la disponibilité de ces éventuels renforçateurs; (3) manque d'habiletés connexes permettant de vivre les contingences de renforcement; (4) augmentation de l'exposition à des situations désagréables.

Mesures secondaires. Le *Beck Anxiety Inventory* (BAI)²⁹ inclut 21 items évaluant l'anxiété. Le répondant doit estimer l'intensité (échelle variant de 0 à 3) avec laquelle il a été incommodé par chaque symptôme au cours de la dernière semaine. Le score total au BAI varie de 0 à 63.

Le *Social Adjustment Scale Self-Report Screener* (SAS-SR-Screener)³⁰ est composé de 14 items et évalue la capacité d'un individu à s'adapter à ses différents rôles sociaux et d'en retirer une certaine satisfaction. Différentes sphères sont évaluées: le travail/école, la vie sociale, les loisirs, la relation intime et la famille.

Le *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-BREF)³¹ regroupe 26 items évaluant la qualité de vie en regard de la santé physique et psychologique, des relations sociales et de l'environnement.

Le *Client Satisfaction Questionnaire-8* (CSQ-8)³² inclut 8 items mesurant la satisfaction envers des services de soins de santé.

La grille d'intégrité de traitement a été conçue dans le cadre de cette étude pour évaluer l'adhérence au protocole de traitement. Elle inclut 29 thèmes couvrant l'ensemble des interventions du manuel de traitement d'Addis et coll.¹⁹. Cinq thèmes de nature non comportementale (techniques spécifiques à la thérapie cognitive et 1 item « autre ») ont également été inclus dans le but de préserver la validité des conclusions tirées et afin de documenter tout écart dans l'intégrité de l'administration du traitement.

Analyses statistiques. Une série d'analyses de variance en modèle mixte selon un devis à mesures répétées a été réalisée afin d'évaluer l'effet du traitement sur l'évolution des symptômes dépressifs et des

variables psychosociales associées, de même que pour vérifier différents effets de modulation. Les analyses de variance en modèle mixte incluent toutes les données disponibles sans nécessiter l'imputation de données manquantes. Ainsi, les données de tous les participants ayant complété le questionnaire au temps pré ($n = 45$) ont été incluses dans les analyses, quel que soit le nombre de données manquantes de manière à inclure autant les données des participants ayant complété le traitement que celles de ceux qui ont abandonné en cours de route, et ce, afin de prendre en compte l'intention de traitement comme recommandé par les *Standardized Reporting Guidelines*³³.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon. L'échantillon regroupe 45 participants, dont plus de la moitié (66,7 %, $n = 30$) étaient en invalidité temporaire ou permanente et dont 42,2 % ($n = 19$) présentaient au moins un autre trouble comorbide sur l'Axe I et/ou II. Les participants rapportaient un score initial moyen de 37,2 au BDI-II, se situant dans la catégorie *sévère* (scores 29 à 40). Sur les 45 personnes, 9 % ($n = 4$) ne complétaient pas le traitement, dont une personne qui est exclue après 2 séances en raison de comportements perturbateurs pour le groupe et 3 personnes abandonnent après en moyenne 2 séances (voir tableau 1).

Efficacité du traitement. Les analyses suggèrent que l'AC est associée à un changement statistiquement significatif au posttraitement sur l'ensemble des variables mesurées (symptômes dépressifs, activation comportementale, renforcement, anxiété, adaptation sociale, qualité de vie) à l'exception de la sous-échelle environnement du WHOQOL-BREF. L'absence de changement significatif sur l'ensemble des variables entre le posttraitement et le suivi 4 semaines plus tard suggère que les gains sont maintenus à court terme (voir tableau 2). De plus, sur les 39 participants ayant complété le questionnaire post, 62 % ($n = 24$) sont passés à une catégorie de moins grande sévérité au terme du traitement au BDI-II. Sur ces 39 participants, 44 % ($n = 17$) ont atteint au terme du traitement la catégorie minimale, légère ou modérée d'intensité des symptômes dépressifs (scores de 0 à 28) (9 participants se situaient déjà au départ dans ces catégories), alors que 56 % ($n = 22$) se situaient au terme de l'intervention dans la catégorie sévère ou extrême (scores de 29 à 63).

Modérateurs. Le traitement ayant été administré de manière à tenir compte de la présentation hétérogène et complexe des diagnos-

tics, différents effets de modulation ont été testés sur l'évolution des symptômes dépressifs, du niveau d'activation et de renforcement. L'analyse des effets d'interaction ne révèle aucune différence significative quant au changement dans le temps selon :

- a) la catégorie de sévérité prétraitement (catégories minimale à modérée regroupées [$n = 9$], sévère [$n = 19$] et extrême [$n = 17$]) des scores moyens au BDI-II $F(4, 68) = 1,15, p = .34$; au BADS-SF $F(4, 63) = 1,32, p = .27$; et au RPI $F(4, 60) = 1,37, p = .26$;
- b) la présence de comorbidité (autre trouble Axe I et/ou Axe II) au BDI-II $F(2, 65) = 0,37, p = .69$; au BADS-SF $F(2, 68) = 0,80, p = .46$; et au RPI $F(2, 64) = 1,37, p = .26$;
- c) la présence en comorbidité d'un trouble sur l'Axe II au BDI-II $F(2, 65) = 0,39, p = .68$; au BADS-SF $F(2, 66) = 0,06, p = .94$; et au RPI $F(2, 63) = 2,83, p = .07$;
- d) le diagnostic (dépression unipolaire, bipolaire) au BDI-II $F(2, 64) = 0,71, p = .50$; et au RPI $F(2, 63) = 0,08, p = .93$; alors qu'au BADS-SF le résultat se situe à la limite du seuil de signification $F(2, 64) = 3,22, p = .05$ (voir figures 1 à 3).

Pour chaque modérateur testé, les participants présentaient des scores moyens comparables sur ces mesures au moment d'entamer l'intervention.

Intégrité du traitement. Pour tous les groupes de traitement, les intervenants ont rapporté avoir couvert chacun des 29 thèmes et techniques. Pour ce qui est des interventions ne faisant pas partie de l'approche d'AC, des notions relatives à la Thérapie d'acceptation et d'engagement³⁴ auraient été abordées lors d'une séance auprès de 2 groupes et des notions portant sur le rire et la respiration diaphragmatique auraient été présentées lors d'une séance auprès d'un des groupes. Il apparaît donc que les intervenants sont parvenus à administrer l'intervention avec un niveau d'intégrité élevé.

Faisabilité et acceptabilité du traitement. La rétroaction des participants au CSQ-8 a été encourageante. On note par exemple que, sur une échelle de type Likert (1 à 4) où un score total élevé indique une plus grande satisfaction, le score moyen obtenu est 3,28. Une proportion de 97 % indique que l'intervention les a aidés à faire face de façon plus efficace à leurs problèmes et 59 % considèrent qu'à peu près tous leurs besoins ou la plupart ont été satisfaits. L'intervention aurait toutefois été trop condensée pour plusieurs. Certains suggèrent d'allonger le traitement de manière à permettre d'appliquer les stratégies

entre les séances, mais également en séances où les échanges entre les patients seraient plus fréquents. D'autres proposent plutôt d'ajouter un suivi en individuel parallèlement à l'intervention de groupe.

DISCUSSION

Les résultats appuient l'hypothèse de départ, suggérant qu'une intervention d'AC de groupe de 10 séances pour le traitement de la dépression sévère et complexe est efficace pour l'atténuation des symptômes dépressifs et pour l'amélioration sur des mesures d'activation comportementale, de renforcement, d'anxiété, d'adaptation sociale et de qualité de vie, de même que pour le maintien des acquis après 4 semaines. Ces résultats appuient notamment des conclusions antérieures quant à l'efficacité d'un traitement d'AC de groupe de 10 séances en milieu clinique auprès de personnes souffrant de dépression sévère^{7,15}.

Les résultats de cette étude vont au-delà de la démonstration de l'efficacité de l'AC des études précédentes en appuyant ses effets dans un échantillon sévère, hétérogène en termes de diagnostic (dépression unipolaire et bipolaire) et auprès de personnes avec un profil plus complexe de par la présence de troubles comorbides (Axes I et II). Il apparaît, en effet, que l'AC est tout autant efficace pour le traitement de la dépression sévère et même très sévère que pour le traitement de symptômes dépressifs de moins grande intensité. De plus, les personnes présentant une dépression majeure en plus d'un autre trouble comorbide sur l'Axe I et/ou II ont bénéficié tout autant de l'intervention d'AC que les personnes avec un diagnostic plus « pur » comme celles qui avaient été recrutées jusqu'ici dans la plupart des études^{4,5,7,17,35,36}. Finalement, tout comme pour le traitement de la dépression unipolaire, les personnes présentant une dépression bipolaire bénéficieraient d'une intervention reposant sur l'augmentation de l'exposition à des contingences de renforcement. Ce résultat est particulièrement intéressant lorsque l'on considère qu'il a été démontré que les stabilisateurs de l'humeur sont moins efficaces à traiter les symptômes dépressifs que les symptômes de manie³⁷, et que l'administration d'antidépresseurs présente un risque de déclencher des épisodes de manie. Combiner une intervention d'AC au traitement pharmacologique chez les personnes présentant une dépression bipolaire pourrait donc permettre de mieux traiter dans sa globalité le trouble bipolaire, en ciblant plus efficacement chaque pôle du trouble.

Par ailleurs, les résultats suggèrent que les personnes en dépression bipolaire s'améliorent possiblement davantage sur leur niveau d'activation que les personnes en dépression unipolaire. Avec un résultat à la frontière du seuil de signification, il est possible que des analyses auprès d'un plus vaste échantillon révèlent un effet de modulation sur le niveau d'activation (voir figure 3). Il importe de se questionner quant à la possibilité que ce résultat indique un risque que l'AC puisse déclencher un épisode de manie/hypomanie. Des adaptations au traitement d'AC devraient être apportées de manière à tenir compte des particularités associées au trouble bipolaire telles que suggérées par Weinstock, Melvin, Munroe et Miller³⁸. Ces adaptations pourraient viser par exemple à sensibiliser les patients et les intervenants à la tendance marquée chez cette population à poursuivre des objectifs excessivement ambitieux et donc au risque de se fixer dans le cadre de l'intervention des objectifs trop stimulants ou irréalistes. Documenter régulièrement en cours de traitement les variations d'humeur pourrait faciliter l'identification de signes précurseurs de symptômes de manie/hypomanie.

L'évaluation de l'adhérence des thérapeutes au protocole de traitement indique que les intervenants sont parvenus à administrer l'intervention avec un niveau d'intégrité élevé. L'intervention a également été très bien accueillie par la grande majorité des participants, leur rétroaction au questionnaire évaluant la satisfaction étant très positive. De plus, l'acceptabilité du traitement se reflète par le faible taux d'abandon enregistré (13 %), un meilleur taux que ceux rapportés dans d'autres études d'efficacité se situant entre 40 et 60 %³⁹.

Bien qu'une amélioration statistiquement significative ait été observée sur chacune des variables et que les deux tiers des participants aient passé à une catégorie de moins grande sévérité, un peu plus de la moitié des participants rapportaient au terme du traitement des symptômes dépressifs d'intensité sévère ou extrême. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Porter et coll.⁷ qui ont administré, tout comme dans le cadre de cette étude, un traitement d'AC de groupe de 10 séances en milieu naturel auprès de patients rapportant un niveau de base moyen sévère au BDI-II.

La plupart des études sur l'AC ont évalué une intervention qui s'étendait sur un plus grand nombre de séances. En fait, l'étude la plus convaincante où l'AC a entraîné une diminution plus importante des symptômes dépressifs sévères (sévérité minimale en post) incluait un traitement offert en individuel, sur 28 rencontres et à une fréquence

de 2 fois par semaine^{9,10}. En ce sens, nous estimons que la durée du traitement de groupe devrait être augmentée et que son effet sur la production de changements cliniquement significatifs devrait être examiné. Le choix d'une intervention de 10 séances a été fait en tenant compte de l'organisation des services offerts dans le milieu hospitalier au moment de la réalisation de l'étude. Le groupe d'AC fait partie du premier traitement offert dans une séquence de 3 psychothérapies de groupe : AC, thérapie cognitive et pleine conscience. Les travaux à venir devront examiner l'étendue minimale ou idéale d'une intervention d'AC. Il serait pertinent que la recherche future poursuive l'évaluation d'une intervention de groupe de manière à cerner sous quels formats/conditions elle parvient à entraîner des changements cliniquement significatifs et comparables à ceux obtenus lorsque le traitement est offert en individuel.

Le protocole de recherche a été élaboré en collaboration avec le milieu hospitalier où s'est déroulée cette étude. Les choix méthodologiques ont donc été faits en tenant compte de l'organisation des services au moment de la réalisation de l'étude, limitant la possibilité de tester certaines questions de recherche. C'est pourquoi certaines limites méthodologiques à la validité interne des résultats de cette étude peuvent être soulevées. Le protocole ne comprenait pas l'inclusion de groupe contrôle. Toutefois, l'efficacité de l'AC pour le traitement de la dépression a déjà été largement démontrée à travers de nombreux essais aléatoires et contrôlés, et l'objectif et la valeur de cette étude est plutôt de franchir l'étape suivante et essentielle, soit d'évaluer les effets de l'AC sur le terrain, dans la réalité des milieux cliniques et en tenant compte de la complexité du portrait clinique des patients. La prise de médication n'a pas été contrôlée. Il faut noter qu'il n'y a actuellement pas d'évidence dans la littérature d'une réponse différente à l'AC selon la prise conjointe ou non de médication¹⁷. De plus, cette étude visait à évaluer l'AC auprès d'un échantillon présentant des caractéristiques se rapprochant de celles rencontrées dans la réalité des milieux cliniques qui traitent la dépression sévère, et donc auprès d'une population qui est largement médicamentée. Il est également possible qu'un effet d'interaction sociale puisse avoir contribué aux résultats de par la modalité de groupe. Comme il a été suggéré par Houghton²⁰, la composante d'interaction sociale est assurément un ingrédient actif de l'intervention de groupe, mais l'atténuation des symptômes dépressifs résulterait d'une combinaison des effets du groupe et des techniques d'AC. L'évolution de la sévérité des symptômes dépressifs a été évaluée

à l'aide d'une mesure autorapportée, le BDI-II, sans évaluation diagnostique par le biais d'une entrevue structurée au cours de l'étude. Les diagnostics avaient toutefois été posés au départ à la suite d'une évaluation menée par les psychiatres traitants de l'hôpital. Finalement, les mesures de suivi ont été enregistrées après 4 semaines, ce qui signifie que les conclusions quant au maintien des acquis à plus long terme de l'AC de groupe pour le traitement de la dépression sévère et complexe restent à clarifier.

Beaucoup de travail reste à faire. L'AC devrait maintenant être systématiquement évaluée dans son application sur le terrain, car il est insuffisant d'établir l'efficacité d'une intervention pour ensuite tenter de simplement la transposer dans le réseau de la santé. C'est pourquoi les études à venir devront reposer sur des protocoles permettant de tester l'efficacité de différentes méthodes de dissémination et d'implantation de l'AC, de manière à clarifier comment favoriser la distribution des informations et du matériel aux cliniciens, ainsi que pour améliorer l'intégration des informations et l'adoption des pratiques dans les milieux cliniques⁴⁰.

TABLEAU 1

Caractéristiques de l'échantillon

	AC (n = 45)
Âge moyen (ÉT):	46,02 (11,31)
Sexe: n (% femmes)	25 (56 %)
Occupation: n (%)	
Emploi temps plein	4 (8,9 %)
Emploi temps partiel	1 (2,2 %)
Études	1 (2,2 %)
Au foyer	4 (8,9 %)
Invalidité temporaire	25 (55,6 %)
Invalidité permanente	5 (11,1 %)
Retraite	2 (4,4 %)
Assistance sociale	3 (6,7 %)
Diagnostic: n (%)	
Dépression majeure	26 (57,8 %)
Dépression bipolaire	10 (22,2 %)
Dysthymie	4 (8,9 %)
Provisoire (incertain) de dépression majeure ou dysthymie	5 (11,1 %)
Comorbidité Axe I et/ou II: n (%)	
Anxiété généralisée	4 (8,9 %)
Trouble panique	1 (2,2 %)
Trouble somatoforme	1 (2,2 %)
Trouble obsessionnel-compulsif	1 (2,2 %)
Jeu pathologique	1 (2,2 %)
Phobie sociale	1 (2,2 %)
Hypocondrie	1 (2,2 %)
Déficit de l'attention/hyperactivité	1 (2,2 %)
Trouble de personnalité	2 (4,4 %)
Limite	3 (6,7 %)
Dépendante	1 (2,2 %)
Évitante	1 (2,2 %)
Histrionique	1 (2,2 %)
Narcissique	3 (6,7 %)
Obsessionnelle-compulsive	
Score moyen au BDI-II au temps pré (ÉT):	37,22 (10,11)
Catégorie de sévérité au BDI-II au temps pré: n (%)	
Extrême (scores 41 à 63)	17 (37,8 %)
Sévère (scores 29 à 40)	19 (42,2 %)
Modérée (scores 20 à 28)	7 (15,6 %)
Légère (scores 14 à 19)	1 (2,2 %)
Minimale (scores 0 à 13)	1 (2,2 %)

TABLEAU 2

Moyennes ajustées aux 3 temps de mesure sur les différentes variables

Variables	M		F		ddl	Changement moyen	
	Pré	Post	Suivi			Pré-post	Post-suivi
BDI-II	37,2	27,0	29,6	34,58, $p < .001$	2	- 10,2, $p < .001$	+2,6, $p = .16$
BADS-SF	16,9	22,6	21,8	9,99, $p < .001$	2	+5,7, $p < .001$	-0,8, $p = 1.0$
RPI	41,0	44,6	43,3	8,26, $p < .001$	2	+3,7, $p < .001$	-1,4, $p = .42$
BAI	31,3	25,2	24,7	9,85, $p < .001$	2	-6,1, $p < .001$	-0,5, $p = 1.0$
SAS	2,8	2,4	2,6	6,49, $p < .01$	2	-0,3, $p = .001$	+0,1, $p = .40$
WHOQOL-BREF							
phy	17,3	19,9	19,1	9,88, $p < .001$	2	+2,6, $p < .001$	-0,8, $p = .53$
psy	11,2	13,6	12,6	10,50, $p < .001$	2	+2,3, $p < .001$	-1,0, $p = .22$
soc	7,0	8,0	7,5	5,25, $p < .01$	2	+1,0, $p = .004$	-0,6, $p = .23$
env	24,5	25,5	25,7	1,96, $p = .15$	2	+1,0, $p = .21$	+0,2, $p = 1.0$

BDI-II = Beck Depression Inventory – 2nd Edition; BADS-SF = Behavioral Activation for Depression Scale Short-Form; RPI = Reward Probability Index; BAI = Beck Anxiety Inventory; SAS-SR-screener = Social Adjustment Scale Self-Report Screener; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life-Bref, sous-échelles phy = santé physique, psy = santé psychologique, soc = relations sociales, env = environnement.

FIGURE 1

Évolution sur la mesure de dépression aux 3 temps selon le type de dépression

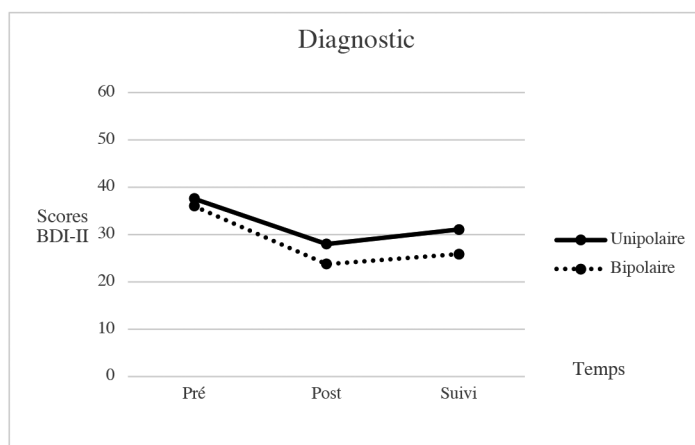


FIGURE 2
Évolution sur la mesure de dépression aux 3 temps selon la présence ou non de comorbidité sur l’Axe I et/ou II

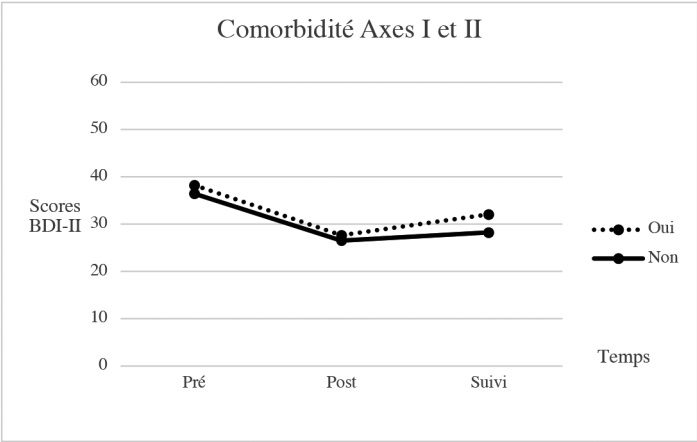
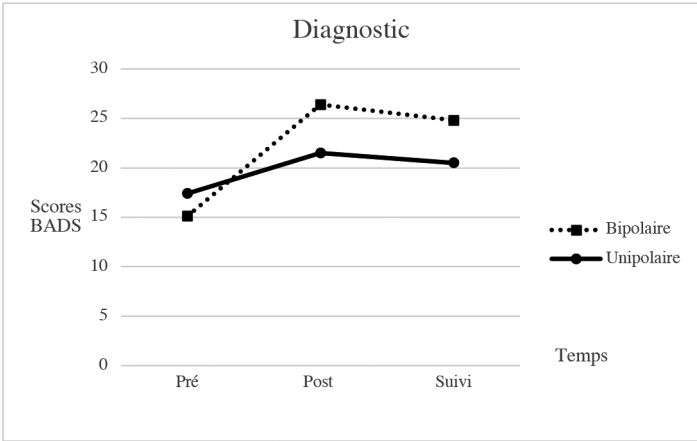


FIGURE 3
Évolution sur la mesure d’activation aux 3 temps selon le type de dépression



Notes

Au moment de la réalisation de l'étude, l'organisation des services pour le traitement de la dépression dans le milieu prévoit que le groupe d'AC fasse partie du premier traitement offert dans une séquence de 3 psychothérapies de groupe, chacune d'une durée de 10 séances: 1) AC; 2) thérapie cognitive; et 3) pleine conscience (MBCT). Au moment d'intégrer les groupes, les participants sont déjà suivis par un psychiatre de l'hôpital à la Clinique des troubles de l'humeur. Le recrutement au programme se fait par le MEL (module d'évaluation liaison), l'urgence et l'hospitalisation qui réfèrent les participants à la clinique externe des troubles de l'humeur. Généralement, les patients très déprimés, peu actifs et en arrêt de travail sont dirigés vers le groupe AC et sont encouragés par la suite à recevoir l'intervention de thérapie cognitive. Personne n'est contraint à participer à l'une ou l'autre des interventions et tous peuvent avoir accès aux 2 formes de traitement s'ils le désirent. Comme il y a un intervalle d'environ 1 mois entre chacune des interventions, il n'a pas été possible d'évaluer les effets spécifiques de l'AC au-delà de 4 semaines, car les participants pouvaient avoir débuté une autre intervention (par exemple groupe de thérapie cognitive ou MBCT).

La réalisation de cette étude n'aurait pas été possible sans la collaboration significative des cliniciens de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Nous tenons à sincèrement remercier Alain Taillefer, Angela Zizzi et Geneviève Hannah pour leur collaboration et l'animation des groupes.

RÉFÉRENCES

- ¹ Organisation mondiale de la Santé (2011). *Dépression*. Récupéré le 15 janvier 2011 du site de l'organisme: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- ² Statistique Canada (2008). *Un profil de la dépression clinique au Canada*. Récupéré le 14 janvier 2017 du site de l'organisme: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080409/dq080409d-eng.htm>
- ³ Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. Dans R. J. Friedman et M. M. Katz (dir.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). New York, NY: Wiley & Sons.
- ⁴ Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870
- ⁵ Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- ⁶ Martell, C. R., Addis, M. E. et Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- ⁷ Lejuez, C. W., Hopko, D. R. et Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- ⁸ Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F. et Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.

- ⁹ Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- ¹⁰ Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
- ¹¹ Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D. et McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27(4), 458-469.
- ¹² Porter, J. F., Spates, C. R. et Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(3), 297-301.
- ¹³ Curran, J., Lawson, P., Houghton, S. et Gournay, K. (2007). Implementing behavioural activation in inpatient psychiatric wards. *Journal of Mental Health*, 2(2), 28-35.
- ¹⁴ Ekers, D. M., Dawson, M. S. et Bailey, E. (2013). Dissemination of behavioural activation for depression to mental health nurses: Training evaluation and benchmarked clinical outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(2), 186-192.
- ¹⁵ Kazdin, A. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, 66, 685-698.
- ¹⁶ Ollendick, T. H. (2014). Advances toward evidence-based practice: Where to from here? *Behavior Therapy*, 45(1), 51-55.
- ¹⁷ Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 10(5), 1-17.
- ¹⁸ Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. et Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry*, 8(1), 36-41.
- ¹⁹ Mazzucchelli, T., Kane, R. et Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 383-411.
- ²⁰ Houghton, S., Curran, J. et Saxon, D. (2008). An uncontrolled evaluation of group behavioural activation for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 235-239.
- ²¹ American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^e édition. Washington, DC: APA.
- ²² Hopko, D. R., Lejuez, C. W., et Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3(1), 37-48.

- 23 Cullen, J., Spates, C., Pagoto, S. et Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7(1), 151-166.
- 24 Piper, W. E. et Joyce, A. S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 311-328.
- 25 Addis, M. E. et Martell, C. R. (2010). *Vaincre la dépression une étape à la fois*. Montréal, Canada: Les éditions de l'Homme.
- 26 Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- 27 Manos, R. C., Kanter, J. W. et Luo, W. (2011). The Behavioral Activation for Depression Scale-short form: Development and validation. *Behavior Therapy*, 42(4), 726-739.
- 28 Carvalho, J. P., Gawrysiak, M. J., Hellmuth, J. C., McNulty, J. K., Magidson, J. F., Lejuez, C. W. et Hopko, R. D. (2011). The Reward Probability Index: Design and validation of a scale measuring access to environmental reward. *Behavior Therapy*, 42, 249-262.
- 29 Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. et Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- 30 Weissman, M. M. (2007). *Social Adjustment Scale-Self-Report: Short (SAS-SR: Short) and Social Adjustment Scale-Self-Report: Screener (SAS-SR: Screener): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems Inc.
- 31 WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization Quality of Life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- 32 Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. et Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- 33 Altman, D. G., Schulz, K. F., Moher, D., Egger, M., Davidoff, F., Elbourne, D., ... CONSORT Group. (2001). The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 134, 663-694.
- 34 Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- 35 Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. et Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377-384.
- 36 Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.

- ³⁷ Suppes, T., Kelly, D. I. et Perla, J. M. (2005). Challenges in the management of bipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 11-16.
- ³⁸ Weinstock, L. M., Melvin, C., Munroe, M. K. et Miller, I. W. (2016). Adjunctive Behavioral Activation for the Treatment of Bipolar Depression: A Proof of Concept Trial. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(2), 149-158.
- ³⁹ Chambless, D. L. et Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- ⁴⁰ Beidas, R. S., Mehta, T., Atkins, M., Solomon, B. et Merz, J. (2012). Dissemination and implementation science: research models and methods. Dans J. S. Comer, & P. C. Kendall (dir.), *The Oxford Handbook of Research Strategies for Clinical Psychology* (pp. 62-86). New York, NY: Oxford University Press.

Évaluation qualitative de l'implantation de groupes psychoéducatifs pour le trouble bipolaire à Québec

Stéphanie Landry^a

Martin D. Provencher^b

RÉSUMÉ Le trouble bipolaire est une condition chronique ayant des conséquences tangibles sur le fonctionnement et la qualité de vie des personnes atteintes. Des interventions psychologiques reconnues efficaces, comme la psychoéducation, ont le potentiel de pallier certaines lacunes observées lorsque la pharmacothérapie est utilisée comme seule modalité de traitement. Toutefois, il semble que les personnes ayant un trouble bipolaire n'ont pas facilement accès à ce type de programme fondé sur les données probantes. En effet, le transfert des connaissances acquises dans la recherche vers le milieu clinique pose un défi. Ainsi, au-delà de l'évaluation de l'efficacité des traitements en recherche, il est nécessaire de considérer l'implantation de ces traitements dans la pratique clinique. L'objectif de la présente étude est donc de décrire l'implantation d'un programme psychoéducatif pour le traitement du trouble bipolaire, le *Life Goals Program* (LGP), à l'intérieur de milieux cliniques québécois. Dix-sept groupes de psychoéducation basés sur le LGP ont donc été offerts à l'intérieur de milieux cliniques publics québécois. Les animateurs de ces groupes ont rempli des journaux de bord et participé à une entrevue de groupe. Des analyses de contenu ont été réalisées pour documenter la mise en place du LGP. L'analyse des données qualitatives a permis d'identifier 4 principaux domaines de facteurs qui pourraient être tributaires de la variabilité dans l'implantation : les caractéristiques des intervenants, les caractéristiques des participants, le contexte

a. D. Psy., Psychologue, École de psychologie, Université Laval.

b. Ph. D., Professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval; chercheur régulier, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval et Centre de recherche CERVO.

organisationnel et la facilitation. En particulier, les facteurs déterminants dans les différences observées semblent être le soutien de l'équipe de recherche, le roulement de personnel et la formation des intervenants.

MOTS CLÉS trouble bipolaire, psychoéducation, implantation, transfert des connaissances

Qualitative Evaluation of the Implementation of Group Psychoeducation for Bipolar Disorder in Clinical Settings in Quebec

ABSTRACT Objectives Bipolar disorder is a chronic condition which significantly impacts the functioning and quality of life of patients with the disorder. Recognized efficacious psychological interventions, such as group psychoeducation, can help better address some of the limitations observed when pharmacotherapy is used alone in the management of bipolar disorder. However, access to these evidence-based interventions seems to be limited for most patients. Indeed, the translation of knowledge acquired through research towards actual clinical settings poses a significant challenge. Assessing the implementation of these efficacious interventions in clinical practice is thus a priority. The objective of this study is to describe the implementation of a psychoeducative intervention, the *Life Goals Program* (LGP), for the treatment of bipolar disorder in community mental health settings in Quebec City.

Methods The LGP was implemented in three different clinical settings located in Quebec City. Fifteen healthcare service providers chosen by their respective clinical site were trained to deliver the intervention. They delivered the treatment to 73 patients with a diagnosis of bipolar disorder. Healthcare service providers filled a log book after each group session, in order to assess whether they had properly delivered the content of the program. At the end of the study, they also participated in a group interview in order to get a better understanding of their experience delivering the intervention and their appreciation of the research process.

Results Following qualitative content analysis, four main categories of factors that could influence the implementation of the intervention were identified: 1) healthcare service providers' characteristics (academic training, clinical experience, personality, knowledge of the program, and dynamic between animators); 2) participants' characteristics; 3) organizational context (physical and material environment, staff stability, administrative management and research requirements); and 4) facilitation (perception of research, research team support, and facilitation tools). These categories derived from data analysis coincide with those observed in the literature. The following factors seemed to have had the most impact in the differences observed between sites in the implementation of the LGP: the support offered by the research team; staff stability; and the academic training of healthcare services providers.

Conclusion Dissemination and implantation studies can not only help determine factors that are important to consider when implementing a program, but can also help improve and adapt these programs in order to increase acceptability and effectiveness in real world clinical settings.

KEYWORDS life goals program, implementation, psychoeducation, bipolar disorder

INTRODUCTION

Le trouble bipolaire s'avère une condition chronique qui se distingue par la présence d'épisodes thymiques récurrents oscillant entre 2 pôles ainsi qu'une évolution erratique jumelée à des symptômes résiduels qui interfèrent avec le fonctionnement (American Psychiatric Association, 2013). Au Canada, la prévalence à vie de ce trouble est d'approximativement 2 % (Coulthard, Patel, Brizzolara, Morriss et Watson, 2013; Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen et Levitt, 2006). L'ensemble des symptômes associés au trouble bipolaire entraîne de multiples conséquences dans la vie d'un individu. De plus, les coûts sociétaux associés à la maladie sont importants (Begley et coll., 2001; Bryant-Comstock, Stender et Devercelli, 2002).

Selon le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), la pharmacothérapie est l'intervention de première ligne pour le traitement du trouble bipolaire (Yatham et coll. 2013). Toutefois, les effets de la pharmacothérapie seule semblent être limités. En ce sens, plusieurs auteurs affirment qu'une thérapie psychosociale complémentaire à la pharmacothérapie est non seulement appropriée, mais essentielle (Mirabel-Sarron et Giachetti, 2012; Mizziou et coll., 2015; Scott et Colom, 2007). Parmi les interventions psychosociales efficaces, la psychoéducation serait un des traitements les plus utilisés dans le cadre de la gestion du trouble bipolaire (Batista et coll., 2011), présenterait plusieurs avantages et serait même décrite comme une composante essentielle de la gestion clinique du trouble bipolaire (Yatham et coll. 2009; Yatham et coll. 2013). Pour une recension complète des écrits sur l'efficacité de la psychoéducation, voir aussi Rouget et Aubry (2007), Provencher et coll. (2012), Bond et Anderson (2015) ainsi que Salcedo et coll. (2016).

Actuellement, 2 interventions psychoéducatives en format de groupe émergent et se distinguent des autres : le programme de Colom et Vieta (2006) et celui de Bauer et McBride (2001; 2003) : le *Life Goals*

program (LGP) (Provencher et coll., 2012). Ce sont les 2 programmes psychoéducatifs qui présentent les meilleures données probantes en ce qui concerne leur efficacité telle qu'évaluée dans plusieurs études (Bond et Anderson, 2015). Par contre, malgré l'efficacité du programme de Colom et Vieta pour les troubles bipolaires plus sévères (Colom et coll., 2003; Colom et coll., 2004; Colom et coll., 2005), des caractéristiques comme le grand nombre de rencontres et les qualifications élevées requises pour les intervenants peuvent rendre la dissémination et l'implantation du programme plus difficilement envisageables (Provencher et coll., 2012).

Le LGP pallie ces limites, car il nécessite un moins grand nombre de rencontres (6 ou 7) et il peut être administré par différents intervenants en santé mentale (pas nécessairement des psychologues ou psychothérapeutes). La disponibilité d'un manuel de traitement en français qui est clair et concis contribue aussi à uniformiser et faciliter la dissémination du programme. Le LGP permet une réduction du nombre de semaines passées en épisodes thymiques, principalement pour la manie (Bauer et coll., 2006), et une diminution de la sévérité et du temps passé avec des symptômes maniaques (Simon et coll., 2006). Il permet aussi une amélioration du fonctionnement social (Bauer et coll., 2006), des habiletés de prévention, des capacités de gestion de la rechute (Aubry et coll., 2012; De Andrés et coll., 2006) et de la stabilité subjective de l'humeur (Aubry et coll., 2012; De Andrés et coll., 2006). Une perception positive du traitement est aussi remarquée chez les participants (Aubry et coll., 2012; Bauer et coll., 2006; De Andrés et coll., 2006). Ce programme représente un traitement bref et peu coûteux qui pourrait aider les patients avec un trouble bipolaire et aider le système de santé québécois à mieux composer avec la maladie en réduisant le fardeau associé à celle-ci (Provencher et coll., 2012).

La réalité clinique et l'écart recherche-pratique

Actuellement, malgré l'efficacité reconnue de la psychoéducation et de programmes comme le LGP, ce type d'intervention n'est pas facilement accessible dans les soins de santé courants (Coulthard et coll., 2013). La dissémination d'interventions reconnues comme efficaces pour la gestion du trouble bipolaire demeure donc un défi (Salcedo et coll., 2016). Plusieurs auteurs soulignent l'écart existant entre la recherche et la pratique clinique (Becker, Stice, Shaw et Woda, 2009; McHugh et Barlow, 2012; Provencher et coll., 2009; Sobell, 1996). Stirman, Crits-

Christoph et DeRubeis (2004) parlent d'une « pensée magique » selon laquelle les pratiques soutenues empiriquement vont être adoptées par les milieux cliniques sans effort supplémentaire. La motivation des intervenants à adopter de nouvelles pratiques, la formation des intervenants, les coûts reliés ainsi que les barrières organisationnelles seraient également des facteurs responsables de cet écart (McHugh et Barlow, 2012).

McHugh et Barlow (2012) conçoivent cet écart comme un défi majeur pour le domaine des soins de santé et insistent sur l'engagement des intervenants comme variable essentielle. Quant à eux, Stirman et coll. (2004) considèrent la combinaison de recherche d'effectivité et de modèles de dissémination comme une solution. Les études d'effectivité sont conçues pour évaluer si les résultats observés dans un contexte plus contrôlé comme celui de la recherche peuvent se reproduire dans des conditions naturelles avec des échantillons de participants hétérogènes (Marchand, Stice, Rohde et Becker, 2011).

La science de dissémination et d'implantation vise également à combler cet écart recherche-pratique (McHugh et Barlow, 2012; Meyers, Durlak et Wandersman, 2012). Il ne semble toutefois pas y avoir consensus sur comment procéder au transfert des programmes basés sur les données probantes, sur les meilleures pratiques de dissémination et d'implantation de ces programmes (McHugh et Barlow, 2010). Plusieurs auteurs se penchent donc sur les facteurs favorisant l'implantation efficace d'un programme.

Implantation de programmes basés sur les données probantes au Québec

Dans cet ordre d'idées de transfert des programmes développés en recherche dans la réalité clinique, Provencher et coll. (2014) ont mené une étude afin d'évaluer l'efficacité pragmatique du LGP. Le programme a été implanté dans 3 milieux cliniques avec l'objectif d'évaluer s'il est possible d'implanter le LGP en milieu clinique tout en préservant l'efficacité du programme. De manière globale, les résultats sont encourageants. Les participants rapportent une amélioration des connaissances envers la maladie et une satisfaction élevée envers le programme. Ils rapportent aussi une meilleure acceptation émotionnelle et rationnelle de la maladie, une diminution des symptômes dépressifs et une tendance vers une amélioration des comportements concernant la médication. Par contre, bien que le contenu du programme semble avoir été

fidèlement transmis, les auteurs observent certaines différences dans l'implantation entre les 3 milieux. Ceci semble avoir un impact sur l'apprentissage des connaissances sur le trouble bipolaire entre les milieux (voir Provencher et coll., 2014).

Objectifs et pertinence de l'étude

L'objectif de la présente étude est de documenter les variables contextuelles pouvant avoir eu une influence sur l'implantation du programme LGP tel que présenté dans l'étude de Provencher et coll. (2014). Ce type d'étude apporte des informations supplémentaires sur l'effectivité du programme et permet de constater comment un programme développé en recherche se transpose dans la réalité clinique.

MÉTHODE

Participants. Un total de 15 intervenants choisis par leur milieu respectif, soit le CSSS Québec-Nord, le CSSS Vieille-Capitale ou l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), ont été inclus dans le projet initial. Ces intervenants ont offert le LGP à 73 patients atteints d'un trouble bipolaire (voir Provencher et coll., 2014).

Les 73 patients référés par leur médecin ont formé 17 groupes de psychoéducation. Les critères d'inclusion étaient: a) d'avoir un diagnostic médical de trouble bipolaire; et b) être en accord pour participer au LGP dans un des 3 milieux de traitement entre septembre 2009 et décembre 2012. Les patients présentant des symptômes aigus (risque suicidaire, dépression, manie) ou un problème actuel d'abus de substances nécessitant une intervention immédiate n'ont pas pu participer à l'étude.

Les participants d'intérêt pour la présente étude sont les 15 intervenants qui ont administré le LGP. Selon le milieu de traitement, des différences sont observées sur différentes caractéristiques, soit l'âge des intervenants, la profession, le nombre d'années d'expérience, le degré de scolarité et la formation par rapport au LGP (voir le tableau 1).

Traitement. Le traitement s'échelonnait en 7 différentes sessions d'une durée variant entre 1 h 30 et 2 h. Chaque session était animée par 2 intervenants. La première session était dédiée à la présentation du programme, du déroulement des 7 séances, d'une introduction sur le trouble bipolaire et à une discussion sur les préjugés envers la maladie. Les 2 sessions suivantes (les sessions 2 et 3) abordaient la

manie. Les participants apprenaient des informations sur les symptômes généraux, sur l'identification de leurs propres symptômes et sur les signes précurseurs afin de construire leur profil individuel de manie. Les 4e et 5e sessions portaient plutôt sur la dépression. La structure était la même que les 2 séances précédentes mise à part la production d'un profil individuel de dépression, cette fois-ci. La 6e session avait pour sujet les traitements alternatifs existants, l'importance d'un mode de vie sain et l'importance de la collaboration avec l'équipe de traitement. Cette session aboutissait à la création d'un plan de soins personnel. Pendant la 7e session, les proches des participants avaient l'occasion de se joindre au groupe pour assister à une synthèse des 6 dernières sessions et poser leurs questions.

Procédure. Le processus de formation initial prévoyait un enchaînement uniforme d'étapes. Selon ce processus, les intervenants devaient prendre part à une journée de formation portant sur le trouble bipolaire et sur le programme LGP, où ils recevaient le manuel de traitement ainsi que des outils cliniques utilisés pour l'animation du groupe. Les intervenants devaient également procéder à l'observation d'un groupe qui était en cours à l'IUSMQ pour ensuite être coanimateur d'un autre groupe dans leur milieu respectif avec l'intervenant de l'IUSMQ. Le traitement s'échelonnait en 7 différentes sessions d'une durée variant entre 1 h 30 et 2 h. Pour s'assurer de la fidélité du traitement, chaque session était décrite en détail dans un manuel de traitement et le contenu était divisé en points clefs et en objectifs à atteindre (Provencher et coll., 2007 ; Bauer et McBride, 2003). La figure 1 présente le niveau de fidélité de la transmission des points clefs, par rencontre et par milieu.

Instruments de mesure

Journal de bord. Il a été demandé aux intervenants de compléter un journal de bord à toutes les rencontres. Cet outil est composé de 3 parties, soit : 1) une section unique à chaque participant ; 2) une autre qui porte sur le déroulement de la rencontre qui se subdivise en « présentation du contenu », « objectifs de la rencontre » et « animation de la rencontre » ; et 3) une dernière sur l'expérience générale. Cet outil diffère dans son contenu en fonction de la rencontre, mais la structure de base reste la même. Cet instrument a été développé à partir de la grille de fidélité d'implantation du traitement présentée dans la 2^e édition du manuel anglophone de Bauer et McBride (2003) pour ensuite être traduite et adaptée par l'équipe de recherche (Provencher et coll., 2007).

L'entrevue de groupe. Pour assurer une compréhension optimale de l'expérience des intervenants, une entrevue de groupe d'une durée d'une heure a été conçue et réalisée par la première auteure. Cette entrevue est de type semi-dirigé et comporte une vingtaine de questions (voir annexe 1). Tous les intervenants ayant administré le LGP ont été invités et 7 intervenants y ont participé au total. Les 3 milieux étaient représentés par les intervenants. Les autres intervenants n'ont pu participer à l'entrevue pour les raisons suivantes : décès de l'intervenant, congé de maternité, changement d'emploi, retraite ou raison inconnue. L'entrevue a été enregistrée et ensuite retranscrite.

Analyses

Dans un premier temps, les données concernant le degré de succès de l'implantation du programme publiées dans l'article de Provencher et coll. (2014) ont été rapportées comme base quantitative dans le présent article et ont été approfondies pour une compréhension optimale. Ainsi, un regard a été posé sur la fidélité de la transmission du contenu pour chacune des rencontres, et ce, sans égard au milieu d'implantation. Des moyennes ont été réalisées quant à la proportion de points clefs et d'objectifs présentés avec succès. La qualité d'animation du groupe a aussi fait l'objet d'un calcul pour obtenir un résultat moyen. Ces 3 résultats différents ont été mis ensemble pour déterminer une cote globale de qualité de l'implantation. Ensuite, une attention particulière a été portée à l'implantation du programme dans chacun des milieux, à l'aide des différents points mentionnés précédemment (points clefs, objectifs, qualité de l'animation) en soulevant les résultats divergents.

Par la suite, les commentaires des intervenants dans les journaux de bord et la discussion tenue lors de l'entrevue ont été analysés. La méthode employée est celle décrite par Blais et Martineau (2006), l'analyse inductive générale, qui s'apparente à une analyse de contenu. Pour documenter la mise en place du LGP et établir les facteurs contextuels qui peuvent sous-tendre les variances dans l'implantation, les données des journaux de bord ainsi que les données de l'entrevue ont été utilisées. Les données ont été organisées par milieu d'implantation. Les catégories choisies pour la grille de codification ont été sélectionnées en fonction des récurrences observées dans les commentaires des journaux de bord et de l'entrevue.

RÉSULTATS

Pour une présentation détaillée des résultats concernant la fidélité du traitement, se référer à l'article de Provencher et coll. (2014). De manière globale, à la suite de l'analyse des journaux de bord complétés par les intervenants, la cote de fidélité quant à la qualité de transmission du traitement indique une très bonne fidélité, soit de plus de 90 % pour les 3 milieux d'implantation, incluant le respect des points clefs et des objectifs ainsi que la qualité de l'animation. Ce qui semble différer par rapport à l'intégrité du traitement pour tous les milieux d'implantation confondus, c'est la transmission des points clefs. Les différentes moyennes quant à la présentation du contenu par points clefs montrent que les séances 6 et 7 ont été moins fidèlement transmises avec des résultats sous les 90 %. En effet, une moyenne de 75,7 % des points clefs a été transmise pour la rencontre 6 alors que 84,8 % des points clefs ont été transmis lors de la rencontre 7. La présentation des différents objectifs et la qualité de l'animation ne diffèrent pas suffisamment pour faire l'objet d'une analyse plus approfondie. Quant à la durée des rencontres, il est possible de noter que la moyenne de temps accordée aux rencontres 6 et 7 diffère davantage des 90 minutes initialement prévues par Bauer et McBride pour une rencontre. Respectivement, les rencontres se prolongent, en moyenne, à 128 min et 131 min.

Le programme prévoit initialement l'animation du groupe par 2 intervenants. Cette condition a été respectée pour les 2 premiers milieux d'implantation alors que pour le 3^e milieu, il est arrivé à une occasion que l'animation d'un groupe se fasse par alternance, un intervenant à la fois.

En regardant ces mêmes résultats sous un angle différent, soit l'implantation par milieu de traitement, certaines différences peuvent également être dénotées. En effet, le succès dans la transmission des points clefs semble être plus mitigé lorsque l'on regarde les pourcentages du 3^e milieu d'implantation, et ce, particulièrement pour les rencontres 1, 3, 6 et 7. Les résultats pour les 2 premiers milieux d'implantation ne semblent pas indiquer une transmission moindre du contenu pour les rencontres 1 et 3. Des facteurs caractérisant le 3^e milieu de traitement semblent donc avoir une influence sur l'implantation de certains points. La fidélité de transmission des objectifs ainsi que celle par rapport à la qualité de l'animation ne diffèrent pas substantiellement entre les 3 milieux.

Dans un deuxième temps, la codification des données de l'entrevue de groupe avec les intervenants a permis d'identifier 4 grands domaines de facteurs comprenant 12 sous-catégories pouvant affecter l'implantation d'un programme : 1) les caractéristiques attribuables aux intervenants (formation académique, expérience clinique, personnalité de l'intervenant, connaissance du programme et dynamique entre les intervenants); 2) les caractéristiques attribuables aux participants; 3) le contexte organisationnel (environnement physique et matériel, stabilité du personnel, gestion administrative et exigences de la recherche); et 4) la facilitation (perception de la recherche, soutien de l'équipe de recherche et outils de facilitation) (voir figure 2).

Les caractéristiques attribuables aux intervenants

Les intervenants des 3 milieux présentent des profils différents et les données qualitatives recueillies révèlent que les différences observées chez les intervenants peuvent avoir un effet sur l'implantation du LGP.

Formation académique. Les intervenants, de par leur formation académique (collégiale versus universitaire), pourraient ne pas être suffisamment préparés pour aborder le contenu du programme, en particulier le contenu relatif à la biologie de l'humain. La formation académique semble donc avoir eu un effet plus important dans la première séance où la neurotransmission a été abordée. On peut l'observer dans certains commentaires : « approfondissement à prévoir lors de la rencontre avec la pharmacienne considérant que notre formation est sociale et non physique ».

L'expérience clinique. Les intervenants des 3 milieux ont fait des commentaires sur l'expérience clinique qui peut avoir une influence de façon bidirectionnelle, soit en facilitant l'implantation, soit en la rendant plus difficile. L'expérience peut être relative à une expérience antérieure d'animation de groupe ou avec la clientèle. « Ben c'était ma première expérience de groupe, avec une personne qui n'avait jamais animé de groupe. Faque on était plongés. »

Personnalité de l'intervenant. Cette sous-catégorie réfère à ce qui peut être attribuable à l'individu même. Certains commentaires appuient l'influence de la personnalité des intervenants dans l'implantation du programme dans les 3 milieux d'implantation. Leur compétence, leurs capacités d'adaptation ou leur proactivité sont des exemples qui ont été rapportés, des exemples qui soulignent comment la personnalité de l'intervenant peut faciliter l'implantation d'un programme.

Le commentaire suivant est un autre exemple : « Bonne capacité d'inviter les clients moins verbaux à s'exprimer et à s'approprier le contenu. »

Connaissance du programme. Cette catégorie semble avoir une portée bidirectionnelle. En effet, la connaissance du programme semble favoriser l'implantation quand les intervenants maîtrisent bien le programme ou alors affecter cette même implantation quand les intervenants sont moins adéquatement formés. La formation initialement prévue ne semble pas avoir été possible pour tous les intervenants pour diverses raisons. Plusieurs intervenants commentent : « On m'a lancé dans le bain pis ... j'ai pas pu le voir vraiment d'une séance 1 à 7 » et « Ben nous autres oui là. Comme je disais tantôt, nous autres c'était parfait (rires), on a tout eu ce qu'on avait à voir, on a été gâtés je pense. »

Dynamique entre les intervenants. Certains commentaires recueillis soulignent l'importance d'une chimie entre les 2 intervenants pour bien transmettre le contenu : « complémentarité de la coanimatrice appréciée ». Cette catégorie réfère également à l'équipe d'intervenants en place dans le milieu de travail : « Ben l'équipe qui donne des groupes, tsé j'veux dire c'est pas toute l'équipe non plus qui nous demande comment ça va dans le groupe bipolaire tsé. On est plus un petit noyau qui anime des groupes, on s'entraide là. »

Les caractéristiques attribuables aux participants

Ces caractéristiques pouvaient être ponctuelles ou fixes de même que positives ou négatives. Les caractéristiques ponctuelles peuvent varier d'une séance à l'autre et ne sont donc pas stables chez un même participant ou pour le groupe. Elles peuvent concerner l'attitude, l'humeur, la motivation, les abandons ou encore l'assiduité. Les caractéristiques fixes se répètent d'une séance à l'autre chez le groupe ou chez un participant. L'âge des participants ou encore le niveau de compréhension sont des exemples de caractéristiques fixes.

Le contexte organisationnel

Les caractéristiques attribuables au milieu où le programme s'implante ont une certaine influence dans le processus d'implantation.

Environnement physique et matériel. Cette catégorie réfère à l'espace, au lieu et au matériel disponible dans le milieu où s'implante le groupe (accessibilité aux locaux, technologies à la disposition, etc.). Tous les milieux semblent avoir eu certaines difficultés : « Des fois le

portable est pas là. C'est déjà arrivé qu'ils soient partis avec les 2 portables. Ou ben il brise... » ou « Espace un peu restreint. » Ces mêmes milieux ont également profité d'éléments positifs de ce même environnement : « L'utilisation du document PowerPoint est favorable pour les animateurs et les clients apprécient. »

Stabilité du personnel. Le roulement de personnel, selon les statistiques quantitatives, a été plus important dans le 3^e milieu où 8 intervenants ont eu la responsabilité d'animer le groupe alors que 3 intervenants ont pris part au programme dans le premier milieu et 4 intervenants dans le 2^e milieu. On peut donc penser que le roulement de personnel est un facteur qui nuit à l'implantation d'un programme comme il est observé dans la présente étude où les points clefs ont été plus difficilement transmis pour le 3^e milieu d'implantation. De plus, il y a eu un départ soudain de l'intervenant pivot initialement responsable dans le 3^e milieu. Ce départ a possiblement nuí au transfert de connaissances. Voici un commentaire décrivant cet événement : « Moi je n'étais pas là, ce n'est pas moi. C'était Donc ... Pi même moi quand je suis arrivée, elle est partie presque tout de suite. »

Gestion administrative. L'attitude et la perception du milieu d'implantation par rapport à l'importance du programme se révèlent importantes. En effet, l'organisation peut prendre des mesures facilitantes pour l'implantation, notamment sur le plan du recrutement des participants, de la promotion du programme et de la culture de groupe au sein de l'organisation. L'organisation pourrait également faire des choix qui pourraient nuire à l'implantation. Parmi ces éléments, on peut, entre autres, noter la charge de travail attribuée aux intervenants ainsi que les contraintes organisationnelles.

« Ben là dans notre milieu, c'est sûr que on... C'était important, je pense, pour l'organisation ici que ce groupe-là fonctionne et puisque... soit transféré... pi tout ça c'était... ça été un moment donné des objectifs... pis ... J pense que ça été réalisé et tout ça ben c'était important et ça reste important pour nous de continuer à donner ce groupe-là, c'est... nourrissant pour nous, nos gestionnaires et tout ça. »

Exigences de la recherche. L'implantation d'un nouveau programme dans un milieu clinique nécessite un travail supplémentaire de la part des intervenants et des participants. Cette charge de travail supplémentaire est explicable par la nécessité de s'assurer de l'efficacité du traitement dans un premier temps et d'observer le processus d'implantation dans un second temps. Bien que les exigences de la recherche

visent initialement à assurer une transmission efficace des données de la recherche dans la réalité clinique, celles-ci doivent être bien dosées puisqu'elle pourrait nuire au processus, amener un désinvestissement autant des intervenants que des participants. Les intervenants expriment clairement la charge de travail supplémentaire : « Y'avait le questionnaire postgroupe. Ça, les clients souvent ils ne voulaient pas faire le deuxième. C'était assez difficile... » et « Là, j'en ai animé depuis c'est certain quand on n'a pas tout ça à faire ..., la note évolutive tout simplement c'est pas mal moins long. »

La facilitation

La facilitation englobe différents éléments qui sont extérieurs au milieu et qui concernent plus le projet de recherche en lui-même. Dans le discours des intervenants, il a été possible de noter l'importance de la perception de la recherche, du soutien de l'équipe de recherche ainsi que de l'apport des outils de facilitation pour une implantation réussie.

Perception de la recherche. La façon de concevoir le projet de recherche semble avoir eu des répercussions sur l'implantation du programme et sur l'implication des intervenants dans le projet. La compréhension du rationnel de la recherche pourrait effectivement s'avérer un facteur qui peut faciliter l'implantation d'un programme. Les données qualitatives montrent que les intervenants étaient à différents niveaux par rapport à leur perception du projet de recherche : « Les circonstances ont voulu que rapidement j'embarque dans le bain, mais j'ai l'impression de manquer la base de l'étude » et « Mais tsé j'ai pas, y'a pas eu tant d'explications. On m'a interpellé, veux-tu animer, ça me tente parfait sauf que tsé c'est ça, ça venait avec toute cette affaire-là, faque j'ai embarqué là-dedans. »

Soutien de l'équipe de recherche. Pour optimiser l'implantation d'un programme, les chercheurs doivent collaborer avec le milieu clinique et le soutenir, soit par l'entremise d'une personne-ressource ou par leur disponibilité. Ce soutien semble avoir été mitigé à certains moments dans le processus et certains milieux semblent avoir été mieux encadrés que d'autres par l'équipe de recherche. Les 1^{er} et 2^e milieux d'implantation ont pu bénéficier de ce soutien, car l'intervenant responsable du projet de recherche dans le milieu est resté en poste durant la réalisation de celui-ci. Le 3^e milieu de traitement a probablement connu les répercussions du départ de leur intervenant ressource. Cette situation aurait possiblement pu être palliée par un

meilleur soutien de l'équipe de recherche. Les commentaires suivants le démontrent: «... ça été 1 an et ½ plus tard. Là OK j'ai compris un peu plus» et «Le fait qu'il y avait quelqu'un qui prenait ça en charge qui était pivot du groupe ben ça permet aussi que tout est vu. Elle sait ce qu'elle a à... J'trouve en tout cas pour ma part que c'est facilitant.»

Outils de facilitation. Parmi les commentaires, on remarque que certains outils de référence peuvent contribuer à l'implantation du programme. Les chercheurs ont fourni, au début de l'implantation des groupes psychoéducatifs, de l'information supplémentaire sur la recherche et sur le contenu via un cartable regroupant le manuel de traitement, les acétates à présenter lors des rencontres de groupe et les questionnaires d'évaluation. Certains milieux ont par la suite développé une présentation PowerPoint pour faciliter l'animation des groupes. Il faut également noter l'importance de l'accès à ces différents outils: «J'ai découvert ce cartable-là beaucoup plus tard.»

DISCUSSION

Le présent projet de recherche visait à évaluer l'implantation d'un programme psychoéducatif pour le traitement du trouble bipolaire, le LGP, dans un milieu clinique. L'analyse qualitative des données visait une compréhension plus approfondie de l'implantation du LGP et éventuellement une meilleure compréhension des facteurs d'influence lors du transfert d'un programme développé en recherche dans le milieu clinique. Les différences observées semblent tributaires de 4 grandes catégories de facteurs comprenant 12 sous-catégories au total.

Le premier facteur, les caractéristiques attribuables aux intervenants, concerne tout ce qui leur est relatif: la formation académique, l'expérience clinique, la personnalité, la connaissance du programme et la dynamique inter-intervenants. Principalement, les commentaires relevés soulèvent que la formation académique initiale (p. ex. plusieurs intervenants n'ayant pas une formation universitaire) a pu contribuer à rendre plus difficile la transmission de certains points clefs dans le 3^e milieu. L'expérience clinique et la formation par rapport au programme semblent être également importantes à considérer.

Ces résultats vont dans la même lignée que les hypothèses faites préalablement par Provencher et coll. (2014) ainsi que les facteurs rapportés par Klein, Conn et Sorra en 2001 (McHugh et Barlow, 2012) qui identifient la qualité et la quantité de l'entraînement comme des facteurs importants pour favoriser une implantation réussie.

Damschroder et coll. (2009) parlent également des caractéristiques individuelles comme un facteur important en abordant, entre autres, les connaissances et croyances à propos de l'intervention, l'efficacité personnelle et les autres caractéristiques personnelles. Une formation supplémentaire sur les aspects du programme plus difficiles à transmettre pourrait permettre une meilleure transmission des points clefs.

Le deuxième facteur, les caractéristiques attribuables aux participants, regroupe tous les commentaires qui ont été faits à propos d'eux. L'analyse des résultats a permis de constater que les intervenants des 3 milieux ont fait des commentaires à propos de l'effet des caractéristiques des participants sur l'impact de l'implantation de l'intervention. Ainsi, ces caractéristiques ne semblent pas avoir un effet spécifique à un milieu.

Le 3^e facteur, le contexte organisationnel, réfère aux dispositions de l'organisation dans laquelle s'inscrit l'implantation du programme dans chacun des milieux. Cette catégorie comprend l'environnement physique et matériel, la stabilité du personnel, la gestion administrative et les exigences de la recherche. La stabilité du personnel et la gestion administrative semblent avoir eu davantage d'influence. Le départ subit de l'intervenant ressource qui servait de repère dans le 3^e milieu d'implantation a eu un effet sur l'implantation du programme. On peut ainsi réaliser, dans les propos tenus par les intervenants lors de l'entrevue, que l'information concernant le projet de recherche ne semble pas avoir été transmise de façon optimale. Damschroder et coll. (2009) discutent du réseau et de la communication dans l'organisme comme des éléments importants dans l'implantation. Une communication plus efficace aurait pu permettre une meilleure transmission des informations nécessaires à une implantation optimale.

La gestion administrative semble aussi être un élément important. Il est en effet possible d'observer que l'organisation du premier milieu d'implantation accordait une importance particulière au programme et souhaitait particulièrement la réussite de l'implantation. Damschroder et coll. (2009) ont également noté l'influence du climat d'implantation (la priorité relative du programme) au sein d'une organisation comme un facteur important. Il a également été question des exigences relatives à la recherche. Des exigences trop élevées additionnées à un manque de temps des intervenants peuvent mener à une implication amoindrie au projet de recherche, et ce, surtout dans un milieu où l'importance de l'implantation du programme est mitigée.

Le dernier facteur tiré des données qualitatives, soit la facilitation, comprend la perception de la recherche, le soutien de l'équipe de recherche ainsi que les outils de facilitation. Globalement, l'analyse des données montre l'importance de comprendre le rationnel de la recherche pour optimiser la participation à celle-ci. Le soutien de l'équipe de recherche s'avère également nécessaire. Dans la situation spécifique du départ de l'intervenant responsable dans l'un des 3 milieux de traitement, un soutien plus intensif de l'équipe de recherche aurait été souhaitable.

En résumé, les catégories tirées de l'analyse des données coïncident avec celles qui sont observées dans la littérature et notamment celles qui sont proposées dans le cadre de référence de Damschroder et coll. (2009) qui épure, unifie et résume plusieurs théories d'implantation. Dans la présente étude, les facteurs sous-tendant la variance observée qui semblent être significatifs sont le roulement de personnel, la formation académique des intervenants, la formation par rapport au programme et le soutien de l'équipe de recherche. Il est donc possible de conclure que les variations pouvant être observées dans l'implantation du LGP semblent attribuables à un ensemble de facteurs qui agissent ensemble en s'interinfluençant.

La présente étude comporte plusieurs forces dont l'utilisation d'un devis mixte. Une première analyse de l'implantation a été réalisée à l'aide des données quantitatives (Provencher et coll., 2014) et l'analyse qualitative a permis d'approfondir la compréhension du processus d'implantation en offrant une compréhension plus globale. Les données qualitatives recueillies dans les journaux de bord ont été consolidées lors d'une entrevue de groupe auprès des différents intervenants. Cette démarche permet de valider la compréhension initiale. Certaines limites doivent également être soulignées. Par rapport à l'entrevue de groupe, bien qu'au moins un intervenant par milieu était présent, il a été impossible de rassembler l'ensemble des intervenants ayant animé le groupe. Il faut aussi tenir compte que la qualité de l'implantation du programme, c'est-à-dire le respect des différents points clefs/objectifs, est mesurée à partir de résultats rapportés par les intervenants eux-mêmes. Il peut donc être possible que ceux-ci aient surestimé leur propre transmission du contenu.

En conclusion, la psychoéducation de groupe, plus particulièrement le LGP pour le traitement du trouble bipolaire, est un traitement efficace qui peut s'implanter fidèlement dans la réalité clinique québécoise. Les études de dissémination et d'implantation peuvent non seulement

aider à statuer sur les facteurs importants à considérer pour l'implantation d'un programme, à l'amélioration continue du programme, mais également à augmenter la confiance des cliniciens envers les programmes développés en recherche.

ANNEXE 1

Entrevue de groupe

Impressions générales sur le programme

1. De façon générale, comment avez-vous trouvé le programme ?
2. Est-ce qu'il a été facile pour vous d'intégrer ce programme à votre pratique ? Pourquoi ?
3. Quels sont les principaux problèmes/obstacles que vous avez rencontrés ?
4. Quelles sont les meilleures parties du programme selon vous ?
5. Spontanément, auriez-vous des recommandations à faire à des fins d'amélioration du programme ?

Évaluation du processus d'implantation

1. Comment l'implantation du programme a-t-elle été amenée dans votre milieu ?
 - a) Avant l'implantation du programme dans votre milieu, avez-vous été consulté sur la pertinence de ce programme dans le cadre de votre pratique (la pertinence du processus de décision) ? Si oui, quel a été le déroulement ?
 - b) Au départ, comment avez-vous réagi lors de l'annonce de l'implantation du programme dans votre milieu de travail ? Étiez-vous enchanté ? Si non, pourquoi ?
 - c) Est-ce que le rôle que vous aviez à jouer dans l'implantation du programme était clair pour vous ?
2. Est-ce que les ressources de votre milieu étaient suffisantes pour l'implantation du programme ? Qu'est-ce que vous avez vraiment apprécié avoir ? Qu'est-ce qui aurait manqué selon vous ?
3. Y a-t-il d'autres facteurs pertinents qui auraient facilité l'application du programme dans votre milieu ?
4. Comment avez-vous trouvé le processus de formation ? Est-ce que vous étiez suffisamment informé pour être confortable comme animateur du programme ?
5. Est-ce que vous aviez un retour, un feed-back sur le travail effectué ? Où avez-vous eu différents commentaires sur votre performance par rapport au programme ? Si oui, étaient-ils suffisants ?

6. Avez-vous eu l'impression d'être considéré davantage pour votre participation au programme? Comment cette considération s'exprimait-elle? Est-ce que l'organisation pour laquelle vous travaillez exprimait de la considération à votre égard pour votre participation à l'implantation du programme?
a) Comment cela se manifestait-il?
7. Comment le programme était-il vu au sein de l'organisme?
8. Comment décririez-vous le travail entre les différents partenaires au sein de votre organisation? (Individualisme ou travail d'équipe?)
9. Est-ce que vous considérez avoir tout l'appui nécessaire à l'application du programme dans votre milieu?
10. Qu'est-ce qui a été aidant?
11. Qu'est-ce qui vous a nui?

TABLEAU 1
Statistiques descriptives sur les intervenants

Caractéristique des intervenants	Total	Milieu 1	Milieu 2	Milieu 3
Nombre d'intervenants	15	3	4	8
Âge (ÉT)	40,4 (11,17)	38,67 (14,57)	52 (5,48)	35,25 (8,22)
Expérience clinique en années (ÉT)	12,93 (11,09)	15,33 (12,86)	15,75 (14,24)	10,63 (9,93)
Présence à l'entrevue de groupe	7	2	1	4
Niveau de scolarité				
Collégial	6	0	0	6
Universitaire (Baccalauréat)	7	2	3	2
Universitaire (Études graduées)	2	1	1	0
Formation LGP				
Participation à la session de formation	4 (26,7%)	2 (67%)	1 (25%)	1 (12,5%)
Observation d'un groupe	12 (86%)	3 (100%)	4 (100%)	5 (71%)
Co-animation d'un groupe	15 (100%)	3 (100%)	4 (100%)	8 (100%)

FIGURE 1
Fidélité de la transmission des points clefs, par rencontre et par milieu.

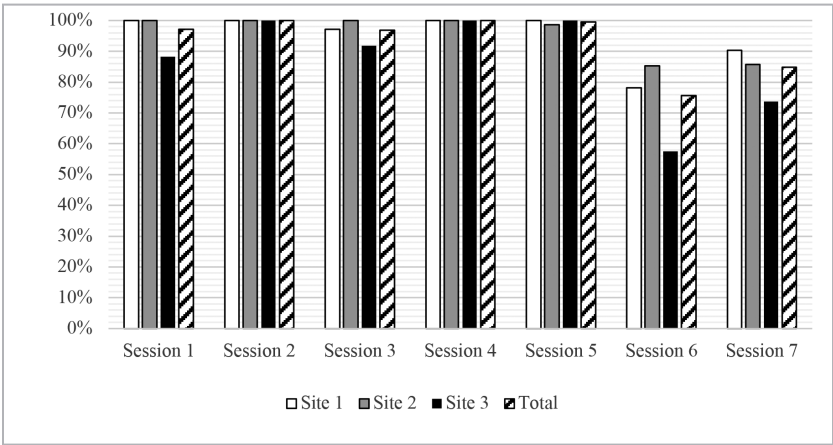
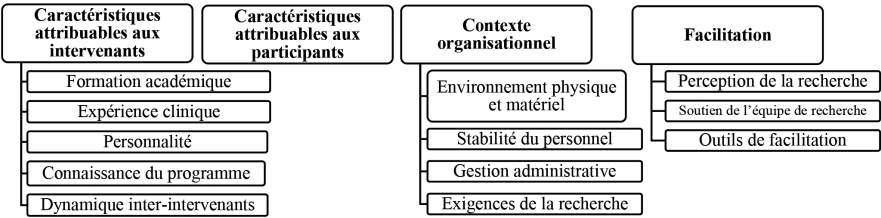


FIGURE 2
Grille de codification



RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Aubry, J.-M., Charmillot, A., Aillon, N., Bourgeois, P., Mertel, S., Nerfin, F.,... de Andrés, R. D. (2012). Long-term impact of the life goals group therapy program for bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 889-894. doi:10.1016/j.jad.2011.09.013

Batista, T. A., Von Werne Baes, C. et Juruena, M. F. (2011). Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: Systematic review of randomized trials. *Psychology and Neuroscience*, 4(3), 409-416. doi:10.3922/j.psns.2011.3.014

Bauer, M.S et McBride, L. (2001). *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire: Une approche structurée*. Paris, France: Médecine & Hygiène.

- Bauer, M.S. et McBride, L. (2003). *Structured group psychotherapy for bipolar disorder: The Life Goals Program* (2nd ed.). New York, NY : Springer.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., ... Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services*, 57(7), 937-945. doi:10.1176/appi.ps.57.7.937
- Becker, C. B., Stice, E., Shaw, H. et Woda, S. (2009). Use of empirically supported interventions for psychopathology: Can the participatory approach move us beyond the research-to-practice gap ? *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 265-74. doi:10.1016/j.brat.2009.02.007
- Begley, C. E., Annegers, J. F., Swann, A. C., Lewis, C., Coan, S., Schnapp, W. B. et Bryant-Comstock, L. (2001). The lifetime cost of bipolar disorder in the US: An estimate for new cases in 1998. *Pharmacoeconomics*, 19(5), 483-495. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11465308>
- Blais, M., et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26 (2), 1-18. Récupéré de [http://revue.recherche-qualitative.qc.ca/edition_reguliere/numero26\(2\)/blais_et_martineau_final2.pdf](http://revue.recherche-qualitative.qc.ca/edition_reguliere/numero26(2)/blais_et_martineau_final2.pdf)
- Bond, K. et Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, 17(4), 349-362. doi:10.1111/bdi.12287
- Bryant-Comstock, L., Stender, M. et Devercelli, G. (2002). Health care utilization and costs among privately insured patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disorders*, 4(6), 398-405. doi:10.1034/j.1399-5618.2002.01148.x
- Colom, F. et Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. New York, NY : University Press.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Goikolea, J. M. et Gastó, C. (2003). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 1101-1105. doi:10.4088/JCP.v64n0917
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M. et Scott, J. (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders*, 7, 32-36. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00249.x
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Reinares, M., ... Comes, M. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6(4), 294-298. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00127.x
- Coulthard, K., Patel, D., Brizzolara, C., Morriss, R. et Watson, S. (2013). A feasibility study of expert patient and community mental health team led bipolar psychoeducation groups: Implementing an evidence based practice. *BMC psychiatry*, 13(1), 301. doi:10.1186/1471-244X-13-301
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research

- findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), 40-55. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- De Andrés, R. D., Aillon, N., Bardiot, M.-C., Bourgeois, P., Mertel, S., Nerfin, F.,... Aubry, J.-M. (2006). Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: An open study. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 253-257. doi:10.1016/j.jad.2006.03.014
- Marchand, E., Stice, E., Rohde, P. et Becker, C. B. (2011). Moving from efficacy to effectiveness trials in prevention research. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 32-41. doi:10.1016/j.brat.2010.10.008
- McHugh, R. K. et Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *The American Psychologist*, 65(2), 73-84. doi:10.1037/a0018121
- McHugh, R. K. et Barlow, D. H. (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. Oxford, R.-U.: University Press.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A. et Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480. doi:10.1007/s10464-012-9522-x
- Mirabel-Sarron, C. et Giachetti, R. (2012). Les thérapies non médicamenteuses dans les troubles bipolaires. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 38 (4), 160-166. doi:10.1016/S0013-7006 (12) 70094-5
- Miziou, S., Tsitsipa, E., Moysidou, S., Karavelas, V., Dimelis, D., Polyzoidou, V. et Fountoulakis, K. N. (2015). Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*, 14, 19. doi:10.1186/s12991-015-0057-z
- Provencher, M. D., Côté, G., Lemelin, S., O'Connor, K., Taillon, A., Pélissier, M.-C., Bouchard, S. et St-Amand, J. (2009). Traitements psychologiques éprouvés en milieux hospitaliers pour les troubles mentaux graves. *Revue québécoise de psychologie*, 30 (2), 219-241.
Récupéré de <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=22587849>
- Provencher, M. D., Hawke, L. D., Bélair, M. et Guimond, A.-J. (2012). La psychoéducation pour les troubles bipolaires: recension des écrits et recommandations pour le système de santé québécois. *Santé mentale au Québec*, 37 (1), 157-187. doi:10.7202/1012650ar
- Provencher, M. D., Hawke, L. D., Bélair, M., Guimond, A.-J., Pouliot, L. et Baruch, P. (2014). Dissemination of a Brief Psychoeducational Intervention for Bipolar Disorder in Community Mental Health Settings. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 2, 93-103. doi:10.12970/2310-8231.2014.02.02.2
- Provencher, M. D., St-Amand, J., Thienot, E. et Hawke, L. (2007). *Groupe psychoéducatif pour le traitement du trouble bipolaire: Révision et adaptation québécoise de la phase psychoéducative de la deuxième édition anglophone du manuel de Bauer, M. S. et McBride, L. (2003). Structured group psychotherapy*

- for bipolar disorder: The Life Goals Program* (2nd ed.). Document non publié, Université Laval.
- Rouget, B. W. et Aubry, J.-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98(1-2), 11-27. doi:10.1016/j.jad.2006.07.016
- Salcedo, S., Gold, A. K., Sheikh, S., Marcus, P. H., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T. et Sylvia, L. G. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *Journal of Affective Disorders*, 201, 203-214. doi:10.1016/j.jad.2016.05.018
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S. et Levitt, A. (2006). Community Survey of Bipolar Disorder in Canada: Lifetime Prevalence and Illness Characteristics. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(1), 9-16. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.bibl.ulaval.ca/pubmed/16491979>
- Scott, J. et Colom, F. (2007). Gaps and limitations of psychological interventions for bipolar disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(1), 4-11. doi:10.1159/000110054
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Bauer, M. S., Unützer, J. et Operskalski, B. (2006). Long-term Effectiveness and Cost of a Systematic Care Program for Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 500-508. doi:10.1001/archpsyc.63.5.500
- Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy*, 27(3), 297-320. doi:10.1016/S0005-7894(96)80019-0
- Stirman, S. W., Crits-Christoph, P. et DeRubeis, R. J. (2004). Achieving successful dissemination of empirically supported psychotherapies: A synthesis of dissemination theory. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 343-359. doi:10.1093/clipsy/bph091
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M.,... Berk, M. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2013. *Bipolar Disorders*, 15(1), 1-44. doi:10.1111/bdi.12025
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Schaffer, A., Parikh, S. V., Beaulieu, S., O'Donovan, C., ... Kapczinski F. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2009. *Bipolar Disorders*, 11(3), 225-255. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00672.x

Les visions du rétablissement dans des services résidentiels en santé mentale d'une région québécoise

Nadine Larivière^a

Camille Gauthier-Boudreault^b

Paul Morin^c

Richard Boyer^d

RÉSUMÉ **Objectif** À la suite d'une réorganisation dans le secteur de l'hébergement en santé mentale dans une région québécoise, cette étude descriptive a évalué l'intégration des principes de rétablissement selon des utilisateurs de services (n = 25), des responsables de milieux d'hébergement (n=19) et des professionnels de la santé et de services sociaux (n = 30).

Méthode La version française du *Recovery Self-Assessment* a été remplie par tous. Les utilisateurs de services ont également rempli l'Échelle de satisfaction envers les domaines de la vie. Des questions qualitatives supplémentaires écrites ont été posées.

Résultats La plupart des utilisateurs de services étaient globalement satisfaits de leur résidence actuelle, mais ont noté que les options d'intervention et aborder les besoins sexuels pourraient être améliorés. Les intervenants considèrent qu'il y a une intégration significativement plus faible des différentes dimensions du rétablissement que les deux autres groupes (p < 0,001). Les trois groupes ont indiqué

-
- a. Erg., Ph. D., École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Sherbrooke.
 - b. Erg., M. Sc., Ph. D. (cand.), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
 - c. Ph. D., École de service social, Université de Sherbrooke; Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Sherbrooke.
 - d. Ph. D., Faculté de médecine, Université de Montréal; Institut universitaire de santé mentale de Montréal.

que les utilisateurs de services devraient être davantage impliqués dans la planification des services en résidence.

Conclusion L'intégration des points de vue a mis en lumière le besoin de travailler de façon collaborative pour soutenir le processus de rétablissement dans les milieux d'hébergement et impliquer davantage les personnes utilisatrices de services.

MOTS CLÉS milieux résidentiels, services en santé mentale, rétablissement

Visions of recovery in residential mental health services in a region of Quebec

ABSTRACT Objective Following a reorganization in the housing sector of mental health services in a region of Quebec, this descriptive study assessed the perceived integration of recovery principles according to service users (n=25), managers of residential facilities (n=19) and social and health care professionals (n=30).

Method All participants completed the Recovery Self-Assessment. Service users also filled the Satisfaction with Life Domains Scale. Additional qualitative questions were asked in a written format.

Results Most service users were satisfied overall with their current residence but noted that intervention options and addressing sexual needs could be improved. Clinicians perceived significantly less integration of the various dimensions of recovery than the two other groups ($p < 0.001$). All groups identified that persons with mental illness should be more involved in service planning in residences.

Conclusion Integrating the perspectives of different key stakeholders highlighted the need to continue to work collaboratively to support a recovery process in housing facilities and involve more service users.

KEYWORDS residential facilities, mental health services, recovery

Problématique et contexte

Depuis plus de 40 ans, de par le monde, des millions de personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ne résident plus en institution psychiatrique, mais vivent au sein de la communauté ou ne sont hospitalisées généralement que pour de courtes périodes. Au lieu du rôle passif de « patient », le fait d'être locataire et de travailler suscite des opportunités pour une personne de développer son capital humain (capacités personnelles) et des rampes de lancement pour bénéficier de l'ensemble des richesses collectives. Sur le plan empirique, le sens donné au logement varierait selon l'expérience du logement pour les personnes. Il symbolise la relation entre un lieu de vie sociale et une identité (Bernard, 1988) ou la sécurité (Kearns et Gessler, 1998). Cet ancrage territorial du logement (et du travail) représente un enjeu

crucial pour le maintien et la promotion de la santé chez les personnes ayant des troubles de santé mentale. Plusieurs courants théoriques insistent sur l'importance de cette inscription spatiale, notamment celui du capital humain de Becker (1964), celui du capital social (réseau de contacts) de Bourdieu (1986), de Coleman (1990) et ceux de la solidarité du tissu social et du support social (Forum national, 1997).

Selon ces auteurs, particulièrement Bourdieu (1986), le capital social est ce capital relationnel permettant à certaines personnes d'atteindre des objectifs qui autrement n'auraient pu l'être. C'est le capital social dit positif. À l'inverse, le capital négatif empêcherait la réalisation des objectifs. Putnam (1995) distingue 4 éléments du capital social qu'il est intéressant de considérer : une image de soi positive, le sentiment d'exercer un certain contrôle (empowerment) sur son environnement et sur les événements qui nous touchent, la résilience, c'est-à-dire la capacité d'un sujet aux prises avec des stress importants de mettre en jeu des mécanismes adaptatifs pour non seulement « encaisser le coup », mais rebondir en tirant un certain profit d'une telle épreuve, ainsi que la qualité et la densité du réseau de relations sociales. Fait intéressant, cette manière de voir est très proche de la façon dont le rétablissement est discuté dans la littérature spécialisée.

Ainsi, pour plusieurs auteurs (Davidson, Harding et Spaniol, 2005 ; Noiseux et Ricard, 2008 ; Provencher, 2002), le rétablissement est l'expérience vécue de la transcendance des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble de santé mentale, laquelle se manifeste par le développement de nouveaux potentiels, la réappropriation du pouvoir personnel sur l'environnement, le renouveau d'un sens existentiel, l'espoir d'un avenir meilleur et l'émergence d'une paix et d'une sérénité intérieure. Par rapport au logement, la perspective du rétablissement implique donc assurément la participation des utilisateurs de services dans le choix de leur chez-soi (Browne et Hemsley, 2010).

Rétablissement et chez-soi

En effet, les personnes ayant des troubles mentaux graves expriment leurs aspirations à un chez-soi autonome avec du soutien lorsque nécessaire (Fakhoury, Murray, Shepherd et Priebe, 2002 ; Piat, Ricard, Sabetti et Beauvais, 2008). Le fait de demeurer dans le logement de son choix est reconnu comme un prédicteur de résultats positifs et est associé avec un contrôle perçu et effectif sur son environnement

(Boydell, 2006; Nelson, Sylvestre, Aubry, George et Trainor, 2007). A contrario, les dispensateurs de services ont tendance à mettre de l'avant des lieux résidentiels regroupés pour les usagers (Piat et coll., 2010). D'autres recherches se sont intéressées aux liens entre la perspective du rétablissement et le chez-soi. Selon le point de vue des utilisateurs de service, un « chez-soi » est de bonne qualité et abordable (Padgett, Gulcur et Tsemberis, 2006), favorise le choix et le contrôle (Ashcraft, Anthony et Martin, 2008; Grant et Westhues, 2010; Hill, Mayes et McConnell, 2010) et a un volet d'entraide (Tsai et Salyers, 2012).

Des liens ont aussi été établis entre le rétablissement et les réseaux sociaux des utilisateurs de services qui sont facilités quand il y a une stabilité résidentielle (Chesters, Fletcher et Jones, 2005). Les relations de proximité dans le quartier, le climat social et la sécurité perçue sont aussi significativement corrélés avec le bien-être psychologique et sont reconnus comme d'importants médiateurs en regard du rétablissement (Kloos et Shah, 2009; Kloos et Townley, 2011). La personnalisation des services de santé mentale est également une autre façon de promouvoir le rétablissement qui a des impacts sur le chez-soi (Morin, Bossé, Carrier, Garon et Lambert, 2015).

Cette vision quant à l'importance du choix du logement sur le rétablissement de la personne a amené le ministère de la Santé et des Services sociaux québécois (MSSS), dans son dernier plan d'action en santé mentale, à affirmer clairement qu'être logé dans un milieu adapté aux besoins de la personne est un aspect déterminant pour influencer son rétablissement, sa participation sociale et son intégration dans la communauté. « Les soins et les services axés sur le rétablissement diffèrent des services traditionnels: au-delà de l'intervention sur la maladie et sur les incapacités qui en découlent, les intervenants suscitent de l'espoir, soutiennent la personne et sont animés par la conviction que celle-ci peut agir dans la reprise de pouvoir sur sa vie; la détermination de ses besoins et de ses forces; le développement de ses habiletés; sa responsabilisation; l'utilisation des ressources disponibles qu'elle juge pertinentes pour répondre à ses besoins. » (MSSS, 2015).

Afin de se conformer aux plans d'action du MSSS, dans la région ciblée pour cette étude, région comprenant des milieux urbains, semi-urbains et ruraux, une réorganisation importante devait s'effectuer. Le document *Organisation des services résidentiels en santé mentale et de soutien à la personne dans son milieu de vie 2008 – 2013* constitue à cet égard le document clé de référence. La programmation en santé mentale de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

(ASSSE) 2008-2013 prévoyait une diminution de 240 à 123 places en Résidences Intermédiaires (RI) et Résidences de Type Familial (RTF) (ASSSE, 2008). Les RI sont « toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition » (Loi sur les services de santé et services sociaux, Section V, 302). Il existe quatre types de RI, soit l'appartement supervisé, les maisons de chambre, les maisons d'accueil et les résidences de groupe (Régime d'assurance maladie du Québec). Les RTF « peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum 9 personnes en difficulté qui leur sont confiées par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial » (Loi sur les services de santé et services sociaux, Section V, 312). Selon le rapport d'évaluation suivant la réorganisation des services résidentiels de la région à l'étude (Carbonneau et Foley, 2014), les cibles ont été atteintes et même dépassées. Toutefois, ce rapport mettait de l'avant plusieurs pistes de recherches dont celle de documenter selon la perspective du rétablissement la situation des personnes utilisatrices de services qui ont été l'objet de cette transformation des ressources résidentielles.

En conclusion, la mise en œuvre de la perspective du rétablissement représente un changement paradigmatique dans le domaine de la santé mentale. Cette mise en œuvre fait notamment appel à une convergence de valeurs et d'intérêts entre les diverses parties prenantes. Le secteur d'activités que sont les ressources résidentielles ne fait pas exception à cet égard d'où l'intérêt de réaliser une recherche dans une région qui a connu un changement majeur dans ce secteur d'activités en très peu d'années. Les objectifs de cette étude visaient à mieux comprendre le degré d'actualisation de la vision du rétablissement dans les services résidentiels de santé mentale dans cette région du Québec pour la clientèle qui a été touchée par la transformation de services et de circonscrire des pistes d'amélioration pour favoriser le rétablissement.

Méthodes

Cette recherche était une étude de nature évaluative s'appuyant sur un sondage descriptif quantitatif transversal. Le devis descriptif fut retenu pour répondre aux objectifs, car ce type de dispositif de recherche permet de fournir un portrait de phénomènes existants, de déterminer la fréquence d'apparition d'un phénomène et de comparer des groupes ou des pratiques (Fortin, 2010).

Cette étude fut approuvée par le comité d'éthique à la recherche du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (numéro 2016-553).

Participants

Quatre groupes d'acteurs clés étaient ciblés pour participer à l'étude : 1) les personnes utilisatrices de services ayant vécu la transformation des services résidentiels ; 2) leurs proches ; 3) les propriétaires ou responsables des milieux d'hébergement ; 4) les professionnels de la santé et des services sociaux intervenant auprès des personnes utilisatrices des services résidentiels.

En ce qui concerne les critères d'admissibilité, les critères d'inclusion pour les personnes utilisatrices de services étaient les suivants : 1) être âgé de 18 ans et plus ; 2) bien comprendre le français pour être en mesure de compléter les questionnaires ; 3) avoir vécu un changement d'un milieu résidentiel à un autre résultant de la réorganisation dans les services résidentiels entre 2008 et 2013. Les critères d'exclusion étaient de présenter un trouble neurocognitif grave (démence) ou d'être sous un régime de protection (inaptes au consentement). Pour les proches, les intervenants et les responsables de résidences, ils devaient être âgés de 18 ans et plus et bien comprendre le français pour être en mesure de compléter les questionnaires.

Les stratégies de recrutement ont varié selon les types d'acteurs clés et ont été approuvées par le comité d'éthique. Afin de recruter les responsables des milieux d'hébergement, les gestionnaires des services de première ligne en santé mentale ont contacté ces derniers. Les gestionnaires informaient ensuite l'équipe de recherche quant aux responsables intéressés à obtenir davantage d'information sur ce projet. Afin de recruter les intervenants, l'équipe de recherche a rencontré les équipes cliniques de première ligne dans les centres intégrés de santé et services sociaux de la région pour leur présenter l'étude. Les intervenants intéressés étaient ensuite invités à contacter l'équipe de recherche pour plus

d'informations sur cette étude. Afin de recruter les personnes utilisatrices de services, les intervenants contactaient des usagers admissibles. Les intervenants informaient ensuite l'équipe de recherche quant aux personnes utilisatrices admissibles intéressées à être contactées pour obtenir de plus amples informations sur l'étude. Les proches étaient recrutés par référence des personnes utilisatrices de service. Les responsables des milieux d'hébergement, les intervenants ainsi que les personnes utilisatrices des services de toutes les villes composant la région administrative à l'étude étaient invités à participer.

Cueillette des données : outils et procédure

Les 2 variables mesurées étaient la perception du rétablissement et la satisfaction des personnes utilisatrices envers leur milieu d'hébergement actuel. Pour évaluer les perceptions du rétablissement, le *Recovery Self-Assessment* (RSA) a été sélectionné. Selon la revue systématique de Williams et coll. (2012), le RSA est présentement l'outil le plus fréquemment utilisé afin d'évaluer l'orientation des services de santé mentale. Le RSA est un questionnaire qui permet aux répondants de donner leur point de vue sur l'orientation du rétablissement dans les services de santé mentale. Diverses versions de l'outil ont été élaborées pour les dispensateurs de services, les usagers, les familles et les propriétaires de ressources (O'Connell, Tondora, Croog, Evans et Davidson, 2005). Le RSA est composé de 32 items regroupés selon les dimensions suivantes : projet de vie, participation des usagers, diversité des options de traitement, choix des usagers, services personnalisés et environnement facilitant. L'échelle de réponse est de type Likert, avec 5 niveaux allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (5). Le RSA a des propriétés psychométriques de modérées à fortes en termes de validité et de fidélité (McLoughlin, Du Wick, Collazzi et Puntill, 2013 ; Ye, Pan, Keung Wong et Bola, 2013). Une recension systématique des mesures de rétablissement a estimé que seul le RSA a une cohérence interne adéquate (alpha entre 0,76 et 0,90) et qu'il est aussi parmi les meilleures mesures en regard de sa base conceptuelle (Williams et coll., 2012). Le RSA aurait également une validité concurrente satisfaisante ainsi qu'une fidélité test-retest adéquate ($r = 0,88$) (Burgess et coll., 2011). Au Québec, Piat et coll. (2015) ont traduit en français et administré le RSA à 188 personnes utilisatrices de services et à 96 propriétaires dans plusieurs ressources résidentielles localisées à Montréal. La cohérence interne de cette version française du RSA était de 0,92 pour les personnes utilisatrices de services et de 0,84 pour les propriétaires.

Dans la présente étude, une question écrite supplémentaire a été ajoutée au RSA des intervenants pour approfondir les forces et les aspects à améliorer par type de résidence, car le RSA évalue le tout de façon globale : « Indiquez les forces principales et pistes d'amélioration que vous percevez en lien avec l'actualisation du rétablissement pour chaque type d'établissement où vous intervenez. » Un prétest de cette question fut effectué auprès de deux intervenants en santé mentale en première ligne pour s'assurer de sa clarté et de sa pertinence. Les personnes responsables de ressources étaient également invitées à commenter verbalement leurs cotes au RSA lors de la rencontre avec l'intervieweur.

Pour mesurer la satisfaction envers le milieu d'hébergement actuel, l'Échelle de satisfaction envers les domaines de la vie (ESDV), version française du *Satisfaction with Life Domains Scale* (Baker et Intagliata, 1982; Caron, Mercier et Tempier, 1997; Larivière, Gélinas, Mazer, Tallant et Paquette, 2006) fut retenu. Pour chacun des énoncés, le répondant doit indiquer sur une échelle de 7 visages, allant du plus souriant (score de 7) au plus triste (score de 1), sa réponse à la question suivante : « Quel visage exprime le mieux comment vous vous sentez en ce qui concerne... ? » pour 20 aspects de la vie, dont le lieu de résidence, la vie avec les corésidents ou le quartier, regroupés en 5 dimensions : 1) vie quotidienne et relations sociales ; 2) loisirs ; 3) milieu de vie ; 4) relations intimes ; 5) autonomie. L'ESDV a été validé auprès d'un échantillon de 266 personnes de la population générale et de 245 personnes avec des troubles mentaux graves. La cohérence interne de l'échelle globale ($\alpha = 0,92$) et des sous-échelles (α entre 0,71 et 0,84) est excellente et sa stabilité temporelle test-retest est bonne ($r = 0,73$) (Caron et coll., 1997). Il a été utilisé dans une étude antérieure examinant l'adaptation à la vie en milieux résidentiels pour des aînés avec des troubles mentaux graves suite à une longue hospitalisation dans un hôpital psychiatrique (Larivière et coll., 2006). Dans la présente étude, une 21^e question fut ajoutée « Quel visage exprime le mieux comment vous vous sentez par rapport à votre lieu de résidence actuel comparativement à votre milieu de vie précédent ? », comme dans la version originale de Baker et Intagliata (1982), où la personne compare son lieu de résidence actuel à un lieu antérieur (p. ex. hôpital ou autre résidence).

Pour recueillir des données sociodémographiques, la version française du *Canadian Toolkit for Measuring Psychosocial Rehabilitation Outcomes* (Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions Programs, 1999) fut remplie par les participants. Cet ins-

trument fournit des renseignements démographiques généraux (p. ex. âge, sexe, langue maternelle, état civil) sur les utilisateurs de services, de même que des informations concernant leur diagnostic, l'historique psychiatrique et professionnel.

Après avoir donné leur accord, tous les participants furent rencontrés individuellement pour la signature du formulaire de consentement et l'administration des questionnaires. Les questionnaires étaient remplis par les participants, avec le soutien de l'intervieweur pour la bonne compréhension des questions au besoin.

Analyse des données

Des statistiques descriptives (p. ex. moyennes, fréquences) ont servi à présenter le profil des participants et la satisfaction envers le milieu résidentiel. Puisque toute la population de référence était à l'étude, les analyses statistiques ne servirent pas à faire des inférences, mais à décrire les perceptions des diverses parties prenantes. Afin de déterminer l'existence d'une différence significative entre les 3 groupes aux différents scores du questionnaire RSA, le test de Kruskal Wallis fut utilisé en raison de la petite taille d'échantillon des groupes. Une analyse *posthoc* fut ensuite réalisée afin d'identifier le groupe présentant une telle différence. De manière à identifier les conditions de rétablissement à améliorer selon le point de vue des diverses parties prenantes, les écarts moyens pour chaque item des sous-échelles du RSA par rapport aux résultats moyens globaux de ce même questionnaire, observés respectivement chez chaque type de participants, furent calculés et rapportés avec un intervalle de confiance à 95 %. Un test de Student a été réalisé pour chaque item afin de déterminer si cet écart était statistiquement significatif. Une différence moyenne négative est une indication que l'évaluation pour cet item est inférieure à la moyenne globale.

Les réponses aux questions écrites qualitatives ont été retranscrites intégralement dans un tableau. Deux membres de l'équipe de recherche ont analysé indépendamment chaque question complétée par les intervenants pour identifier les thèmes communs et particuliers pour chaque type de milieux résidentiels (p. ex. RI, RTF, CHSLD) et sur la vision du rétablissement en général dans les ressources d'hébergement (Miles, Huberman et Saldana, 2013). Les thèmes furent discutés et révisés par ces deux auteurs pour obtenir un consensus, puis présentés à l'équipe de recherche. Les données qualitatives venaient enrichir les résultats quantitatifs.

Résultats

La cueillette de données s’est déroulée entre août 2015 et septembre 2016 dans tout le territoire de la région. Soixante-quatorze répondants comprenant 19 responsables de ressources, 25 utilisateurs de services et 30 intervenants provenant de villes de diverses tailles ont participé à l’étude. Aucun proche n’a pu être recruté puisque les personnes utilisatrices refusaient ou oubliaient d’en parler à leur proche ou le proche refusait. Sur les 74 participants, 81,8 % étaient des femmes, d’âge moyen de 44,7 ans.

Les personnes utilisatrices des services présentaient divers troubles de santé mentale, le plus fréquent étant la schizophrénie (tableau 1). Quatre participants ont rapporté avoir plus d’un diagnostic. Les personnes utilisatrices des services étaient majoritairement célibataires et n’avaient pas d’emploi. Elles vivaient dans différents types de résidences, mais surtout en logement autonome ou supervisé depuis moins de 5 ans. Aucun usager ne vivait dans une ressource intermédiaire. Les usagers étaient partagés sur le désir de vivre à cet endroit pour toujours, mais 64 % avaient une préférence pour vivre seul.

TABLEAU 1

Profil des personnes utilisatrices (n = 25)

Variables catégoriques	n (%)
Scolarité	
Secondaire	22 (88)
Technique/CEGEP	2 (8)
Université	1 (4)
État civil	
Célibataire	20 (80)
Marié/conjoint de fait	2 (8)
Séparé/divorcé	3 (12)
Activité productive	
Bénévolat	8 (32)
Études	3 (12)
Travail	2 (8)
Diagnostic psychiatrique principal (autorapporté)^{1,2}	
Schizophrénie	7 (29)
Trouble de personnalité limite	4 (17)
État/trouble dépressif	4 (17)
Trouble anxieux	4 (17)
Trouble bipolaire (types 1 et 2)	3 (13)
Trouble déficitaire de l’attention avec hyperactivité	1 (4)

Milieu de vie

Logement autonome	8 (32) ³
Appartement supervisé	8 (32)
Résidence de type familial	4 (16)
Foyer de groupe	2 (8)
Chambre	2 (8)
Ressource de 2 ^e ligne	1 (4)

Nombre d'années dans la ressource

Moins de 1 an	10 (40)
1-5 ans	11 (44)
6 ans et plus	4 (16)

Notes :

¹ Une personne n'a pas pu répondre à cette question;

² Des participants pouvaient rapporter plus d'un diagnostic;

³ 32 % des personnes utilisatrices vivaient actuellement en logement autonome, mais vivaient dans un autre type de logement avant la transformation des services résidentiels.

Les responsables de ressources géraient une grande variété de milieux, tels que des résidences de type familiales, des milieux de transition avec encadrement intensif, des ressources intermédiaires, des foyers de groupe, un centre hospitalier de soins de longue durée. Les milieux étaient publics, semi-privés et privés (tableau 2). La moitié utilisaient le concept de rétablissement dans leur travail avec leurs résidents et environ la moitié avaient suivi une formation sur ce concept.

TABLEAU 2

Profil des responsables de ressources (n = 19)

Variables catégoriques	n (%)
Scolarité	
Secondaire	5 (26)
Technique/CEGEP	6 (32)
Université	8 (42)
Années d'expérience en santé mentale	
Moins de 5 ans	14 (47)
6-10 ans	10 (33)
11 ans et plus	6 (20)
Capacité maximale d'usagers pouvant vivre dans la ressource	
< 20 personnes	11 (58)
21-30 personnes	5 (26)
31 personnes et plus	2 (11)
Utilisation du terme « Rétablissement »	
Oui	10 (53)

Les intervenants œuvraient majoritairement en première ligne dans un centre intégré de santé et de services sociaux, et 47 % depuis moins de cinq ans dans le domaine de la santé mentale (tableau 3). Concernant le concept du rétablissement, 80 % avaient reçu une formation et 67 % l'utilisaient dans leur pratique, ce qui est légèrement supérieur aux responsables des ressources résidentielles.

TABLEAU 3
Profil des intervenants (n = 30)

Variables catégoriques	n (%)
Scolarité	
Technique/CEGEP	4 (13)
Université	26 (87)
Titre d'emploi	
Travailleur social	16 (53)
Infirmier	7 (23)
Psychoéducateur	5 (17)
Éducateur spécialisé	2 (7)
Utilisation du terme « Rétablissement »	
Oui	20 (67)

Au RSA (tableau 4), les personnes utilisatrices de services avaient une moyenne globale de 4,11 et ainsi jugeaient favorablement l'intégration du rétablissement. La moyenne la plus élevée concernait le choix des usagers ($\bar{x} = 4,40$) (p. ex. accès aux dossiers médicaux; choix des professionnels et des services à consulter) et la plus basse ($\bar{x} = 3,46$) était la diversité des options de traitement. Les responsables de ressources avaient une moyenne globale se situant à 4,18 et eux aussi étaient plutôt en accord avec l'intégration du rétablissement. La moyenne la plus élevée était également le choix des usagers ($\bar{x} = 4,49$) et la plus basse ($\bar{x} = 3,71$) était la participation des usagers dans la planification et l'évaluation des services. Enfin, pour leur part, les intervenants avaient une moyenne globale de 2,80 (moyennes significativement plus basses que les responsables et les personnes utilisatrices) et exprimaient donc un certain désaccord avec l'intégration du rétablissement. La moyenne la plus élevée était également le choix des usagers ($\bar{x} = 3,23$) et la plus basse ($\bar{x} = 2,20$) était la participation des usagers dans la planification et l'évaluation des services. Globalement et sur l'ensemble des dimensions, les intervenants étaient significativement moins en accord sur l'intégration de la vision du rétablissement selon le RSA que les per-

sonnes utilisatrices et les responsables de ressources (tableau 4). Le test statistique Mann Whitney (la distribution des données n'étant pas normale au test Kolmogorov-Smirnov) a permis de documenter la différence entre les résultats des responsables et des personnes utilisatrices. Le seul score démontrant une différence statistiquement significative entre les deux groupes se réfère à la diversité des options de traitement ($p = 0,035$), les responsables ayant un point de vue plus positif que les personnes utilisatrices dans cette dimension. Aucune différence statistiquement significative n'est présente entre les deux groupes pour le score global au RSA et les autres dimensions.

TABLEAU 4

Comparaisons au RSA

	Personnes utilisatrices	Responsables	Intervenants	
	Moy.(ét.)	Moy.(ét.)	Moy.(ét.)	<i>p</i>
Global ¹	4,11 (0,53)	4,18(0,43)	2,80 (0,92)*	< 0,001
Projet de vie	4,39 (0,62)	4,20 (0,44)	2,90 (1,00)*	< 0,001
Participation des usagers	3,52 (0,85)	3,71 (0,96)	2,20 (1,06)*	< 0,001
Diversité des options de traitement	3,46 (0,98)	4,05 (0,70)	2,24 (1,05)*	< 0,001
Choix des usagers	4,40 (0,56)	4,49 (0,45)	3,23 (0,84)*	< 0,001
Services personnalisés et environnement facilitant	4,33 (0,54)	4,39 (0,43)	3,19 (0,93)*	< 0,001

Note: ¹Les scores au RSA vont de 1 = fortement en désaccord à 5 = fortement en accord.

*Les résultats des intervenants étaient significativement moins élevés que les deux autres groupes de participants.

Une analyse item par item a été effectuée pour chacun des groupes afin de comparer l'item à la moyenne du score globale, en prenant en compte également l'intervalle de confiance, et ainsi dégager les items se situant significativement au-dessus de la moyenne et ceux sous la moyenne, pouvant indiquer alors les éléments satisfaisants et les aspects à améliorer (tableau 5).

L'analyse comparative de chaque item du RSA pour chaque groupe a montré les convergences suivantes. Les items significativement au-dessus de leur moyenne globale dans les trois groupes étaient: 1 = La responsable et les employés de cette résidence font un effort concerté pour accueillir les usagers et les aider à se sentir à l'aise; 2 = L'environnement physique de cette résidence est invitant et respectueux; 6 = La responsable et les employés de cette résidence n'utilisent pas de menaces,

de pots-de-vin ou d'autres formes de pression pour influencer le comportement des résidents. Dans deux groupes sur 3, les items suivants étaient significativement satisfaisants: 3 = Les responsables et les employés des résidences encouragent les résidents à avoir de l'espoir et des attentes élevées en lien avec leur rétablissement; 5 = Les résidents peuvent facilement accéder à leur dossier de suivi ou leur plan de traitement s'ils le veulent; 28 = Les responsables et les employés des résidences travaillent fort pour aider les résidents à accomplir leurs objectifs personnels.

Les items significativement sous la moyenne dans les trois groupes étaient: 20 = Les responsables et les employés des résidences présentent aux résidents des personnes en rétablissement qui peuvent leur servir de modèles ou de mentors; 25 = Les résidents sont encouragés à participer aux réunions d'équipe/comité consultatif et aux rencontres de gestion de leur résidence s'ils le veulent; 29 = Les résidents sont (ou peuvent être) impliqués dans la formation des employés et dans les programmes d'éducation de leur résidence. Dans deux groupes sur 3, l'item 15 est ressorti, soit « Les responsables et les employés des résidences offrent aux résidents des opportunités de discuter de leurs besoins et intérêts sexuels lorsqu'ils le souhaitent. » Soulignons que pour l'item 30 (les responsables et employés du milieu sont à l'écoute des expériences, intérêts et préoccupations et y répondent), les personnes utilisatrices voyaient significativement positivement cet élément, alors que pour les 2 autres groupes, il était significativement négatif.

TABLEAU 5
Analyse par item au RSA dans les 3 groupes¹

Items	Personnes utilisatrices (n = 25)		Responsables ressources (n = 19)		Intervenants (n = 30)	
	Moyenne [95 %IC]	$\Delta^{2,3}$	Moyenne [95 %IC]	Δ^2	Moyenne [95 %IC]	Δ^2
1-Accueil	4,64 [0,25]	+ 0,53 **	4,95 [0,10]	+ 0,77**	4,13 [0,29]	+ 1,33**
2- Envion. physique	4,64 [0,27]	+ 0,53 **	4,74 [0,20]	+ 0,56**	3,83 [0,30]	+ 1,03**
3- Responsab. donnent espoir	4,76 [0,33]	+ 0,65 **	4,58 [0,27]	+ 0,40*	2,9 [0,40]	+ 0,10
4- Résidents peuvent changer intervenants	3,71 [0,48]	- 0,40	3,94 [0,49]	- 0,24	2,59 [0,49]	- 0,21
5- Accès dossier	4,29 [0,54]	+ 0,18	4,78 [0,24]	+ 0,60**	4,07 [0,43]	+ 1,27**
6- Pression sur usagers	4,88 [0,17]	+ 0,77**	4,79 [0,31]	+ 0,61**	3,50 [0,42]	+ 0,70*

7- Respons. croient au rétablissement	4,88 [0,13]	+ 0,77**	4,37 [0,49]	+ 0,19	3,07 [0,43]	+ 0,27
8- Respons. croient autogestion symptômes	4,46 [0,31]	+ 0,35	3,0 [0,53]	- 1,18**	2,80 [0,33]	+ 0,002
9- Respons. croient capacités faire des choix	4,60 [0,34]	+ 0,49*	3,42 [0,51]	- 0,76*	2,77 [0,36]	- 0,03
10- Responsab. respectent décisions	4,56 [0,34]	+ 0,45*	4,16 [0,39]	- 0,02	3,03 [0,47]	+ 0,24
11- Responsab. vérifient intérêts)	3,96 [0,47]	- 0,15	4,58 [0,26]	+ 0,40*	2,93 [0,52]	+ 0,14
12- Responsab. encouragent essai nouvelles choses	4,04 [0,55]	- 0,07	3,95 [0,43]	- 0,23	2,67 [0,51]	- 0,13
13- Services personnalisés	3,96 [0,52]	- 0,15	4,21 [0,45]	+ 0,03	2,70 [0,49]	- 0,10
14- Opportunit. besoins spirituels	3,76 [0,55]	- 0,35	4,68 [0,26]	+ 0,50**	2,83 [0,41]	+ 0,04
15- Opportunit. besoins sexuels	3,38 [0,59]	- 0,73*	4,58 [0,42]	+ 0,40	2,10 [0,42]	- 0,70*
16- Responsab. aident objectifs de vie	4,24 [0,55]	+ 0,13	4,95 [0,10]	+ 0,77**	2,97 [0,46]	+ 0,17
17- Responsab. soutiennent travail	3,86 [0,61]	- 0,26	3,81 [0,46]	- 0,37	2,66 [0,49]	- 0,14
18- Responsab. aident activités communauté	3,96 [0,55]	- 0,15	4,63 [0,26]	+ 0,45**	3,03 [0,43]	+ 0,24
19- Responsab. aident inclusion entourage	4,08 [0,55]	- 0,03	4,63 [0,26]	+ 0,45**	3,20 [0,47]	+ 0,40
20- Responsab. présentent modèles de rôle	3,0 [0,63]	-1,11**	3,32 [0,64]	- 0,86*	1,72 [0,33]	-1,08**
21- Responsab. mettent en contact groupe soutien	4,08 [0,48]	- 0,03	3,71 [0,53]	- 0,47	2,17 [0,47]	- 0,63*
22- Respons. soutiennent bénévolat	4,08 [0,53]	- 0,03	4,11 [0,56]	- 0,07	2,62 [0,51]	- 0,18
23- Résidents aident au développement nouveaux groupe	3,77 [0,53]	- 0,34	3,94 [0,57]	- 0,24	2,10 [0,48]	- 0,70*
24- Résidents donnent opinions	4,0 [0,44]	- 0,11	4,42 [0,47]	+ 0,24	2,64 [0,51]	- 0,15
25- Résidents participent gestion milieu	3,05 [0,73]	-1,07**	2,83 [0,66]	-1,35**	1,54 [0,38]	-1,26**
26- Responsab. informent sur changement résidences	3,0 [0,58]	-1,11**	3,88 [0,74]	- 0,30	2,30 [0,51]	- 0,50
27- Respons. aident suivi progrès	4,32 [0,42]	+ 0,21	4,74 [0,25]	+ 0,56**	2,90 [0,49]	+ 0,10
28- Respons. aident objectifs personnels	4,76 [0,20]	+ 0,65**	4,95 [0,10]	+ 0,77**	3,19 [0,53]	+ 0,37

29- Résidents impliqués dans formation employés	2,84 [0,66]	-1,27**	3,0 [0,57]	-1,18**	1,67 [0,42]	-1,13**
30- Respons. participant formation compétence culturelle	4,60 [0,28]	+ 0,49**	2,94 [0,65]	-1,24**	1,74 [0,41]	-1,06**
31- Responsab. connaissent activités communauté	4,32 [0,29]	+ 0,21	4,47 [0,27]	+ 0,29	3,44 [0,41]	+ 0,64**
32- Responsab. diversifiés: culture, ethnicité	4,25 [0,40]	+ 0,14	4,29 [0,32]	+ 0,11	2,40 [0,45]	- 0,40

Notes: ¹ Les scores au RSA vont de 1 = fortement en désaccord à 5 = fortement en accord

² * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

³ Différence entre la moyenne de l'item et la moyenne du score global pour un groupe de participant
Les items surlignés en gris sont ceux significativement sous la moyenne dans au moins deux groupes de participants.

Enfin, l'analyse descriptive au Questionnaire de satisfaction envers les domaines de la vie rempli par les utilisateurs de services a montré en ordre croissant ce qui était le plus satisfaisant: relations intimes (moy. 4,65/7; é.t. 1,01); loisirs (moy. 5,24/7; é.t. 1,26); autonomie (moy. 5,33/7; é.t. 0,92); vie quotidienne et relations sociales (moy. 5,47/7; é.t. 0,80); milieu de vie (moy. 5,61/7; é.t. 1,26). À la question: Quel visage exprime le mieux comment vous vous sentez par rapport à votre lieu de résidence actuel comparativement à votre milieu de vie précédent? 84 % des répondants ont coté entre 5 et 7.

Qualitativement, 11 intervenants ont indiqué que l'intégration du rétablissement est favorisée si des personnes bien formées sont sur place (professionnels, bénévoles, pairs aidants). Cette intégration est également facilitée lorsqu'il y a une stabilité dans les intervenants gravitant autour des résidents ($n = 3$), que le responsable de la ressource est disponible pour répondre aux besoins des résidents et faire des activités avec eux ($n = 5$) et que le milieu est perçu comme un milieu de vie plutôt qu'un milieu d'hébergement ($n = 5$). Un thème souvent mentionné est que le quotidien dans plusieurs types de milieux offre peu ou insuffisamment d'opportunités occupationnelles qu'elles soient des tâches, des activités productives ou des activités récréatives. Plus de la moitié des intervenants ont d'ailleurs souligné l'importance de donner des opportunités aux résidents de développer leur autonomie dans un environnement sécurisant. Aussi, comme le montre cette citation, un commentaire fréquent était que les usagers étaient peu impliqués dans la planification des services à offrir: «Il manque de

création d'opportunités pour aller chercher le feed-back des résidents sur ce qui pourrait être amené comme service dans les résidences.» Par ailleurs, lors des échanges issus de la complétion des questionnaires, la majorité des intervenants notaient une certaine méfiance de plusieurs responsables de ressources à embrasser la vision du rétablissement en raison de la crainte de donner plus de responsabilités aux résidents, car cela pourrait augmenter le risque de la désorganisation chez ces derniers. La tolérance au risque et l'inconfort dans la gestion du risque est un thème qui revient, peu importe le type de milieu. Ce qui semble être sous-jacent au malaise envers une orientation de rétablissement dans les milieux de vie se résume dans une contradiction entre être payé pour faire de la réadaptation et ne plus avoir d'argent si la réadaptation est complétée et que la personne quitte ce milieu. Cette idée est résumée ici par cette personne intervenante :

« Il serait souhaité que les ressources privées puissent recevoir davantage de formation et de sensibilisation sur la notion de rétablissement pour souhaiter un impact sur leur culture organisationnelle, leur vision de leur rôle comme ressource résidentielle auprès d'usagers. Mais ma perception est qu'il y a un écart très grand entre la vision des responsables des ressources qui semble être une vision business, location de chambre, argent. »

Pour leur part, les responsables de ressources ont souvent mentionné que le rétablissement était facilité quand les personnes présentaient des troubles de santé mentale moins graves, avec un plus faible risque de fugue ou de désorganisation. Les responsables étaient en général en accord avec le fait que leurs résidents étaient peu impliqués dans la prise de décision, mais leur opinion était prise en compte. Ils tentaient de répondre aux souhaits des usagers à condition que ces besoins n'entravent pas leur santé. Un thème central souvent exprimé était la confusion ressentie par les responsables entre leur rôle versus celui de l'intervenant du Centre de santé et services sociaux quand l'objectif concerne l'intégration dans la communauté. En résumé, ils se demandaient : qui fait quoi et jusqu'où ?

Discussion

L'objectif principal de la présente étude était de décrire les visions dans les services résidentiels en santé mentale dans une région du Québec incluant divers types d'hébergement en milieu urbain, semi-urbain et

rural. Elle a recueilli les points de vue sur les forces et les éléments à améliorer selon des usagers, des responsables de ressources et des professionnels.

Les résultats montrent que les utilisateurs de services consultés demeurent surtout dans des petits milieux de vie : ils sont satisfaits de ce dernier en lien avec leur vie quotidienne, leurs relations sociales et leurs loisirs. Ils sont néanmoins partagés à y demeurer de façon permanente. Ils sont moins satisfaits en ce qui concerne les relations intimes (famille, couple, autres résidents), les opportunités pour parler de leurs besoins sexuels et la diversité des options de traitement. Les intervenants sont ceux qui sont le plus en désaccord sur l'intégration de la vision du rétablissement dans les milieux résidentiels. L'ensemble des 3 groupes de participants convergent toutefois pour faire ressortir que les forces sont l'environnement physique qui est respectueux et invitant, ainsi que l'environnement social : attitudes accueillantes, encourageantes, stimulant l'espoir envers le rétablissement et une aide à atteindre les objectifs offerts par les responsables de ressources et les intervenants des centres de santé et de services sociaux.

Parmi les pistes de réflexion d'améliorations à apporter pour mieux intégrer la vision du rétablissement, notons la formation sur le rétablissement et ses implications avec des thèmes comme : la tolérance du risque, la personnalisation des interventions, l'importance de l'engagement occupationnel dans des activités variées et significatives sur la santé et surtout impliquer davantage les utilisateurs de services dans la planification et l'offre de services, et le manque d'opportunités occupationnelles, peu importe le milieu de vie. Il serait aussi souhaitable de mieux comprendre les inconforts entre la vision des responsables de ressources résidentielles et des intervenants, et clarifier les rôles dans l'accompagnement dans l'intégration dans la communauté. Sur le plan de l'offre de services, avoir accès à une plus grande variété de types de milieux de vie et d'organismes communautaires, peu importe la grandeur de la municipalité, fut également suggéré dans les divers endroits sur le territoire. Cet enjeu est une orientation que le MSSS (2015) et la Commission de la santé mentale du Canada (2017) prônent afin de répondre aux besoins, aux préférences, aux capacités et aux ressources différentes des personnes vivant avec des troubles de santé mentale.

Ayant utilisé le même outil que l'équipe de Piat et coll. (2015) et effectué les analyses de la même façon, il a été possible de comparer les résultats de cette présente étude avec les leurs. Il semble que les

responsables de ressources dans la région à l'étude sont moins formés au rétablissement que les responsables montréalais (53 % vs 72 %). Pour ce qui est des utilisateurs de services, ils se ressemblent sur plusieurs aspects : durée moyenne de résidence dans le milieu de vie est surtout entre deux et cinq ans ; ils sont dans la quarantaine en moyenne et surtout célibataires. L'échantillon de la présente étude avait toutefois plus de femmes (64 % vs 34 % ; à Montréal). Au RSA, les moyennes globales indiquent que les utilisateurs de services de la région ciblée sont légèrement plus satisfaits de l'intégration du rétablissement (4,11 vs 3,71), mais que c'est similaire chez les responsables de ressources (4,18 vs 4,31). L'équipe de Piat et coll. (2015) n'avait pas inclus les intervenants dans leur étude. Les points communs entre les deux études sur les aspects à améliorer selon l'ensemble des parties prenantes sont l'implication des utilisateurs de services dans la prise de décision, les comités liés à la gestion de la résidence, les services à offrir, la formation dans leur résidence, ainsi que l'intégration de pairs-aidants : 1) mentors ; et 2) ajout de personnes expertes formées. Dans les deux études, les usagers ont nommé un souhait de pouvoir parler de leurs besoins sexuels (dans notre étude, les intervenants ont aussi identifié cet aspect comme étant à améliorer). Ce qui divergeait est que dans la région de la présente étude, l'item concernant la possibilité de changer d'intervenant n'est pas ressorti comme un aspect à améliorer.

Les résultats montrent que la vision du rétablissement dans les hébergements communautaires doit continuer à être mieux comprise par les diverses parties prenantes. Dans notre étude, les résultats indiquent qu'un pourcentage notable de responsables de ressources et d'intervenants n'ont pas eu de formation ou n'utilisent pas ce concept (ce qui laisse supposer qu'ils le connaissent plus ou moins bien) et qu'il y a une certaine divergence, particulièrement entre les intervenants et les deux autres groupes. Des études antérieures ont comparé les perceptions des utilisateurs de services et des responsables de ressources (p. ex. Piat et coll., 2015), de diverses parties prenantes en lien avec le soutien à l'emploi de personnes vivant avec un trouble psychotique (p. ex. Hampson, Watt et Hicks, 2018) ou sur le concept de rétablissement en général (p. ex. Noisieux et Ricard, 2008). Comme dans notre étude, les diverses parties prenantes expriment plusieurs aspects convergents, mais également des éléments qui diffèrent selon le groupe. Donc, il est intéressant de poursuivre cette réflexion et cette discussion de façon collaborative pour expliciter tous ensemble la signification de ce concept quand il est appliqué à l'organisation des services et dans les

environnements où les personnes vivent et participent. La tendance dans les études antérieures a été d'examiner le concept de rétablissement avec un groupe seulement de façon séparée, comme les dispensateurs de services et les décideurs (p. ex. Le Boutillier et coll., 2011), les personnes vivant avec un trouble de santé mentale (p. ex. Piat, Sabetti et Couture, 2009; Larivière et coll., 2015) ou plus récemment les familles (p. ex. Piat et Seida, 2018).

Le besoin de clarifier le rôle du responsable de ressource résidentielle et le professionnel de la santé qui suit l'utilisateur de services résident dans un hébergement communautaire, en lien avec sa réadaptation, demeure. Des écrits montrent que les responsables désirent être impliqués dans le processus décisionnel des professionnels de la santé en ce qui concerne les responsabilités attribuées à la ressource, le soutien à apporter et le plan d'intervention de leurs résidents (Fitzgerald, 2009; Piat et coll., 2005). Même s'ils sont consultés, ils ne sont pas impliqués pour autant dans le « processus de planification et de prise de décision » entourant leurs résidents. Ils ont le désir de se rendre utiles dans le processus de rétablissement de leurs résidents de façon à contribuer à l'amélioration de leur autonomie. Ils voudraient aussi être considérés comme un membre à part entière de l'équipe de professionnels encadrant les résidents (Fitzgerald, 2009).

En 2006, Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay et Pinard mentionnaient que les usagers étaient insuffisamment impliqués dans le processus décisionnel des ressources ou dans l'évaluation de pratiques et de programmes. Nos résultats, plus d'une dizaine d'années plus tard, vont dans le même sens. Il ne s'agit pas seulement de recueillir leurs opinions, mais de les impliquer concrètement dans les décisions qui les concernent (Fitzgerald, 2009). Une des valeurs phares du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du MSSS est la primauté de la personne comme actrice principale des soins et des services la concernant.

La question de vivre des relations interpersonnelles plus intimes dans des hébergements communautaires est ressortie dans l'étude actuelle. La présence et la qualité des relations avec les autres résidents, des amis et les responsables de ressources résidentielles sont ressorties dans une étude de Piat et coll. (2012) comme un facteur ayant une influence importante sur le rétablissement. Les relations de couple et la sexualité sont des sujets encore peu explorés dans les écrits concernant les personnes vivant avec des troubles de santé mentale graves. Il ressort, sous plusieurs angles, que ce soit l'hésitation à s'engager, l'expression des désirs ou les comportements à risque, que c'est un besoin

qui est souvent insatisfait et peu abordé dans les interventions auprès des utilisateurs de services (De Jager et McCann, 2017).

Enfin, la difficulté à offrir des opportunités occupationnelles à l'intérieur comme à l'extérieur de milieu de vie demeure une question à explorer pour mieux comprendre les obstacles personnels, sociaux ou organisationnels à le faire. Il est pourtant documenté qu'avoir des activités significantes est un déterminant du rétablissement (Brown, Hemsley et St-John, 2008; Hendryx, Green et Perrin, 2008) que l'on vive ou non en hébergement communautaire et qu'une variété d'occupations ayant diverses fonctions (p. ex. détente, déploiement de ses habiletés, connexion sociale, relever un défi) est liée à la santé, au bien-être et à la qualité de vie de personnes vivant avec des troubles de santé mentale (Bejerholm, 2010; Larivière et coll., 2016).

Forces et limites de l'étude

Les forces de l'étude sont d'avoir inclus tous les secteurs d'une région, 3 types de parties prenantes et diverses sources de données pour offrir un bon portrait de l'intégration du rétablissement dans les différents milieux résidentiels de la région. Le fait que nous n'avons pas pu recruter des proches en passant directement par les utilisateurs de services et que nous n'avons pas recruté les personnes utilisatrices des services sous régime de protection constituent toutefois une limite. Dans une future étude, il faudrait possiblement privilégier le recrutement par le biais d'associations et d'organismes communautaires dès le départ. Intégrer des proches dans le choix du milieu de vie, dans la prestation des services, dans l'accompagnement au rétablissement est un défi documenté (Bonin et coll., 2012), mais une priorité du MSSS soulignée dans son dernier plan d'action. Aussi, avec un plus grand nombre de responsables de ressources, il serait davantage possible de distinguer les enjeux des divers types de milieux de vie. Enfin, les commentaires qualitatifs recueillis étaient écrits et ainsi, dépendant du degré de profondeur de la réponse du participant.

Conclusion

Cette étude contribue à une meilleure compréhension des éléments liés à la vision du rétablissement qui sont bien intégrés dans divers types de milieux résidentiels pour des personnes ayant des troubles de santé mentale dans une région incluant des secteurs urbains, semi-urbains et ruraux. Plusieurs éléments à améliorer sont similaires à des

études antérieures réalisées dans des grands centres. Ainsi, les pistes futures pouvant être dégagées et à poursuivre en recherche est l'implantation d'interventions innovantes collaboratives et partenariales, que ce soit par rapport à la formation sur le rétablissement dans les milieux résidentiels toutes les parties prenantes ensemble ou à l'offre de services dans les milieux, et ce, à partir des défis soulevés dans cette étude, par exemple, le soutien aux besoins sexuels et relations intimes des personnes. Ultimement, la visée est de prendre soin de cette clé majeure du rétablissement: son milieu de vie, qu'il soit un logement autonome ou un hébergement communautaire.

RÉFÉRENCES

- Ashcraft, L., Anthony, W.A., et Martin, C. (2008). Home is where recovery begins, *Behavioral Healthcare*, 28,13-15.
- Agence de santé et services sociaux Estrie (ASSSE). (2008). Programme-Services Santé mentale – *Volet Organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie 2008-2013*. Document inédit.
- Baker, F. et Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems, *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Becker, G. (1964). *Human capital. A theoretical and empirical analysis with special reference to education*, New York, NY: Columbia University Press.
- Bejerholm, U. (2010). Occupational balance in people with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(1), 1-17.
- Bernard, Y. (1988). Du logement au chez-soi. Dans M. Legault, C. Bouvalet et C. Brun (dir.) *Logement et habitat — L'état des savoirs* (p. 374-380). Paris, France: La Découverte.
- Bonin, J. P. et coll. (2012). Optimisation de la collaboration avec les familles et les organismes communautaires au sein des transformations en santé mentale. Rapport de recherche. Document téléchargé en janvier 2019 à : http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Recherche/Recherche/rapport%20Projet%20Famille_Version%20%20finale.pdf.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. Dans J. Richardson (Ed) *Handbook of theory and research for the sociology of education*, (pp. 241-258). Westport, CT: Greenwood Press.
- Boydell, K. (2006). *More than a building: supporting housing for older persons living with mental illness*, Toronto, Canada: Boydell Consulting Group.
- Browne G. et Hemsley, M. (2010). Consumer participation in housing: reflecting on consumer preferences, *Australian Psychiatry*, 18, 579-583.
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T. et Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 267-280

- Carbonneau, M. et Foley, V. (2014). Programmation des soins et des services de réadaptation visant le rétablissement des personnes aux prises avec un problème grave de santé mentale, *Organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie*, Agence de santé et services sociaux Estrie.
- Caron, J., Mercier, C. et Tempier, R. (1997). Une validation québécoise du Satisfac-tion with Life Domains Scale. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 195-217.
- Chesters, J., Fletcher, M. et Jones, R. (2005). Mental illness recovery and place. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 4(2). <http://dx.doi.org/10.5172/jamh.4.2.89>
- Coleman, J.S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, R.-U.: Harvard University Press.
- Commission de la santé mentale du Canada (2017). Turning the key. Le logement : la clé du rétablissement. Document obtenu en août 2017 à : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3055>.
- Davidson, L., Harding, C. et Spaniol, L. (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, volume 1*. Boston, MA : Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- De Jager, J. et McCann, E. (2017). Psychosis as a barrier to the expression of sexuality and intimacy: An environmental risk? *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 236-239, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw172>
- Fakhoury, W.K., Murray, A., Shepherd, G. et Priebe, S. (2002). Research in sup-ported housing, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 301-315.
- Fitzgerald, E. (2009). *Les ressources d'hébergement en santé mentale: analyse des enjeux et propositions d'action pour les ergothérapeutes*. Document inédit. Université de Montréal: Département d'ergothérapie.
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*, 2^e ed. Montréal, Canada: Chenelière Éducation.
- Forum national sur la santé (1997). *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*. Rapports de synthèse et documents de référence, vol. 11, Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Grant, J.G. et Westhues, A. (2010). Choice and outcome in mental health sup-ported housing, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33, 232-235.
- Hendryx, M., Green, C.A. et Perrin, N. A. (2008). Social support, activities and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36 (3), 320-329.
- Hampson, M.E., Watt, B. et Hicks, R. (2018). Perspectives on Recovery in Psychosis. *Journal of Recovery in Mental Health*, 2(1), 53-67.
- Hill, A., Mayes, R. et McConnell, D. (2010). Transition to independent accom-modation for adults with schizophrenia, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33, 228-231.

- Kearns, R.A. et W.M. Gessler (1998). *Putting health into place: Landscape, identity and well-being (space, place, society)*, Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Kloos, B. Townley, G. (2011). Investigating the relationship between neighborhood experiences and psychiatric distress for individuals with serious mental illness, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Research*, 38, 105-116.
- Kloos, B. et Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness, *American Journal of Community Psychology*, 44, 316-326.
- Larivière, N. Denis, C., Payeur, A., Ferron, A., Lévesque, S. et Rivard, G. (2016). Comparison of objective and subjective life balance between women with and without a personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 663-673. <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-016-9417-3>
- Larivière, N. Couture, E., Blackburn, C., Carbonneau, M., Lacombe, C., Schinck, S.A., ... St-Cyr-Tribble, D. (2015). Recovery, as experienced by women with borderline personality disorders. *Psychiatric Quarterly*, 86, 555-568.
- Larivière, N., Gélinas, I., Mazer, B., Tallant, B. et Paquette, I. (2006). Adjustment to community residential settings over time among older adults with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 189-196.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, VJ., Davidson L., Williams J. et Slade M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476. doi: 10.1176/appi.ps.001312011.
- McLoughlin, K.A., Du Wick, A., Collazzi, C.M. et Puntill, C. (2013). Recovery-oriented practices of psychiatric-mental health nursing staff in an acute hospital setting, *Journal of the American Nurses Association*, 19, 152-159.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec: Gouvernement du Québec.
- Morin, P., Bossé, P. L., Carrier, S., Garon, S. et Lambert, A. (2015). La personnalisation des services de santé mentale: une voie d'avenir. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 135-152.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L. et Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Research*, 34, 89-100.
- Noiseux, S. et Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1148-1162.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. et Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 378-386.

- Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions Programs (OFCMHAP). (1999). *The Canadian toolkit for measuring psychosocial rehabilitation outcomes*, récupéré de <http://www.psr.ofcmhap.on.ca/> en mai 2015.
- Padgett, D., Gulcur, L. et Tsemberis, S. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse, *Research on Social Work Practice*, 16, 74-83.
- Piat, M. et Seida, K. (2018). Supported housing for persons with serious mental illness and personal recovery: What do families think? *International Journal of Social Psychiatry*, 64 (8), 707-714.
- Piat, M., Boyer, R., Fleury, M.-J., Lesage, A., O'Connell, M. et Sabetti, J. (2015). Resident and proprietor perspectives of a recovery orientation in community-based housing, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 88-95. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000104>
- Piat, M., Boyer, R., Cloutier, S., Fleury, M.-J. et Lesage, A. (2012). Les conditions favorables au rétablissement: perspective des usagers et usagères. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 31(1), 67-85.
- Piat, M., Lesage, A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G. et Bloom, D. (2010). Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences, *Psychiatric Services*, 59, 1011-1017.
- Piat, M., Sabetti, J., Couture, A., Sylvestre, J., Provencher, H., Botschner, J. et Stayner, D. (2009). What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 199-207. <http://dx.doi.org/10.2975/32.3.2009.199.207>
- Piat, M., Ricard, N., Sabetti, J. et Beauvais, L. (2008). Building life around foster homes versus moving on: the competing needs of people living in foster homes, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 32-39.
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, XXVII, 1, 35-64.
- Putnam, R.D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital, *Journal of Democracy*, 6(1), 65-78.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L. et Pinard, J.L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté/Changer de perspective*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Tsai, J. et Salyers, M.P. (2012). Recovery orientation in hospital and community setting, *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37, 385-399.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., ... Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: Systematic review, *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1827-1835.
- Ye, S., Pan, J.Y, Keung Wong, D.F. et Bola, J.R. (2013). Cross-validation of mental health recovery measures in a Hong Kong Chinese sample. *Research on Social Work Practice*, 23, 311-325.

Le soutien postlogement transitoire auprès des femmes en situation d'itinérance : besoins, implantation et impact d'une étude pilote

Morgane Gabet^a

Guy Grenier^b

Daniela Perrottet^c

Marie-Josée Fleury^d

RÉSUMÉ Objectifs Les dispositifs de soutien en logement sont parmi les solutions soutenues pour contrer l'itinérance. Le logement transitoire (LT) offre une trajectoire séquentielle d'accès à la stabilité résidentielle : des refuges au LT, au logement permanent avec ou sans soutien. Le suivi post-LT permettrait d'améliorer la stabilité résidentielle et l'intégration communautaire. Néanmoins, peu d'informations sont disponibles sur les conditions de succès et la capacité du suivi post-LT à améliorer la stabilité résidentielle et l'intégration communautaire des personnes itinérantes, en particulier les femmes. Cette étude de cas pilote visait à identifier les besoins de femmes recevant du suivi post-LT, l'implantation des activités de suivi et ses conditions de succès, ainsi que son impact en réponse aux besoins exprimés.

Méthode Deux organismes à but non lucratif ont été sélectionnés à Montréal. Une étude de cas à partir de méthodes mixtes a permis de trianguler les données

-
- a. M. Sc., Ph. D. (c), Assistante de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - b. Ph. D., Associé de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - c. M. Sc., Coordinatrice de recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.
 - d. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill; chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal.

provenant de femmes en situation d'itinérance, de leurs intervenantes et des gestionnaires de ressources de suivi post-LT. Deux entretiens ont été menés à un intervalle de 6 mois avec ces femmes ($n = 10$). Les besoins et l'impact du suivi post-LT ont été mesurés grâce à un questionnaire (questions ouvertes et fermées). Pour documenter l'implantation du suivi, des informations ont été colligées auprès des intervenantes ($n = 2$) sur les activités et l'intensité des services offerts à l'aide de fiches de contact. Des facteurs facilitant et entravant le suivi post-LT ont également été identifiés lors d'une entrevue de groupe avec les intervenantes ($n = 2$) et les gestionnaires ($n = 4$).

Résultats Les usagères ont identifié des besoins liés à la santé, aux activités quotidiennes et à l'intégration sociale. La plupart des femmes étaient satisfaites des activités et de la fréquence du suivi, de la facilité d'accès des intervenantes et de la capacité du suivi à répondre à leurs besoins. L'intensité du suivi, l'alliance thérapeutique usagère/intervenante et la motivation des usagères ont été identifiées comme des facteurs facilitants. Les facteurs entravants comprenaient : la durée limitée de l'insertion préalable en LT, particulièrement chez les usagères ayant subi un traumatisme majeur ; les comportements réfractaires ; la réticence à prendre des médicaments et la dépendance à des substances psychoactives ; les problèmes d'accès aux services, dont les services de santé mentale spécialisés ; et pour les intervenantes, les contraintes de temps, les difficultés logistiques, et le manque de logements permanents abordables adéquats. Après six mois, 80 % des usagères avaient conservé le même logement, et leur intégration communautaire n'avait pas changé.

Conclusion Le suivi post-LT semble adapté pour promouvoir la stabilité résidentielle chez les femmes en situation d'itinérance chronique et ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, première étape essentielle vers l'intégration communautaire. L'étude a souligné l'importance d'offrir des modalités de services adaptés aux besoins des usagères. Un meilleur financement du suivi post-LT, une collaboration plus étroite avec d'autres services publics, une formation accrue des intervenantes et une augmentation du nombre de logements permanents abordables et adéquats favoriseraient un déploiement plus efficace du suivi post-LT.

MOTS CLÉS logement transitoire, suivi, itinérance, femmes, besoins, intégration communautaire, stabilité résidentielle

Follow-up of Post-Transitional Housing for Homeless Women: Needs, Implementation and Outcomes of a Pilot Study

ABSTRACT Objectives Consolidation of supported housing policies is a primary source of solutions aimed at addressing the problem of homelessness. Transitional housing (TH) offers a sequential housing trajectory from emergency shelters, to TH, to permanent housing with or without supports. Post-TH follow-up may improve residential stability and community integration. Yet little information is available on successful conditions and effectiveness related to post-TH follow-up for

improving residential stability and community integration among homeless people, and especially homeless women. This pilot case study aimed to identify the needs of women who were previous TH residents before acquiring permanent housing with supports, the implementation process for post-TH follow-up activities and intensity of services offered and conditions for success of the follow-up, as well as the outcomes of post-TH follow-up in meeting the needs of these homeless women.

Methods Two non-profit organizations for housing reintegration in the Montreal area were selected for study. Mixed methods based on a case study approach were used, triangulating the data collected from homeless women, case managers, and housing managers. Two interviews were conducted at 6-month intervals with homeless women (n=10), whose needs and outcomes related to post-TH follow-up were identified through a questionnaire with open and closed questions. To document implementation of the post-TH follow-up, case managers (n=2) recorded information on follow-up activities and intensity of services offered for the 6-month period using contact sheets. Factors facilitating and hindering post-TH follow-up were also identified in a group interview with case managers (n=2) and resource managers (n=4).

Results Users identified health maintenance, support for daily activities and improved socialization as their primary needs. Most women were satisfied with activities offered and the frequency of follow-up, ease of access to case managers, and the overall capacity of follow-up to meet their needs. The intensity of follow-up, user/case manager therapeutic alliance, and user motivation to recover were identified as facilitating factors that influenced effectiveness of post-TH follow-up. Factors that hindered effectiveness included: the limited duration of TH before post-TH follow-up particularly among users with major trauma; refractory behavior; reluctance to take medications and consumption of psychoactive substances; problems in accessing health services, particularly specialized mental health services; and for case managers: time constraints, logistical difficulties related to follow-up, and lack of affordable permanent housing adequate to user needs. After six months, 80% of users remained in their housing and no changes were identified in community integration.

Conclusion Post-TH follow-up seems particularly adapted to promote residential stability among chronically homeless women with mental health or dependence issues, as the essential first step toward community integration. The study underlined the importance of offering multiple service modalities adapted to user needs and post-TH follow-up geared toward recovery. Better funding of post-TH follow-up, tighter collaboration with other public services, case manager training, and increase in affordable and adequate permanent housing would promote more effective deployment of post-TH follow-up.

KEYWORDS transitional housing, follow-up, homelessness, women, needs, community integration, residential stability

Introduction

L'augmentation de l'itinérance ainsi que la morbidité et la mortalité élevées des personnes en situation d'itinérance en font un problème social majeur (Hulchanski, Campsie, Chau, Hwang et Paradis, 2009; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2014). Ces personnes rapportent souvent des troubles mentaux (TM), des maladies physiques et des troubles liés à l'usage de substances psychoactives (TUS). Malgré l'importance de leurs besoins, les services qui leur sont offerts sont souvent perçus comme inaccessibles (Jaworsky et coll., 2016; Russolillo, Moniruzzaman, Parpouchi, Currie et Somers, 2016; Skosireva et coll., 2014). Au Québec, l'itinérance se concentre surtout à Montréal, où se situe la majorité des refuges (MSSS, 2014). En 2018, 3 149 personnes en situation d'itinérance ont été dénombrées à Montréal minimalement pour une nuit (Latimer et Bordeleau, 2019). Les femmes représentent une part croissante des personnes en situation d'itinérance, estimée de 23 % à 45 % selon les études (Conseil du statut de la femme, 2012; Green et coll., 2012; Yaouancq et coll., 2013).

Pour contrer l'itinérance, les politiques publiques ont priorisé l'insertion en logement, accompagnée ou non d'autres services essentiels (MSSS, 2014). La stabilité résidentielle des personnes itinérantes placées en logement représente néanmoins un défi (Fitzpatrick-Lewis et coll., 2011). À cette fin, les programmes de logements transitoires (LT) ont été conçus en Amérique du Nord dans les années 1980-1990 (Kertesz, Crouch, Milby, Cusimano et Schumacher, 2009; Société canadienne d'hypothèques et de logement [SCHL], 2004). Le LT soutient un cheminement séquentiel: du refuge à un LT, puis à un logement permanent avec ou sans soutien. Il vise le développement de compétences et aptitudes nécessaires à l'obtention et au maintien d'un logement permanent (SCHL, 2004). Selon une enquête canadienne menée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, la proportion d'individus ayant trouvé un logement permanent après un passage en LT serait de 66 % à 90 % (SCHL, 2004). Le LT tend cependant à être supplanté progressivement par le logement permanent avec soutien sans LT préalable, dont le logement d'abord (*Housing first*) représente l'un des programmes principaux (Goering et coll., 2014; Henwood, Derejko, Couture et Padgett, 2015; Kertesz et coll., 2009; SCHL, 2004).

Globalement, peu de connaissances sont disponibles sur les conditions de succès et la capacité du suivi post-LT à maintenir la stabilité

résidentielle des personnes en situation d'itinérance et spécifiquement celle des femmes, ainsi qu'à améliorer leur intégration dans la communauté (Sabatelli Iaquinta, 2016). L'itinérance chez les femmes se distingue de celle des hommes, notamment par le besoin d'une plus grande sécurité dans le logement souvent lié à de la violence vécue à l'enfance et à l'âge adulte, des responsabilités familiales qui peuvent entraîner plus de méfiance dans les relations sociales, et par une prévalence habituellement plus élevée des TM (et moindre de TUS) que chez les hommes (La rue des femmes, 2010). Quelques études qualitatives ayant analysé l'impact du LT sur la stabilité résidentielle subséquente des femmes en situation d'itinérance ont identifié divers facteurs contribuant à son succès : présence d'un environnement sécuritaire, durée de séjour, qualité de l'alliance thérapeutique développée avec les intervenants, présence dans le LT d'une communauté de femmes ayant vécu des expériences similaires et d'un service de soutien continu (Fotheringham, Walsh et Burrowes, 2013; Melbin, Sullivan et Cain, 2003). L'existence de logements permanents abordables et de services de soutien post-LT paraissait également essentielle (Henwood et coll., 2015). Les études s'étant intéressées à l'impact du soutien en logement permanent, surtout reliées au programme logement d'abord, concluent à l'efficacité de ce suivi à maintenir les personnes en logement comparé aux interventions usuelles (Greissler, 2014; Patterson, Rezanoff, Currie et Somers, 2013).

Afin d'assurer une continuité de soutien auprès de leurs anciens usagers en LT qui ont été insérés en logement permanent, plusieurs ressources au Québec, notamment dédiées aux femmes, ont instauré un suivi post-LT (Greissler, 2014). Ce suivi peut prendre différentes formes afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes, dont les femmes (p. ex. accompagnement psychosocial et soutien informationnel) (Greissler, 2014). Cette étude vise à cerner les besoins des usagères préalablement hébergées en LT, puis insérées dans un logement permanent comprenant un suivi post-LT, l'implantation du suivi post-LT incluant les activités offertes, l'intensité du suivi et les facteurs facilitant ou entravant son fonctionnement. Enfin, l'impact du suivi post-LT est étudié, mesuré par la satisfaction à rencontrer les besoins des usagères, le maintien de leur stabilité résidentielle et l'amélioration de leur intégration communautaire.

Méthodologie

Contexte de l'étude

Une étude de cas a été effectuée dans le cadre d'un projet pilote qui a soutenu une recherche actuellement en cours, financée par le Conseil de recherche en sciences humaines (Fleury, Dorvil, Bertrand, Clément, L'Espérance et Brochu, 2018). Elle a impliqué deux ressources communautaires de Montréal offrant du LT et du suivi post-LT. Dans ces ressources, le LT comprenait des appartements ou des chambres privées et des salles communautaires où les usagères pouvaient résider pour une période maximale : 1 à 3 ans. Il intégrait des services diversifiés reliés à l'intégration communautaire, incluant des activités hebdomadaires individuelles et de groupe. Quant au suivi post-LT offert aux usagères à leur sortie du LT, il était d'une durée indéterminée, dispensant des activités variées (soutien aux activités quotidiennes, à la socialisation, etc.) et intégrant des approches diversifiées (p. ex. réduction des méfaits, axées sur les forces) adaptées aux besoins des usagères. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du Douglas Institut universitaire en santé mentale, et tous les participants ont signé un formulaire de consentement à la recherche.

Collecte de données

Le recrutement des participants à l'étude s'est effectué de janvier à août 2018. Il a impliqué des femmes en situation d'itinérance, résidant dans l'une des deux ressources offrant du LT et bénéficiant d'un suivi post-LT, ainsi que leur intervenante ($n = 2$) et les gestionnaires des ressources ($n = 4$). Les usagères devaient avoir plus de 18 ans, parler français ou anglais, consentir à effectuer 2 entretiens dans un intervalle de 6 mois, et à ce que leur intervenante transmette des fiches de contact remplies après chaque suivi post-LT pour des fins de recherche. Les usagères avaient été sollicitées par les intervenantes du suivi post-LT sur une base volontaire. S'agissant d'une étude pilote et en raison de la nouveauté du programme de suivi post-LT dans les ressources, seulement 10 femmes ont été recrutées, pour un taux de réponse de 83 %.

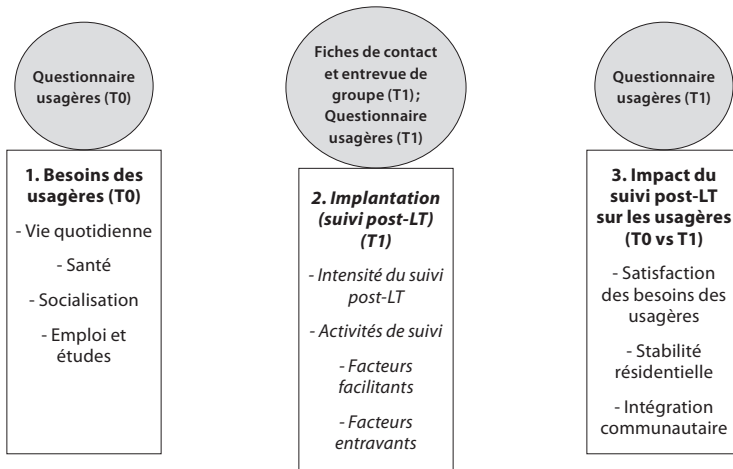
Dimensions à l'étude

Un cadre conceptuel adapté de Love (2004) (Figure 1) a été élaboré, comprenant l'évaluation : a) des besoins des usagères reliés à leur suivi post-LT ; b) de l'implantation du suivi post-LT incluant les activités de suivi réalisées, l'intensité du suivi et les facteurs facilitant et entravant

son déploiement; et c) de l'impact du suivi post-LT relié à la satisfaction de la rencontre des besoins des usagères, le maintien de leur stabilité résidentielle et l'amélioration de leur intégration communautaire. Une stratégie de triangulation des données a aussi été retenue (données qualitatives, quantitatives et d'usagères, leur intervenante et gestionnaire) (Denzin, 1989).

FIGURE 1

Cadre conceptuel adapté de Love (2004)



Les besoins des usagères quant au suivi post-LT ont été mesurés par un questionnaire (1 h) comportant des questions fermées et ouvertes, dont la passation a été assistée par une agente de recherche clinique. Ils ont été identifiés au temps 0 (T0), et tenaient compte des domaines reliés à la gestion: des activités de la vie quotidienne (p. ex. ménage, course, effectuer les repas), de la santé incluant les émotions, de la socialisation, et de l'insertion au travail ou aux études. Ce questionnaire a aussi collecté de l'information sociodémographique (p. ex. âge, parcours résidentiel) et clinique (p. ex. TM, TUS) sur les usagères, mesurée par des instruments standardisés (Tableau 1).

Pour cerner l'implantation du suivi post-LT, des fiches de contact (questions fermées; 10 minutes) ont été remplies par les intervenantes des usagères ($n = 2$) après chaque suivi, ainsi qu'une entrevue de groupe réalisée avec les intervenantes et les gestionnaires (équipe de direction), effectuée au T1 (durée = 90 minutes, $n = 6$). Les fiches de contact comprenaient des données factuelles telles que la date, la durée et le lieu

TABLEAU 1
Instruments de mesure

Catégorie	Nom	Description
Besoins en santé		
Troubles mentaux <i>Troubles mentaux courants (Dépression majeure, Syndrome de stress posttraumatique, Trouble d'anxiété généralisée) Troubles mentaux graves (Trouble bipolaire, Trouble psychotique)</i>	MINI International Neuropsychiatric Interview 6.0. (MINI)* (Sheehan et coll., 1998)	120 questions ; oui/non ; Kappa de Cohen ; 0,50-0,84 (Sheehan et coll., 1998)
Trouble de la personnalité	Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale (SAPAS)* (Moran et coll., 2003)	8 item ; échelle de Likert à 2 points (Moran et coll., 2003) ; alpha de Cronbach : 0,68
Trouble lié à l'alcool	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (Bohn, Babor, Kranzler, 1995)	10 items ; questions à choix multiples ; alpha de Cronbach : 0,88 (Bohn, Babor, Kranzler, 1995)
Trouble lié à l'utilisation de drogues	Drug Abuse Screening Test (DAST)* (Skinner, 1982)	20 items ; oui/non ; alpha de Cronbach : 0,74 (Skinner, 1982)
Détresse psychologique	K-10 Psychological distress scale (K-10 PDS)* (Kessler et coll., 2003) Échelles faites maison	10 items ; échelle de Likert à 5 points ; alpha de Cronbach : 0,93 (Kessler et coll., 2003) 3 items ; échelle de Likert à 3 ou 4 points
Satisfaction globale		
Satisfaction du suivi	Échelle faite maison	3 items ; Échelle de Likert à 5 points
Niveau de satisfaction de l'aide reçue	Échelle faite maison	6 items ; Échelle de Likert à 5 points
Stabilité résidentielle		
Déménagement	Échelle faite maison : Avoir déménagé ou l'intention de déménager (oui/non) et si oui, pourquoi	
Intégration communautaire		
Intégration psychologique	Sense of Community Scale* (Segal et Avrioram, 1978)	4 items ; échelle de Likert ; valeurs possibles de 4 à 20
Intégration professionnelle	Échelle faite maison : Avoir un	emploi (oui/non)
Intégration physique	External Integration Scale (Perkins et coll., 1990)	7 items ; échelle de Likert ; valeurs possibles de 0 à 7
Réseau social	Échelle faite maison : Nombre d'amis sur qui on peut compter	

Qualité de vie	Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS)* (Baker, Intaglia, 1982)	20 items; Échelle de Likert à 7 points; alpha de Cronbach : 0,92 (Caron, Mercier, Tempier, 1997)
Niveau d'incapacité	WHO Disability Assessment Schedule 2.0. (WHODAS 2.0)* (Von Korff et coll., 2005)	11 items; échelle de Likert à 5 points (Von Korff et coll., 2005)
Utilisation des services	Service use Questionnaire : adapted from the Canadian community health survey- mental health and well-being-cycle 1.2. (2002)	Nombre de professionnels et de services utilisés; Fréquence d'utilisation Satisfaction; échelle de Likert de 0 à 5 points

*Les échelles standardisées ont été validées pour une population francophone.

du suivi post-LT, les types d'approches retenus (p. ex. systémique, axée sur les forces) lors du suivi et les types d'activités réalisées. L'entrevue de groupe a généré de l'information sur le contexte de déploiement, le fonctionnement et les facteurs facilitant et entravant le suivi post-LT.

L'impact du suivi post-LT a été mesuré à partir du questionnaire adressé aux usagères au T1. La satisfaction a été mesurée par une échelle de Likert, considérant la durée et la fréquence du suivi, la facilité à contacter les intervenantes et leurs approches d'intervention, et la rencontre des besoins des usagères (activités de la vie quotidienne, santé, socialisation, travail ou études). La stabilité résidentielle a été mesurée par le fait d'avoir déménagé ou non pendant les 6 mois de suivi post-LT, incluant des questions ouvertes sur les raisons d'un tel déménagement si la situation s'était présentée. L'intégration communautaire des usagères a inclus plusieurs échelles standardisées, identifiées dans le Tableau 1, s'intéressant à l'inclusion à leur environnement ou à des réseaux sociaux, leur qualité de vie, leur niveau d'incapacité et leur utilisation des services sociaux et de santé.

Analyse des données

Une méthode d'analyse mixte a été retenue. Étant donné la taille restreinte de l'échantillon ($n = 10$ usagères), seules des analyses quantitatives descriptives et de comparaison (T0 vs T1) ont été réalisées. Les analyses descriptives sur des variables catégorielles ont été produites à l'aide de la distribution de fréquence; celles sur des variables continues à l'aide de pourcentages et de la valeur moyenne. Les analyses de comparaison ont été effectuées sur quelques variables clés catégorielles à

l'aide du Chi-carré ou du test de Fisher (lors de valeurs inférieures à 5) ou continues à l'aide de l'ANOVA.

La collecte des données qualitatives et l'analyse mixte ont suivi 5 étapes (Titscher, Wodak, Meyer et Vetter, 2000) : 1) enregistrement des entrevues et transcription des verbatim; 2) lectures préliminaires et construction d'unités de signification balisées par le cadre conceptuel de l'étude (Figure 1); 3) codage; 4) triangulation des données quantitatives et qualitatives, où ces dernières données ont servi à contextualiser les données quantitatives; et 5) triangulation des informations reliées aux usagères (questionnaire), aux intervenantes (fiches de contact) ainsi qu'aux intervenantes et gestionnaires (entrevue de groupe).

Résultats

Description de l'échantillon

La moyenne d'âge des usagères au T1 était de 48 ans (Tableau 2). La plupart des usagères avaient arrêté leur scolarité avant le niveau collégial. Toutes, à l'exception d'une, étaient célibataires, divorcées, ou veuves. Moins de la moitié d'entre elles avaient des enfants, mais aucun n'était mineur ou à charge. Neuf d'entre elles avaient été en itinérance chronique, c'est-à-dire avaient été dans la rue avant leur insertion en LT plus de 12 mois, ou au moins 3 fois dans les 4 dernières années (Byrne et Culhane, 2015). Elles recevaient du suivi post-LT depuis 25 mois en moyenne. Toutes sauf une avaient au moins une maladie physique chronique comme le diabète. Toutes avaient un trouble de la personnalité, et 2 un TUS ou un TM-TUS concomitant. La moitié d'entre elles souffrait de dépression, et 3 de troubles anxieux. Quant aux professionnels rencontrés ($n = 6$), ils avaient en moyenne 6,8 années de pratique auprès de la clientèle en situation d'itinérance ou des femmes en difficulté. Ils avaient travaillé dans la ressource depuis 3,6 années en moyenne, et avaient en moyenne 50 ans.

Besoins des usagères

Le questionnaire adressé aux usagères (T0) a permis de constater que, concernant les activités de la vie quotidienne, une majorité (70 %) désirait un soutien d'accompagnement pouvant se traduire par des conseils et de l'encouragement, notamment pour effectuer leurs achats, leur ménage ou gérer leur budget. Quant à leur santé, les usagères ont exprimé en majorité (70 %) des besoins liés au contrôle de leurs

TABLEAU 2

Description de l'échantillon pour les femmes suivies en logement permanent

(n = 10, au temps 1 de l'étude)

			Min	Max	n/Moyenne	%/ÉT
Caractéristiques socio-démographiques	Âge		25	64	47,60	12,937
	Éducation	Niveau primaire			2	20,0
		Niveau secondaire			5	50,0
		Niveau collégial ou plus			3	30,0
	Statut marital	Célibataire/séparée/divorcée/veuve			9	90,0
		En couple/conjoint de fait/mariée			1	10,0
	Ont des enfants				4	40,0
	Itinérance chronique ¹				9	90,0
Troubles mentaux (TM)	Détresse psychologique ²		15,00	51,00	35,10	11,42
	Troubles mentaux (TM)	Total TM			10	
		Total TMC			5	50,0
		Dépression majeure			5	50
	Troubles mentaux courants (TMC)	Syndrome de stress posttraumatique			1	10
		Trouble d'anxiété généralisée			3	30
		Total TMG			3	30,0
	Troubles mentaux graves (TMG)	Trouble bipolaire			1	10
		Trouble psychotique			2	20
	Troubles de la personnalité				10	100
	Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TUS)	Total TUS			2	20,00
		Alcool			2	20,00
		Drogues			1	10,00
		Problème d'alcool et de drogues à la fois			1	10,00
	Nombre de TM sans TUS		1,00	3,00	1,90	0,99
	Nombre de TM comprenant TUS		1,00	4,00	2,20	1,23
	TM-TUS concomitants				2	20
	Maladies physiques chroniques				9	90

¹ Itinérance chronique : avoir passé 12 mois consécutifs dans la rue ou 4 périodes sur 3 ans.² Détresse psychologique : trois échelles différentes ; 63 = score maximal de détresse psychologique. Plus le score est élevé, plus la détresse psychologique est élevée.

émotions (p. ex. se confier, être écoutée, etc.). Une minorité d'usagères (30 %) a aussi signalé le besoin d'obtenir des informations concernant l'obtention de traitement ou cesser l'usage de substances psychoactives. Concernant les besoins de socialisation, 50 % des usagères ont mentionné désirer recevoir du soutien informationnel sur les activités ou ressources disponibles leur permettant de rencontrer d'autres personnes, et ainsi briser leur isolement. Enfin, 40 % des usagères ont exprimé des besoins quant aux possibilités d'insertion au travail ou aux études.

Implantation du suivi post-LT

Documentés à partir des fiches de contact (T1), 10 suivis post-LT par usagères ont été en moyenne comptabilisés, représentant globalement 103 interventions dispensées sur les 6 mois par leur intervenante (Tableau 3). Le suivi post-LT était en moyenne de 64 minutes. Il s'est effectué le plus souvent au bureau de la ressource (32 %) ou par téléphone (35 %), sinon chez les usagères (17 %) ou dans des lieux publics (p. ex. café, parc) (17 %). Le suivi post-LT s'est basé en majorité (80 %) sur des approches biopsychosociales ou systémiques, ou axées sur les forces. Les interventions effectuées lors du suivi post-LT ont intégré en majorité à chaque suivi des interventions reliées au maintien de la santé (dans 99 % des suivis post-LT), au soutien aux activités de la vie quotidienne (dans 78 %), et à l'amélioration de la socialisation (dans 63 %). Un peu moins d'un suivi post-LT sur 3 (30 %) incluait des activités visant l'insertion au travail ou aux études. Plus particulièrement reliées au maintien de la santé, les interventions ont impliqué la gestion : du stress, de la détresse ou des TM (dans 37 % des suivis) ; des problèmes de santé physique (24 %) ; de consommation de substances psychoactives (21 %) ; de violence ou en lien avec la justice (17 %).

Basés sur l'entrevue de groupe (T1), les facteurs facilitant le suivi post-LT principalement identifiés étaient surtout reliés : a) à l'insertion préalable en LT, rapportée avoir consolidé l'autonomie des usagères particulièrement pour les activités de soutien à la vie quotidienne ; b) à l'intensité du suivi post-LT ; c) à l'alliance thérapeutique développée entre les usagères et leurs intervenantes provenant, entre autres, d'une attitude flexible et attentionnée des intervenantes ; et d) à la motivation des usagères à se rétablir (le score moyen relevé par leur intervenante étant de 4,5 sur 5). D'après les intervenantes, cette motivation élevée s'expliquait majoritairement par la maturité des usagères, leur permettant d'accorder plus de crédit aux actions de réinsertion. Une certaine

TABLEAU 3

Implantation du suivi post-LT

(T1) (n = 10 sujets; 103 épisodes de suivi)

		Min	Max	n/Moyenne	%/SDD
Durée antérieure du séjour en logement transitoire (LT) dans la ressource (en mois)		10,80	72,07	25,41	18,77
Type de logement où la clientèle est hébergée	Logement permanent privé avec subvention			2	20,0
	Logement permanent privé sans subvention			2	20,0
	Logement permanent de type HLM			2	20,0
	Logement permanent de type coopérative			2	20,0
	Logement permanent autres OSBL			1	10,0
	Chez ses parents ou autres proches			1	10,0
Nombre de rencontres planifiées dans le cadre du suivi post-LT				64	62,1
Nombre d'appels téléphoniques non planifiés avec l'usagère				32	31,1
Nombre de rencontres non planifiées avec la clientèle, lors d'un événement organisé par la ressource				7	6,8
Nombre de suivis par usagère	Échantillon total	4	16	10,30	4,78
	Face à face	1	15	7,30	4,64
	Par téléphone	0	9	3,00	3,02
Durée du suivi (en minutes)	Échantillon total	1	360	64,48	67,33
	Face à face	5	360	83,29	71,75
	Par téléphone	1	40	18,70	10,26
Lieux de rencontre	Au bureau de la ressource			33	32,0
	Chez la cliente			17	16,5
	Dans un lieu public (p. ex. café, parc)			17	16,5
	Suivi téléphonique			36	35,0
Interventions effectuées lors du suivi post-LT	Gestion du stress, de la détresse ou des troubles mentaux			38	36,9
	Gestion des problèmes de santé physique			25	24,3
	Gestion de la consommation de substances psychoactives			22	21,4
	Gestion de la violence (physique, verbale, etc.; soi/ou autrui) ou des problèmes avec la justice ou juridiques			17	16,5
	Total:			102	99,0
	Soutien aux activités de la vie quotidienne			80	77,7
	Soutien à l'amélioration de la socialisation			65	63,1
	Insertion au travail ou aux études			31	30,1

Approches d'intervention	Biopsychosociale ou systémique		77	84,6
	Axée sur les forces		78	85,7
	Centrée sur la résolution de problèmes		55	60,4
	Modification du comportement		54	59,3
	Réduction des méfaits — substances		26	28,6
Niveau de motivation de la clientèle lors du suivi post-LT (échelle de 0 à 5)	0	5	4,45	0,78
Niveau d'amélioration de la situation de la clientèle après chaque suivi (échelle de 0 à 5)	0	5	3,41	1,30

HLM : Habitations à loyer modique.

OSBL : Organisme sans but lucratif.

expérience de vie était ainsi nécessaire pour que le LT et le suivi post-LT aient des effets bénéfiques sur elles. Les facteurs défavorisant le plus le fonctionnement du suivi post-LT se rapportaient : a) à la durée limitée de l'insertion en LT spécifiquement pour les usagères ayant vécu des traumatismes importants ; b) aux comportements réfractaires de certaines usagères lors des suivis, peu disposées à prendre leurs médicaments ou consommant des substances psychoactives ; c) au manque de temps des intervenantes et les difficultés reliées à la logistique des suivis ; d) aux problèmes d'accès aux services de santé, et spécifiquement aux services spécialisés de santé mentale ; et e) au manque de logements permanents abordables répondant adéquatement aux besoins des usagères.

Impact du suivi post-LT

Basée sur le questionnaire adressé aux usagères (résultats au T1 comparés au T0), la majorité a été rapportée être « plutôt à complètement » satisfaite du suivi post-LT quant à la plupart des aspects mesurés : durée et fréquence du suivi ; facilité à contacter leurs intervenantes ; rencontre de leurs besoins reliés aux activités de la vie quotidienne, au maintien de leur santé, et à l'insertion au travail ou aux études (Tableau 4). Elles ont particulièrement rapporté que le suivi post-LT facilitait l'adaptation de leur rythme de vie, leur permettant d'être plus fonctionnelles au quotidien. Les usagères se considéraient aussi majoritairement « plutôt à complètement » satisfaites concernant la contribution du suivi à l'amélioration de leur socialisation. Au T1, 8 usagères avaient conservé le même logement, démontrant un niveau élevé de stabilité résidentielle. Par ailleurs, les 2 usagères ayant déménagé évaluaient ce changement

comme étant positif, leur ayant permis d'améliorer leurs conditions résidentielles.

Quant à leur intégration communautaire comparée sur plusieurs indicateurs (p. ex. réseau social, avoir ou non un travail, qualité de vie, utilisation des services), elle n'a pas évolué d'une façon significative dans la période de 6 mois à l'étude (Tableau 5).

TABLEAU 4

Impact de l'intervention (T1): Niveau de satisfaction (n = 10)

			n	%
Durée du suivi	Niveau de satisfaction ¹	Plutôt satisfaite	1	10,0
		Très satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	7	70,0
Fréquence du suivi	Niveau de satisfaction	Plutôt insatisfaite	1	10,0
		Très satisfaite	3	30,0
		Complètement satisfaite	6	60,0
Facilité de contacter votre intervenant lorsque vous en avez besoin	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	1	10,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	7	70,0
Soutien à la vie quotidienne (logement/habilité)	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	1	10,0
		Plutôt insatisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	7	70,0
Soutien informationnel	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	6	60,0
Maintien de la santé (gestion du stress, des émotions ou de la santé mentale)	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	3	30,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	5	50,0
Maintien de la santé (gestion de la consommation de substances psychoactives)	Niveau de satisfaction	Plutôt insatisfaite	1	10,0
		Plutôt satisfaite	1	10,0
		Complètement satisfaite	8	80,0
Amélioration de la socialisation	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt insatisfaite	1	10,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	4	40,0
Insertion en emploi ou aux études	Niveau de satisfaction	Complètement insatisfaite	2	20,0
		Plutôt satisfaite	2	20,0
		Complètement satisfaite	6	60,0

¹ Le niveau de satisfaction est mesuré sur une échelle de Likert à 5 niveaux.

TABLEAU 5
Intégration communautaire (T0 vs T1)
(n = 10, à 6 mois)

		T0	T1	Différences (T1-T0)	p
		Moyenne	Moyenne		
Nombre d'amis sur qui on peut compter ¹		2	3	1,00	0,18***
Intégration physique ²		3,20	3,60	0,40	0,612***
Intégration psychologique ³		13,70	13,90	0,20	0,920***
Avoir un emploi		2,00	2,00	0,00	1,000**
Qualité de vie		69,60	62,50	-7,10	0,314***
Avoir un médecin de famille		9,00	9,00	0,00	1,000**
Nombre de services utilisés	Services publics ou communautaires	2,00	4,00	2,00	0,864***
	Services communautaires	0,80	0,80	0,00	1,000***
	Services publics	1,00	4,00	3,00	0,830***
Fréquence des visites	Services publics ou communautaires	19,40	8,20	-11,20	0,156***
	Services communautaires	9,70	5,00	-4,70	0,405***
	Services publics	9,70	3,20	-6,50	0,154***
Nombre d'usagers ayant visité les services	Services publics ou communautaires	10,00	10,00	0,00	1,000
	Services communautaires visités	6,00	5,00	-1,00	0,653*
	Services publics visités	10,00	10,00	0,00	1,000
Niveau d'incapacité ⁴		25,00	21,40	-3,60	0,143***

* Chi-carré de Pearson: permet de comparer deux variables catégorielles.
** Test exact de Fisher: remplace le test de Pearson lorsqu'au moins une des variables catégorielles a des valeurs inférieures à 5.
***ANOVA t test: permet de comparer deux variables continues ou une variable continue et une variable catégorielle.
¹ Amis sur qui on peut compter: personnes logées, qui n'ont pas de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et qui n'ont jamais été sans domicile fixe
² Intégration physique: échelle de 0 à 1; 7 = score maximal d'intégration physique. Plus le score est élevé, plus l'intégration physique est réussie.
³ Intégration psychologique: échelle de 1 à 5; 20 = score maximal d'intégration psychologique. Plus le score est élevé, plus l'intégration psychologique est réussie.
⁴ Niveau d'incapacité: échelle de 0 à 5; 55 = score maximal d'incapacité. Plus le score est élevé, plus l'incapacité est importante.

Discussion

Cette étude pilote visait à mieux cerner les conditions de succès et la capacité du suivi post-LT à favoriser la rencontre des besoins des usagers précédemment en situation d'itinérance, le maintien de leur stabilité résidentielle et leur intégration dans la communauté. Les usagers de l'étude avaient un profil similaire aux femmes en situation

d'itinérance ou recevant du LT décrites dans la littérature : en situation d'itinérance chronique, assez âgées (près de 50 ans), ayant pour la plupart des TM et des maladies physiques chroniques et un faible réseau social (Fotheringham et coll., 2013 ; Patterson et coll., 2013).

Les usagères de l'étude ont signalé avoir de nombreux besoins de base et de santé. Se nourrir, gérer un budget ou maintenir un logement sont identifiés dans la littérature comme les premières étapes essentielles à l'intégration communautaire (Sabatelli Iaquinta, 2016 ; Henwood, Hsu, Dent, Winetrobe, Carranza et Wenzel, 2013). Une fois ces besoins de base satisfaits, des améliorations peuvent se manifester quant à la qualité de vie en général et l'état de santé (Drury, 2018 ; Kessler et coll., 2003). Parmi les besoins de santé, le soutien émotionnel a été rapporté prioritaire chez les usagères de l'étude, s'expliquant par l'historique d'abus physique, sexuel ou psychologique, dont la prévalence est souvent soulignée comme élevée dans la littérature chez les femmes en situation d'itinérance (Von Korff et coll., 2005). Vivre dans la rue est aussi rapporté dans les études comme plus dangereux pour les femmes que pour les hommes (Hatton, 2008). L'amélioration de sa santé et de sa sécurité intégrant l'acquisition d'information permettant de s'intégrer dans la communauté a ainsi été identifiée comme besoin essentiel des usagères de cette étude pour résoudre leur problème. Les besoins de santé reliés au traitement de substances psychoactives sont apparus toutefois moins prioritaires pour ces usagères que les besoins de soutien émotionnel ou encore les besoins de base, ce qui est conforme aux résultats d'études antérieures (Brown et Steinman, 2013 ; Stein, Andersen et Gelberg, 2007). Par ailleurs, ces dernières ont aussi témoigné avoir généralement un faible réseau social, lequel est reconnu comme facteur de protection (Goering et coll., 2011). Dans la littérature, cette situation résulte souvent d'une faible estime personnelle et d'importants problèmes émotionnels (Von Sydow, Beher, Schweitzer et Retzlaff, 2010). Les ressources offrant du logement spécifiquement pour les femmes en situation d'itinérance doivent ainsi tenir compte de leurs besoins particuliers, lesquels incluent plusieurs attributs affectifs comme l'intimité, le confort, la sécurité et le bien-être personnel (Davis et Kutter, 1998). Quant aux besoins moindres des usagères de cette étude concernant leur insertion en emploi ou aux études, ils pourraient s'expliquer par le fait qu'en raison de leur âge et de leurs conditions de santé, la plupart ont renoncé à la possibilité de réintégrer le marché du travail ou les études. Il est admis dans la littérature que l'état de santé des personnes itinérantes ayant 50 ans, ce qui correspond à près de la moyenne de notre échantillon, se compare à

celui des personnes ayant 15 à 20 ans de plus dans la population générale (Brown et Steinman, 2013).

L'intensité du suivi post-LT dispensée aux usagères durant la période étudiée est inférieure à celle d'une visite par semaine préconisée dans les programmes du type logement d'abord pour les personnes nécessitant un suivi d'intensité variable (Goering et coll., 2011). De plus, la proportion de rencontres au domicile des usagères est assez limitée malgré l'intérêt qu'offrent ces visites pour connaître le milieu de vie des personnes. Cette situation peut s'expliquer par les défis logistiques rencontrés par les intervenantes du suivi post-LT de l'étude, dont de trop fréquents déplacements pourraient réduire le temps de suivi dédié directement aux usagères. Dans l'étude, le suivi post-LT a surtout été rapporté influencé par les approches biopsychosociales, systémiques ou axées sur les forces, ce qui concorde avec les approches recommandées dans le suivi de clientèles avec de nombreux TM en vue d'une intégration communautaire (Rapp et Gosha, 2004; Von Sydow et coll., 2010). Une proportion plus importante de suivi post-LT a été aussi effectuée en lien avec les besoins de santé, s'expliquant par l'importance des TM et des problèmes chroniques de santé physique des usagères à l'étude. Le suivi post-LT a également été surtout en lien avec le développement d'habiletés nécessaires pour les activités de la vie quotidienne. Ces dernières sont repérées dans la littérature comme une condition essentielle pour vivre en logement permanent de manière autonome (Davis et Kutter, 1998; Gutman et coll., 2018). Le suivi post-LT a aussi focalisé sur l'amélioration du réseau social des usagères qui dans la littérature est considérée contribuer à réduire les effets du stress et des émotions négatives, permettant d'améliorer la santé et la qualité de vie des personnes en situation d'itinérance (Gabrielian, Young, Greenberg et Bromley, 2018). Dans les études précédentes, l'acquisition d'habiletés sociales a particulièrement été reliée à l'évitement de conflits avec les propriétaires de logements, ce qui diminuait les risques d'éviction (Gabrielian et coll., 2019).

Concernant les facteurs identifiés dans cette étude comme facilitant le plus le suivi post-LT, l'insertion réussie en LT est ressortie comme l'un des éléments clés préalables à la réussite de ce suivi en logement permanent. Ce constat souligne l'importance du déploiement d'un continuum de solutions résidentielles pour vaincre et prévenir l'itinérance (Gaetz et Dej, 2017). Selon Fotheringham et coll. (2013), le LT doit cependant être de durée suffisante pour permettre aux usagères de se rétablir, en fonction de leurs besoins diversifiés et importants. Le

suivi post-LT contribue alors à maintenir et à renforcer les acquis développés en LT (Gaetz et Dej, 2017). Plusieurs études ont également démontré que l'alliance créée entre usagers et intervenants, notamment grâce au LT, est positivement associée au rétablissement des premiers (Moran et coll., 2017). Un plan d'intervention, un suivi adapté aux besoins de l'utilisateur en termes de fréquence et de durée, la réceptivité et la flexibilité de l'intervenant, ainsi que la motivation de l'utilisateur sont d'autres conditions de succès jugées essentielles dans la littérature et renforçant cette alliance (Melbin et coll., 2003).

À l'inverse, dans cette étude, plusieurs facteurs ont été rapportés comme faisant obstacle à l'efficacité du suivi post-LT, dont la durée limitée de l'hébergement en LT repérée importante pour la consolidation préalable des habiletés des usagères avant leur insertion en logement permanent. Dans cette étude, les usagères identifiées plus asociales, ayant des TUS non traités ou des troubles de personnalité ont aussi représenté un défi, car rapportées comme plus réfractaires à collaborer avec les intervenantes et à maintenir leur suivi. Dans la littérature, un TUS non traité est souvent reconnu comme étant un facteur d'instabilité résidentielle (Aubry, Duhoux, Klodawsky, Ecker et Hay, 2016). Les personnes ayant un trouble de personnalité sont aussi généralement rapportées insatisfaites des services de santé, bien qu'elles les utilisent fréquemment (Cailhol et coll., 2017 ; Moukaddam, Flores, Matorin, Hayden et Tucci, 2017). Les autres facteurs entravant mentionnés dans l'étude dont les problèmes d'accès aux services ambulatoires de santé et services sociaux et aux soins spécialisés, la stigmatisation élevée envers les usagères entravant leur suivi, et le sous-financement du secteur de l'itinérance sont aussi reconnus dans la littérature (Lewis, Andersen et Gelberg, 2003). La lutte contre l'itinérance devrait ainsi reposer sur une action concertée d'une pluralité d'organisations (municipalités, travail, éducation, santé, etc.).

Quant à l'impact du suivi post-LT, le degré de satisfaction généralement élevé des usagères dans la plupart des aspects mesurés (activités et fréquence du suivi, facilité de rejoindre leurs intervenantes, rencontre de leurs besoins sociaux et de santé) laisse sous-entendre que le suivi post-LT a été bénéfique pour ces femmes ayant un profil d'itinérance chronique. L'adéquation entre leurs besoins et le suivi post-LT effectué semble être un autre motif de satisfaction pour les usagères. Selon une étude américaine, le suivi de l'intervenant améliore les conditions des personnes itinérantes par ses aspects pratiques et interpersonnels (Tamavo et Fernandez, 2012). La présente étude n'a

néanmoins pas permis d'observer des changements significatifs quant à l'intégration communautaire des usagères après 6 mois de suivi post-LT, ce qui pourrait s'expliquer par la période trop brève d'observation. Douze (Patterson et coll., 2013) ou 18 mois (Gilmer et coll., 2014; McHugo et coll., 2004) après un placement en logement permanent avec soutien sont généralement requis pour que des changements positifs se manifestent.

Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites importantes à mentionner. La taille restreinte de l'échantillon ne permet pas la généralisation des résultats de l'étude. Elle a aussi empêché de discerner l'influence des types de logements sur les résultats associés au suivi post-LT (p. ex. logement privé ou communautaire). La clientèle étudiée étant exclusivement féminine, les résultats de l'étude ne peuvent s'appliquer à la population générale en situation d'itinérance. Finalement, le délai restreint de 6 mois du suivi post-LT n'a pas permis de noter de changements significatifs quant à l'intégration communautaire des usagères.

Conclusion

D'après nos connaissances, cette étude pilote est la première au Québec à avoir étudié la capacité du suivi post-LT à maintenir la stabilité résidentielle de femmes. Dans l'étude, le suivi post-LT est évalué accompagner favorablement les usagères préalablement en situation d'itinérance chronique et rapportant de nombreux TM ou TUS vers la stabilité résidentielle, premier pas essentiel à l'intégration communautaire. Cette étude a souligné l'importance d'une offre diversifiée du suivi post-LT adaptée aux besoins des usagères. Afin de consolider le suivi post-LT, un meilleur financement de ces programmes pourrait être favorisé pour accroître le soutien à cette population. Des liens de collaboration plus étroits pourraient aussi être créés entre les ressources offrant du LT et les services publics, afin de permettre un accès optimal aux professionnels pour la clientèle présentant des problèmes de santé complexes. Également, de la formation pourrait être davantage dispensée aux intervenants des ressources offrant du suivi post-LT pour qu'ils soient plus aptes à suivre cette population connaissant de multiples problématiques. Finalement, lutter contre l'itinérance nécessite la présence de logements permanents abordables et en nombre suffisant.

Remerciements

Ce projet pilote de recherche s'est réalisé grâce au soutien financier du programme Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) — volet Solutions d'Emploi et Développement social Canada (EDSC), obtenu par Le Logis Rose-Virginie. L'équipe de recherche désire remercier les directrices et intervenantes de cet organisme ainsi que de la deuxième ressource ayant participé à l'étude pour leur confiance, disponibilité et investissement. Nous aimerions aussi remercier les 10 usagères ayant bénéficié du suivi post-LT et ayant participé à notre étude. Enfin, nous remercions Jean-Marie Bamvita, Ph. D., assistant de recherche et Armelle Imboua, M. Sc., coordonnatrice de recherche, pour leur soutien.

RÉFÉRENCES

- Aubry, T., Duhoux, A., Klodawsky, F., Ecker, J. et Hay, E. (2016). A Longitudinal Study of Predictors of Housing Stability, Housing Quality, and Mental Health Functioning Among Single Homeless Individuals Staying in Emergency Shelters. *American Journal of Community Psychology*, 58(1-2), 123-135.
- Baker, F. et Intaglia, J. (1985). Quality of life in the evaluation of Community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Bohn, M.J., Babor, T.F. et Kranzler, H.R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 423-432.
- Brown, R.T., Steinman, M.A. (2013). *Characteristics of Emergency Department Visits by Older Versus Younger Homeless Adults in the United States*. *American Journal of Public Health*, 103, 1046-1051.
- Byrne, T. et Culhane, D. P. (2015). Testing Alternative Definitions of Chronic Homelessness. *Psychiatric Services*, 66(9), 996-999.
- Cailhol, L., Pelletier, E., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, E. ... Lesage, A. (2017). Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec: A Provincial Cohort Study, 2001-2012. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62, 336-342.
- Caron, J., Mercier, C. et Tempier, R. (1997). Validation of Satisfaction with Life Domains Scale in Quebec. *Santé Mentale au Québec*, 22, 195-217.
- Conseil du Statut de la Femme. (2012). *Réflexion sur l'itinérance des femmes en difficulté: un aperçu de la situation*. Québec.
- Davis, J. et Kutter, C.J. (1998). Independent living skills and posttraumatic disorder in women who are homeless: implications for future practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(1), 39-44.
- Denzin, N. K. (1989). *The Research Act*. Third Edition. New York, NY: McGraw-Hill.
- Drury, L. J. (2008). From homeless to housed: Caring for people in transition. *Journal of Community Health Nursing*, 25(2), 91-105.

- Fitzpatrick-Lewis, D., Ganan, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdijan, F. et Hwang, S. W. (2011). Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Public Health*, 11, 638.
- Fleury, M. J., Dorvil, H. E., Bertrand, K., Clément, M., L'Espérance, N. et Brochu, S. (2018). *Qualité de vie et intégration sociale des personnes en situation d'itinérance logées dans différents modèles de logements permanents avec soutien*. Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, 2018-2020.
- Fotheringham, S., Walsh, CA. et Burrowes, A. (2013). A place to rest: the role of transitional housing in ending homelessness for women in Calgary, Canada. *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*.
- Gabrielian, S., Young, A.S., Greenberg, J.M. et Bromley, E. (2018). Social support and housing transitions among homeless adults with serious mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 208-215.
- Gabrielian, S., Hamilton, A. B., Gelberg, L., Koosis, E. R., Johnson, A. et Young, A. S. (2019). Identifying social skills that support housing attainment and retention among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 70(5), 374-380.
- Gaetz, S. et Dej, E. (2017). *A New Direction: A Framework for Homelessness Prevention*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Gilmer, T. P., Stefancic, A., Katz, M. L., Sklar, M., Tsemberis, S. et Palinkas, L. A. (2014). Fidelity to the housing first model and effectiveness of permanent supported housing programs in California. *Psychiatric Services*, 65(11), 1311-1317.
- Goering, P., Velthuisen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., ... Aubry, T. (2014). *Rapport final du projet chez soi. Projet pancanadien. Calgary (Alberta)*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., ... Zabkiewicz, D. M. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic multi-site, randomised trial of a housing first intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1(2), e000323.
- Green Jr., H. D., Tuckera, J. S., Wenzela, S. L., Golinelli, D., Kennedy, D. P. et Ryana, G. W. (2012). Association of childhood abuse with homeless women's social networks. *Child abuse & neglect*, 36, 21-31.
- Greissler E. (2014). *Le post-hébergement dans les Auberges du cœur: un prolongement ces pratiques d'affiliation, Rapport de recherche: Regroupement des Auberges du Cœur*. Recherche financée par la Société d'habitation du Québec.
- Gutman, S. A., Raphael-Greenfield, E. I., Berg, J., Agnese, A., Gross, S., Ashmi S., ... Weiss, D. (2018). Feasibility and Satisfaction of an Apartment Living Program for Homeless Adults With Mental Illness and Substance Use Disorder. *Psychiatry*, 81(3), 228-239.

- Hatton, D. (2008). Homeless Women's Access to Health Services: A Study of Social Networks and Managed Care in the US. *Women & Health*, 33(3-4), 167-181.
- Henwood, B. F., Hsu, H., Dent, D., Winetrobe, H., Carranza, A. et Wenzel, S. (2013). Transitioning from homelessness: A "Fresh-Start" event. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(1), 47-57.
- Henwood, B. F., Derejko, K. S., Couture, J. et Padgett, D. K. (2015). Maslow and Mental Health Recovery: A Comparative Study of Homeless Programs for Adults with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(2), 220-228.
- Hulchanski, J. D., Campsie, P., Chau, S. B. Y., Hwang, S. W. et Paradis, E. (2009). *Homelessness: What's in a word?* Toronto, Canada: University of Toronto.
- Jaworsky, D., Gadermann, A., Duhoux, A., Naismith, T. E., Norena, M., To, M. J., ... Palepu, A. (2016). Residential Stability Reduces Unmet Health Care Needs and Emergency Department Utilization among a Cohort of Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. *Journal of Urban Health*, 93(4), 666-681.
- Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E. et Schumacher J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? *Milbank Quarterly*, 87(2), 495-534.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., ... Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189.
- La rue des femmes de Montréal. (2010). *Différenciation entre l'état d'itinérance au féminin et l'état d'itinérance au masculin*. Québec.
- Latimer, E., Bordeleau F. (2019). *Je compte Mtl 2018. Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 avril 2018*. Montréal, Canada: Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal.
- Lewis, J. H., Andersen, R. M. et Gelberg, L. (2003). Health care for homeless women. *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), 921-928.
- Love, A. (2004). *Implementation evaluation*. Dans Wholey, JS., Hatry, HP. et Newcomer, KE. (Eds.) *Handbook of practical program evaluation*, John Wiley & Sons, San Francisco, CA.
- McHugo, G. J., Bebout, R. R., Harris, M., Cleghorn, S., Herring, G., Xie, H., ... Drake, R.E. (2004). A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 969-982.
- Melbin, A., Sullivan, C. M. et Cain, D. (2003). Transitional supportive housing programs: Battered women's perspectives and recommendations. *Affilia*, 18, 1-16.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014). *L'itinérance au Québec. Premier portrait*. Québec.
- Moran, G. S., Westman, K., Weissberg, E. et Melamed S. (2017). Perceived assistance in pursuing personal goals and personal recovery among mental health consumers across housing services. *Psychiatry Research*, 249, 94-101.

- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G. et Mann, A. (2003). Standardised Assessment of Personality—Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183, 228-232.
- Moukaddam, N., Flores, A., Matorin, A., Hayden, N. et Tucci, V. T. (2017). Difficult Patients in the Emergency Department: Personality Disorders and Beyond. *Psychiatric Clinics of North America*, 40, 379-395.
- MSSS. (2014). *Politique nationale de lutte à l'itinérance — Ensemble pour éviter la rue et s'en sortir*. Québec.
- Patterson, M., Rezanoff, S., Currie, L. et Somers, J. M. (2013). Trajectories of recovery among homeless adults with mental illness who participated in a randomised controlled trial of Housing First: a longitudinal, narrative analysis. *BMJ Open*, 3(9), e003442.
- Perkins, D. D., Florin, P., Rich, R., Wandesman, A. et Chavis, D. M. (1990). Participation in the social and physical environment of residential blocks: Crime and community context. *American Journal of Community Psychology*, 18, 83-115.
- Rapp, C. A. et Gosha R. J. (2004). The principles of effective case management of mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319-333.
- Russolillo, A., Moniruzzaman, A., Parpouchi, M., Currie, L. B. et Somers, J. M. (2016). A 10-year retrospective analysis of hospital admissions and length of stay among a cohort of homeless adults in Vancouver, Canada. *BMC Health Services Research*, 16, 60.
- Sabatelli Iaquinta, M. (2016). A Systematic Review of the Transition from Homelessness to Finding a Home. *Journal of Community Health Nursing*, 33(1), 20-41.
- Segal, S. P. et Avrioram, U. (1978). *The Mentally Ill in community-based care: A study of community care and social integration*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., (...), Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33; quiz 4-57.
- Skinner, H.A. (1982). *The drug abuse-screening test*. Addictive behaviors, 7(4), 363-371.
- Skosireva, A., O'Campo, P., Zerger, S., Chambers, C., Gapka, S. et Stergiopoulos, V. (2014). Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Services research*, 14, 376.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2004). *Logements de transition: objectifs, indicateurs de succès et résultats*. Série socio-économique 04-017.

- Stein, J., Andersen, R. et Gelberg, L. (2007). Applying the Gelberg-Andersen Behavioral Model for vulnerable Populations to Health Services Utilization in Homeless Women. *Journal of Health Psychology*, 25, 5, 791-804.
- Tamavo, A. et Fernandez, A. (2012). "Because somebody cared about me. That's how it changed things": homeless, chronically ill patients' perspectives on case management. *Plos One*, 7(9), e45980.
- Titscher, S., Wodak, R., Meyer, M. et Vetter, E. (2000). *Methods of text and discourse analysis*. London, Royaume-Uni : Sage.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K. et Kessler, R. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States; Results from the national comorbidity survey replication. *Pain*, 50(2), 133-149.
- Von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J. et Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systematic therapy with adult patients: A meta-content analysis for 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49(4), 457-485.
- Yaouancq, F., Lebrère, A., Marpsat, M., Régnier, V., Legleye, S. et Quaglia, M. (2013). *L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales*. INSEE (1455).

La littératie en santé chez les personnes présentant des troubles mentaux graves

Marie-Pier Fortin^a

Mélissa Lavoie^b

Isabelle Dufour^c

Maud-Christine Chouinard^d

RÉSUMÉ Le Plan d'action 2015-2020 en santé mentale du Québec vise, chez les personnes présentant des troubles mentaux graves, le développement d'une autonomie optimale dans la société et l'utilisation adéquate des services de santé. Néanmoins, à ce jour, un manque de données est rapporté au Québec, sur la capacité des personnes présentant des troubles mentaux à accéder, à comprendre et à utiliser l'information relative à la santé, ce qui correspond au concept de littératie en santé (LS). Une étude descriptive quantitative a été menée pour décrire la LS chez les personnes présentant des troubles mentaux graves et demeurant dans la communauté de Dolbeau-Mistassini, au Saguenay-Lac-Saint-Jean (Québec). Les données ont été collectées à l'aide de trois questionnaires autorapportés, incluant le Questionnaire sur la littératie en santé (QLS). Ce questionnaire permet de décrire la LS à partir de 9 dimensions, afin de soulever les besoins individuels, organisationnels et sociaux en lien avec la LS des personnes ciblées. Les résultats obtenus auprès des participants ($n = 30$) ont montré que la LS était plus faible dans la

-
- a. B. Sc., inf., étudiante à la maîtrise, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi.
 - b. M. Sc. inf., candidate au doctorat, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi.
 - c. M. Sc. inf. candidate au doctorat, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
 - d. Inf. Ph. D., Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi.

dimension « Comprendre l'information relative à la santé ». Les résultats de cette étude mettent en évidence la nécessité d'adapter les interventions éducatives chez cette population. Cette adaptation pourrait permettre à cette population de mieux intégrer le contenu de l'enseignement reçu, tout en privilégiant l'accompagnement d'un proche lors de la rencontre avec un professionnel de la santé.

MOTS CLÉS littératie en santé, troubles mentaux graves, maladies chroniques

Health Literacy in Patients Presenting Severe Mental Disorders

ABSTRACT Objectives The Quebec government's 2015-2020 Ministerial Mental-Health Action Plan aims at developing an optimal autonomy level in society and achieving an adequate use of healthcare services among individuals with severe mental disorders. Individuals presenting with such disorders frequently have other long-term conditions. In order to manage their conditions, these individuals must have access to, understand, and use health-related information. This corresponds to the concept of health literacy (HL). Although some research has been conducted on the HL of individuals with severe mental-health disorders, none has been done in the province of Quebec (Canada) and the measurement questionnaire previously used did not adequately take into account the multiple dimensions of HL. Using a multidimensional questionnaire would thereby be beneficial. Specifically, the objective herein was to describe the HL among individuals with a severe mental disorder residing in the community in the Saguenay–Lac-Saint-Jean region (Québec, Canada).

Methods This quantitative research used a descriptive design. The participants were recruited from the community mental-health program at the Dolbeau–Mistassini CLSC, which is part of the Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean. The participants were selected using a convenience sampling. Three questionnaires were used for data collection: 1) the French version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ), a self-report questionnaire with 9 scales; 2) the French version of the Disease Burden Morbidity Assessment to get a portrait of the chronic diseases of participants; and 3) a standard sociodemographic questionnaire. The scores for the dimensions of the HLQ have been described with descriptive statistics. The average values of the nine QLS scales for the different participant subgroups were compared with Student's t-tests or ANOVA.

Results Based on the overall HLQ results, the dimension *Ability to understand health information* reflected a lower level of HL. Overall, the averages for the various dimensions for the study population were all slightly lower than those previously described using the same questionnaire but with populations of the elderly or people with chronic conditions.

Conclusion The results highlight the need to continue investigating the HL concept for the population segment with severe mental disorders. This study also brings

out the need to adapt the health education delivered to this population so as to help such individuals better understand health-related information.

KEYWORDS health literacy, severe mental illness, chronic diseases

Introduction

Dans la province de Québec, 2 à 3 % de la population adulte souffre spécifiquement de troubles mentaux graves (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les troubles mentaux graves représentant souvent un aspect invalidant pour les personnes atteintes et constituent un enjeu en constante augmentation pour lequel peu de pistes de solution claires ont été établies (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

À cet égard, le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du Québec vise à assurer la performance et l'amélioration continue des soins et des services en santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Ce plan met également de l'avant le rôle essentiel de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie sur l'état de santé global, tant du côté physique que mental, de chaque individu.

Les troubles mentaux graves sont associés à un degré d'incapacité à même d'influencer significativement les relations interpersonnelles, les habiletés sociales de base et la capacité fonctionnelle des individus à être actif sur le marché du travail (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Lors d'une évaluation médicale, une incapacité prolongée dans au moins l'un de ces trois domaines ci-haut mentionnés est un indicateur d'un trouble mental grave, correspondant à la dépression majeure, aux troubles bipolaires de type 1 ou 2, à la schizophrénie et à l'ensemble des troubles psychotiques, dont le trouble schizoaffectif (American Psychiatric Association, 2016).

L'éducation à la santé pour les personnes présentant un trouble mental grave est une notion très importante (Doucette et coll., 2014), notamment parce qu'elles sont souvent atteintes de plusieurs conditions chroniques (multimorbidité), nécessitant le développement de compétences spécifiques afin d'assurer une gestion optimale de leur santé (Salisbury et coll., 2011). Afin de prodiguer des interventions éducatives adaptées, les professionnels de la santé doivent bien connaître ces personnes et les caractéristiques pouvant influencer leurs capacités d'apprentissage au regard de leur santé.

La littératie en santé (LS) est un concept important à considérer afin de garantir une compréhension et une utilisation adéquate de l'information donnée en vue d'assurer une autogestion efficace de la santé (Lincoln et coll., 2008). La LS se définit comme les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information de manière à promouvoir et maintenir une bonne santé (World Health Organization, 2013). Les personnes ayant une faible LS sont deux fois et demie plus à risque de rapporter un état de santé moyen à médiocre et de recevoir des prestations d'aide sociale (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008). Elles sont également moins portées à utiliser les services de santé préventifs, tels que les examens pour le dépistage du cancer, contribuant en outre à des retards de diagnostics (Galletly, Neaves, Burton, Liu et Denson, 2012). Un faible niveau de LS peut aussi entraîner un manque d'engagement lors de rencontres avec les professionnels de la santé, une mauvaise santé générale et un plus haut taux d'hospitalisation (Jayasinghe et col., 2016). Ces constats ont mené à une évolution du concept de la LS qui est maintenant reconnu comme un déterminant de la santé. En effet, il est essentiel de le considérer pour améliorer les résultats de santé des individus, diminuer les iniquités en santé, bonifier les services offerts ainsi que le développement des politiques de santé (Institute of Medicine, 2012; World Health Organization, 2013).

Recension des écrits

La majorité des écrits abordant la LS chez les personnes présentant des troubles mentaux graves a porté sur un concept spécifique, soit la littératie en santé mentale (LESM). Selon Jorm et coll. (1997), la LESM est une extension du concept de LS. Ce concept « englobe les connaissances et les croyances que les individus ont au sujet des troubles mentaux, ce qui facilite leur reconnaissance, leur gestion ou leur prévention de la maladie » (traduction libre, p. 182). La méconnaissance, chez les professionnels de la santé, de la LESM peut entraîner de faux diagnostics ainsi que des traitements inadaptés pour la personne (Flaskerud, 2012). La LESM peut être documentée à partir d'un questionnaire. Son but vise à faciliter la conception de programmes pour améliorer la LESM (O'Connor et Casey, 2015). Par contre, le concept général de la LS a fait l'objet de très peu d'études chez les personnes présentant des troubles mentaux graves (Rose, Sawyer et Everett, 2014),

alors que ce dernier apparaît essentiel compte tenu des problématiques de santé multiples et concomitantes présentées par ces personnes.

Les auteurs d'une étude réalisée aux États-Unis ont examiné la LS ainsi que les facteurs associés à une faible LS chez les adultes atteints de troubles mentaux graves, à l'aide de trois questionnaires : le *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine—Short Form* (REALM-SF), le *Single Item Literacy Screener* (SILS) et le *Newest Vital Sign* (NVS) (Clausen, Watanabe-Galloway, Bill Baerentzen et Britigan, 2016). En fonction des questionnaires utilisés, les résultats rapportés ont montré qu'entre 42 et 66 % des participants présentaient une LS inadéquate. Une faible LS a été retrouvée plus fréquemment chez les personnes présentant un diagnostic de schizophrénie ou un fonctionnement global perturbé. Une autre étude effectuée aux États-Unis a été réalisée auprès de 256 personnes atteintes de troubles mentaux graves (schizophrénie, trouble bipolaire de type 1 ou 2 ou dépression majeure). Évaluées avec le REALM-SF, il est démontré que 46 % d'entre elles ont présenté une faible LS et que cette dernière était associée à une augmentation des hospitalisations (Krishan, Von Esenwein, Druss, Krishan et Druss, 2012). Les auteurs de cette étude ont observé que le pourcentage des personnes avec une faible LS était plus grand que celui de la population générale américaine (36 %). Enfin, une étude australienne a investigué la LS chez 30 personnes atteintes de schizophrénie et 30 autres atteintes de dépression majeure à l'aide du questionnaire *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (Galletly et coll., 2012). Les résultats de cette étude montrent que le niveau de LS observé chez les participants était comparable à celui de la population australienne et même plus élevé que le niveau de LS chez les personnes âgées aux États-Unis. La variation des niveaux de LS entre les clientèles et les nationalités démontre clairement que plusieurs facteurs influencent le niveau de LS (Galletly et coll., 2012).

Or, les questionnaires permettant d'évaluer la LS diffèrent dans la façon dont cette dernière est conceptualisée à l'intérieur de chacun d'eux (Jordan, Osborne et Buchbinder, 2011). La majorité des questionnaires portent sur la mesure directe des habilités de LS, se concentrant principalement sur les habilités de lecture et de calcul. Ces questionnaires ne prennent pas en considération les dimensions multiples de la LS qui relient les habilités de LS des personnes aux facteurs sociaux, sanitaires, éducationnels et culturels pouvant les influencer. Les trois études sur la LS chez la population ayant des troubles mentaux graves mentionnées précédemment (Clausen et coll., 2016 ; Galletly et coll.,

2012; Krishan et coll., 2012) ont notamment utilisé le TOFHLA et le REALM, des questionnaires permettant la mesure directe des habiletés de LS, tous deux reconnus dans la littérature en raison de leur fidélité et leur validité (Haun, Valerio, McCormack, Sørensen et Paasche-Orlow, 2014). Cependant, ces questionnaires omettent la mesure de plusieurs dimensions de la LS, notamment la capacité à s'engager avec les professionnels de la santé, la capacité à naviguer dans le système de santé et la capacité de critiquer les informations relatives à la santé (Beauchamp et coll., 2015). Leur utilisation peut également être perçue comme intrusive et à risque de susciter un jugement, et les résultats qu'ils rapportent, comme limités (Institute of Medicine, 2009).

La LS, vue comme un concept unidimensionnel ou à partir d'une appréciation incomplète de ses diverses dimensions, peut compromettre la portée des études et de leurs conclusions, et limiter les professionnels de la santé et les décideurs dans leur capacité à identifier les besoins relatifs à la LS des clientèles ciblées (Beauchamp et coll., 2015). Dans ce contexte, l'utilisation de questionnaires multidimensionnels, plutôt qu'une mesure directe perçue comme plus intrusive est actuellement préconisée permettant ainsi une autoévaluation des habiletés en matière de LS.

Le *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), développé par Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins et Buchbinder (2013) et récemment traduit en français (Questionnaire de la littératie en santé, QLS) (de Jordy, 2018), correspond à ce type de questionnaires et apparaît ainsi plus approprié pour obtenir un portrait global de la LS des personnes présentant des troubles mentaux graves. Le QLS porte sur 9 dimensions et permet de déceler un large éventail de besoins relatifs à la LS des personnes dans la communauté. À ce jour, plusieurs études ont exploré la LS chez diverses populations à l'aide du QLS (Beauchamp et coll., 2015; de Jordy, 2018; Dufour, Lacasse, Chouinard, Chiu et Lafontaine, 2019), mais aucune ne l'a utilisé chez la population vivant avec des troubles mentaux graves, dans la communauté.

Le but de l'étude était de décrire la LS selon les 9 dimensions du QLS chez les personnes présentant des troubles mentaux graves, âgées de 18 ans et plus, et vivant en communauté sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Méthodologie

Devis

Cette recherche quantitative a fait appel à un devis de type descriptif simple (Fortin et Gagnon, 2016). La visée de ce type de devis est de décrire les caractéristiques de la population à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016), en lien avec le but de l'étude, qui est de décrire la LS chez les personnes présentant des troubles mentaux graves.

Milieu de l'étude

Les participants ont été recrutés dans le programme de santé mentale adulte du Centre local de services communautaires (CLSC) de la municipalité de Dolbeau-Mistassini, faisant partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean (Québec, Canada). Ce programme est constitué d'une équipe de soutien de base non intensif (SBNI), d'une équipe de suivi d'intensité variable (SIV) et d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (SI). Ces trois équipes se complètent et visent tous les trois le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Population et échantillon

Les critères d'inclusion des participants établis pour cette étude étaient : 1) être âgé de 18 ans et plus ; 2) avoir un diagnostic de troubles mentaux graves ; 3) résider dans le territoire desservi par le CLSC de Dolbeau-Mistassini ; et 4) résider dans la communauté. Les critères d'exclusion étaient : 1) présenter des troubles cognitifs invalidants diagnostiqués, une déficience intellectuelle diagnostiquée ou un trouble mental décompensé ; 2) être sous tutelle ou curatelle, être dans un état de consommation d'alcool ou de drogues détectable par les professionnels de la santé. Ces critères ont été déterminés en raison de l'incapacité présumée, dans ces conditions, de fournir un consentement éclairé et le risque anticipé de procurer des données inexactes.

Les participants ont été choisis selon une stratégie échantillonnage non probabiliste de convenance (Fortin et Gagnon, 2016). Ainsi, les participants à l'étude ont été choisis selon leur disponibilité et leur accessibilité, puisqu'ils étaient suivis au sein d'un programme de santé mentale au CLSC. Ce type d'échantillonnage a été choisi pour faciliter la recherche et représente une des seules possibilités pour l'entreprendre (Fortin et Gagnon, 2016).

Déroulement de la collecte de données

Le recrutement des participants s'est échelonné du mois d'octobre 2017 au mois de juin 2018. La collecte de données a été menée par une des auteures de l'article (MPF) et une assistante de recherche. La durée moyenne pour la passation des questionnaires pour chaque participant a été de 28 minutes. Les trois questionnaires ont été remplis individuellement par les participants avec un soutien au besoin : 15 participants sur 30 ont préféré que les énoncés leur soient lus par la personne effectuant la collecte des données.

Questionnaires

Premièrement, la LS a été mesurée avec le QLS (de Jordy, 2018). Ce questionnaire autorapporté est basé sur 9 dimensions, représentant des aspects distincts du concept de LS : 1) Se sentir compris et soutenu par les professionnels de la santé ; 2) Avoir suffisamment d'information pour gérer sa santé ; 3) Gérer activement sa santé ; 4) Avoir du soutien social en lien avec la santé ; 5) Comprendre l'information relative à la santé ; 6) Avoir les habiletés pour s'engager activement avec les professionnels de la santé ; 7) Naviguer à l'intérieur du système de santé ; 8) Avoir l'habileté pour trouver les bonnes informations relatives à la santé ; et 9) Comprendre suffisamment les informations relatives à la santé pour savoir quoi faire. Il comprend 44 énoncés évalués à l'aide d'une échelle de type Likert à quatre points pour les énoncés des dimensions 1 à 5, allant de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord », et en 5 points pour les énoncés des dimensions de 6 à 9, allant de « ne peut le faire ou toujours difficile » à « toujours facile » (Osborne et coll., 2013). Ce questionnaire peut être autoadministré ou verbalement administré par un membre d'une équipe de recherche. Il ne permet pas le calcul d'un score total ; il permet plutôt de cibler les dimensions comportant les scores les plus faibles, afin de faire ressortir les besoins individuels, organisationnels et sociaux en lien avec la LS. La version originale anglaise de ce questionnaire ainsi que sa traduction française ont présenté des qualités psychométriques comparables et adéquates (de Jordy, 2018).

Le second questionnaire utilisé pour la collecte des données est le *Questionnaire sur votre santé* (Poitras, Fortin, Hudon, Haggerty et Almirall, 2012), qui est la version française du *Disease Burden Morbidity Assessment* (DBMA) (Bayliss, Ellis et Steiner, 2005). Il s'agit d'un questionnaire autorapporté comportant 22 énoncés identifiant les maladies

chroniques les plus répandues. Deux énoncés sur la consommation abusive d'alcool (homme > 15 consommations/semaine; femme > 10 consommations/semaine) et la consommation de drogues sur une base régulière (au moins une fois/semaine) ont été ajoutés au questionnaire. Ces énoncés ont été ajoutés dans l'étude, car les personnes atteintes de troubles mentaux graves sont plus à risque de manifester des problèmes de dépendance à l'alcool et de toxicomanie (Graham, 2001; Regier, 1990).

Enfin, un questionnaire sociodémographique recueillant le genre, l'âge, la scolarité, l'occupation actuelle, le revenu, les personnes à charge et l'état matrimonial a été utilisé (Hudon et coll., 2018).

Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel IBM® SPSS Statistics version 23. Premièrement, des analyses statistiques descriptives (p. ex. moyenne, fréquence) ont été effectuées pour décrire l'échantillon à partir des données recueillies à l'aide du questionnaire sociodémographique ainsi qu'à partir du DBMA. Ensuite, les scores du QLS ont été décrits à l'aide de statistiques descriptives (moyennes, écarts-types). Pour finir, les valeurs moyennes des 9 dimensions du HLQ ont été comparées selon différents sous-groupes de participants selon leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, revenu, scolarité, occupation et état matrimonial) et cliniques (diagnostic de santé mentale) avec des tests t de Student et de tests d'ANOVA. La présence d'une différence statistiquement significative est basée sur un seuil de signification bilatéral de 0,05.

Considérations éthiques

Une approbation éthique a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Tous les participants ont également signé un formulaire de consentement avant le début de la collecte des données.

Résultats

Parmi les 71 personnes ciblées pour participer à l'étude, 30 ont accepté d'y participer. Dans la population visée au départ, 20 personnes présentaient des critères d'exclusion, 12 ont refusé de participer à la recherche (5 en raison d'un manque de temps et 7 autres n'ont pas

donné de raison précise) et, finalement, 7 personnes n'ont pu être rejointes. Le taux de participation à l'étude a donc été de 61,2 %.

Description de l'échantillon

La description de l'échantillon est présentée au tableau 1. L'échantillon a été composé de 11 femmes (36,7 %) et de 19 hommes (63,3 %), tous d'origine québécoise. L'âge moyen des participants était de 45 ans. La majorité des participants avaient un revenu se situant entre 10 000 \$ et 14 999 \$ (83,4 %) et ne travaillaient pas en raison de problèmes de santé liés à leur diagnostic de troubles mentaux graves (80 %). Dans l'échantillon, 25 participants sur 30 étaient célibataires, divorcés ou veufs.

Parmi les participants, 16 (53,3 %) avaient un diagnostic de schizophrénie, 9 (30 %) avaient un diagnostic de trouble schizoaffectif et 5 (16,7 %) présentaient un trouble bipolaire de type 1 ou 2. Les principaux problèmes de santé physique retrouvés chez les participants étaient le surplus de poids ($n = 16$; 53,3 %), la dyslipidémie ($n = 14$; 46,7 %), les ulcères d'estomac ($n = 11$, 36,7 %), les troubles de la glande thyroïde ($n = 8$, 26,7 %) et l'hypertension artérielle ($n = 8$, 26,7 %).

Résultats des 9 dimensions du QLS

Les résultats des 9 dimensions du QLS sont présentés au tableau 2. Les résultats globaux démontrent une LS élevée dans toutes les dimensions, sauf pour la dimension « Comprendre l'information relative à la santé », qui est la seule dimension reflétant une LS plus faible. La dimension pour laquelle le résultat le plus élevé a été analysé est « Comprendre suffisamment les informations relatives à la santé pour savoir quoi faire. »

Comparaison de la LS entre différents sous-groupes de participants

Le tableau 3 présente les résultats (moyennes et écarts-types) pour les 9 dimensions du QLS selon différents sous-groupes. Ainsi, les femmes ont montré un résultat plus élevé que les hommes pour la dimension « Avoir suffisamment d'information pour gérer sa santé. » Les participants de moins de 45 ans ont montré un niveau plus élevé que les participants ayant 45 ans et plus pour la dimension « Avoir l'habileté pour trouver les bonnes informations relatives à la santé. » Les participants ne travaillant pas en raison de problèmes de santé ont eu un résultat plus élevé que ceux travaillant pour la dimension « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de la santé. » Finalement, les

participants ayant 4 maladies chroniques et moins ont obtenu un résultat plus élevé que les participants ayant plus de 4 maladies chroniques dans la dimension « Gérer activement sa santé. »

Discussion

Le but de cette étude était de décrire la LS chez les personnes présentant des troubles mentaux graves vivant en communauté sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean, selon les 9 dimensions du QLS. Il a ainsi été observé que la dimension du QLS avec le résultat le plus faible a été « Comprendre l'information relative à la santé. » Selon Osborne et coll. (2013), avoir un faible niveau de LS dans cette dimension laisse entendre que la personne présente des difficultés importantes pour comprendre la plupart des informations en santé qui lui sont données.

Cependant, aucune étude faisant état de la LS chez des populations souffrant de troubles mentaux graves n'a utilisé un questionnaire multidimensionnel. En effet, le QLS, contrairement à d'autres questionnaires, ne donne pas les résultats directs sur les habiletés de LS. Il apporte plutôt une évaluation par la personne de sa LS dans 9 dimensions, permettant de fournir un profil complet de la LS.

Néanmoins, certaines études recensées dans la littérature ont également utilisé le QLS (version française), ou le HLQ (version anglaise), et peuvent être comparées à la présente étude. Premièrement, le QLS a été utilisé dans l'étude de Jordy (2018), auprès de 50 personnes atteintes d'une maladie neuromusculaire. Ensuite, l'étude de Dufour et coll. (2019) a utilisé le QLS auprès de 69 personnes âgées de 65 ans ou plus vivant dans la communauté au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Pour finir, Beauchamp et coll. (2015), ont utilisé le HLQ auprès d'une population australienne âgée majoritairement de 65 ans et plus. Pour l'ensemble des dimensions, les moyennes obtenues dans les différentes dimensions dans l'échantillon de la présente étude sont toutes légèrement plus basses que celles des moyennes de ces trois autres études. Également, pour la dimension « Comprendre l'information relative à la santé » et « Avoir les habiletés pour s'engager activement avec les professionnels », l'écart entre les résultats est plus grand.

Les résultats obtenus ont démontré des différences statistiques significatives entre des dimensions du QLS et certains sous-groupes chez les participants. Ces résultats suggèrent notamment que les femmes de l'échantillon ont tendance à avoir des scores plus élevés dans la dimension « Avoir suffisamment d'information pour gérer sa

santé.» Dans l'étude réalisée en Australie avec le HLQ (Beauchamp et coll., 2015), les résultats ont également suggéré des différences significatives entre les genres féminin et masculin. Par contre, les différences relevées se situaient dans les dimensions «Avoir du soutien social en lien avec la santé» et «Avoir les habiletés pour s'engager activement avec les professionnels de la santé» et les scores étaient plus élevés chez les hommes. Cette étude suggère également que les participants âgés de moins de 45 ans semblent avoir de meilleures habiletés pour trouver les bonnes informations relatives à la santé que les personnes de 45 ans et plus chez cette population. Une autre étude réalisée, en 2015, dans un hôpital en Australie, avec un échantillon de 384 participants, a démontré une différence significative dans la même dimension «Avoir l'habileté pour trouver les bonnes informations relatives à la santé.» Par contre, les deux catégories d'âge sont les participants âgés de moins de 65 ans comparés avec ceux de plus de 65 ans (Jessup, Osborne, Beauchamp, Bourne et Buchbinder, 2017). Ces résultats similaires avec des populations différentes peuvent suggérer que plus les participants sont jeunes, plus ils utilisent différentes sources pour trouver de l'information récente en santé. Les résultats de la présente étude soulèvent également que les participants qui ne travaillent pas semblent se sentir plus compris et soutenus par les professionnels de la santé que les participants ayant un emploi. Ces derniers auraient établi au moins une relation de confiance avec un professionnel de la santé. Les participants ne travaillant pas peuvent avoir plus de temps pour être en contact avec les professionnels de la santé. Par contre, ce résultat est à interpréter avec précaution, puisque 26 participants ne travaillaient pas et 4 participants seulement étaient sur le marché du travail. Les résultats suggèrent que les participants ayant moins de 4 maladies chroniques ont tendance à mieux gérer activement leur santé que les participants présentant davantage de maladies chroniques. L'étude de Beauchamp et coll. (2015) a démontré des résultats semblables par rapport aux maladies chroniques. Les participants ayant moins de 4 maladies chroniques ont eux aussi un score plus élevé et des différences significatives, mais dans les dimensions «Avoir suffisamment d'information pour gérer sa santé», «Avoir du soutien social en lien avec la santé» et «Naviguer à l'intérieur du système de santé.» Il est possible que cela soit expliqué par la complexité de l'autogestion dans un contexte de quatre maladies et plus.

Il est important de porter une attention particulière aux troubles mentaux graves tels que la schizophrénie lorsqu'il est question de LS,

car une grande partie des personnes présentant ce diagnostic font face à des atteintes neurologiques, telles que des troubles de l'apprentissage, de la mémoire et de l'attention, qui nuisent à leur fonctionnement (Broussard, Radkins, et Compton, 2014). Cela laisse supposer que la LS chez cette population peut comporter plusieurs lacunes dans les différentes dimensions. Pourtant, seule la dimension « Comprendre l'information relative à la santé » est plus faible sur les 9 dimensions du QLS alors que la dimension « Comprendre suffisamment les informations relatives à la santé pour savoir quoi faire » s'est avérée plus élevée. Ces résultats peuvent être expliqués par le suivi déjà offert aux participants par le programme santé mentale dans la communauté à l'intérieur duquel les professionnels de la santé peuvent servir d'intermédiaire pour les personnes présentant un trouble mental grave visant la réadaptation. Effectivement, les principaux objectifs du programme sont d'aider au développement d'un degré de fonctionnement autonome en société et de favoriser une utilisation judicieuse des services en utilisant une approche de gestion de cas (*case management*) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Les auteurs d'une étude réalisée en Irlande, O'Brien et coll. (2012), ont observé les bienfaits d'un tel programme. Ce programme a des caractéristiques comparables à celui du Québec, par exemple la présence active des professionnels de la santé dans la communauté. Les résultats montrent que suite à l'application du programme, les personnes ayant des troubles mentaux graves présentaient un plus grand engagement dans leurs activités quotidiennes et dans leurs thérapies. Ainsi, il est possible de croire que chez les personnes présentant des troubles mentaux graves, le fait de bénéficier d'un soutien professionnel prolongé dans la communauté peut leur permettre d'avoir une LS suffisante dans plusieurs dimensions telles « Se sentir compris et soutenu par les professionnels de la santé » ; « Gérer activement sa santé » ; « Avoir du soutien social en lien avec la santé » ; « Avoir les habiletés pour s'engager activement avec les professionnels de la santé » et « Comprendre suffisamment les informations relatives à la santé pour savoir quoi faire » du QLS.

La LS a un effet direct sur les comportements d'autogestion des personnes (Photharos, Wacharasin et Duongpaeng, 2018). Effectivement, la LS influence la capacité des personnes à acquérir et comprendre les informations sur la santé. Ces habiletés sont essentielles pour qu'une personne parvienne à assurer l'autogestion de sa santé. Les interventions de soutien à l'autogestion devraient être incluses dans les soins offerts aux personnes ayant un trouble mental grave et devraient même

être prioritaires (Lean et coll., 2019). Les résultats de la présente étude soutiennent ainsi que ces interventions de soutien à l'autogestion devraient prendre en considération la LS.

Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte des forces et des limites. La taille de l'échantillon peut représenter une limite à l'étude, car elle réduit significativement la puissance statistique. Cependant, la taille de 30 participants était assez grande pour permettre d'utiliser des tests *t* de Student et des ANOVA pour les analyses inférentielles. Aucune étude antérieure ne s'était attardée à décrire la LS de cette clientèle vivant dans la communauté avec le QLS. Cela suggère de nouveaux résultats de recherche pouvant servir de point de départ pour d'autres recherches plus approfondies auprès de cette clientèle. Également, une autre force à cette étude est qu'elle soutient les droits en santé des personnes ayant un trouble mental grave, car connaître leur niveau de LS pourra éventuellement permettre de diminuer les inégalités sociales concernant la prestation et l'accès aux soins de santé (Pampalon, Hamel, Alix et Landry, 2013).

Implications scientifiques et cliniques

Ce projet de recherche laisse place à plusieurs retombées scientifiques et cliniques pour la population présentant un trouble mental grave. Pour commencer, les résultats permettent d'avoir un premier aperçu de la LS chez cette population peu étudiée. Cette recherche ouvre la porte à plusieurs projets de recherche afin de compléter la description de la LS chez ces personnes. Également, faire connaître le concept de LS aide à l'équité en matière de santé en réduisant les inégalités au niveau des déterminants de la santé et en améliorant l'accès aux soins (Government of Canada, 2018). La LS est considérée comme un déterminant social de la santé, car elle démontre une forte association avec des principaux déterminants de la santé tels que le revenu, l'emploi et l'éducation (Rowlands, Shaw, Jaswal, Smith et Harpam, 2017). Contrairement aux autres déterminants sociaux de la santé, la LS peut être améliorée grâce à des interventions visant l'amélioration de la communication (Berkman et coll., 2011) ou encore des interventions de soutien et d'accompagnement lorsque celle-ci est compromise. Ce déterminant de la santé est donc positivement modifiable pour amé-

liorer l'équité en santé chez les personnes présentant des troubles mentaux graves.

Par la suite, ce projet de recherche pourrait contribuer à sensibiliser les professionnels de la santé au concept de LS encore peu connu. Pourtant, la prévention et la promotion des bonnes habitudes de vie chez les personnes ayant des troubles mentaux graves sont importantes afin d'aider à réduire le développement des maladies chroniques fort présentes chez ces individus (Clausen et coll., 2016). Ces données serviront davantage aux professionnels de la santé travaillant dans les programmes de santé mentale, mais également dans d'autres services ou programmes. Pour ces professionnels, la promotion et l'éducation à la santé constituent une grande partie de leur tâche. Il serait même intéressant d'intégrer l'évaluation de la LS d'emblée lors de la collecte de données psychiatrique afin que les traitements administrés soient réellement bien compris par les personnes ayant une LS compromise (Krishan et coll., 2012). Connaître la LS de cette clientèle peut aider dans plusieurs aspects. Par exemple, les professionnels peuvent outiller davantage les personnes qui ont de la difficulté à naviguer dans le système de la santé, ils peuvent davantage préparer la clientèle à leur rendez-vous médical ou même les accompagner lors de leur rendez-vous. La compréhension des défis vécus par cette population, en lien avec leur LS, est essentielle pour pouvoir améliorer leur état de santé mentale et physique. Par exemple, les personnes ayant des troubles mentaux graves présentent un haut taux de non-adhérence à leur traitement. La compréhension des informations de santé joue un rôle dans l'adhérence au traitement, car les explications relatives aux bienfaits et aux effets secondaires du traitement se doivent d'être bien comprises pour augmenter la bonne adhérence à la médication.

Conclusion

Les résultats de cette étude démontrent que les personnes ayant des troubles mentaux graves semblent avoir une LS plus faible dans la dimension « Comprendre l'information relative à la santé. » Également, la comparaison des différents sous-groupes des participants avec les 9 dimensions du QLS démontre des différences statistiquement significatives pour les variables du genre, de l'âge, de l'occupation ainsi que des maladies chroniques. Enfin, viser l'amélioration ou prendre tout simplement en considération la LS chez les personnes présentant des troubles mentaux graves est un enjeu majeur pour la personne et son

entourage, pour les professionnels de la santé ainsi pour le système de santé dans son ensemble en vue de permettre l'obtention des meilleurs résultats de santé possibles et de contrer les inégalités sociales pour cette clientèle.

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants
(n = 30)

Caractéristiques		n (%)
Genre	Homme	19 (63,3)
	Femme	11 (36,7)
Catégorie d'âge	18-24 ans	1 (3,3)
	25-34 ans	5 (16,7)
	35-44 ans	11 (36,7)
	45-54 ans	6 (20)
	55-64 ans	6 (20)
	65-74 ans	1 (3,3)
Scolarité	Études secondaires partielles	14 (46,7)
	Études secondaires complétées	11 (36,7)
	Études collégiales complétées	4 (13,3)
	Études universitaires complétées	1 (3,3)
Occupation actuelle	Travaille	4 (13,3)
	À la recherche d'emploi	1 (3,3)
	Ne travaille pas pour des raisons de santé	24 (80)
	Retraité	1 (3,3)
Revenu	Moins de 10 000 \$	1 (3,3)
	10 000 \$ à 14 999 \$	25 (83,3)
	15 000 \$ à 19 999 \$	1 (3,3)
	20 000 \$ à 24 999 \$	1 (3,3)
	25 000 \$ et +	2 (6,7)
Personne à charge	Aucune	26 (86,7)
	1	4 (13,3)
État matrimonial	Marié ou union de fait	3 (10)
	Séparé/divorcé/veuf	2 (6,6)
	Célibataire	25 (83,3)
Diagnostic de santé mentale	Schizophrénie	16 (53,3)
	Trouble schizoaffectif	9 (30)
	Trouble bipolaire de type 1 ou 2	5 (16,7)
Nombre de maladies chroniques	1-2	5 (16,7)
	3-4	14 (46,7)
	5-6	9 (30,0)
	7 et +	2 (6,7)

TABLEAU 2

Résultats des moyennes des 9 dimensions du QLS

Dimensions	Moyenne (écart-type)	Intervalle de confiance à 95 % (borne inférieure; borne supérieure)
1. Se sentir compris et soutenu par les professionnels de la santé	3,3 (0,43)	(3,14; 3,46)
2. Avoir suffisamment d'information pour gérer sa santé	3,09 (0,34)	(2,96; 3,22)
3. Gérer activement sa santé	3,05 (0,46)	(2,88; 3,23)
4. Avoir du soutien social en lien avec la santé	3,09 (0,43)	(2,93; 3,25)
5. Comprendre l'information relative à la santé	2,67 (0,58)	(2,46; 2,89)
6. Avoir les habiletés pour s'engager activement avec les professionnels de la santé	3,69 (0,73)	(3,42; 3,97)
7. Naviguer à l'intérieur du système de santé	3,74 (0,62)	(3,51; 3,98)
8. Avoir l'habileté pour trouver les bonnes informations relatives à la santé	3,64 (0,75)	(3,36; 3,96)
9. Comprendre suffisamment les informations relatives à la santé pour savoir quoi faire	3,84 (0,63)	(3,60; 4,08)

Dimensions 1 à 5 : minimum 1 à maximum 4 (bas : fortement en désaccord, en désaccord ; élevé : en accord et fortement en accord).

Dimensions 6 à 9 : minimum 1 à maximum 5 (bas : toujours difficile, habituellement difficile, parfois difficile ; élevé : habituellement facile et toujours facile).

TABLEAU 3
Comparaison des différents sous-groupes des participants avec les 9 dimensions du QLS

Variable	Dimension de la littératie en santé Moyenne (écart-type)								
	1. Se sentir compris et soutenu par les professionnels de la santé	2. Avoir suffisamment d'information pour gérer sa santé	3. Gérer activement sa santé	4. Avoir du soutien social en lien avec la santé	5. Comprendre l'information relative à la santé	6. Avoir les habiletés pour s'engager activement avec les professionnels de la santé	7. Naviguer à l'intérieur du système de santé	8. Avoir l'habileté pour trouver les bonnes informations relatives à la santé	9. Comprendre suffisamment les informa- tions relatives à la santé pour savoir quoi faire
Total	3,30 (0,43)	3,09 (0,34)	3,05 (0,46)	3,09 (0,43)	2,67 (0,58)	3,69 (0,73)	3,74 (0,62)	3,64 (0,75)	3,84 (0,63)
Genre									
Homme	3,28 (0,38)	3,06 (0,20)	3,07 (0,43)	3,03 (0,47)	2,58 (0,47)	3,71 (0,73)	3,75 (0,65)	3,73 (0,78)	3,85 (0,65)
Femme	3,34 (0,52) <i>p</i> = ,14 [†]	3,14 (0,52) <i>p</i> = ,004[†]	3,02 (0,53) <i>p</i> = ,64 [†]	3,18 (0,35) <i>p</i> = ,26 [†]	2,83 (0,73) <i>p</i> = ,07 [†]	3,65 (0,75) <i>p</i> = ,89 [†]	3,73 (0,59) <i>p</i> = ,71 [†]	3,49 (0,70) <i>p</i> = ,94 [†]	3,82 (0,62) <i>p</i> = ,76 [†]
Âge									
< 44	3,31 (0,42)	3,10 (0,25)	3,17 (0,47)	3,13 (0,49)	2,66 (0,40)	3,66 (0,71)	3,83 (0,47)	3,73 (0,50)	3,92 (0,46)
≥ 45	3,23 (0,45) <i>p</i> = ,70 [†]	3,08 (0,45) <i>p</i> = ,12 [†]	2,91 (0,44) <i>p</i> = ,66 [†]	3,03 (0,36) <i>p</i> = ,11 [†]	2,70 (0,77) <i>p</i> = ,11 [†]	3,74 (0,78) <i>p</i> = ,61 [†]	3,63 (0,77) <i>p</i> = ,08 [†]	3,52 (1,00) <i>p</i> = ,021[†]	3,74 (0,81) <i>p</i> = ,17 [†]
Scolarité									
< Secondaire 5	3,28 (0,43)	3,16 (0,39)	3,04 (0,56)	3,07 (0,48)	2,73 (0,76)	3,57 (0,76)	3,61 (0,64)	3,46 (0,89)	3,59 (0,76)
≥ Secondaire 5	3,33 (0,44) <i>p</i> = ,99 [†]	3,03 (0,30) <i>p</i> = ,32 [†]	3,06 (0,39) <i>p</i> = ,12 [†]	3,10 (0,41) <i>p</i> = ,43 [†]	2,63 (0,37) <i>p</i> = ,056 [†]	3,80 (0,71) <i>p</i> = ,45 [†]	3,87 (0,59) <i>p</i> = ,99 [†]	3,80 (0,58) <i>p</i> = ,21 [†]	4,06 (0,39) <i>p</i> = ,07 [†]
Occupation									
Travailleur	3,06 (0,13)	3,00 (0,20)	2,85 (0,30)	3,0 (0,49)	2,60 (0,33)	3,95 (0,50)	4,0 (0,36)	3,90 (0,89)	4,25 (0,50)
Ne travaille pas	3,34 (0,45) <i>p</i> = ,023 [†]	3,11 (0,36) <i>p</i> = ,27 [†]	3,08 (0,48) <i>p</i> = ,37 [†]	3,10 (0,43) <i>p</i> = ,79 [†]	2,69 (0,61) <i>p</i> = ,20 [†]	3,65 (0,76) <i>p</i> = ,10 [†]	3,71 (0,64) <i>p</i> = ,28 [†]	3,60 (0,74) <i>p</i> = ,56 [†]	3,78 (0,63) <i>p</i> = ,50 [†]
Revenu									
- 14999 \$	3,26 (0,41)	3,12 (0,36)	3,07 (0,47)	3,07 (0,44)	2,69 (0,61)	3,66 (0,72)	3,73 (0,61)	3,63 (0,75)	3,78 (0,63)
15000 \$ et +	3,56 (0,51) <i>p</i> = ,36 [†]	2,94 (0,24) <i>p</i> = ,57 [†]	2,95 (0,47) <i>p</i> = ,94 [†]	3,20 (0,40) <i>p</i> = ,74 [†]	2,55 (0,34) <i>p</i> = ,32 [†]	3,90 (0,90) <i>p</i> = ,83 [†]	3,83 (0,72) <i>p</i> = ,80 [†]	3,70 (0,83) <i>p</i> = ,89 [†]	4,35 (0,34) <i>p</i> = ,24 [†]

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2016). *Mini DSM-5: critères diagnostiques*. Paris: Elsevier Masson.
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L. et Steiner, J. F. (2005). Subjective assessments of comorbidity correlate with quality of life health outcomes: Initial validation of a comorbidity assessment instrument. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 3(51), 1-8.
- Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., McPhee, C., . . . Osborne, R. H. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 15, 678-678. doi: 10.1186/s12889-015-2056-z
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera A., C. K. et coll. (2011). *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*
- Clausen, W., Watanabe-Galloway, S., Bill Baerentzen, M. et Britigan, D. H. (2016). Health literacy among people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 52(4), 399-405. doi: 10.1007/s10597-015-9951-8
- Conseil canadien sur l'apprentissage. (2008). La littératie en santé au Canada : Une question de bien-être 2008.
- de Jordy, L. C. (2018). *Traduction et validation françaises canadiennes du questionnaire de la littératie en santé (QLS) (Mémoire de maîtrise)*. (Université du Québec à Chicoutimi, Québec).
- Doucette, E., Chevrier, A., Gauthier, M., Bellemare, M., Ghersi, I., Olmstead, D.,... Selby, S. (2014). Mental health: Is it critical? Evidence-based practice for patients with mental illness in a critical care setting. *Dynamics*, 25(2), 25-25.
- Dufour, I., Lacasse, A., Chouinard, M.-C., Chiu, Y. et Lafontaine, S. (2019). Health literacy and use of healthcare services among community-dwelling older adults living with chronic conditions. *Clinical Nursing Studies*, 7(2). doi: 10.5430/cns.v7n2p79
- Flaskerud, J. H. (2012). Mental health care and health literacy. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 196-198. doi: 10.3109/01612840.2011.610563
- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. (3^e éd.). Montréal, Canada: Chenelière éducation.
- Galletly, C., Neaves, A., Burton, C., Liu, D. et Denson, L. A. (2012). Evaluating health literacy in people with mental illness using the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Nursing Outlook*, 60(5), 316-321. doi: 10.1016/j.outlook.2012.01.003
- Government of Canada. (2018). Social determinants of health and health inequalities. Repéré le 2019-11-12 à <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.htm>

- Graham, H. L., Maslin, J., Copello, A., Birchwood, M., Mueser, K., McGovern, D. et Georgiou, G.. (2001). Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner-city area of the UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(9), 448-455.
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K. et Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19(2), 302-333. doi: 10.1080/10810730.2014.936571
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., ... Bouliane, D. (2018). Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic disease and complex care needs (V1SAGES): A mixed methods study. *Annals of family medicine*, 16(3), 232-239.
- Institute of Medicine (2009). *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Institute of Medicine (2012). *Facilitating state health exchange communication through the use of health literate practices*. Washington, D.C.).
- Jayasinghe, U. W., Harris, M. F., Parker, S. M., Litt, J., van Driel, M., Mazza, D., ... Taylor, R. (2016). The impact of health literacy and lifestyle risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 14, 68-68. doi: 10.1186/s12955-016-0471-1
- Jessup, R. L., Osborne, R. H., Beauchamp, A., Bourne, A. et Buchbinder, R. (2017). Health literacy of recently hospitalised patients: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Services Research*, 17, 1-12. doi: 10.1186/s12913-016-1973-6
- Jordan, J. E., Osborne, R. H. et Buchbinder, R. (2011). Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of clinical epidemiology*(64), 366-379.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. et Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their belief about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia* (166), 182-186.
- Krishan, S., Von Esenwein, S. A., Druss, B. G., Krishan, S. et Druss, B. G. (2012). The health literacy of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 63(4), 397-397.
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., ... Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260-268. doi: 10.1192/bjp.2019.54
- Lincoln, Espejo, D., Johnson, P., Paasche-Orlow, M., Speckman, J. L., Webber, T. L. et White, R. F. (2008). Limited literacy and psychiatric disorders among users of an urban safety-net hospital's mental health outpatient clinic. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196(9), 687-693.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: la force des liens*. Québec, Canada: Les éditions de la

- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: faire ensemble et autrement*. Québec, Canada: Les éditions de la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- O'Brien, S., McFarland, J., Kealy, B., Pullela, A., Saunders, J., Cullen, W. et Meagher, D. (2012). A randomized-controlled trial of intensive case management emphasizing the recovery model among patients with severe and enduring mental illness. *Irish Journal Of Medical Science*, 181(3), 301-308. doi: 10.1007/s11845-011-0795-0
- O'Connor, M. et Casey, L. (2015). The mental health literacy scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, p. 511-516.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M. et Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13(1), 658-658. doi: 10.1186/1471-2458-13-658
- Pampalon, R., Hamel, D., Alix, C. et Landry, M. (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Photharos, N., Wacharasin, C. et Duongpaeng, S. (2018). Model of Self-management Behavior in People Experiencing Early Stage Chronic Kidney Disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(4), 360-371.
- Poitras, M. E., Fortin, M., Hudon, C., Haggerty, J. et Almirall, J. (2012). Validation of the disease burden morbidity assessment by self-report in a French-speaking population. *BMC Health Services Research*, 12(35). doi: 10.1186/1472-6963-12-35
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. et Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511-2518.
- Rose, L., Sawyer, A. et Everett, A. (2014). Cardiovascular health literacy and treatment adherence in persons with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(2), 88-99. doi: 10.3109/01612840.2013.843622
- Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S. et Harpam, T. (2017). Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health promotion international*, (32), 130-138.
- Salisbury, C., Johnson, L., Purdy, S., Valderas, J. M., Montgomery, A. A., Salisbury, C., . . . Montgomery, A. A. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: A retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*, 61(582), 12-21.
- World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts*. Geneva (CH): WHO Regional Office for Europe.

Les enjeux de littératie dans la communication aux parents du diagnostic de trouble du spectre de l'autisme chez l'enfant

Alena Valderrama^a

Isabelle Courcy^b

Lindsay Weis-Heitner^c

Baudouin Forgeot d'Arc^d

RÉSUMÉ Informer les parents dont l'enfant vient de recevoir un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un enjeu majeur. Il est nécessaire de mieux comprendre comment les parents interprètent et s'approprient cette information dans leur vie quotidienne afin de mieux répondre à leurs besoins.

Objectif Mettre en évidence les besoins d'information, le processus de recherche d'information à partir de cadre conceptuel de la littératie en santé (accès, compréhension, interprétation et utilisation) ainsi que les obstacles et les éléments facilitateurs rencontrés.

-
- a. M.D., M. Sc, FRCPC, CHU Sainte-Justine; Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal; Centre de recherche du CHU Sainte-Justine.
 - b. Ph. D., Département de sociologie, Université du Québec à Montréal; Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal.
 - c. Dt. P., M. Sc, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal.
 - d. M.D., Ph. D., Département de psychiatrie, CHU Sainte-Justine; Département de psychiatrie, CIUSSS nord-de-l'île-de-Montréal; Département de psychiatrie & addictologie, Université de Montréal; Centre de recherche du CHU Sainte-Justine.

Méthode Une recherche qualitative auprès de groupes de discussion a été menée avec des parents d'enfants ayant reçu un diagnostic de TSA dans les deux dernières années. Deux des trois groupes étaient formés de parents présentant des facteurs de risque associés à un faible niveau de littératie : monoparentalité, faible scolarité, sans-emploi, immigration récente.

Résultats Un manque généralisé d'information sur l'autisme et des préoccupations quant à la qualité de l'information trouvée sur Internet sont constatés. Tous les parents ont exprimé leur difficulté à comprendre l'information présentée. Le nombre d'obstacles rencontrés par ces derniers dans la recherche d'information s'est révélé être amplifié par des besoins importants de soutien social.

Conclusion Ces résultats soulèvent la nécessité de mieux répondre aux besoins d'information des parents en adaptant les outils proposés en termes d'accès et de compréhension pour la prise de décisions. En plus du soutien informationnel, il demeure crucial d'offrir différentes formes de soutien social, et ce, tout particulièrement aux parents en situation de vulnérabilité. Des propositions pour améliorer la communication sur l'autisme autour du diagnostic sont proposées.

MOTS CLÉS autisme, diagnostic, littératie en santé, parents, soutien social, vulnérabilité sociale

Health Literacy Issues of Parents Seeking Information on Autism Spectrum Disorder Around Time of Diagnosis

ABSTRACT Objectives Informing parents whose child has just been diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD) is a major challenge. The purpose of this research is to identify the informational needs of parents of children recently diagnosed with ASD as well as the barriers and facilitators encountered in their search for information.

Methods Qualitative research using the focus group method was conducted with three groups of parents of young children or adolescents diagnosed with ASD within the last two years. Parents were recruited through a hospital clinic. Two groups were parents with one or more risk factors related to low health literacy: single parenthood, low level of schooling, unemployment, recent immigration. A qualitative content analysis was conducted to explore the process of searching for information on autism. Based on the theoretical framework of health literacy, various components were analyzed in terms of access, understanding, interpretation, and use of information for decision-making.

Results The results display that there is a general lack of information on autism, as well as concerns about the quality of the information found on the Internet. All parents expressed difficulty understanding the information they found on their own or in the resources, they were offered. They also shared a desire to access sources of information that present autism in a positive way. The use of information for decision-making was limited. In addition, the obstacles encountered while

searching for information revealed the importance of social support. Many of the parents reported feeling stigmatized and judged by others because of their child's behavior.

Conclusions The results demonstrate the need to respond to the real informational needs of parents and to adapt the resources used during the diagnosis period, particularly for those with lower literacy levels. In addition, the way of communicating about the diagnosis needs to be reviewed. In order to address these literacy issues, it is important to offer various forms of social support in combination with informational support. In order to reduce psychological distress, it is necessary to provide support when announcing the diagnosis and raise awareness about autism to reduce the stigma experienced by autistic persons and their loved ones.

KEYWORDS autism, diagnosis, family, health literacy, parents, social support, social vulnerability

INTRODUCTION

Les parents disposent souvent de peu d'information au moment du diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) de leur enfant¹. Plusieurs approches sont proposées, incluant le modèle de l'éducation des parents et celui du développement des compétences parentales (Bearss et coll., 2015a). Les programmes éducatifs visant à améliorer leurs connaissances peuvent avoir des effets bénéfiques en contribuant à la diminution du stress parental et en facilitant l'accès à des services spécialisés pour l'enfant (Steiner et coll., 2012). Ces modèles sont souvent intégrés à la pratique clinique. Cependant, les résultats concernant leur efficacité demeurent mitigés et des niveaux élevés de besoins informationnels demeurent constatés auprès de cette population (Schultz, Schmidt et Stichter, 2011; Steiner et coll., 2012).

La littératie en santé est définie comme l'aptitude à traiter efficacement l'information sur la santé, ce qui implique la capacité d'accéder à cette information, de la comprendre, de l'évaluer et de l'utiliser afin d'être apte à maintenir et à améliorer sa santé ou celle de ses proches (Rootman, Gordon-El-Bihbety et l'Association canadienne pour la

1. Terminologie: il n'existe pas de consensus sur la façon de désigner les personnes autistes. Des préférences sont émises par des groupes ou des organisations. Les différentes formulations peuvent mettre l'accent sur l'individu (personne), sur un aspect de son identité (autiste) ou sur le caractère pathologique de son état (trouble). Dans cet article, l'expression « personne autiste » sera le plus souvent utilisée. En référence au diagnostic précis, le terme de trouble du spectre de l'autisme (TSA) sera utilisé (APA, 2013).

santé mentale, 2008 ; Sørensen et coll., 2013). La littératie en autisme permet aux parents de faire des choix plus éclairés et les aide à mieux prendre soin et soutenir leurs enfants autistes afin que ces derniers se développent de façon optimale. Ces compétences leur permettent également de mieux prendre soin de leur propre santé. Or, la recherche sur la littératie en autisme est presque absente (Godfrey Born, McClelland et Furnham, 2019 ; Lajonchère et coll., 2016 ; Rim et coll., 2019).

Dans le *Consortium Health Literacy Project European* (HLS-EU), Sorenson et coll. estiment que le processus d'accès à l'information consiste à chercher, trouver et obtenir de l'information utile. Le processus de compréhension de l'information permet quant à lui de rendre utilisable l'information en se forgeant, à partir de celle-ci, une conception articulée et opératoire de la problématique de santé pour laquelle on recherche ou obtient de l'information. Le processus d'interprétation de l'information consiste à filtrer, juger et évaluer l'information comprise. Enfin, le processus d'utilisation de l'information mène à prendre des décisions sur la base de l'information interprétée ou encore à communiquer cette information. En ce sens, la littératie en santé favorise la prise de décisions éclairées, ce qui a des effets bénéfiques sur la prévention et la gestion des maladies et participe à la promotion de la santé des individus et de la société dans son ensemble (Consortium Health Literacy Project European [HLS-EU] et coll., 2012).

Depuis les 10 dernières années, plusieurs travaux ont mis de l'avant les besoins criants des parents d'enfants autistes au Québec. Par ailleurs, bien que ces besoins soient connus, l'accès à des services efficaces qui répondent à leurs besoins demeure limité (Courcy et des Rivières-Pigeon, 2018 ; Sénéchal et des Rivières-Pigeon, 2009). L'approche de la littératie en santé n'a jamais été explorée dans ce contexte et pourrait se révéler une piste pertinente pour améliorer le soutien et les pratiques d'accompagnement offerts aux familles d'enfants autistes. Cet article présente les résultats d'une étude visant à relever les besoins d'information de parents d'enfants ayant reçu un diagnostic de TSA ainsi que les obstacles et les éléments facilitateurs rencontrés dans leur processus de recherche d'information. À partir du cadre théorique de la littératie en santé de Sorenson et coll. (HLS-EU), 4 composantes seront analysées : l'accès, la compréhension, l'interprétation et l'utilisation d'information pour la prise de décision.

MÉTHODOLOGIE

Méthode de collecte des données

Une méthodologie qualitative avec un devis descriptif (Flick, 2013) a été choisie afin d'examiner les différences et les similitudes des besoins exprimés, les situations de vie exposées et les façons de chercher et d'utiliser l'information. L'emploi de la méthodologie qualitative était justifié par l'intérêt de porter attention au sens donné par les acteurs (p. ex. opinions, croyances) qui guident leur action et leurs choix (Malterud, 2001; Noyes et coll., 2017) dans la recherche d'information. La méthode par groupes de discussion (Attal-Vidal et Iribarne, 2012) s'est avérée tout indiquée pour collecter ce type d'information dans une optique d'analyse des besoins et des attentes d'une population spécifique (Barbour et Kitinger, 1998); dans notre cas les parents d'enfants autistes.

Trois groupes de parents de jeunes enfants ou d'adolescents ayant reçu un diagnostic de TSA dans les 24 derniers mois ont été formés. Sur la base du principe de l'échantillonnage théorique, ces groupes ont été formés à partir des caractéristiques socioéconomiques reconnues comme étant des facteurs de risque associés à un faible niveau de littératie en santé: avoir une scolarité inférieure au diplôme secondaire, être sans emploi, être en situation de monoparentalité ou avoir vécu une situation d'immigration récente (Rootman et coll., 2008; Yin et coll., 2009). La composition des groupes se décline ainsi:

- Groupe 1 (G1): parents nés au Québec et présentant au moins un facteur de risque;
- Groupe 2 (G2): parents issus d'immigration récente (moins de 5 ans);
- Groupe 3 (G3): parents nés au Québec et ne présentant pas l'un de ces facteurs de risque.

Recrutement et caractéristiques des participants

Les groupes de discussion se sont tenus de décembre 2018 à février 2019. Les parents ont été recrutés dans une clinique spécialisée en milieu hospitalier. Neuf parents ont accepté de participer à l'étude. Vingt-sept parents ont refusé en raison d'un manque de temps ou de conflits d'horaires avec les options offertes pour les groupes de discussion. Les parents dont l'enfant vient de recevoir un diagnostic TSA représentent une population qui peut être difficilement joignable, en raison de l'ampleur des tâches de soins, de recherche d'information et

de stimulation qui sont accrues autour cette période (Courcy et des Rivières-Pigeon, 2018; Sénéchal et des Rivières-Pigeon, 2009). Le canevas des groupes de discussion comportait des questions ouvertes sur le processus de recherche de l'information, notamment en termes d'accès, de compréhension, d'interprétation et d'utilisation.

Huit mères et un père ont participé aux groupes de discussion. Ces dernières² ont signé un formulaire de consentement avant le début des rencontres. Trois d'entre elles ont été intégrées dans le groupe de parents nés au Québec avec au moins un facteur de risque lié à un faible niveau de littératie (G1). Trois mères ont été intégrées dans le groupe de parents ayant vécu une immigration récente au pays (G2). Trois autres personnes ont été intégrées au groupe de parents nés au Québec ne présentant pas l'un de ces facteurs de risque (G3). Les participantes des deux premiers groupes étaient des mères de jeunes enfants (4 à 9 ans), alors que le troisième groupe était constitué de parents d'adolescents (14 à 16 ans). Le tableau 1 présente les caractéristiques des participantes :

TABLEAU 1
Caractéristiques des parents

Description	n	Description	n
Lien parental		Monoparentale	
- Mère	8	- Oui	3
- Père	1	- Non	6
Tranche d'âge		Pays de naissance	
- 21 à 30 ans	1	- Canada	6
- 31 à 40 ans	4	- Autres	3
- 41 ans et plus	4		
Niveau de scolarité		Langue maternelle	
- Secondaire non complété	2	- Français	6
- Secondaire complété	2	- Anglais	1
- Diplôme postsecondaire	2	- Autres	2
- Diplôme universitaire	3		

Analyse des données

Les discussions ont été enregistrées puis retranscrites. Une analyse qualitative de contenu des verbatim a été effectuée par les première et

2. Étant donné que la plupart des participants étaient des mères, nous féminisons le texte à partir d'ici.

deuxième auteures à l'aide du logiciel NVivo 12. Les verbatim ont d'abord été codés autour des thèmes principaux de la grille d'entrevue : 1) les besoins des parents en matière d'information sur l'autisme ; 2) le processus de recherche d'information (accès, compréhension, interprétation et utilisation) ; 3) les obstacles et les éléments facilitateurs rencontrés dans ce processus. Deux thèmes émergents ont par la suite été ajoutés : 4) la perception de jugement ou de stigmatisation liée aux comportements de l'enfant ; 5) le rôle du soutien social dans la recherche d'information. Les auteures ont discuté et réajusté l'arbre de codification à 2 reprises, jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu sur l'ensemble des codes (accord interjuges).

RÉSULTATS

L'analyse des données a tout d'abord permis de décrire le processus de recherche d'information en lien avec le diagnostic à partir de ces composantes spécifiques que sont l'accès, la compréhension, l'interprétation et l'utilisation de l'information. Les sujets et souhaits faisant l'objet d'un besoin d'information seront présentés dans la première partie sur l'accès à l'information. Les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés par les parents dans leur recherche d'information seront exposés en dernière partie. Plusieurs résultats seront illustrés d'extraits des groupes de discussion.

L'accès à l'information

Tous les parents ont rapporté disposer de peu d'information sur l'autisme pendant la période entourant le diagnostic de leur enfant. Plusieurs d'entre eux, surtout des parents de jeunes enfants, ont exprimé le besoin d'avoir un pronostic afin de planifier leur futur, même si tout pronostic est très incertain dans le cas de l'autisme. De façon générale, le manque d'informations facilement accessibles a été déploré par tous. Par ailleurs, les parents d'adolescents ont précisé que les sources d'information portant au-delà de la petite enfance étaient encore plus rares. Les parents ont également exprimé vouloir obtenir des informations porteuses d'espoir. Cet élément est revenu fréquemment dans les échanges. Plusieurs mères ont également mentionné chercher des façons et les mots justes pour pouvoir expliquer ce qu'est l'autisme à leurs proches et être comprises de ces derniers. Toutes étaient d'avis que l'accès à l'information n'est pas suffisant pour répondre à leur besoin dans la période entourant le diagnostic. Plusieurs mères ont

confié des besoins de soutien émotionnel important. Celles ayant vécu une immigration récente au pays ont également fait état d’une situation « terrible » d’isolement social : « je n’ai personne », soulignait une mère. Enfin, les parents ont également manifesté le besoin d’obtenir de l’information concrète pour la gestion du quotidien avec l’enfant. Ces différents besoins nous informent sur la nécessité, pour les parents, de disposer de différentes formes de soutien (informatif, émotionnel, instrumental, récréatif). Les tableaux 2 et 3 résument les besoins et les sujets pour lesquels les parents d’enfants et d’adolescents désirent obtenir de l’information.

TABLEAU 2
Besoins d’information des parents

Besoins d’information sur :	Exemple d’extraits des verbatim
Le futur de l’enfant	« Est-ce qu’on peut guérir de ça un jour ? Est-ce que mon enfant va pouvoir avoir une vie de famille et des enfants ? » « Est-ce que son état va empirer ? » (G2).
Une vision plus positive lors de l’annonce du diagnostic	« [J’aimerais] que ce jour-là, une personne soit présente pour expliquer aux parents que ce n’est pas la fin. En tant que parent on se fait à l’idée de faire en sorte que notre enfant soit quelqu’un dans la société. Quand on reçoit le diagnostic, c’est [comme si c’était] fini pour lui. » (G1).
Les façons d’expliquer à l’entourage	« Les gens ont encore un côté négatif. Tout le monde me dit que mon enfant n’est pas autiste. Comment l’expliquer aux autres ? Souvent je n’ai pas les mots. » (G1).
L’autisme en situation interculturelle	« Comme immigrante, je ne savais pas que c’était comme ça [l’autisme]. Imaginons les immigrants, comme moi, qui viennent d’arriver et qui reçoivent ce diagnostic-là. » (G2).
Les ressources de soutien social	« Un livre c’est très bien, mais c’est une première approche. Après ça, si on n’a pas d’aide, on est complètement larguée. Il serait utile de donner plus de références et de dire qu’on peut être un très bon parent tout en ayant besoin d’aide. » (G1).
La gestion du quotidien	« Quoi faire ? Comment agir avec des enfants sur le spectre ? » (G1).

Bien que ces besoins se soient retrouvés de façon récurrente dans l’ensemble des échanges à l’intérieur des 3 groupes de discussion, les sujets précis pour lesquels les parents souhaitent obtenir de l’information différaient en fonction de l’âge de l’enfant. Le tableau 3 montre ces différences.

TABLEAU 3

Sujets d'information souhaités par les parents

Parents de jeunes enfants	Parents d'adolescents
Démarches pour obtenir un diagnostic	Présentation de l'autisme à l'enfant
Démarches pour trouver des services	Soutien de l'enfant à l'école
Démarches pour trouver de l'aide financière	Prise en compte des particularités de l'adolescence
Communication avec l'enfant	Gestion du quotidien à l'école et avec les enseignants
Gestion du quotidien à la maison	Plans d'interventions de l'école
Scolarisation de l'enfant	Relation avec la fratrie
Soutien nécessaire pour le développement de l'enfant	Relation avec les pairs
Relation avec la fratrie	

À la suite de l'annonce du diagnostic, les parents se sont remémoré avoir utilisé différentes sources d'information. Internet est la source qui a été le plus souvent mentionnée. Les séances d'information, offertes dans certaines cliniques d'évaluation et autres établissements de santé et de services sociaux, étaient mentionnées comme l'une des sources d'information les plus appréciées par les participantes. Les autres parents d'enfants autistes, notamment rencontrés sur les médias sociaux, sont également apparus comme une source d'information valorisée, mais pouvant générer un sentiment de détresse. Une mère explique : « Elle [une mère d'enfant autiste sur les médias sociaux] parlait de son fils, de sa fille, de comment ça s'est passé, et tout, et tout... [Elle écrivait] qu'elle ne pouvait pas aller travailler, parce que son mari avait perdu son emploi et qu'il faisait des crises d'angoisse... Ce genre de chose... Ça me fait mal. » (G2). Bien que le web s'imposait comme la source d'information la plus consultée, les parents ont fait état de plusieurs préoccupations quant à la qualité des informations que l'on peut y retrouver sur l'autisme. Une mère exprime à cet effet : « J'ai consulté des pages Facebook. J'ai lu beaucoup. Mais à un moment donné, c'est difficile de faire la différence entre le vrai et le faux. » (G1)

La compréhension de l'information

Les deux groupes de parents présentant des facteurs de risque associés à un faible niveau de littératie (G1 et G2) ont exprimé davantage de difficultés à comprendre les textes écrits. L'extrait suivant illustre bien les difficultés de compréhension exprimées par ces parents : « Qu'est-ce que cela veut dire "stéréotypé", "répétitif", "rigidité"? Si tu ne le vis pas [au quotidien avec ton enfant] et qu'un psychologue n'a pas mis des mots sur ces comportements, tu n'as aucune idée de ce qu'est la rigidité chez un autiste. » (G1). La grande majorité de ces parents ont

dit préférer recevoir de l'information à partir de sources visuelles, des textes écrits avec beaucoup d'images ou des vidéos. Une mère déplorait le manque de sources claires, simples et exemptes de jargons : « La psy m'a donné plein de livres que je pouvais feuilleter. Mais il faut que ce soit moi, par mon discernement et mon jugement [qui le fasse]. Que je sois capable de lire la théorie, de comprendre comme mettre en pratique et de voir si ça fonctionne. » (G3). Enfin, des mères ont confié que certaines croyances dans leur pays d'origine rendaient complexe le dévoilement du diagnostic de l'enfant et que plusieurs de leurs proches n'arrivaient pas à comprendre ce qu'était véritablement l'autisme. À titre d'exemple, une mère se remémorait les propos du grand-père de l'enfant : « C'est de la sorcellerie : tu es enceinte et quelqu'un t'a ensorcelée. Est-ce qu'ils t'ont envoûtée ? » (G2)

L'interprétation de l'information

Lors de la tenue des groupes de discussions, le fait de parler de son expérience et du diagnostic de l'enfant a suscité un flot d'émotion (p. ex. pleurs, tristesse, colère, anxiété). Ces sentiments étaient particulièrement palpables chez les mères de jeunes enfants. « J'étais détruite. » (G2), répétait l'une d'elles. Au contraire, un père et mère d'adolescent affirmaient :

« Moi ça ne m'a jamais énervée, ça ne me dérange pas. » (G3)

« Les parents qui ont des jeunes enfants, souvent ils sont comme étouffés par le diagnostic et ils ne sont pas capables de voir leur enfant plus vieux. [...] Moi, je sais qu'ils vont grandir, je sais qu'il faut faire confiance. » (G3)

Les parents ont également dit ressentir des jugements négatifs à l'égard des comportements de leur enfant. Une mère donnait pour exemple l'attitude de son voisin : « Quand il me voit avec mon fils, il passe de l'autre côté. Il ne m'adresse même plus la parole. Pour lui, mon enfant est fou [...]. Il ne me salue plus. » (G1)

L'utilisation de l'information

En ce qui a trait à l'utilisation de l'information, la complexité du Réseau de la santé et des services sociaux est apparue comme un élément pouvant nuire à la prise de décisions éclairées. L'accès difficile aux services spécialisés ou d'accompagnement, en raison de démarches administratives ou de listes d'attente, pouvait avoir conduit des parents à mal comprendre les informations qui sont disponibles. Par manque

d'information, une mère racontait avoir accepté la proposition d'une professionnelle sans en avoir réellement compris les implications: « La dame m'a dit: votre fils peut aller dans une école régulière, mais dans une classe spéciale. J'ai accepté parce que je ne comprends rien. » (G2)

En ce qui a trait aux éléments facilitateurs de la recherche d'information sur l'autisme, un élément commun est ressorti de manière forte, soit la présence d'une ou un professionnel qualifié les ayant accompagnées dans la recherche d'information et de services pour l'enfant. Mentionnée par certaines, et par la suite souhaitée par celles qui n'avaient pas bénéficié d'un tel soutien, cette personne-ressource avait aidé à départager le « vrai du faux » sur Internet. La vision positive partagée par certains parents est également apparue comme un facilitateur assurant la mise en action pour aider l'enfant et protéger contre le sentiment d'impuissance que pouvaient ressentir d'autres parents.

Le tableau 4 résume les obstacles et les facilitateurs mentionnés par les parents rencontrés.

TABLEAU 4

Facilitateurs et obstacles à la recherche d'information sur l'autisme

Facilitateurs	Exemple de verbatim
Accompagnement par un professionnel de la santé	« À partir du moment où j'ai eu le diagnostic, j'ai eu la chance qu'il y ait tout le temps quelqu'un près de moi qui m'aidait à savoir où je m'enlignais, qui je devais consulter, où envoyer les papiers et tout. » (G1)
Soutien pour départager le vrai du faux	« J'avais la chance d'avoir la travailleuse sociale qui pouvait départager le vrai du faux. » (G1)
Soutien émotionnel et filet de sécurité	« Je voulais en parler, car je ne savais pas comment gérer ça. Ces rencontres m'ont vraiment aidé et c'est après que nous avons fait la demande au CRDI. Ils m'ont dit que si j'ai besoin d'information, je peux aller sur le site où ils font des scénarios. » (G1)
Obstacles	
Abondance d'informations non validées	« J'ai été sur une page Facebook des autistes et TED du Québec, ces choses-là. Je prenais de l'information... J'ai lu beaucoup, mais à un moment donné, c'est faire la différence entre le vrai et le faux. » (G1)
Expériences de stigmatisation liées à l'autisme	« Cette semaine, j'avais rendez-vous chez le dentiste... Mon gars se promène et joue. Les parents le dévisagent. Il y a un enfant qui sourit, il a le goût d'approcher, mais il est gêné. Mon fils est heureux. Apprendre à se gérer soi-même comme parent... Tu as le goût de réagir quand les gens dévisagent ton enfant... » (G1)
Isolement social des familles immigrantes	« Tu es loin de ton pays, tu n'as personne ici. » (G2)
Complexité du réseau de services	« La dame m'a dit: "Votre fils peut aller dans une école régulière, mais dans une classe spéciale, tel que je l'ai évalué... Comme vous me suggérez de l'envoyer dans une école régulière, mais dans une classe spéciale... Moi, je l'accepte parce que je ne comprends rien." » (G2)

DISCUSSION

Cet article a pour objectif de décrire le processus de recherche d'information réalisé par les parents après que leur enfant ait reçu un diagnostic de TSA. Nous avons relevé les besoins et les sujets d'information des parents, ainsi que les obstacles et les éléments facilitateurs dans l'accès à l'information, sa compréhension, son interprétation et son utilisation pour la prise de décision. Un manque généralisé d'information sur l'autisme et des préoccupations quant à la qualité de l'information trouvée sur Internet sont constatés. Des parents ont exprimé leur difficulté à comprendre l'information qui leur a été présentée. Le nombre d'obstacles rencontrés dans la recherche d'information s'est révélé être amplifié par d'autres besoins — le plus souvent de type émotionnel et instrumental — importants, surtout pour les parents en situation de vulnérabilité.

L'information sur l'autisme est souvent présentée aux parents dans le contexte de programmes éducatifs visant à leur permettre de poursuivre à la maison les interventions amorcés par des professionnels en réadaptation (Bearss et coll., 2015; Steiner et coll., 2012). Des travaux suggèrent que ces interventions pourraient s'avérer plus efficaces si elles étaient davantage centrées sur les besoins des parents, et notamment sur leurs besoins d'information et de soutien (Smith, Greenberg, Mailick, 2018; Steiner et coll., 2012). Cette recherche confirme le besoin de communiquer plus efficacement pour soutenir les parents dont l'enfant vient de recevoir un diagnostic de TSA. L'approche de la littératie en santé constitue une piste intéressante pour mieux soutenir les parents et les professionnels qui agissent en ce sens.

Favoriser l'accès et la compréhension de l'information pour une prise de décision éclairée

Les témoignages recueillis suggèrent que plusieurs parents ne disposent pas de l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées en lien avec l'éducation et le soin de leur enfant. Cette étude met en lumière des obstacles manifestes pour tous les parents, mais principalement pour ceux ayant vécu une immigration récente au pays et ceux présentant un faible niveau de littératie. Pour assurer une meilleure compréhension de l'information, il est nécessaire de proposer des outils et des moyens de communication audiovisuelle qui soient complémentaires aux documents écrits. L'accompagnement et le soutien d'un professionnel qualifié s'est également imposé comme un

facilitateur central dans de processus. Bien qu'Internet soit une source d'information courante, les résultats indiquent que son usage peut s'avérer problématique en raison de l'abondance des informations non validées qui s'y trouvent. La création de sources d'information crédibles sur l'autisme sur Internet qui tiennent compte des enjeux de littératie en santé est une piste de développement incontournable que devront prendre, un jour ou l'autre, les établissements de santé et de services sociaux.

D'autres pistes concrètes peuvent également être soulevées, comme de rendre l'information de qualité plus accessible au grand public ou de concevoir des outils simplifiés en coconstruction avec des personnes concernées. La sensibilisation des professionnels à la littératie en autisme est indispensable, de même que la mise en place d'un environnement favorable au développement de compétences tant chez les parents que chez les professionnels (Margat et coll., 2017). Faire appel aux outils et aux stratégies qui ont fait leurs preuves pour le développement des compétences en littératie en santé est important (Kaphingst et coll., 2012; Karuranga et coll., 2017).

Revoir la communication autour du diagnostic afin de diminuer le stress des parents

Une vision positive quant au futur de l'enfant autiste est associée à des niveaux de stress moins élevés dans la période entourant l'annonce du diagnostic (Crane et coll., 2016; Crane et coll., 2018). Les perceptions parentales concernant l'avenir de l'enfant peuvent également influencer la prise de décision à propos de leur implication et leur engagement dans les interventions et les soins apportés à l'enfant (Hebert et Koulouglioti, 2010). Les résultats de notre recherche suggèrent que les perceptions des parents sur l'avenir de leur enfant sont marquées par beaucoup d'incertitude. À cet égard, ces parents expriment le besoin de recevoir de la part des professionnels de la santé un message plus optimiste, en particulier lorsqu'ils demandent de l'information sur le pronostic de leur enfant (Hennel et coll., 2016). Ces enjeux motivationnels pourraient s'intégrer davantage dans les pratiques des professionnels visant une annonce diagnostique centrée sur la personne, mais nécessitant une réflexion nuancée (Boshoff et coll., 2019).

En effet, l'image de l'autisme est largement associée à un pronostic défavorable (Hebert et Koulouglioti, 2010b). Pourtant, le pronostic reste en réalité largement indéterminé au moment du diagnostic (Coplan, 2000). Lors de l'annonce diagnostique, les professionnels devraient

s'assurer d'une bonne compréhension, dans un langage approprié. Cependant, même avec une information complète et parfaitement comprise, le parent peut y voir des aspects positifs (« le diagnostic me donne accès à des services », « le diagnostic me permet de mieux comprendre mon enfant ») et négatifs (« élever mon enfant sera difficile », « mon enfant risque d'avoir des difficultés toute sa vie »). Il ne s'agit pas pour le professionnel d'imposer une vision unique. Aussi, en plus de nuancer le pronostic et de respecter la façon dont le parent reçoit le diagnostic, le rôle du clinicien dans cette situation pourrait être de développer le pouvoir d'agir des parents, qui constitue un atout dans le développement de l'enfant (Krieger et coll., 2013). L'annonce devrait donc rendre claire la possibilité d'agir et l'accompagnement initial devrait en donner les moyens concrets au parent (Boshoff et coll., 2019).

L'information ne peut combler le besoin de soutien social

Le soutien social est un des facteurs protecteurs de la qualité de vie des parents (Ruiz-Robledillo et coll., 2014). Il se définit comme un processus d'interactions sociales et affectives qui se manifestent à travers des ressources pratiques ou psychosociales (Bozzini et Tessier, 1985). Plusieurs études mettent en lumière la nécessité d'offrir différentes formes complémentaires de soutien social aux parents (Tétreault et coll., 2014). Ainsi, il y a tout lieu de situer les besoins d'information et les besoins de soutien social dans une perspective plus large afin de mettre en lumière les diverses formes de soutien social utiles aux parents, et en particulier à ceux en situation de vulnérabilité et présentant des facteurs de risque associés à un faible niveau de littératie en santé (Crane et coll., 2018).

Sensibiliser et mieux informer sur l'autisme à différentes populations

Bien que le but de cette recherche ne fût pas d'étudier les perceptions de stigmatisation ressenties par les parents au regard des comportements et du diagnostic de leur enfant, elles ont été évoquées par plusieurs participantes. Il est démontré que l'expérience de stigmatisation est négativement liée à la santé mentale des parents d'enfants autistes (Papadopoulos et coll., 2019). Le phénomène de stigmatisation découle aussi d'un manque d'information en santé (Heidgerken et coll., 2005; Jensen et coll., 2016; Khanna et Jariwala, 2012; Pescosolido et coll., 2008). En ce sens, la littératie en santé des parents et celle des différents intervenants constituent un levier important pour contrer la stigma-

tisation de l'autisme (Kinneer et coll., 2016). Une analyse des besoins de littératie en autisme pour les individus engagés dans les différents milieux de vie de la personne autiste comme les enseignants ou les employeurs constitue une autre piste prometteuse pour de futures recherches. Même si cette recherche ne portait pas sur les personnes autistes elles-mêmes, développer ses compétences en littératie concernant l'autisme devrait être une priorité.

Limites de cette étude

Les résultats de cette étude qualitative ne peuvent être généralisés à l'ensemble des parents d'enfants autistes. D'une part parce que l'échantillon est restreint, d'autre part parce qu'il est composé de parents de la région montréalaise et principalement de mères dont les enfants ont reçu leur diagnostic d'autisme il y a moins de deux ans. Par ailleurs, cette étude réussit à rejoindre des participantes, qui, de par leurs caractéristiques socioéconomiques, sont reconnues comme étant plus difficiles à rejoindre. L'effectif de cette étude constitue donc une contribution significative aux connaissances sur cette population particulièrement vulnérable. Des travaux complémentaires de coconstruction sont nécessaires pour confirmer ces constats et évaluer nos propositions.

CONCLUSION

Informar les parents dont l'enfant vient de recevoir un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un enjeu majeur. Pour une première fois, à notre connaissance, le modèle de littératie en santé de Sorenson et coll. a été utilisé afin de mettre en lumière les besoins d'information des parents d'enfants autistes et leur recherche d'information. Nous signalons des pistes concrètes pour améliorer l'accès, la compréhension, l'interprétation et l'utilisation de l'information sur l'autisme pour la prise de décisions. Les parents doivent avoir accès à différentes formes de soutien social, et non pas exclusivement au soutien informationnel afin d'améliorer leurs compétences en littératie de la santé. Il faut revoir la communication autour du diagnostic afin de diminuer le stress des parents et penser à des stratégies ciblées pour les parents en contexte de vulnérabilité.

Financement

Fondation Les petits trésors.

Remerciements

Line Laporte, Chef d'administration de programme services intégrés ambulatoires Direction des programmes en santé mentale et dépendance CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et Ghitza Thermidor qui ont permis le déroulement de l'étude.

RÉFÉRENCES

- Attal-Vidal, C. et Iribane, P. (2012). *Focus groups: mode d'emploi*. La Plaine Saint-Denis, France: Afnor.
- Barbour, R. et Kitzinger, J. (1998). *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice*. Londres, R.-U.: SAGE.
- Bearss, K., Burrell, T. L., Stewart, L. M. et Scahill, L. (2015a). Parent Training in Autism Spectrum Disorder: What's in a Name? *Clinical child and family psychology review*, 18(2), 170-182. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0179-5>
- Bearss, K., Burrell, T. L., Stewart, L. et Scahill, L. (2015b). Parent Training in Autism Spectrum Disorder: What's in a Name? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 170-182. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0179-5>
- Boshoff, K., Gibbs, D., Phillips, R. L., Wiles, L. et Porter, L. (2019). A meta-synthesis of how parents of children with autism describe their experience of advocating for their children during the process of diagnosis. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), e143-e157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12691>
- Coplan, J. (2000). Counseling Parents Regarding Prognosis in Autistic Spectrum Disorder. *PEDIATRICS*, 105(5), e65-e65. <https://doi.org/10.1542/peds.105.5.e65>
- Courcy, I. et des Rivières-Pigeon, C. (2018). « Ceux qui sont passés par là » : L'aide volontaire et les solidarités de proximité échangées entre parents en contexte d'autisme. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 35(2), 67-85. <https://doi.org/10.7202/1058480ar>
- Crane, L., Batty, R., Adeyinka, H., Goddard, L., Henry, L. A. et Hill, E. L. (2018). Autism Diagnosis in the United Kingdom: Perspectives of Autistic Adults, Parents and Professionals. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(11), 3761-3772. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3639-1>
- Crane, L., Chester, J. W., Goddard, L., Henry, L. A. et Hill, E. (2016). Experiences of autism diagnosis: A survey of over 1000 parents in the United Kingdom. *Autism*, 20(2), 153-162. <https://doi.org/10.1177/1362361315573636>
- Flick, U. (2013). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. Londres, R.-U.: SAGE.
- Godfrey Born, C., McClelland, A. et Furnham, A. (2019). Mental health literacy for autism spectrum disorder and depression. *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.004>
- Hebert, E. B. et Koulouglioti, C. (2010a). Parental Beliefs About Cause and Course of their Child's Autism and Outcomes of their Beliefs: A Review of the

- Literature. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33(3), 149-163. <https://doi.org/10.3109/01460862.2010.498331>
- Hebert, E. B. et Koulouglioti, C. (2010b). Parental Beliefs About Cause and Course of their Child's Autism and Outcomes of their Beliefs: A Review of the Literature. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33(3), 149-163. <https://doi.org/10.3109/01460862.2010.498331>
- Heidgerken, A. D., Geffken, G., Modi, A. et Frakey, L. (2005). A Survey of Autism Knowledge in a Health Care Setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(3), 323-330. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-3298-x>
- Hennel, S., Coates, C., Symeonides, C., Gulenc, A., Smith, L., Price, A. M. et Hiscock, H. (2016). Diagnosing autism: Contemporaneous surveys of parent needs and paediatric practice. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 52(5), 506-511. <https://doi.org/10.1111/jpc.13157>
- (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European, Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., ... Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Jensen, C. M., Martens, C. S., Nikolajsen, N. D., Skytt Gregersen, T., Heckmann Marx, N., Goldberg Frederiksen, M. et Hansen, M. S. (2016). What do the general population know, believe and feel about individuals with autism and schizophrenia: Results from a comparative survey in Denmark. *Autism*, 20(4), 496-508. <https://doi.org/10.1177/1362361315593068>
- Kaphingst, K. A., Kreuter, M. W., Casey, C., Leme, L., Thompson, T., Cheng, M.-R., ... Lapka, C. (2012). Health Literacy INDEX: Development, reliability, and validity of a new tool for evaluating the health literacy demands of health information materials. *Journal of Health Communication*, 17 Suppl 3, 203-221. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712612>
- Karuranga, S., Sørensen, K., Coleman, C. et Mahmud, A. J. (2017). Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel. *Health Literacy Research and Practice*, 1(4), e247-e256. <https://doi.org/10.3928/24748307-20171005-01>
- Khanna, R. et Jariwala, K. (2012). Awareness and knowledge of autism among pharmacists. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(5), 464-471. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.11.002>
- Kinnear, S. H., Link, B. G., Ballan, M. S. et Fischbach, R. L. (2016). Understanding the Experience of Stigma for Parents of Children with Autism Spectrum Disorder and the Role Stigma Plays in Families' Lives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(3), 942-953. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2637-9>
- Krieger, A.-E., Saías, T. et Adrien, J.-L. (2013). Promouvoir le partenariat parents-professionnels dans la prise en charge des enfants atteints d'autisme. *L'Encéphale*, 39(2), 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.002>
- Lajonchere, C. M., Wheeler, B. Y., Valente, T. W., Kreutzer, C., Munson, A., Narayanan, S.,... Hwang, D. (2016). Strategies for Disseminating Information

- on Biomedical Research on Autism to Hispanic Parents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(3), 1038-1050. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2649-5>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Margat, A., Gagnayre, R., Lombraïl, P., Andrade, V. de et Azogui-Levy, S. (2017). Interventions en litt  rat  e en santé et éducation thérapeutique: Une revue de la littérature. *Santé publique*, Vol. 29(6), 811-820.
- Noyes, J., Booth, A., Flemming, K., Garside, R., Harden, A., Lewin, S., ... Thomas, J. (2017). Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group Guidance paper 2: Methods for assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and confidence in synthesized qualitative findings. *Journal of Clinical Epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.020>
- Papadopoulos, C., Lodder, A., Constantinou, G. et Randhawa, G. (2019). Systematic Review of the Relationship Between Autism Stigma and Informal Caregiver Mental Health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(4), 1665-1685. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3835-z>
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A. et Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67(3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>
- Rootman, I., Gordon-El-Bihbety, D. et Association canadienne pour la santé mentale. (2008). *Vision d'une culture de la santé au Canada: Rapport du Groupe d'experts sur la litt  rat  e en matière de santé*. Agence de santé publique du Canada.
- Rousselon, V. (2012). Les soins d'un enfant autiste au risque de ses voyages. *Dialogue*, n   197(3), 117-130.
- Ruiz-Robledillo, N., De Andrés-García, S., Pérez-Blasco, J., González-Bono, E. et Moya-Albiol, L. (2014). Highly resilient coping entails better perceived health, high social support and low morning cortisol levels in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(3), 686-695. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.12.007>
- Schultz, T. R., Schmidt, C. T. et Stichter, J. P. (2011). A Review of Parent Education Programs for Parents of Children With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 26(2), 96-104. <https://doi.org/10.1177/1088357610397346>
- Sénéchal, C. et des Rivières-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 245-260. <https://doi.org/10.7202/029772ar>
- Smith, L. E., Greenberg, J. S. et Mailick, M. R. (2018). Transitioning Together: A Multi-Family Group Psychoeducation Program for Adolescents with ASD and their Parents. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(1), 251-263. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3307-x>

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Steiner, A. M., Koegel, L. K., Koegel, R. L. et Ence, W. A. (2012). Issues and Theoretical Constructs Regarding Parent Education for Autism Spectrum Disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(6). <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1194-0>
- Tétreault, S., Blais-Michaud, S., Marier Deschênes, P., Beaupré, P., Gascon, H., Boucher, N. et Carrière, M. (2014). How to support families of children with disabilities? An exploratory study of social support services. *Child & Family Social Work*, 19(3), 272-281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00898.x>
- Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L., Abrams, M. A., Sanders, L. M. et Dreyer, B. P. (2009). The Health Literacy of Parents in the United States: A Nationally Representative Study. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S289-S298. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162E>

Enjeux et solutions en santé mentale et travail : le point de vue des gestionnaires d'une grande organisation de santé

Marc Corbière^{a, b}

Maud Mazaniello-Chézol^{c, b}

Marie-France Bastien^{a, b}

Steve Geoffrion^{d, b}

Catherine Briand^{e, b}

Mélanie Lavoie-Tremblay^{c, b}

Anick Hurtubise^f

Pascal Tanguay^f

RÉSUMÉ Les problèmes de santé mentale en milieu de travail représentent un enjeu important pour les organismes publics, particulièrement pour les personnes travaillant dans le secteur de la santé, confrontées à de multiples changements suite à la récente réforme du système de santé québécois. Les gestionnaires doivent prendre en considération la santé mentale des employés au sein de leur organisation

a. Université du Québec à Montréal

b. Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé mentale de Montréal (CR-IUSMM)

c. Université McGill

d. Université de Montréal

e. Université du Québec à Trois Rivières

f. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Cette étude a été financée par la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal dans le cadre du Chantier en santé mentale et travail.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Marc Corbière, Département d'éducation et pédagogie, Université du Québec à Montréal, corbiere.marc@uqam.ca

afin d'assurer leur santé et productivité. Ils sont donc appelés à assumer un rôle incluant la prévention (p. ex. détecter des signes avant-coureurs des problèmes de santé mentale), la gestion d'équipe (p. ex. travailler à la reconnaissance au travail) et l'accompagnement des employés dans leurs tâches lors du retour au travail après une absence maladie due à un trouble mental courant (p. ex. dépression). Bien qu'il existe une littérature foisonnante sur le rôle du gestionnaire dans la prévention des problèmes de santé mentale en milieu de travail et dans le champ de la réadaptation au travail à la suite d'une absence maladie due à un trouble mental courant, à notre connaissance peu de recherches ont été menées sur ces enjeux perçus par les gestionnaires de grandes organisations de santé. En outre, les solutions possibles n'ont pas été explorées dans ce contexte.

Objectif L'objectif de l'étude est de documenter, du point de vue des gestionnaires d'une grande organisation de santé au Québec, les enjeux liés à la santé mentale et travail (de la prévention à la réadaptation) ainsi que les solutions pour y faire face.

Méthode Cette recherche de nature participative consistait en des groupes de discussion avec des gestionnaires sur le thème «santé mentale et travail: enjeux et solutions». Une analyse thématique a été réalisée. Au total, 83 gestionnaires répartis dans 10 groupes de discussion ont participé à cette étude.

Résultats Des groupes de discussion, 6 grandes catégories conceptuelles ont émergé: 1) le cadre de gestion; 2) la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles; 3) la gestion de la santé mentale et des outils; 4) la collaboration, les rôles et les actions des parties prenantes; 5) le sentiment d'appartenance des employés à l'organisation; 6) l'équilibre entre le travail et la vie privée. De ces grandes catégories conceptuelles, 23 enjeux spécifiques et solutions inhérentes ont émergé.

Conclusions Le consensus qui se dégage de cette étude est qu'il est nécessaire d'avoir accès à une série d'outils (p. ex. un coffre à outils) afin d'aider les gestionnaires à franchir les différentes étapes, de la prévention des problèmes dans leur milieu de travail à la réadaptation et au retour au travail à la suite d'un trouble mental courant. Les résultats ont également souligné la nécessité de mieux définir les rôles de chaque partie prenante dans ce processus. Ces résultats apportent un nouvel éclairage sur les enjeux et solutions potentielles perçus par les gestionnaires d'une grande organisation de santé. Ces résultats pourraient éventuellement être utilisés dans d'autres contextes similaires.

MOTS CLÉS prévention des problèmes de santé mentale, absentéisme, réadaptation au travail, trouble mental courant, gestionnaires, grandes organisations de santé, enjeux et solutions

Issues and Solutions in Mental Health and Work: Managers Perspectives of a Large Health Organization

ABSTRACT Mental health problems in the workplace represent an important issue for public organizations, particularly for people working in the health sector who have been confronted to multiple changes following the recent health system reform in Quebec. Managers need to take into consideration employee mental health within their organization in order to ensure productive and healthy employees. Managers are thus called upon to take on a role that includes prevention (e.g., detection of early warning signs), team management (e.g., working on recognition at work) and coaching employees in their tasks when returning to work following a sick leave due to a common mental disorder (e.g., depression). Although there is an abundant literature on the manager's role in the prevention of mental health problems in the workplace and the work rehabilitation of employees on sick leave due to a common mental disorder, to our knowledge, little research has been conducted on these issues regarding managers' perceptions working in large health organizations. Furthermore, potential solutions have not been explored in this context.

Objective The purpose of the study is to document, from the managers' perspective within a large health organization in Quebec, the issues pertaining to mental health and work (from prevention to work rehabilitation), and the solutions to deal with them.

Method As part of a participatory research project, researchers and collaborators of a large health organization conducted focus groups with managers on the theme of mental health and work: issues and solutions. A total of 83 managers spread out in 10 focus groups participated in this study.

Results From these focus groups, 6 broad categories of issues related to mental health in the workplace emerged: 1) the management framework, 2) human, financial, material and information resource management, 3) management of mental health and tools, 4), stakeholders' collaboration, roles and actions, 5) employees' sense of belonging to the organization and, 6) work-life balance. From these broad conceptual categories, 23 specific issues and associated solutions emerged.

Conclusions From this study, the general consensus was the need to have access to a series of tools (e.g., toolbox) in order to assist managers across the different steps, from sick-leave prevention, to rehabilitation and return to work. The results also highlighted the need to better define the roles of each stakeholder in this process. These results bring a new light to the issues and potential solutions perceived by managers dealing with mental health and work issues in a large health organization. These results could eventually be replicated in other settings or large organizations.

KEYWORDS prevention of mental health problems, sickness absences, work rehabilitation, common mental disorder, managers, large health organizations, issues and solutions

Introduction

Au Canada, les troubles mentaux de la population active représentent la plus importante cause de maladies rencontrées chez les moins de 65 ans, soit près de 40 % de toutes les maladies confondues (Bolo et coll., 2013). Avec les maladies cardiovasculaires, les divers types de cancer et les troubles musculosquelettiques, les troubles mentaux courants (p. ex. dépression majeure, trouble de l'adaptation, trouble anxieux) représentent les causes d'absence du travail les plus répandues (Dewa et coll., 2010 ; Koopmans et coll., 2011). Ces absences représentent plus de 50 % des demandes d'invalidités acceptées par les compagnies d'assurance (Durand et coll., 2014). Sur le plan financier, ces absences engendrent au Canada des coûts directs et indirects à la hauteur de 51 milliards de dollars (Dewa et coll., 2016). Dans le réseau de la santé, le ratio d'heures en assurance salaire des établissements québécois est passé d'environ 6 % en 2014-2015 à plus de 7,5 % en 2018-2019, et ce, avant même la fin de l'année financière. Bien que cette progression semble minime en termes de pourcentages, elle renvoie à une augmentation linéaire et significative de plusieurs dizaines de millions de dollars au fil des ans (données du MSSS¹, 5 janvier 2019).

Au-delà du fardeau économique, les conséquences psychologiques et sociales des personnes directement concernées par les troubles mentaux courants sont sans conteste délétères, s'illustrant notamment par l'isolement et la détérioration de la santé psychologique et physique. Outre les coûts financiers et humains liés à l'absentéisme, le phénomène du présentéisme que l'on pourrait définir par « le comportement de l'employé qui, malgré des problèmes de santé physique et/ou psychologique nécessitant de s'absenter, persiste à se présenter au travail » constitue maintenant un enjeu de taille, auquel les organisations doivent également faire face (Gosselin et Lauzier, 2011 ; Sanderson et coll., 2007). À ce titre, les employés touchés par les troubles mentaux courants (TMC) et tout particulièrement par la dépression sont susceptibles de rester en emploi coûte que coûte malgré leurs symptômes (induits par diverses raisons comme la surcharge de travail, le roulement du personnel) (Sanderson et coll., 2007) et engendrent des coûts supérieurs à l'absentéisme dus à la perte de temps productif au travail (Stewart et coll., 2003). Demeurer en emploi malgré la maladie risque, qui plus est, de mener à une détérioration plus marquée de la condition

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

de santé de l'employé (Johns, 2010) et de résulter en une absence prolongée du travail. Ces chiffres ou constats renvoient donc à de réelles préoccupations chez les acteurs des organisations québécoises de divers secteurs d'activités, notamment celui de la santé. Dans ces organisations, employeurs, cadres des ressources humaines, gestionnaires, syndicats et professionnels de la santé se voient dans l'urgence d'identifier les conditions qui peuvent à la fois prévenir les problèmes de santé mentale en milieu de travail (p. ex. présentéisme), réduire la longueur des absences du travail et prévenir les éventuelles rechutes à la suite d'une reprise professionnelle.

Le contexte des centres intégrés (universitaires) de santé et services sociaux (CIUSSS et CISSS) est le résultat d'une réforme majeure du réseau de la santé (p. ex. abolition des agences régionales, projet de loi n° 10, 2015). Cette réforme a eu des impacts significatifs sur l'organisation des services sachant que plusieurs établissements ont été fusionnés, déclenchant l'abolition de plus de 1 000 postes de gestionnaire du réseau de la santé et par conséquent une perte significative des expertises (Archambault, 2015; Gentile, 2016). Déjà en 2002, Champagne mentionnait que les organisations publiques et notamment celles relatives à la santé adoptaient des processus de décision plus laborieux et tortueux, plus turbulents et conflictuels (p. VI) : une réalité contextuelle qui semble donc toujours d'actualité avec les transformations structurales et organisationnelles récentes qui ont eu lieu avec la réforme majeure du réseau de la santé au Québec.

Cette réorganisation majeure des structures de gestion a engendré inévitablement une augmentation des tâches et de nouvelles responsabilités pour une grande majorité des gestionnaires en place. La question de la santé mentale en milieu de travail est devenue un enjeu grandissant. Les différents acteurs des organisations du réseau de la santé, les gestionnaires en particulier, sont préoccupés par les enjeux organisationnels et sanitaires et portent une attention particulière à la qualité de vie au travail. Ils intègrent d'ailleurs la santé mentale dans les stratégies organisationnelles afin que les organisations maintiennent un équilibre avec la présence des employés productifs et en santé. La santé organisationnelle², avec la santé mentale des employés comme cible, devient ainsi l'une des priorités des gestionnaires (Comité de gestion du

2. La notion de santé organisationnelle peut prendre diverses acceptions. Nous invitons le lecteur à prendre connaissance de l'article de Dagenais-Desmarais et coll. (2013) pour plus de détails.

réseau du MSSS, 2019; Wyatt, 2005). C'est ainsi que ces derniers sont appelés à un élargissement de leur rôle en exigeant le développement de nouvelles compétences et attitudes tournées vers la santé mentale en milieu de travail. Celle-ci s'ancre dans une perspective multidisciplinaire en intégrant des éléments économiques, sociaux, médicaux, organisationnels et politiques, entre autres (Dagenais-Desmarais et coll., 2013). De par sa nature multiple, elle est définie selon la discipline dans laquelle elle s'inscrit tout en maintenant l'individu et la santé au cœur de ses problématiques (Dagenais-Desmarais et coll., 2013).

Avec l'objectif d'agir sur les principales retombées économiques et humaines qu'impliquent le présentéisme, les absences maladies dues à des TMC chez les employés et le risque de rechutes, les gestionnaires des grandes organisations sont aussi identifiés comme les acteurs et médiateurs clés pour la conduite du changement vers les nouvelles pratiques de gestion organisationnelle saine (Comité de gestion du réseau du MSSS, 2019; Dagenais-Desmarais et coll., 2013). En effet, parmi les acteurs impliqués dans la prévention des problèmes de santé mentale en milieu de travail et dans le retour au travail des employés en absence maladie due à un trouble mental courant, les gestionnaires sont identifiés comme ceux ayant un rôle dans tout le spectre santé mentale et travail — de la prévention à la réadaptation au travail — (Arends et coll., 2014; Baynton, 2010). Le gestionnaire est ainsi appelé à tenir un rôle qui comprend différentes composantes relatives à la prévention (p. ex. détecter des signes avant-coureurs, maintenir un équilibre dans l'équipe et un environnement de travail sain), à la gestion de l'équipe (maintenir une équité dans l'équipe, travailler sur la reconnaissance au travail) et l'accompagnement des employés dans leurs tâches que ce soit lors du retour au travail à la suite d'une absence maladie ou en amont. Bien que la littérature relative au rôle du gestionnaire dans la prévention et la réadaptation au travail des employés en absence maladie due à un TMC soit dense (Bjorklund et coll., 2013; Corbière et coll., sous presse; Johnston et coll., 2015; Lundqvist et coll., 2012; Negrini et coll., 2018; St-Hilaire et Gilbert, 2019), peu de recherches, à notre connaissance, se sont penchées sur la question des enjeux perçus par les gestionnaires dans le réseau de la santé et leurs pistes d'actions concrètes ou solutions pour favoriser la santé organisationnelle. Plus précisément, peu d'études ont abordé les perceptions des gestionnaires à propos de la prévention des éventuels problèmes de santé mentale dans les équipes de travail jusqu'aux éventuelles rechutes à la suite d'un retour d'absence maladie d'employés. Il est donc impor-

tant de mieux saisir les perceptions de ces acteurs sur les enjeux qu'ils vivent que ce soit en termes de prévention que de réadaptation au travail, mais aussi quelles solutions/stratégies ils envisagent pour les dépasser. Ainsi, il sera possible d'intervenir *in situ* avec des cibles concrètes d'interventions.

De par l'intérêt porté au spectre santé mentale et travail, le cadre théorique sur lequel repose cette étude est pluriel. Autrement dit, il s'agit de théories ou de revues qui portent à la fois sur les facteurs qui peuvent prédire les problèmes de santé mentale en milieu de travail et sur ceux qui sont inhérents à la réadaptation au travail. Pour les modèles relatifs à la prévention reconnus comme incontournables (Corbière, Negrini et Dewa, 2013), on compte : 1) le modèle Demandes-Contrôle-soutien (DCS) (Karasek, 1990) ; 2) le modèle de Déséquilibre-Effort-Récompense (DER) (Siegrist, 1996) ; 3) le modèle Demandes — Ressources (DR) (Demerouti et coll., 2001). Dans les deux premiers modèles, les notions d'une faible latitude décisionnelle de demandes psychologiques et d'efforts intrinsèques et extrinsèques illustrées par une charge de travail (physique et mentale) importante imposée par l'organisation ou par l'employé ou le gestionnaire par souci du travail accompli (p. ex. apporter du travail à la maison), ainsi que le faible soutien et le peu de reconnaissance au travail par le collectif de travail, toutes combinées ensemble, engendrent un déséquilibre dans une situation de travail décrite comme pathogène. Cette dernière, en retour, amène chez le gestionnaire et son équipe en l'occurrence, à développer des symptômes de nature anxieuse et/ou dépressive, voire des absences dues à un TMC (p. ex. dépression, trouble anxieux). Ces conséquences négatives peuvent d'ailleurs s'accélérer lorsque les ressources du milieu de travail sont insuffisantes, voire inexistantes (p. ex. absence de soutien social et de récompenses). Les auteurs de ce modèle ont établi un large éventail des facteurs de protection et de risque psychosociaux dans deux grandes catégories : les demandes provenant du milieu de travail, et les ressources — humaines, structurelles et financières — issues du milieu de travail (Schaufeli et coll., 2002). Ce dernier modèle permet de mettre en exergue la réalité complexe des conditions de travail et comment elles interagissent entre elles et avec les employés. St-Hilaire et Gilbert (2019) ajoutent que la consultation, la participation et l'engagement de tous les acteurs du milieu de travail sont des composantes essentielles pour prétendre à un bon climat de santé mentale en milieu de travail. Les gestionnaires ont d'ailleurs un rôle clé dans le déploiement de ces composantes (St-Hilaire et Gilbert, 2019).

Pour ce qui est de la réadaptation au travail à la suite d'une absence maladie, en l'occurrence les TMC, Loisel et coll. (Loisel et coll., 2001; Loisel et Anema, 2013) proposent le paradigme de l'incapacité au travail. Les auteurs stipulent que l'incapacité au travail (p. ex. absence prolongée) résulte des lacunes sur le plan des interactions et de la communication des acteurs de 4 systèmes: 1) le système personnel (p. ex. le travailleur); 2) le système de l'entreprise (p. ex. le supérieur immédiat, les collègues de travail); 3) le système de santé (p. ex. le médecin soignant); 4) le cadre législatif et le régime d'assurance (p. ex. l'agent d'indemnisation). Basés sur le paradigme de l'incapacité au travail, les résultats d'un récent examen de la portée (*scoping review*) ont permis de décrire les rôles et actions des acteurs du retour au travail d'employés à la suite d'un TMC (Corbière et coll., sous presse). La plupart des articles retenus dans cet examen de la portée suggèrent de déployer dans les organisations la formation des gestionnaires en leur offrant les ressources nécessaires (matérielles et humaines), telles que la gestion du retour au travail des employés, la prévention des rechutes, la détection des signes précurseurs et la démystification des problèmes de santé mentale (Corbière et coll., sous presse). C'est pourquoi plusieurs études mettent l'accent sur le rôle essentiel du gestionnaire dans les processus de retour au travail et de prévention des rechutes à la suite d'une reprise professionnelle, notamment avec la mise en place d'aménagements de travail (Corbière et coll., sous presse; Johnston et coll., 2015; Negrini et coll., 2018).

Dans le cadre de cet article et à travers des groupes de discussion conduits auprès de gestionnaires d'une grande organisation de santé, nous tenterons de répondre aux questions de recherche suivantes: « Quels sont les principaux enjeux de gestion liés à la santé mentale des employés de l'organisation, notamment sur le spectre de la santé mentale et travail – de la prévention des problèmes de santé mentale en milieu organisationnel à la gestion des absences maladies liées à des troubles mentaux courants et au retour au travail de ces employés? » et « Quelles pistes d'actions/solutions l'organisation et les gestionnaires respectivement peuvent-ils poser/mettre en place pour dépasser voire contrecarrer ces enjeux? »

Méthode

Déroulement et devis de l'étude. Avec pour objectif de mieux saisir cette problématique d'actualité, le centre de recherche affilié à une

grande organisation de santé localisée à Montréal a créé un chantier de recherche destiné aux problématiques de *santé mentale et travail*. Le but de ce chantier étant de rapprocher la recherche de la pratique et les chercheurs des collaborateurs terrain. Pour ce faire, les deux groupes d'acteurs ont mis en place conjointement, suite à plusieurs rencontres, un projet de recherche de nature participative. Lors de ces rencontres, la question du rôle du gestionnaire, son bien-être et son implication dans le milieu organisationnel a été soulevée dans l'application des pratiques visant à améliorer la santé organisationnelle (de la prévention à la réadaptation au travail). En vue d'appréhender la situation des gestionnaires dans la grande organisation de santé, nous avons entrepris un premier projet afin d'identifier les enjeux vécus par les gestionnaires et les pistes d'actions concrètes ou solutions qu'ils proposaient pour les dépasser. Une seconde phase pouvait dès lors être éventuellement mise en place avec la participation des gestionnaires pour développer des axes d'intervention visant l'implantation et l'évaluation des pistes d'action ou solutions retenues.

Une recherche de nature participative semblait pertinente dans le cadre de cette étude, car comme l'indiquent Larivière, Briand et Corbière (2014, p.649), l'approche participative présente plusieurs avantages tels que : 1) prendre en compte les acteurs du milieu, en favorisant ainsi l'appropriation et l'application des résultats par les personnes concernées ; 2) donner une voix à des personnes qui traditionnellement ne participent pas au processus de la recherche ; 3) assurer le décroisement entre la recherche et la pratique. Le Chantier Santé mentale et travail a donc privilégié ce type d'approche méthodologique pour l'utiliser comme levier de changement visant l'application de solutions et stratégies dans le milieu étudié par et pour les participants (Andersson, 2018 ; Cargo et Mercer, 2008). Ainsi, en suivant cette approche, le développement de ce projet a été coconstruit avec les collaborateurs terrain de la grande organisation de santé et les chercheurs affiliés à ce même établissement, via des rencontres régulières qui ont débuté à l'automne 2017.

Le Carrefour des cadres est un événement organisationnel provenant de la direction de la grande organisation de santé. Il permet, plusieurs fois par an, le rassemblement des gestionnaires-cadres de l'organisation en vue d'informer, de former et de soutenir les gestionnaires dans leur pratique professionnelle selon le modèle de gestion et les valeurs de l'organisation. À l'occasion du développement du projet de recherche, les collaborateurs terrain et les chercheurs ont planifié

la tenue d'un Carrefour des cadres dédié à la thématique du chantier en santé mentale et travail. Cet événement a eu lieu à l'automne 2018 et a permis la collecte de données sur le site de la rencontre. Le Carrefour s'est déroulé en plusieurs parties: une introduction; une série de courtes communications; un atelier de recherche; un atelier pratique; et pour finir une conclusion de la haute direction de la grande organisation de santé et de la direction du centre de recherche qui lui est affilié. Les groupes de discussion ont été mis en place dans la partie *Atelier de recherche* du Carrefour, d'une durée de 80 minutes.

Technique d'entretien et recrutement. Le groupe de discussion a été choisi comme méthode de collecte de données, non seulement pour dégager un éventail des points de vue des gestionnaires, mais aussi pour susciter des réflexions en groupe. Le groupe de discussion a aussi l'avantage de permettre aux participants d'explorer et de clarifier leurs propres opinions par les interactions qu'elles suscitent (Green et Thorogood, 2018). Ainsi, afin de répondre aux objectifs de la recherche, le groupe de discussion permettait de construire la réflexion de manière dynamique par l'effet de groupe sur les enjeux en santé mentale et travail perçus par les gestionnaires de la grande organisation de santé participante.

Les gestionnaires ont été invités à la demi-journée par courriel initié par la direction des communications de la grande organisation de santé. Une préinscription était alors proposée en ligne pour permettre aux équipes de préparer le personnel de recherche selon le nombre potentiel de participants. À priori et selon les expériences des collaborateurs terrain, un nombre moyen de 200 à 250 gestionnaires (sur un bassin de plus de 400 membres) ont participé au Carrefour des cadres. Au final, 83 gestionnaires sur 253 présents lors du Carrefour ont pris part à cette étude et ont été répartis dans 10 groupes de discussion (entre 6 et 12 personnes par groupe). Cette taille moyenne de participants par groupe est considérée idéale pour favoriser les échanges (Green et Thorogood, 2018; Morgan, 2004). Chaque groupe était composé de gestionnaires provenant d'un même département/service ou connexe, dans l'objectif de rendre la discussion plus aisée et ainsi nous faire part du contexte de la grande organisation de santé dans son ensemble et ses particularités.

De façon générale, environ trois quarts (77 %) des participants étaient des femmes ($n = 64$). En ce qui concerne leur âge, près des trois quarts des participants avaient entre 28 et 40 ans ($n = 30$) ou entre 40

et 50 ans ($n = 33$) et autour d'un quart d'entre eux entre 50 et 60 ans ($n = 20$). Sur toute la durée de leur carrière, les trois quarts des participants ($n = 62$) avaient moins de 10 ans d'années d'expérience en tant que gestionnaires. Ces résultats reflètent le nombre d'années d'ancienneté dans leur poste actuel comme gestionnaire c'est-à-dire que 42,2 % comptaient moins de 5 ans ($n = 35$), 22,9 % entre 5 et 10 ans ($n = 19$) et le reste du groupe plus de 10 ans ($n = 29$). Toujours dans leur poste actuel, 48,2 % des participants avaient sous leur supervision moins de 50 personnes ($n = 40$), 27,7 % entre 50 et 100 ($n = 23$), 10,8 % entre 100 et 200 ($n = 9$), et 13,3 % entre 200 et 1500 employés ($n = 11$). Dans le cadre de l'étude, 13 directions étaient représentées : direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (22,9 %) ; direction des soins infirmiers (16,9 %) ; direction des services techniques (13,3 %) ; direction du programme jeunesse et des activités de santé publique (9,6 %) ; direction des services multidisciplinaires (9,6 %) ; direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (8,4 %) ; direction des services professionnels (6,0 %) ; direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance/mission universitaire (4,8 %) ; direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (3,6 %) ; direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (1,2 %) ; direction des ressources technologiques (1,2 %) ; direction de la recherche (1,2 %) ainsi que la direction des ressources financières (1,2 %).

Lorsque l'on compare ces résultats à la population totale des gestionnaires ($n = 459$) de cette même organisation, on note des pourcentages similaires, avec 67 % de femmes ($n = 308$) et un peu moins des deux tiers ($n = 268$) ayant moins de 50 ans. Enfin, comme on compte 16 directions distinctes dans cette grande organisation de santé, trois directions seulement n'étaient pas représentées dans cette étude.

La première question posée lors du groupe de discussion était : « Selon vous, quels sont les principaux enjeux de gestion liés à la santé mentale des employés de votre organisation, notamment sur le spectre de la santé mentale et travail — de la prévention des problèmes de santé mentale en milieu organisationnel à la gestion des absences maladie liées à des troubles mentaux courants et au retour au travail de ces employés ? » Lorsque cette question leur était posée, les participants étaient invités à réfléchir individuellement aux éléments de réponse et à noter sur une feuille de papier préparée en amont les éléments qui leur venaient à l'esprit. Il leur était aussi indiqué de cibler l'enjeu qui leur semblait le plus important dans leur milieu de travail. À tour de

rôle, les participants étaient invités à présenter les enjeux en santé mentale et travail qu'ils percevaient et ensuite, ils étaient invités à échanger en groupe sur leurs réponses individuelles. Cette procédure aide à prendre en compte l'ensemble des perceptions des individus du groupe et ainsi éviter qu'une personne n'ait pas pu exprimer son point de vue (Kitzinger, 1994 ; 1995). À la suite de ce tour de table, une nouvelle discussion avait lieu pour discuter de l'enjeu qui devait être retenu par le groupe de discussion avec comme consigne qu'un seul enjeu ne pouvait être retenu.

Après avoir formulé l'enjeu central par consensus dans le groupe de discussion, une deuxième série de questions était alors posée aux mêmes groupes de gestionnaires : « Quelles pistes d'actions/solutions l'organisation d'une part, et les gestionnaires d'autre part, peuvent poser/mettre en place pour dépasser voire contrecarrer l'enjeu ciblé en amont ? » Le même déroulement du groupe de discussion à la première phase a été adopté, notamment en leur proposant de réfléchir individuellement (noter leurs idées sur une feuille de papier), puis une discussion dans le groupe était réalisée. À la fin du groupe de discussion, les participants étaient invités à remplir un bref questionnaire socio-démographique.

Pour mener à bien les groupes de discussion, un animateur expérimenté par groupe de discussion assurait le bon déroulement, assisté par un agent de recherche à la prise de notes. Pour standardiser les groupes de discussion, un guide avait été développé par l'équipe de recherche et les collaborateurs du milieu. Tous les animateurs et preneurs de notes avaient rencontré l'équipe de recherche en amont, dans le cadre d'un atelier d'une durée d'une heure pour s'assurer de la standardisation du déroulement des groupes de discussion et de répondre du même coup aux besoins de clarification.

Analyse des verbatim et éthique. À partir du recueil de notes individuelles des participants, une analyse descriptive interprétative a été utilisée (Gallagher, 2014). Ce type d'analyse qualitative consiste en la codification du verbatim (ou notes en l'occurrence) en catégories conceptuelles. Dans le cadre de cette étude et selon les questions du groupe de discussion, les codes renvoient à un enjeu, une attitude/action suggérée par le participant pour ensuite articuler ces derniers aux codes qui émergeront des autres participants. Ainsi, il est possible de dégager une compréhension holistique et fine des enjeux du milieu organisationnel concernant la problématique santé mentale et travail

selon les perceptions des gestionnaires, mais aussi de l'éventail des pistes d'actions et solutions pour l'enjeu retenu par chacun des groupes de discussion.

La codification des notes des participants a été effectuée à partir des études empiriques et théories existantes sur lesquelles les auteurs s'appuient pour approcher cette problématique (p. ex. Corbière et coll., 2013). Les 3 premiers auteurs de cet article ont créé un cahier de codes communs (ou principes) et ont réalisé cette codification avec le logiciel Excel. À partir de ce cahier, 2 codeurs ont procédé de façon indépendante à la codification de l'ensemble des propos recueillis lors des groupes de discussion. L'objectif était de conserver tous les enjeux et solutions mentionnés par les participants en les articulant sous de grandes catégories (ou principes). Pour finir, l'ensemble des coauteurs de cet article ont passé en revue le classement des stratégies en considérant les principes conçus préalablement. L'accord intercodeurs (M.C. et M-F.B.) a été effectué pour chaque verbatim des gestionnaires. En ce qui concerne les enjeux, l'accord intercodeurs était de 90,5 % et pour les solutions, il était de l'ordre de 94 %. Quant aux divergences, elles ont systématiquement fait l'objet de discussion pour aboutir à un commun accord. Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la grande organisation de santé participante.

TABLEAU 1

Catégories conceptuelles des enjeux et solutions en santé mentale et travail

Catégories conceptuelles	Enjeux	Solutions
	<i>n</i> (% = <i>n</i> /total)	<i>n</i> (% = <i>n</i> /total)
1. Cadre de gestion		
1.1 Lignes directrices de l'organisation	29 (3,83 %)	15 (1,97 %)
1.2 Gestion du changement	18 (2,37 %)	2 (0,26 %)
1.3 Gestion de proximité physique et ratio d'encadrement	33 (4,35 %)	21 (2,75 %)
1.4 Gestion de la charge de travail (physique et mentale)	96 (12,66 %)	89 (11,66 %)
1.5 Marge de manœuvre du gestionnaire	20 (2,64 %)	34 (4,46 %)
1.6 Temps de réflexion/prise de recul/prise de conscience	6 (0,79 %)	22 (2,88 %)
Total	202 (26,65 %)	183 (23,98 %)

Catégories conceptuelles	Enjeux	Solutions
	n (% = n/total)	n (% = n/total)
2. Gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles		
2.1 Gestion des ressources humaines, stratégies de recrutement et de rétention	50 (6,6 %)	26 (3,41 %)
2.2 Gestion des ressources financières et matérielles	13 (1,72 %)	10 (1,31 %)
2.3 Centralisation/diffusion de l'information	1 (0,13 %)	11 (1,44 %)
Total	64 (8,44 %)	47 (6,16 %)
3. Gestion et outils en santé mentale et travail		
3.1 Gestion des absences et du retour au travail liée à la santé mentale	111 (14,64 %)	26 (3,41 %)
3.2 Outils, formations, soutien, sensibilisation et services liés à la santé mentale	115 (15,17 %)	167 (21,89 %)
3.3 Climat de sécurité psychologique/climat de travail	18 (2,37 %)	17 (2,23 %)
Total	244 (32,19 %)	210 (27,52 %)
4. Collaboration, rôles et actions des acteurs		
4.1 Collaboration et concertation avec différents acteurs (RH, service de santé, syndicat, haute direction, partenaires professionnels)	49 (6,46 %)	62 (8,13 %)
4.2 Collaboration et concertation entre les membres de l'équipe (gestionnaire et employés)	45 (5,94 %)	55 (7,21 %)
4.3 Connaissances, comportements et attitudes du gestionnaire	37 (4,88 %)	94 (12,32 %)
4.4 Connaissances, comportements et attitudes de l'employé	31 (4,09 %)	non nommé
Total	162 (21,37 %)	211 (27,65 %)
5. Sentiment d'appartenance des employés		
5.1 Sens du travail/plaisir au travail	6 (0,79 %)	17 (2,23 %)
5.2 Reconnaissance du travail/valorisation des employés	11 (1,45 %)	27 (3,54 %)
5.3 Affiliation des employés	11 (1,45 %)	8 (1,05 %)
Total	28 (3,69 %)	52 (6,82 %)
6. Équilibre travail/vie personnelle		
6.1 Conciliation travail-famille/famille-travail/ressources complémentaires	19 (2,51 %)	13 (1,70 %)
6.2 Aménagement de l'horaire de travail/espace de travail	non nommé	15 (1,97 %)
6.3 Cohérence/santé/productivité/valeurs	38 (5,01 %)	15 (1,97 %)
6.4 Saines habitudes de vie	1 (0,13 %)	17 (2,23 %)
Total	58 (7,65 %)	60 (7,86 %)
Total cumulatif	758 (100 %)	763 (100 %)

n = le nombre d'occurrences de l'enjeu ou de la solution

% = le nombre d'occurrences de l'enjeu sur le nombre total d'enjeux nommés par les gestionnaires

% = le nombre d'occurrences de la solution sur le nombre total de solutions nommées par les gestionnaires

Résultats

Les enjeux des questionnaires relatifs à la santé mentale et travail et les pistes d'actions/solutions suggérées se répartissent en 6 grandes catégories conceptuelles colligées dans le tableau 1. Ces catégories conceptuelles sont présentées en partant des problématiques sur le plan organisationnel, incluant les politiques des services en santé et de gouvernance, jusqu'au contexte plus individuel reflétant les acteurs et leur positionnement psychosocial. Dans le tableau 1, chacune des 6 catégories décrit le nombre d'occurrences des enjeux et pistes d'actions/solutions respectivement. Par occurrence, on considère ici le nombre de fois où l'enjeu ou la piste d'action/solution en question ont été nommés par les questionnaires. Ainsi, pour certains enjeux et pistes d'actions/solutions qui sont plus souvent ressortis dans les données, un même questionnaire peut l'avoir nommé à plusieurs reprises lors du processus de discussion. Dans le cadre de cette étude, nous avons pu constater que les enjeux centraux retenus par chacun des 10 groupes de discussion se chevauchaient ainsi que les pistes d'actions/solutions qui y sont associées. C'est pourquoi nous avons décidé, dans un souci de précision, de documenter les pistes d'action/solutions liées aux enjeux spécifiques émis par chacun des groupes de discussion. De plus, les pistes d'actions/solutions pour dépasser les enjeux pouvant être apportées d'un côté par l'organisation et d'un autre par le questionnaire sont présentées vis-à-vis des 6 catégories conceptuelles qui ont émergé ; ces pistes d'actions/solutions organisationnelles ou individuelles suggérées par les questionnaires sont regroupées ensemble sans distinction dans le tableau 1, avec toutefois des précisions dans le texte ci-dessous. Enfin, nous proposons d'aborder les catégories conceptuelles en suivant une formule entonnoir soit des aspects de nature macroscopique (p. ex. cadre de gestion) à ceux de nature plus microscopique ou encore qui constituent des éléments hors du contexte de travail (p. ex. équilibre travail – vie personnelle), plutôt qu'à partir de leurs occurrences en tant que telles. Aussi, bien que les occurrences des catégories conceptuelles puissent sembler élevées en termes d'enjeux ou de pistes d'action/solutions, elles font souvent référence à des réponses succinctes ou laconiques. Par exemple pour la catégorie « charge de travail », on a souvent comme verbatim d'enjeu : « surcharge de travail ou trop de travail » et pour solution : « réduire la charge de travail » ou « enlever du travail ». Dans cette partie des résultats, nous présenterons des exemples de verbatim

qui sont plus explicites ou détaillés pour illustrer davantage les catégories conceptuelles du tableau 1.

1- Le cadre de gestion

Cette 1^{re} catégorie conceptuelle regroupe 6 enjeux relatifs à la gouvernance et aux modèles de gestion. Ces enjeux représentent ensemble la 2^e catégorie la plus importante avec au total 27 % d'occurrences. L'enjeu de *l'absence de lignes directrices de l'organisation* se rapporte non seulement aux manques de standardisation des pratiques et d'optimisation organisationnelle, mais aussi à de multiples priorités qui interviennent en un temps restreint et une absence d'indicateurs ou de points de référence pour agir. Cet enjeu est associé à des solutions pouvant être apportées par l'organisation pour optimiser les lignes directrices en intégrant des indicateurs de qualité et de quantité de travail, et standardiser les politiques de l'organisation afin d'assurer leur application équitable. Un autre enjeu fait référence à *la gestion des changements* et a pour solution organisationnelle de mieux intégrer les changements en les échelonnant (p. ex. effectuer un changement à la fois avec sa gestion dédiée). Un autre enjeu, *la difficulté de la gestion de proximité physique relative aux ratios d'encadrement élevés* est particulièrement centrée sur le défi intrinsèque de la gestion dite « multisite » pour l'accompagnement et le soutien des employés avec des quarts de travail différents et divers lieux d'exercice (dans les nombreuses installations du réseau). Pour illustrer cet enjeu, les gestionnaires nous font part :

« De difficulté à agir en mode “prévention”, de liens difficiles à établir avec les employés dans un contexte multisite (L83 E2). Enjeu de pouvoir limité du gestionnaire par rapport à la grande charge de travail de nos employés. On tire l'élastique, avec ratio basé sur les pratiques de performances financières. On se retrouve devant la situation où les employés nous le disent qu'ils en ont trop et on est impuissant devant cela. L'employé finit par partir en maladie. On a l'ambition de nos moyens (L13 E1). »

En guise de solutions, un même gestionnaire suggère de :

« Augmenter la présence au travail de la part des gestionnaires pour faciliter la prévention des employés (L40 SG1). Télétravail possible pour les gestionnaires afin de regrouper les tâches administratives et permettre d'être plus libérés lorsque sur l'unité (L40 SG2). »

Le 4^e enjeu de cette catégorie, le plus saillant (avec 13 % d'occurrences), est relatif à la gestion de la charge de travail physique et mentale pour laquelle les solutions identifiées visent l'équilibre du temps de travail, l'implication du gestionnaire et la recherche collective de solutions. À ce propos, des gestionnaires nous font part de cet enjeu et de solutions possibles :

« La surcharge de travail provoque une cascade de décisions pour "sauver du temps". Il est rendu habituel pour plusieurs de dîner en travaillant, de rentrer plus tôt le matin ou terminer plus tard pour compléter les tâches. Cette culture basée uniquement sur la performance ne tient pas compte des limites individuelles que plusieurs repoussent et pour certains au-delà de leurs limites et "tombent" en maladie... Surcharge de travail et culture de la performance... On dirait que c'est reconnu de rentrer plus tôt et de terminer plus tard. Je trouve qu'il y a un aveuglement par rapport à ça, une performance aveugle. Nous devrions établir nos limites... (L47 E1). Valoriser l'équilibre; encourager les employés à respecter l'horaire; être à l'écoute, être disponible quand il y a un sentiment de surcharge et chercher des solutions à plusieurs (partager le fardeau) (L50 SGI). »

Le manque de marge de manœuvre du gestionnaire ainsi que *l'absence de temps de réflexion* pour prendre les mesures nécessaires à la gestion des équipes dans un climat positif sont les derniers enjeux identifiés de cette catégorie. Respectivement, les solutions proposées se concentrent sur l'augmentation de la latitude décisionnelle du gestionnaire pour lui permettre de s'investir auprès de son équipe, de mettre en place des aménagements de travail, et permettre un temps de réflexion dédié pour une prise de recul adéquate.

2- Gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles

Cette 2^e catégorie conceptuelle est composée de 3 enjeux et solutions. Parmi eux, avec près de 15 % des occurrences, la principale inquiétude des gestionnaires liée à cette catégorie réside dans les difficultés à *gérer les ressources humaines* et les lacunes des *stratégies de recrutement et de rétention du personnel*. Les constats des gestionnaires sont collés à un contexte de pénurie de main-d'œuvre où de nombreuses professions en santé connaissent des défis notoires de relève et un taux de roulement élevé qui a des conséquences sur la santé mentale des travailleurs en poste. À cet effet, une gestionnaire rapporte « plusieurs

postes vacants (difficulté de recrutement) ou d'employés absents, ce qui met une pression sur les personnes présentes (L36 E2).»

À cet égard, les solutions proposées par les gestionnaires ciblent l'optimisation des stratégies de recrutement et de rétention, notamment par l'anticipation des besoins en matière de main-d'œuvre pour permettre en retour des ressources supplémentaires (en surcapacité): «Avoir une planification de la main-d'œuvre efficiente et d'un plan de relève pour anticiper les enjeux de manque de main-d'œuvre (L44 SG4).»

La gestion des ressources financières et matérielles et la centralisation et diffusion de l'information sont les 2 autres enjeux de cette catégorie liée à la gestion des ressources. La gestion des ressources financières et matérielles réfère principalement à l'enjeu d'un manque de ces ressources afin de bien répondre aux besoins. Cela s'illustre par les propos suivants: «Budget de perfectionnement quasi absent (L24 E6). Pas beaucoup de marge de manœuvre pour accommodements au retour au travail (financière et temps) (L51 E8).»

À ce titre, les solutions proposées sont de dégager des budgets afin de remédier à cet enjeu: «Mettre un budget pour la réussite du retour au travail. Accompagner un retour au travail progressif. En ce moment un retour progressif = une journée complète de travail (L58 SO2).»

Pour sa part, *la centralisation de l'information et sa diffusion* concerne la méconnaissance des ressources disponibles en matière de santé mentale et travail. Des gestionnaires nous font part des enjeux suivants: «Les sources d'aide pour les gestionnaires qui ont des employés ayant des troubles mentaux: 1 – diffusion de l'information; 2 – mécanisme d'accès (L76 E6).»

Les solutions s'orientent vers la création d'un répertoire des informations et des ressources existantes dans l'organisation en matière de santé mentale et travail. De même que de centraliser les demandes des employés et des gestionnaires afin de mieux les orienter:

«Faire un répertoire des moyens qui existent dans l'organisation et le partager avec les employés (p. ex. document sur le programme d'aide aux employés) (L77 SG1). Centralisation des demandes par employés (L35 SO9). Avoir un seul point de contact pour avoir de l'information ou de l'aide (L77 SO2).»

3- Gestion et outils en santé mentale et travail

Il s'agit de la catégorie conceptuelle la plus saillante dont les 3 enjeux qui la composent représentent 32 % des occurrences totales. Ceux-ci

comprennent les défis en santé mentale et travail des gestionnaires, s'échelonnant de la prévention à la réadaptation au travail. Le premier enjeu concerne *la gestion des absences et du retour au travail liée à la santé mentale des travailleurs*. Cette gestion est freinée par le manque d'information autour du retour au travail de l'employé en absence maladie, qui affecte la gestion de l'équipe et les aménagements de travail à mettre en place. Cet enjeu met en exergue le besoin d'avoir un programme de retour au travail standardisé, des outils de gestion des absences et une meilleure connaissance des aménagements de travail possibles afin d'agir et d'éviter les conséquences des absences maladie sur la qualité des soins et des services. Le 2^e enjeu, le plus important de la catégorie en matière d'occurrences, implique *la disponibilité des outils, formations, services, du soutien et de la sensibilisation liés à la santé mentale*. Il couvre ainsi le manque d'outils soutenant la détection des signes avant-coureurs (p. ex. en prévention primaire), le manque d'encadrement et de soutien au gestionnaire, au besoin de formation en gestion de stress au travail et la stigmatisation persistante de la santé mentale en milieu de travail. À ce sujet, un gestionnaire déplore «le manque d'accompagnement et de ressources lors d'un retour. Le gestionnaire est laissé à lui-même. Même au niveau des documents, politiques et procédures (L57 E1)».

Les solutions émises promeuvent l'implantation d'un programme spécialisé de soutien aux gestionnaires et l'accès pour les gestionnaires et les employés à des outils et des formations en matière de santé mentale et travail. Par exemple, il est proposé sur le spectre santé mentale et travail :

«Équipe d'intervention RH/SST dédiée pour un programme de prévention/dépistage/intervention qui assisterait les gestionnaires pour les enjeux de santé mentale. L'assistance devrait être plus qu'un simple rôle conseil, il faut tenir compte de la réalité terrain des gestionnaires (L63 SO1).»

«Pour ceux qui reviennent d'un problème de santé mentale ou nouvel employé, proposer un jumelage... jumelage/surplus pendant un court instant pour lui donner la chance de bien réussir son arrivée ou son retour (L13 SG1).»

«Outiller les employés + gestionnaires (connaissances et interventions) sur prévention santé mentale. Outiller les employés et gestionnaires sur la santé mentale afin qu'on se dote d'un langage commun (L32 SO1).»

Cette catégorie comprend comme 3^e enjeu *le climat de sécurité psychologique et le climat de travail*, pour lequel les solutions reposent sur une intolérance pour la violence au travail et la création de relations de confiance afin de favoriser un climat de sécurité psychologique et un bon climat de travail.

4- Collaboration, rôles et actions des acteurs

Cette 4^e catégorie conceptuelle comprend 4 enjeux et pistes d'actions/solutions. Cet ensemble d'enjeux représente 21 % des occurrences, la 3^e catégorie par ordre d'importance. Les deux premiers enjeux portent sur *la collaboration et la concertation entre d'une part les différents acteurs du milieu organisationnel, et d'autre part entre les membres de l'équipe*. Ces enjeux rendent compte des difficultés de collaboration et de coordination (p. ex. avec le service en santé et sécurité au travail) associées au manque de clarification des rôles et des tâches de chacun. Ils traitent du problème d'intégration et de cohésion d'équipe, du manque d'implication des employés et de la difficulté de se coordonner avec les équipes, notamment faute de moyens et de mécanismes de communication. Le principal enjeu de cette catégorie étant celui de la collaboration et de la concertation entre les différents acteurs du milieu organisationnel (les ressources humaines, le service de santé et sécurité au travail, les syndicats, la haute direction et les partenaires professionnels), particulièrement dans un souci de communication et de responsabilités. À titre d'exemples, les gestionnaires soulignent les enjeux suivants :

« Peu de soutien de la part du bureau de santé — difficile d'avoir des suivis (L44 E1). Difficultés de communication. Impression de perte de temps pour toujours chercher l'information ou pour savoir qui contacter ou qui est responsable de tel dossier, difficile d'avoir des retours d'appel ou suivi (tout le monde est débordé, délai causé) (L62 E5). »

Les solutions proposées pour cette catégorie reposent principalement sur la clarification des rôles et responsabilités pour améliorer la collaboration et la concertation entre les acteurs, ainsi que l'arrimage des actions avec le service de santé et sécurité au travail. On retient par exemple :

« Définir les rôles, responsabilités, tâches de chaque personne — on se donne au moins des bases de qui fait quoi. Attentes, rôles, responsabilités par rapport à la santé mentale (L68 SG1). »

Les deux autres enjeux de cette catégorie sont relatifs aux *connaissances, comportements et attitudes du gestionnaire d'un côté, et de l'employé de l'autre côté*. En plus des attributs individuels du gestionnaire et de l'employé, ces enjeux questionnent les capacités du gestionnaire à soutenir les employés tout en assurant la performance du service, à adapter les attentes selon les difficultés vécues par l'employé et à reconnaître ses exigences envers soi et les membres de l'équipe. Les solutions pour optimiser les connaissances, comportements et attitudes des gestionnaires se centrent autour des qualités dites « humanistes », d'ouverture, d'écoute, d'empathie, et de résilience (p. ex. permettre la personnalisation de la supervision).

5- Sentiment d'appartenance des employés

Cette 5^e catégorie conceptuelle relève principalement de la difficulté à créer un sentiment d'appartenance dans une grande organisation *multisite* et de la motivation des employés à cet égard. Cette catégorie est composée des 3 enjeux suivants : *le sens et le plaisir du travail, la reconnaissance du travail et la valorisation des employés*, et *l'affiliation des employés* à leur équipe et plus largement à l'organisation. Pour illustrer cette catégorie, les gestionnaires nomment le « manque de reconnaissance par les gestionnaires : régulièrement (L61 E6) » et le « sentiment de ne pas participer — considérer (L34 E5) ».

Pour agir sur cet enjeu, les solutions proposées par les gestionnaires concernent la mise en place d'activités de reconnaissance et l'importance de souligner « les bons coups », ainsi que l'implication des employés dans les décisions, pour notamment reconnaître leur expertise et valoriser leur contribution à des moments clés :

« Utiliser la station visuelle opérationnelle. Station visuelle — tout le monde est ensemble, bloquer du temps en équipe — rituel — pour avoir un comment ça va. Quinze minutes une fois semaine. Comme gestionnaire c'est super efficace. Bons coups, reconnaissance, lieu pour relever problématique. Responsabilisation des employés — temps de bloquer avec le gestionnaire (L61 SGI). Que les travailleurs soient partie prenante dans les décisions : valorisation de leurs points de vue et de leur contribution. Reconnaissance des expertises (L41 SO3). »

6- Équilibre travail — vie personnelle

Cette 6^e et dernière catégorie conceptuelle est composée de 4 enjeux et pistes d'actions/solutions. *La conciliation travail-famille* (ou famille-travail-ressources complémentaires) est perçue comme déséquilibrée

en faveur du travail avec des conséquences directes sur la vie personnelle. *L'aménagement de l'horaire et de l'espace de travail* qui requiert une plus grande flexibilité et accessibilité aux aménagements possibles (p. ex. les horaires facilitant le transport). Les deux autres enjeux de cette catégorie reflètent la faible *cohérence entre la santé, la productivité et les valeurs*, et le manque d'inclusion des *saines habitudes de vie* dans le milieu organisationnel. Les gestionnaires relèvent un certain paradoxe entre les attentes de performance de l'organisation et le rôle de soutien des besoins des membres de leur équipe afin de favoriser une bonne santé mentale en milieu de travail. En guise d'illustration, un gestionnaire s'interroge :

« Comment mettre en place des mesures de soutien ? Et dans le contexte du travail, en tant que gestionnaire, je me retrouve coincé entre les besoins de l'employé et les exigences du service/de l'organisation. Mise en place de mesures de soutien et d'accommodement dans un contexte de surcharge, contexte organisationnel non favorable. Pas de marge de manœuvre, car ce sont d'autres employés qui paieront pour ça (L50 E5). »

Les solutions émises abordent le besoin d'agir sur l'incarnation de ce paradoxe en tant que gestionnaires pour favoriser et promouvoir le bien-être des employés :

« Faire vivre notre vision, services de qualité et sécuritaires : 1 — briser la vision budgétaire, on doit la porter ; 2 — pas au détriment du bien-être. Briser la vision budgétaire des choses afin d'être davantage dans une vision humaniste (L34 E4). Tenter de limiter les paradoxes actuels : la santé des employés est importante, mais performance attendue (++) (L69 SO3). »

Discussion

L'objectif de cette étude participative, était de dégager les enjeux en santé mentale et travail vécus par les gestionnaires d'une grande organisation de santé au Québec ainsi que les solutions qu'ils envisageaient pour les dépasser, plus particulièrement de la prévention des problèmes de santé mentale à la réadaptation au travail à la suite d'une absence maladie due à un trouble mental courant. Six grandes catégories conceptuelles d'enjeux et pistes d'actions/solutions inhérentes jalonnant le spectre de la santé mentale et travail ont émergé : 1) le cadre de gestion ; 2) la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles ; 3) la gestion et outils en santé mentale et travail ; 4) la collaboration, les rôles et actions des acteurs ; 5) le sentiment

d'appartenance des employés à l'organisation ; 6) l'équilibre travail/vie personnelle ; dans lesquelles 23 enjeux et pistes d'action/solutions sont nichés. Eu égard au nombre élevé d'enjeux et solutions associées à ces derniers, nous privilégierons, dans les prochains paragraphes, de les aborder à la lumière des résultats d'études de nature théorique et empirique, en commençant par les grandes catégories d'enjeux et pistes d'actions/solutions qui appartiennent au cadre de gestion et à la gestion des diverses ressources disponibles (p. ex. humaines, financières), pour ensuite poursuivre avec celles relatives à la gestion des outils ainsi qu'à la collaboration, aux rôles et actions des acteurs en santé mentale et travail. Quant aux catégories conceptuelles relatives au sentiment d'appartenance des employés à l'organisation et à l'équilibre travail/vie personnelle, elles seront discutées à l'intérieur même des 4 catégories précédentes, car elles y sont étroitement articulées.

Pour les 2 premières catégories, les gestionnaires nomment plusieurs enjeux vécus au sein de leur organisation, pour lesquels ils doivent faire preuve d'adaptation dans un contexte de travail en mouvance. En outre, une gestion *multisite* des membres d'une équipe à large effectif (plus de 50 % des cadres ont plus de 50 employés sous leur responsabilité) avec une marge de manœuvre restreinte se traduit par une charge de travail accrue, peu de recul de réflexion et des ressources peu optimisées. Ces résultats ne sont pas sans rappeler les éléments théoriques de 3 modèles reconnus pour la prévention des problèmes de santé mentale en milieu de travail mentionnés dans l'introduction (Demerouti et coll., 2001 ; Karasek, 1990 ; Siegrist, 1996) apportant un éclairage sur l'imbrication des enjeux susmentionnés par les gestionnaires de l'étude. En effet, la charge de travail évoquée par les gestionnaires a une influence négative sur leur bien-être psychologique et physique et une relation positive avec le roulement du personnel et l'absentéisme, notamment si les ressources humaines, structurelles et financières sont perçues comme des enjeux importants dans l'organisation. Nous pouvons extrapoler les résultats de ces modèles théoriques en faisant l'hypothèse que les retombées ont des effets collatéraux sur d'autres enjeux évoqués par les gestionnaires tels que le sentiment d'appartenance des employés voire l'équilibre travail/vie personnelle.

Parmi les solutions évoquées pour dépasser les enjeux de cadre de gestion et la gestion des ressources organisationnelle, les gestionnaires proposent d'échelonner la gestion des changements (un changement à la fois), de clarifier les lignes directrices de l'organisation, de réviser les ratios et les structures d'encadrement et d'être disponibles auprès de

leurs employés quand il y a un sentiment de surcharge. Ils suggèrent de chercher des solutions en équipe, de planifier des moyens de réflexion en les respectant, de prévoir un temps d'accueil lors de l'intégration de nouveaux employés et pour finir, d'établir un recensement des moyens qui existent dans l'organisation pour le partager avec les employés (p. ex. document sur le programme d'aide aux employés). Autant de suggestions décrites dans la littérature — de la prévention à la réadaptation au travail — qui peuvent avoir une influence non seulement sur la santé mentale des employés, mais aussi sur la reconnaissance de leur compétence et le renforcement de leur sentiment d'affiliation et de leur rétention dans l'organisation (Coutu et coll., 2012; Fall, 2015). Des suggestions qui sont naturellement en réaction à un enjeu récurrent chez les gestionnaires, soit une gestion de proximité gênée par la surcharge de travail et la structure de gestion *multi-site* qui découlent de la transformation des services dans le réseau de la santé. L'ensemble des enjeux nommés reflète en général les derniers grands changements organisationnels déclenchés par la réforme de réorganisation du réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux (projet de loi n° 10, 2015).

Comme l'indiquent Bolduc et Baril-Gingras (2010) il y a déjà une décennie, une des principales conditions d'exercice du travail des gestionnaires d'une grande organisation de santé québécoise se situe au niveau du manque de temps dont disposent les gestionnaires pour connaître et reconnaître le travail des membres de l'équipe, ainsi que pour assurer des rencontres formelles et faire des suivis. Il semblerait donc que les conditions de travail des gestionnaires des grandes organisations de santé au Québec ont peu évolué depuis dix ans. En plus de cette réalité contextuelle, les gestionnaires œuvrant dans le réseau de la santé peuvent faire face aussi au ressenti des membres de leur équipe. À ce propos, St-Hilaire et Gilbert (2019) illustrent ces difficultés par le verbatim évocateur d'un gestionnaire :

« Au lieu de comprendre les défis auxquels je suis confronté, ils (les employés) ajouteront à la pression. Ils diront "Arrêtez! Vous n'êtes pas là. Où êtes-vous?" Ils m'ont même donné un surnom. C'est Casper. Tu sais qui c'est? (p. 86, traduction libre). »

La difficulté de mettre en place une gestion de proximité n'est pas l'apanage du milieu de la santé, car nombre d'auteurs constatent cet état de situation dans de nombreux secteurs d'activité (Conjard et Journoud, 2013; Detchessahar, 2011). D'ailleurs, dans les organisations

où la santé des employés vacille, il apparaît qu'au moment même où ces derniers doivent répondre à des contraintes accrues dans leur travail, «le management déserte la scène du travail. Alors que les équipes auraient plus que jamais besoin d'une présence de l'encadrant pour expliquer et expliciter les contraintes, les hiérarchiser, écouter les difficultés, trancher dans les contradictions» (Detchessahar, 2011, p.98). En faisant référence aux écrits de Clot (Clot, 2010) en France, Conjard et Journoud (2013) parlent de «travail empêché». Les gestionnaires de proximité semblent *empêchés* pour prendre en charge les fonctions d'animation, de discussion et de régulation des tâches des membres de leur équipe. Lorsque cet éloignement a lieu, c'est-à-dire la difficulté du gestionnaire à se libérer pour expliciter le déroulement des tâches de travail et soutenir les employés, les conséquences apparaissent, telles qu'une santé organisationnelle affaiblie et une affiliation des employés à l'organisation amoindrie (Detchessahar, 2011). Pour y remédier, Conjard et Journoud (2013) font référence à 3 composantes/stratégies principales dans le cadre de management de proximité: 1) une organisation qui redonne **des marges de manœuvre** aux individus et en particulier à l'encadrement de proximité selon un rôle de traduction et de soutien à la réalisation du travail de ses subordonnés; 2) **l'institutionnalisation d'espaces de discussion** qui permettent de mettre en débat et de gérer à différents niveaux (stratégique et opérationnel) les tensions entre ce qui est demandé (le prescrit) et ce qu'il est possible de faire (le travail réel), de trouver des compromis entre les différentes prescriptions et attentes vis-à-vis du travail; 3) **un soutien organisationnel** auprès de l'encadrement afin de l'aider à assurer pleinement cette fonction de management du travail (2013, p. 85).

Pour éviter toute confusion, Conjard et Journoud (2013) précisent qu'il ne s'agit pas de multiplier les espaces de discussion en augmentant le nombre de réunions, mais bien d'optimiser ces espaces afin de créer des échanges concrets sur le travail à effectuer, en s'inscrivant dans le long terme et en développant une alliance avec les membres de l'équipe. Une bonne instrumentation et coordination des espaces est centrale et constitue un levier pour prévenir les problèmes de santé, notamment ceux relatifs à la santé mentale. En ce sens, Detchessahar (2011) précise que ces dynamiques d'échanges sont fondamentales à une construction de la santé au travail et à une valorisation des membres de l'équipe. Par ailleurs, le sentiment d'appartenance des membres de l'équipe à l'organisation, une catégorie d'enjeux soulignée par les gestionnaires de cette étude, ne pourra qu'être consolidé. Le défi principal qui

demeure toutefois est de «désempêcher» les gestionnaires, de leur redonner les moyens d'accompagner et de guider leur équipe.

Pour ce qui est des autres catégories d'enjeux et de pistes d'actions/solutions associées — la gestion et outils en santé mentale et travail ainsi que la collaboration, les rôles et actions des acteurs — elles sont également d'actualité. Les gestionnaires de cette étude font mention du besoin de créer un coffre à outils pour la santé mentale des employés, et ce, sur tout son spectre, de l'apparition des symptômes à la prévention des rechutes, en passant par la gestion des absences maladie. Pour étayer ce besoin, Biron et coll. (2016, p. 28) proposent, dans leur rapport de recherche, un éventail d'outils que les gestionnaires pourraient utiliser pour gérer les risques psychosociaux dans leur milieu professionnel. Pour ce faire, ils ont sélectionné 25 outils de prévention en santé mentale au travail, et ce, à partir de 3 critères : 1) en lien avec les risques psychosociaux et qui ont fait leurs preuves sur la santé mentale des employés ; 2) en lien avec des modèles théoriques reconnus dans le domaine (voir plus haut dans la discussion) ; 3) applicable au contexte québécois. En plus de repérer cet éventail d'outils (p. ex. la charge de travail, l'autonomie au travail, le soutien social), l'équipe de recherche a offert une séance d'information sur ces outils à plusieurs gestionnaires de divers secteurs d'activité afin de se les approprier et d'évaluer de façon qualitative les retombées dans leur environnement de travail à la suite de leur utilisation. Il ressort que près de 90 % d'entre eux perçoivent des répercussions positives après l'utilisation de ces outils (Biron et coll., 2016). Une étude qui pourrait d'ailleurs inspirer la haute direction de la grande organisation de santé participante à cette étude. Appuyés par un besoin récurrent chez les gestionnaires de mieux saisir les signes critiques ou avant-coureurs des difficultés qu'un employé pourrait présenter au travail (*struggles at work*), Dimoff et Kelloway (2019) ont récemment développé et validé une échelle brève sous le format d'une liste de comportements observables. Ces derniers sont répartis sur 5 dimensions : la détresse (p. ex. pleurer), le retrait (p. ex. s'isoler), la participation/présence réduite (p. ex. être en retard), une détérioration de la performance/productivité au travail (p. ex. ne pas rencontrer les exigences) et des comportements extrêmes (p. ex. avoir un problème d'hygiène). Dans leur première étude, les résultats indiquent que la dimension participation/présence au travail permet de prédire significativement une invalidité à long terme de 12 mois (Dimoff et Kelloway, 2019). Les auteurs stipulent que cet outil pourrait être non seulement pertinent pour les gestionnaires, mais également pour les

collègues de travail qui pourraient remarquer des difficultés chez un employé et ainsi prévenir son éventuelle détérioration.

Sur le plan de la réadaptation au travail, lorsqu'un de ses employés est aux prises avec un trouble mental (p. ex. dépression), le gestionnaire est aussi appelé à intervenir. En effet, le gestionnaire est le plus à même d'influencer les dynamiques sociales de son équipe pour créer un contexte propice au retour au travail d'un employé qui s'est absenté pour un TMC (Lemieux et coll., 2011; Negrini et coll., 2018). Malgré ces constats, Freeman et coll. (2005) mentionnent que les gestionnaires se sentent peu expérimentés quand ils doivent prendre le temps de «prendre soin» d'un employé qui présente certains problèmes de santé mentale ou encore lorsqu'ils doivent assurer le retour au travail de l'un de leurs employés à la suite d'un TMC. Les résultats de notre étude mettent en relief une nouvelle fois ce constat: les gestionnaires se sentent peu outillés face à cette problématique.

Avoir accès à un coffre à outils requiert toutefois de cibler les priorités de contenu et le format auprès des gestionnaires. Dans son enquête réalisée auprès de cette population (> 200 participants), Corbière (2012) précise que les contenus les plus populaires (> 80 %) sur le spectre de la santé mentale et travail étaient comme suit: reconnaître des symptômes liés aux problèmes de santé mentale chez un employé, faire la différence entre des problèmes de performance et les symptômes du trouble mental, gérer les absences d'employés dues à un trouble mental comme la dépression, mettre en place les stratégies d'accommodement de travail pour faciliter le retour au travail. Des résultats qui font à nouveau écho à la présente étude. Pour le format de ces formations, plus de 80 % des répondants ont mentionné avoir une préférence pour: des activités en petits groupes, en interaction avec les autres participants et le formateur, ainsi que l'usage de cas spécifiques pour illustrer les concepts amenés lors de la formation. Ces éléments de formation pourraient guider les organisations soucieuses d'intervenir efficacement auprès de ses gestionnaires. À l'instar de l'étude de Biron et coll. (2016), ces formations pourraient en l'occurrence avoir éventuellement des répercussions positives dans l'environnement de travail des gestionnaires.

Pour ce qui est de la catégorie intitulée la collaboration, les rôles et actions des acteurs, les gestionnaires déplorent le manque de communication et de concertation au sein même de leur équipe, mais aussi entre les acteurs de l'organisation. Même si tous les acteurs du retour

au travail incluant le gestionnaire ont intérêt à ce que le travailleur vive une reprise professionnelle durable et en santé, la collaboration entre les acteurs du retour au travail demeure difficile, notamment parce que le rôle de chacun d'eux et les mesures adéquates ne sont pas toujours bien définis ou compris (Hulshof et Pransky, 2013 ; Loisel, 2014 ; Young, 2013). La littérature spécialisée sur la réadaptation au travail indique que le manque ou l'inexistence de communication et de coordination entre les acteurs qui interagissent pendant le processus de retour au travail a une incidence négative sur le retour au travail et constitue un obstacle transversal tout au long du processus, particulièrement dans le cas des TMC (Loisel, 2014 ; Young, 2013). Comme le processus de retour au travail est complexe et qu'il comprend de multiples acteurs, Loisel et coll. (2001) ont suggéré de les classer en groupes d'acteurs selon une perspective de théorie des systèmes, avec laquelle le travailleur en congé de maladie interagit avec les employeurs (système de travail), les assureurs (système d'assurance) et les fournisseurs de soins de santé (système de santé) (Young, 2013). Il est à noter que cette catégorisation devient très complexe si l'on considère que chaque système comprend plusieurs acteurs. Par exemple, les employeurs (système de travail) peuvent inclure des gestionnaires de proximité, les ressources humaines, les syndicats et les collègues de travail. La clarté et la cohérence du rôle et des actions des parties prenantes en matière de retour au travail sont donc essentielles pour une reprise efficace, en particulier si l'on considère le nombre de parties prenantes appartenant à ces divers systèmes. Cependant, à notre connaissance, dans la pratique, ces informations sont rarement disponibles dans les organisations, dispersées ou diffusées dans différents documents sans une description claire du rôle et des actions des parties prenantes du retour au travail qui permettraient à ces dernières de coordonner efficacement leurs efforts et d'évaluer l'impact de leurs interventions.

Les gestionnaires en particulier sont censés faciliter la tâche des travailleurs en congé de maladie dans leur processus de retour au travail et, en même temps, de déterminer les mesures d'accommodements qu'ils pourraient mettre en place pour permettre aux travailleurs d'accomplir leur travail à la suite d'un trouble mental (Corbière et coll., sous presse ; Josephson et coll., 2008). Toutefois, les gestionnaires ont tendance à mettre l'accent sur les mesures d'accommodements liées à des aspects stricts du travail (p. ex. modification de l'horaire et des tâches) et moins sur les mesures visant à réduire les facteurs de risque psychosociaux au travail (p. ex. conflits préexistants, stress

professionnel, manque de soutien social), qui sont étroitement liés aux troubles mentaux (Bastien et Corbière, 2018). Le MSSS se préoccupe du rôle du gestionnaire et a d'ailleurs comme mandat d'accompagner le gestionnaire et son équipe dans une analyse globale de la situation de travail de son secteur d'activité. Ces orientations politiques peuvent se concrétiser par des initiatives telles que la mise en place d'équipes de soutien à l'amélioration continue en prévention (ÉSACP) qui s'étend sur 4 ans. Ce type d'initiative pourrait s'étendre du même coup à la réadaptation au travail.

Cette étude n'est pas sans comporter certaines limites, l'approche participative dans le milieu organisationnel présentant des défis. L'invitation à participer à la recherche ayant été faite par les communications de l'organisation pour l'événement organisationnel est perçue comme émanant exclusivement de l'organisation. Toutefois, durant le Carrefour des cadres, le partenariat entre la recherche et les collaborateurs du développement organisationnel (en charge de la santé organisationnelle) a été clarifié, notamment en ligne, avec la nouvelle orientation de l'organisation de santé visant à collaborer de manière plus étroite avec la recherche. Enfin, bien que l'étude ait été conduite auprès d'un grand nombre de gestionnaires ($n = 83$), elle ne représente pas l'ensemble de la population de gestionnaires de cette grande organisation de santé ($n = 459$). Elle a toutefois le mérite de représenter les résultats de gestionnaires appartenant à un grand éventail de départements et de services de santé de cette organisation ($n = 13$). Enfin, dus au contexte limité du Carrefour des cadres, entre autres sur le plan temporel, certains enjeux ou solutions perçus par les gestionnaires apparaissent parfois de façon laconique dans leur verbatim malgré leur forte occurrence. Ces enjeux et pistes d'actions/solutions pourront être considérés de manière plus approfondie dans une seconde étape du Chantier en santé mentale et travail afin de les apprécier plus finement selon leur contexte (particulier) et d'évaluer leur faisabilité d'implantation (p. ex. un service particulier de la grande organisation de santé).

Par ailleurs, force est de constater que les solutions qui émanent des gestionnaires sont surtout orientées vers l'organisation (p. ex. pallier les lacunes des stratégies de recrutement et de rétention du personnel, standardiser les politiques de l'organisation, dégager des budgets, pourvoir au manque d'outils, etc.). Ces constats renvoient donc à l'hypothèse que les gestionnaires perçoivent leur marge de

manœuvre comme réduite, notamment sur les leviers d'intervention concrets qu'ils pourraient mettre en place alors qu'ils jouent un rôle sans équivoque sur tout le spectre de la santé mentale et travail, de la prévention à la réadaptation au travail. Aussi, il est intéressant de noter que les enjeux partagés par les gestionnaires n'ont pas mis en évidence leur propre vécu ou leurs problèmes éventuels en matière de santé mentale alors qu'il est reconnu que les gestionnaires sont les plus à risque d'être affectés par le stress ou autres problèmes de santé mentale lorsque comparés aux autres acteurs des organisations (Björklund et coll., 2013; Lundqvist et coll., 2012). Une piste de recherche qui reste prometteuse, mais encore très marginale dans la littérature spécialisée est le rôle des employés à l'égard des gestionnaires, leur possible contribution à la santé du collectif. St-Hilaire et Gilbert (2019) proposent, en ce sens, de s'intéresser à savoir comment les employés peuvent aussi intervenir auprès de leurs gestionnaires en les soutenant lorsqu'ils sont pris dans l'œil du cyclone, et ce, particulièrement lors de transformations importantes dans des contextes organisationnels comme celui du réseau de la santé.

En conclusion, l'objectif de cette étude était de documenter la perspective des gestionnaires relativement aux enjeux vécus en milieu de travail sur le spectre de la santé mentale et travail, de la prévention des problèmes de santé mentale à la réadaptation au travail à la suite d'un trouble mental courant. Il en ressort 6 catégories conceptuelles en lien avec les résultats d'études publiées dans le domaine, avec toutefois des solutions concrètes, particulières au contexte d'une grande organisation de santé au Québec. Bien que cette étude ait été conduite sur une partie de la population d'une grande organisation dans un milieu de travail particulier, il ressort de façon générale que l'accessibilité à un coffre à outils sur tout le spectre de la santé mentale en milieu de travail, en offrant un rôle bien défini aux acteurs, une marge de manœuvre et des ressources qui permettent de *désempêcher* le gestionnaire dans sa disponibilité auprès de son équipe, soit essentielle. À l'issue de ces constats, une mise en commun des éléments par les chercheurs et les partenaires pourra être réalisée pour repérer les expertises correspondantes aux solutions/propositions suggérées par les gestionnaires, en vue de mettre en place celles jugées prioritaires dans leur milieu de travail. Dans cette éventuelle nouvelle phase, les chercheurs et les gestionnaires seront invités à coconstruire une ou plusieurs interventions, tissées dans leur contexte organisationnel. Il

pourrait s'agir de concevoir les formes d'interventions sur la question de la santé mentale et travail et d'en tester la faisabilité sur un petit échantillon. Cette phase représenterait l'aboutissement de l'approche participative préconisée par l'équipe du Chantier santé mentale et travail. Ces résultats permettront éventuellement de combler l'écart entre la théorie et la pratique en implantant *in situ* des solutions applicables par les participants de ce projet. Afin d'assurer une implantation pérenne de l'intervention conçue et pensée par et pour les participants, cette recherche pourra alors être conçue de manière écologique et fondée sur des données probantes.

RÉFÉRENCES

- Andersson, N. (2018). Participatory research-A modernizing science for primary health care. *Journal of General and Family Medicine*, 19(5), 154-159. <https://doi.org/10.1002/jgf2.187>
- Archambault, H. (2015, mars 31). Réforme loi 10 : Des centaines de cadres quittent pour la retraite, constate l'AGESSS. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2015/03/31/reforme-loi-10-des-centaines-de-cadres-quitte-pour-la-retraite-constate-lagecss>
- Arends, I., Bültmann, U., Nielsen, K., van Rhenen, W., de Boer, M. R. et van der Klink, J. J. L. (2014). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Social Science et Medicine*, 100, 123-132. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.041>
- Projet de loi n° 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, 10, Assemblée nationale du Québec, 41^e législature, 1^{re} session (2015). <http://www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- Bastien, M.-F. et Corbière, M. (2018). Return-to-Work Following Depression: What Work Accommodations Do Employers and Human Resources Directors Put in Place? *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9801-y>
- Baynton, M. A. (2010). Return to work: Strategies for engaging the employee in the return-to-work process when mental health is a factor. *OOHNA Journal*, 29, 16- 20.
- Biron, C., St-Hilaire, F., Baril-Gingras, G., Paradis, M.-E., Chabot, S., Lefebvre, R., ... Brisson, C. (2016). *Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires* (Études et Recherches R-921; Prévention durable en SST et environnement de travail, p. 104). IRSST.

- Björklund, C., Jensen, I. et Lohela-Karlsson, M. (2013). Is a change in work motivation related to a change in mental well-being? *Journal of Vocational Behavior*, 83, 571- 580. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2013.09.002>
- Bjorklund, C., Lohela-Karlsson, M., Jensen, I. et Bergstrom, G. (2013). Hierarchies of health: Health and work-related stress of managers in municipalities and county councils in Sweden. *J Occup Environ Med*, 55, 752-760. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e318295681c>
- Bolduc, F. et Baril-Gingras, G. (2010). Les conditions d'exercice du travail des cadres de premier niveau: Une étude de cas. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 12-3. <https://doi.org/10.4000/pistes.2777>
- Bolo, C., Sareen, J., Patten, S., Schmitz, N., Currie, S. et Wang, J. (2013). Receiving workplace mental health accommodations and the outcome of mental disorders in employees with a depressive and/or anxiety disorder. *Journal of occupational and environmental medicine*, 55(11), 1293-1299. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31829fd065>
- Cargo, M. et Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research: Strengthening its practice. *Annual Review of Public Health*, 29, 325- 350. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Étude N° 39*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Comité de gestion du réseau du MSSS. (2019). *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conjard, P. et Journoud, S. (2013). Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail. *Management et Avenir*, 63(5), 81. <https://doi.org/10.3917/mav.063.0081>
- Corbière, M. (2012). *Les perceptions et actions de divers acteurs clés de l'organisation à propos du retour au travail de travailleurs s'étant absentes pour une dépression: Les cadres en ressources humaines, les gestionnaires et les représentants syndicaux*. La journée de la Chaire du CAPRIT (Longueuil, Canada) – Novembre 2012.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S., ... Lecomte, T. (sous presse). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of employees on sick-leave due to common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- Corbière, M., Negrini, A. et Dewa, C. S. (2013). Mental Health Problems and Mental Disorders: Linked Determinants to Work Participation and Work Functioning. Dans P. Loisel et J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability* (p. 267-288). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_17
- Coutu, M., Durand, M., Corbière, M., Loisel, P., Nastasia, I. et Lemieux, P. (2012). Étude des déterminants de l'incapacité au travail dans une agence gouverne-

- mentale du Québec-Volet programme de réadaptation au travail. Québec: Gouvernement du Québec.
- Dagenais-Desmarais, V., Dufour, M.-È., St-Hilaire, F. et Hébert, R. (2013). Santé organisationnelle: Où en sommes-nous et vers où allons-nous au Québec? *Relations industrielles*, 68(4), 661. <https://doi.org/10.7202/1023010ar>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Detchessahar, M. (2011). Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution. *Revue française de gestion*, 37(214), 89-105. <https://doi.org/10.3166/rfg.214.89-105>
- Dewa, C. S., Chau, N. et Dermer, S. (2010). Examining the Comparative Incidence and Costs of Physical and Mental Health-related Disabilities in an Employed Population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 758-762. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181e8cfb5>
- Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. C. W. et Bonato, S. (2016). Employer Best Practice Guidelines for the Return to Work of Workers on Mental Disorder—Related Disability Leave: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 176-185. <https://doi.org/10.1177/0706743716632515>
- Dimoff, J. K. et Kelloway, E. K. (2019). With a little help from my boss: The impact of workplace mental health training on leader behaviors and employee resource utilization. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), 4-19. <https://doi.org/10.1037/ocp0000126>
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589. <https://doi.org/10.3233/WOR-141914>
- Fall, A. (2015). Reconnaissance au travail: Validation d'une échelle de mesure dans le contexte des entreprises. *Revue européenne de Psychologie Appliquée/ European Review of Applied Psychology*, 65(4), 189-203. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.07.001>
- Freeman, D., Cromwell, C., Aarenau, D., Hazelton, M. et Lapointe, M. (2005). Factors Leading to Successful Workplace Integration of Employees who Have Experienced Mental Illness. *Employee Assistance Quarterly*, 19(4), 51-58. https://doi.org/10.1300/J022v19n04_04
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative: Description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 5-28). Québec: Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- Gentile, D. (2016, mars 16). Québec a presque atteint son objectif d'éliminer 1300 cadres dans le réseau de la santé. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/770774/objectif-reduction-cadres-sante-1140-sur-1300>

- Gosselin, E. et Lauzier, M. (2011). Le présentéisme. Lorsque la présence n'est pas garante de la performance. *Revue française de gestion*, 211, 15-27. <https://doi.org/10.3166/rfg.211.15-27>
- Green, J. et Thorogood, N. (Éd.). (2018). *Qualitative methods for health research* (4^e édition). SAGE Publications.
- Hulshof, C. et Pransky, G. (2013). The Role and Influence of Care Providers on Work Disability. Dans P. Loisel et J. R. Anema (dir.), *Handbook of Work Disability* (p. 203-215). Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_13
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519-542. <https://doi.org/10.1002/job.630>
- Johnston, V., Way, K., Long, M. H., Wyatt, M., Gibson, L. et Shaw, W. S. (2015). Supervisor competencies for supporting return to work: A mixed-methods study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 3-17. PsycINFO. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9511-z>
- Josephson, M., Heijbel, B., Voss, M., Alfredsson, L. et Vingård, E. (2008). Influence of self-reported work conditions and health on full, partial and no return to work after long-term sickness absence. *Scandinavian Journal of Work, Environment et Health*, 34(6), 430-437. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1289>
- Karasek, R. (1990). *Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York Basic Books.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health et Illness*, 16(1), 103-121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7000), 299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. A. M., Hoedeman, R., van der Klink, J. J. L. et Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(2), 193-201. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0540-4>
- Larivière, N., Briand, C. et Corbière, M. (2014). Les approches de recherche participatives : Illustration d'un partenariat pour l'amélioration des pratiques de réadaptation en santé mentale au Québec. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 650). Québec: Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- Lemieux, P., Corbière, M. et Durand, M. J. (2011). Le rôle du supérieur immédiat dans la réinsertion et le retour au travail de personnes avec un trouble mental: Un acteur pivot de la réussite. Dans M. Corbière et M. J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (Presses de l'Université du Québec [PUQ], p. 343-366).

- Loisel, P. (2014). *Round table with all stakeholders involved in work disability prevention in 3rd WDPI Conference on Implementing Work Disability Prevention Knowledge*.
- Loisel, P. et Anema, J. (2013). *Handbook of Work Disability—Prevention and Management* (1^{re} éd.). Springer.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D.,... Tremblay, C. (2001). Disability Prevention. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
- Lundqvist, D., Eriksson, A. F. et Ekberg, K. (2012). Exploring the relationship between managers' leadership and their health. *Work: Journal of Prevention, Assessment et Rehabilitation*, 42(3), 419-427. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1395>
- Morgan, D. (2004). Focus groups. Dans S. Nagy Hesse-Biber et P. Leavy (dir.), *Approaches to qualitative research. A reader on theory and practice* (p. 263-285). Oxford University Press.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L.,... Berbiche, D. (2018). How Can Supervisors Contribute to the Return to Work of Employees Who have Experienced Depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279-288. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9715-0>
- Sanderson, K., Tilse, E., Nicholson, J., Oldenburg, B. et Graves, N. (2007). Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.024>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. et Bakker, A. B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R. et Morganstein, D. (2003). Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers with Depression. *JAMA*, 289(23), 3135-3144. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3135>
- St-Hilaire, F. et Gilbert, M.-H. (2019). What do leaders need to know about managers' mental health? *Organizational Dynamics*, 48, 45-92. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2018.11.002>
- Wyatt, W. (2005). *Au travail! Vers une organisation en santé*. Watson Wyatt.
- Young, A. E. (2013). Return to work stakeholders' perspectives on work disability. Dans P. Loisel et J. R. Anema (dir.), *Handbook of work disability* (p. 409-423). Springer.

Decline of Empathy after the First Internship: Towards a More Functional Empathy?

Hélène Givron^{a, b}

Martin Desseilles^{b, c}

ABSTRACT Research has shown a decline in empathy as medical studies progress. Among various hypotheses, an explanation track evoked is the first contact with the internship.

Objectives This quasi-experimental study was designed to examine the impact of the first internship in medical students. Our research question was: “to what extent the first internship may decreased the empathy’s scores of our 3d year medical students?”

Methods We measured the empathy of 220 third year medical students before and after their first internship (3 weeks) in family medicine. Using online surveys methodology, we collected data about empathy (“Interpersonal Reactivity Index”: IRI), epidemiology, professional orientation choices.

Results Statistical analyses revealed a small but significant decrease in IRI’s “fantasy,” “empathic concern” and “personal distress” subscales.

Conclusion These results suggest a potential impact of the first internship on empathic skills. The fact that the students’ score for the “personal distress” subscale (which characterizes a difficulty in managing their emotions) decreases is actually a rather good thing. These data raise the question of the “function” of this loss of empathy. The fact that this score decreases after first internship, may indicate a positive change for these medical students: towards better emotional regulation and more functional affective empathy.

a. Département de Psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Belgique.

b. Institut Transitions, Université de Namur, Belgique.

c. Clinique Psychiatrique des Frères Alexiens, Henri-Chapelle, Belgique –Département de Psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Belgique.

KEYWORDS empathy, medical students, internship, family medicine, dehumanization

Le déclin de l'empathie après le premier stage : vers une empathie plus fonctionnelle ?

RÉSUMÉ La recherche a identifié un déclin d'empathie à mesure que les études en médecine progressent. Parmi les différentes hypothèses, une explication souvent évoquée est le premier contact avec les stages. Cette étude quasi expérimentale a été conçue pour examiner l'impact du premier stage chez les étudiants en médecine. Notre question de recherche était : « dans quelle mesure le premier stage peut diminuer les scores d'empathie de nos étudiants en médecine de 3e année » ? Nous avons mesuré l'empathie de 220 étudiants de 3e année en médecine avant et après leur premier stage (de 3 semaines) en médecine générale. En utilisant la méthodologie des enquêtes en ligne, nous avons recueilli des données sociodémographiques, d'empathie (*Interpersonal Reactivity Index* [IRI]) et de souhait de choix de carrière. Les analyses statistiques ont révélé une diminution légère, mais significative des sous-échelles « fantaisie », « intérêt empathique » et « détresse personnelle » de l'IRI. Ces résultats suggèrent un impact potentiel du premier stage sur les compétences empathiques. Le fait que le score des étudiants à la sous-échelle « détresse personnelle » (qui caractérise une difficulté à gérer les émotions) diminue est en réalité plutôt une bonne chose. Ces données soulèvent donc la question de la « fonction » de cette perte d'empathie. Le fait que ce score diminue après le premier stage pourrait indiquer un changement positif pour ces étudiants en médecine : vers une meilleure régulation émotionnelle et une empathie affective plus fonctionnelle.

MOTS CLÉS empathie, étudiants en médecine, stage, médecine générale, déshumanisation

Introduction

Generally, empathy is difficult to define and not all authors agree on its different components. In the context of patient care and medical education, one accepted definition is “a cognitive attribute that involves an understanding of the patient’s experiences, concerns and perspectives, combined with a capacity to communicate this understanding” (Hojat *et al.*, 2002). Cognitive empathy is often distinguished from affective empathy (Batson, 2009) (some authors also add a behavioural and/or a moral component to empathy [Morse *et al.*, 1992]). Cognitive empathy is defined as the understanding of the emotional state of others. And affective empathy as the sharing of the emotional state of

others (Basic Empathy Scale, BES [Jolliffe & Farrington, 2006]). The cognitive dimension seems more receptive to a training program, while the affective component would be more innate (Hojat, 2007). Although this distinction is relevant, it seems that these two psychologically and theoretically affective and cognitive components of empathy are intimately linked and interdependent in the reality of the empathic phenomenon (Decety & Lamm, 2009; Preusche & Lamm, 2016).

Anyhow, all authors agree to say that empathy is important. In addition to improving the quality of the doctor-patient relationship (Matthews, Suchman, & Branch, 1993), physician empathy is a critical factor, associated with multiple beneficial outcomes for the patient (Derksen, Bensing, & Lagro-Janssen, 2013; Hojat *et al.*, 2011; Kim, Kaplowitz, & Johnston, 2004; Rakel *et al.*, 2011), the physicians themselves (Brazeau, Schroeder, Rovi, & Boyd, 2010; Halpern, 2003; Neumann *et al.*, 2011; Thomas, Dyrbye, Huntington, Lawson, Novotny, Sloan, *et al.*, 2007) and for health care system (Epstein *et al.*, 2005).

However, research has shown a decline in empathy as medical studies progress (Hojat *et al.*, 2004; Neumann *et al.*, 2011; Spencer, 2004). Scientific literature informs us that this deterioration of doctors' communication skills over time is due in particular to the emotional and physical brutality of medical training; especially during internships and assistantships (Ha & Longnecker, 2010). It causes a decrease in empathy, this could be illustrated, for example, by mocking the patients (DiMatteo, 1998). The steepest decrease seems to occur between medical student's second and third years as they begin their clinical training (Chen, Lew, Hershman, & Orlander, 2007; Hojat *et al.*, 2009). It seems ironic that this change happens at a time when patient-care activities appears (Hojat *et al.*, 2009). Activities that require precisely the development of relational skills such as empathy. Based on longitudinal studies, authors have indicated that this decline was stronger among students with low self-reported empathy baseline—at the beginning of their studies—(Chen, Kirshenbaum, Yan, Kirshenbaum, & Aseltine, 2012). Nevertheless, the reliability of this decline is unclear (Costa, Magalhaes, & Costa, 2013; Ferreira-Valente *et al.*, 2017). Recent reviews have called into question this decline (Colliver, Conlee, Verhulst, & Dorse, 2010; Ferreira-Valente *et al.*, 2017). It seems that it does not concern all components of empathy (Stansfield *et al.*, 2016). Indeed, some authors have identified an increase in the behavioural component of empathy (Handford, Lemon, Grimm, & Vollmer-Conna, 2013).

As explained above, among various hypotheses (time pressure, lack of role models, patient and environmental factors, competitiveness, increasing workload [Hojat et al., 2009; Kelm, Womer, Walter, & Feudtner, 2014; M. Neumann *et al.*, 2011]), an explanation track evoked is the first contact with the internship (Hojat *et al.*, 2009). This study was designed longitudinally to examine the impact of the first internship in medical students. Our research question was: “to what extent the first internship may decreased the empathy’s scores of our 3d year medical students.” Did some subscale scores of the IRI decrease after the 3 weeks internship in our students?

Methods

Procedure

At the end of their third year of study (in Belgium, the basic university curriculum in medicine—before any specialization—is made of 6 years), all students enrolled at the University of Namur in Belgium must complete a 3 weeks internship in outpatient primary care setting. They accompany their tutor throughout her/his consultations, they observe and, according to the invitation of the tutor, some of them already take part more actively in the consultation (realization of anamnesis or basic technical acts as a blood test, blood pressure, etc.).

A self-questionnaire was proposed, on a voluntary and unpaid basis, to these medical students (N=254). They were asked to fill it before and after completing their internship. Students were recruited by local advertisements. The link to the questionnaire was open access on the “virtual laboratory” (website of the psychology department offering different surveys to students). The data were collected from June to July 2017. Before completing the questionnaire, students were asked to read and accept the informed-consent form to participate freely in this study. This study was approved by the local Ethics Committee of “Cliniques Universitaires UCL Mont-Godinne” and conducted in accordance with the Declaration of Helsinki.

Participants

The final sample consists of 220 students (78 men and 142 women). We thus have a participation rate of 86.61%. The average age of the responding students is 21.9 years (SD =2.22). In order to measure whether the first internship modified the empathy scores of our students, we

implemented a longitudinal study. Since the internship is mandatory for all students, one characteristic of our sample is that they all participated in the internship. As this is a within subject design, the subjects were considered as their own controls. However, the effect of time as well as other factors that could have occurred during these 3 weeks and impact the empathy of our students cannot be discarded. This is why we will be particularly cautious when analysing the results of our quasi-experimental study.

Instruments

Using online survey methodology, we collected data about empathy ("Interpersonal Reactivity Index": IRI), demographic information and professional orientation choices. In this article, we will focus solely on the impact of the internship on the dimensions of empathy and not on career choices.

As said above, participants had to complete the IRI (Interpersonal Reactivity Index), created by Davis (Davis, 1983), to measure empathy via a multidimensional approach. According to some authors, this is one of the most used psychometric tools to measure the level of empathy (Jordan, Amir, & Bloom, 2016). More precisely, participants have completed their French version (F-IRI (Gilet, Mella, Studer, Grünh, & Labouvie-Vief, 2013)). This is a self-reported measure of 28 items, with 5-point Likert scale (ranging from 1: complete disagreement to 5: complete agreement). This questionnaire includes 4 subscales (each measured by 7 items), their validity has been proven (Davis, 1983). Empirical support for the four-factor structure of the IRI has been found (Davis, 1983). The convergent and discriminant validity of the subscales have been supported by examining pro-social behaviours (Sze, Gyurak, Goodkind, & Levenson, 2012), alexithymia (Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, & Berthoz, 2010) and aggressive behaviours (Mayberry & Espelage, 2007). These subscales measure two cognitive components of empathy: perspective-taking (PT), fantasy (F) and two emotional components: empathic concern (EC) and the personal distress (PD) (Quince, Thiemann, Benson, & Hyde, 2016). To properly interpret the results that follow, it seems necessary to present the definition of these different subscales. Fantasy (F) is defined as the tendency to project oneself mentally into feelings and actions of fictional perceptions ("I daydream and fantasize, with some regularity, about things that might happen to me"). Then, empathic concern (EC) includes altruistic feelings of sympathy and concern for those

in distress (“I often have tender, concerned feelings for people less fortunate than me”). Personal distress (PD) distinguishes ego-centered feelings of anxiety and discomfort from strained interpersonal situations (“In emergency situations, I feel apprehensive and ill at ease”). Finally, perspective-taking (PT) is the tendency to spontaneously adopt the psychological point of view of others (Davis, 1980) (“I try to look at everybody’s side of a disagreement before I make a decision”) (Quince *et al.*, 2016). The test has been used in medical research and has shown good validity and test-retest reliability coefficients (Neumann *et al.*, 2011; Quince, Thiemann, Benson, & Hyde, 2016).

Data analysis

The data were analysed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 24 of IBM.

Results

The Cronbach Alpha reliability obtained for the four subscales were all above .70 and thus considered as acceptable (Bland & Altman, 1997; Tavakol & Dennick, 2011), ranging from .742 to .790 for the first assessment and from .765 to .844 for the second assessment.

We ran an Independent-Sample T Test for each subscale at time 1, with gender as grouping variable (see Table 1, for mean and standard deviation scores of women and men of subscales of the IRI). At time 1, women obtained significantly higher scores ($M = 29.08$; $SD = 3.4$) than men ($M = 26.22$; $SD = 4.2$) for the “empathic concern”: $t = -5.47$, $p < .0001$. Women also obtained significantly higher scores ($M = 19.77$; $SD = 4.4$) than men ($M = 17.50$; $SD = 4.3$) for “personal distress”: $t = -3.67$, $p < .0001$. Finally, they also obtained significantly higher scores ($M = 26.28$; $SD = 4.9$) than men ($M = 24.71$; $SD = 5.6$) for “fantasy” subscales: $t = -2.18$, $p = .03$ of the IRI (Table 1).

Paired samples t Tests comparing scores on the different IRI subscales between time 1 and time 2 were performed. Regarding the “fantasy” subscale first, the average score decreases significantly between time 1 ($M = 25.72$; $SD = 5.2$) and time 2 ($M = 25.03$; $SD = 5.8$): $t = 2.77$, $p = .006$. Regarding the “empathic concern” subscale, the average score decreases significantly between time 1 ($M = 28.06$; $SD = 3.9$) and time 2 ($M = 27.40$; $SD = 4.5$): $t = 2.91$, $p = .004$. Finally, for the “personal distress” subscale, the average score decreases significantly

TABLE 1

Mean and standard deviations of women and men of subscales of the IRI at time 1.

IRI subscales	Gender	Mean (Std. Deviation)	Statistical Test (Independent-Samples T Test)
IRI-F	Women ($n = 142$)	26.28 (4.9)	$t = -2.18^*$
	Men ($N=78$)	24.71 (5.6)	
IRI-EC	Women ($n = 142$)	29.08 (3.4)	$t = -5.47^{***}$
	Men ($n = 78$)	26.22 (4.2)	
IRI-PD	Women ($n = 142$)	19.77 (4.4)	$t = -3.67^{***}$
	Men ($n = 78$)	17.50 (4.3)	
IRI-PT	Women ($n = 142$)	26.56 (4.2)	$t = 0.05$
	Men ($n = 78$)	26.59 (4.3)	

Note: **F** = Fantasy; **EC** = Empathic concern; **PD** = Personal Distress; **PT** = Perspective Taking

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

TABLE 2

Mean and standard deviation of students of subscales of the IRI at times 1 and 2.

IRI subscales	Mean (SD) Time 1 (before the internship)	Mean (SD) Time 2 (after the internship)	Statistical Test (Paired Samples t Tests)
IRI-F ($n = 220$)	25.72 (5.2)	25.03 (5.8)	$t = 2.77^{**}$
IRI-EC ($n = 220$)	28.06 (3.9)	27.40 (4.5)	$t = 2.91^{**}$
IRI-PD ($n = 220$)	18.97 (4.5)	18.42 (4.5)	$t = 2.27^*$
IRI-PT ($n = 220$)	26.57 (4.2)	26.36 (4.4)	$t = 0.96$

Note: **F** = Fantasy; **EC** = Empathic concern; **PD** = Personal Distress; **PT** = Perspective Taking

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

between time 1 ($M = 18.97$; $SD = 4.5$) and time 2 ($M = 18.42$; $SD = 4.5$): $t = 2.27$, $p = .023$ (Table 2).

To summarize, statistical analyses revealed a significant difference in mean scores in 3d year students between before and after their internship: a small but significant decrease of IRI's subscales: "fantasy," "empathic concern" and "personal distress" after traineeship.

Conclusion

In our sample, women present higher scores of empathy baseline of 3 IRI's subscales: fantasy, personal distress and empathic concern. This result is congruent with the literature (Baron-Cohen, 2011; Chen *et al.*, 2012; Quince *et al.*, 2016). Some authors have identified (cultural) norms called "display rules" that govern emotional expression and that differ by gender (Ekman, 1984; Matsumoto, 1990; Youssef, Nunes, Sa, & Williams, 2014). In practice, it seems that women express more empathy towards their patients than their male counterparts (Chen *et al.*, 2012; Esquerda, Yuguero, Viñas, & Pifarré, 2016). In addition, these cultural norms could also influence patient responses to questionnaires, raising the issue of possible cultural biases when measuring empathy (Preusche & Lamm, 2016).

Next, the comparison between the results obtained at IRI before and after the internship suggests a potential impact of the first internship on empathic skills. Indeed, we observe a small but significant decline in scores for three IRI's subscales: fantasy, personal distress and empathic concern. At the clinical level, it is difficult to know if this slight decrease can be transformed into a change in behaviour since, as will be discussed below, the decline observed via self-reported empathy scores does not always translate into less empathic behaviour (Teng *et al.*, 2017). In a recent meta-analysis, authors identified that a majority of the studies measuring empathy using IRI reported an increase (Handford *et al.*, 2013; Toto, Man, Blatt, Simmens, & Greenberg, 2015) or a non-significant variation (Bratek, Bulska, Bonk, Seweryn, & Krysta, 2015; Quince, Parker, Wood, & Benson, 2011) in empathy scores measured in medical students (Ferreira-Valente *et al.*, 2017). Conversely, in their review, 4 of 14 studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy- Student version (JSPE-S) reported a decline in empathy (Hojat *et al.*, 2009; Lim *et al.*, 2013; Nunes, Williams, Sa, & Stevenson, 2011; Youssef *et al.*, 2014), the others showing non-significant, mixed results and 3 of them an increase in the empathy score. It seems that the design used (longitudinal vs cross-sectional) produces different results. The main trend in cross-sectional studies is the presence of higher empathy scores in later years (Ferreira-Valente *et al.*, 2017). In longitudinal studies, mixed results are mainly observed (Chen *et al.*, 2012; Costa *et al.*, 2013; Loureiro, Goncalves-Pereira, Trancas, Caldas-de-Almeida, & Castro-Caldas, 2011).

Some limitations on the use of a self-reported questionnaire (IRI) to measure empathy can be raised. Indeed, we may wonder to what extent it is appropriate to evaluate via a self-reported questionnaire a process taking place, by definition, in a social interaction. Some authors (Jolliffe & Farrington, 2006) have already identified that the perspective-taking subscale does not make it possible to evaluate the ability to adopt the other's point of view, for certain specific emotional situations. Moreover, the IRI is a measure of empathy not specific to medical settings. In order to obtain more objective clues to the empathic response, new methodologies have emerged: behavioural and psychophysiological (Neumann & Westbury, 2011). In the context of health care, the means that seems most promising to us is the analysis of the empathic response, in interaction with a patient. This situation of face to face seems judicious because in everyday life, our empathic response adapts and modifies itself permanently, on the basis of indices detected in the other (Tracey, 2004). The self-reported questionnaires are often a-specific and decontextualized, they cannot reflect the ability to adapt one's interpersonal behaviours to a specific situation (Moors & Zech, 2017). Some authors concluded that "a discrepancy exists between self-administered empathy scores and observed empathic behaviours" (Teng *et al.*, 2017). They thus use an observational methodology to measure empathy among medical students: simulation. Although this one is controversial (Wear & Varley, 2008), some authors (Teherani, Hauer, & O'Sullivan, 2008) consider that "properly designed and conducted" simulation may be an interesting tool to measure empathy. In this line, authors have measured the empathy present in medical students in simulated interviews with standardized patients in the framework of objective structured clinical examinations (OSCE) (Lim, Moriarty, Huthwaite, Gallagher, & Perera, 2016; Teng *et al.*, 2017). A trained faculty staff completed the Measure of Patient-Centered Communication (MPCC) instrument to measure empathic behaviour during OSCE via live video. The students (in the second year of clerkship training) did not show any less observed empathic behaviours than the students of the first year (Teng *et al.*, 2017). Other authors (Jordan *et al.*, 2016) had already identified that there is no or even a negative relationship between empathy measured by a self-reported questionnaire (here "Empathy Index": EI) and pro-social behaviour (e.g., a supportive attitude). Thus, the identification and understanding of the other are not enough to generate an adapted pro-social behaviour. It is not because a student has a high empathy score on a self-reported

questionnaire that he will necessarily show altruistic behaviour towards her/his patient. It would seem that motivation is decisive in the behavioural outcome of the empathic response (Batson, 2009).

Furthermore, a hypothesis that makes it possible to analyse these paradoxical results is the question of the “functionality” of this decline in empathy. Indeed, the empathic response varies in terms of adaptive or “functional” character. This means that empathic reactions can be more or less in line with the person’s goals and needs (in this context of health care, this includes both the suffering patient and the empathetic doctor). The two categories of empathic behaviour when facing the distress of others are supporting and avoidance (Grynberg, Heeren, & Luminet, 2012). The consequence of a functional empathic response will be the ability to stay in the presence of the other’s emotion (e.g., of the patient). This means, for example, to be able to provide support following the announcement of a bad news and not to leave the patient’s room to avoid this difficult emotion (Grynberg *et al.*, 2012). Conversely, when the distress is too intense for the subject (this is called “personal distress” [Batson, 1991]), he will focus on himself. The most spontaneous answer is then avoidance. Going in this direction, research has shown that physicians would tend to set up avoidance behaviors in order to prevent discussions about the emotional and social impact of patients’ problems, for lack of time or fear of being unable to manage the outcome of the discussion (Maguire & Pitceathly, 2002). This attitude tends to stress patients more and extend their healing time (Maguire & Pitceathly, 2002). This avoidance response in the presence of significant distress does not mean that the doctor does not care about the well-being of her/his patient. According to Bayot (Bayot, 2017), the cause of this type of avoidance response could be this one: managing one’s own distress requires the mobilization of many cognitive resources, which are then no longer available to pay attention to the other or his needs. The loss of empathy could therefore be functional by reducing the emotional burden on the physician, thus freeing up cognitive resources to take care of the patient. In this line, some authors have identified that neural networks involved in “social cognition” and those involved in “non-social problem solving” are anti-correlated (Fox *et al.*, 2005; Whitfield-Gabrieli *et al.*, 2009). Haque and colleagues therefore consider that diminished empathy may be seen as a “functional cause of dehumanization” in health care (Haque & Waytz, 2012). Indeed, repeated exposure to the pain of others can lead to personal distress or burnout (Cheng *et al.*, 2007; Decety, Yang, & Cheng,

2010). A doctor in fusion with the emotions of her/his patient will find it difficult to recover or maintain a calm mental state allowing him to solve a clinical problem. To do this, the empathic response requires, in addition to an affective response (including the physiological responses) and a cognitive response (ability to adopt the point of view of the other) the competence of emotional regulation. This emotional regulation component seems to be the key to an appropriate empathic response (Decety & Jackson, 2004; Decety & Jackson, 2006). The ability to regulate an affective response means the ability to increase, inhibit or modify it adaptively depending on the situation (Mikolajczak, 2009). It is necessary to distance oneself from the experience of the other in order to differentiate what belongs to the other from what belongs to oneself (Decety & Jackson, 2006). When this distinction is absent, we call it “sympathy.” The two people then become one in the emotional experience. We can imagine, for example, that the doctor cries with her/his patient. This explains why programs involving medical students with the ability to introspect (self-awareness) are particularly effective to enhance their empathy. The ability to inhibit a primary emotional response is also necessary for this purpose. Suggesting that mindfulness training—who increases emotional regulation and decreases some impulsive responses (Holzel *et al.*, 2011; Vujanovic, Bonn-Miller, Bernstein, McKee, & Zvolensky, 2010)—can be quite relevant for medical students. Developing educational programs aimed at maintaining or increasing the empathy of (future) doctors is possible. Hojat (Hojat, 2009) identified 10 approaches to enhance empathy in medical education: “improving interpersonal skills, audio or video-taping of encounters with patients, shadowing a patient, hospitalization experiences, studying literature and the arts, improving narrative skills (for more details, see [Charon, 2001]), theatrical performances, Balint group method, exposure to role models and role playing.” Recently, authors proposed the development of self-empathy (new in the context of medicine education) to enhance the well-being of medical students and practitioners, so that they take better care of their patients (Rajput & Rosenberger, 2017).

Thus, it appears to us that a “functional” empathy for a physician would be a “flexible” empathy. An empathetic doctor should therefore be able to regulate his emotion to release cognitive resources when needed to better cure her/his patient. This is why, in addition to the 10 approaches cited above, we propose an additional one: the development of the emotional skills of (future) doctors. Indeed, according to

Hojat *et al.* (2009), modern medical education promotes physician's emotional detachment, affective distance. Interventions designed to increase the emotional skills of (future) physicians therefore appear to be a promising tool for maintaining their empathy. The fact that the students' score on the "personal distress" subscale (which characterizes a difficulty in managing their emotions) declines is actually a rather good thing. Students may adapt their behavior to fit to the reality of the field (Nunes *et al.*, 2011). We hope that emotional skills training will also help to develop the well-being of these future physicians. A study showed that the well-being was positively correlated with the level of empathy of medical students, unlike stress and burnout (Thomas, Dyrbye, Huntington, Lawson, Novotny, Jeff, *et al.*, 2007).

To conclude, our results are unlikely to predict real empathic behaviors of those medical students towards patients because the decline observed via self-reported empathy scores does not always translate into less empathic behaviour (Teng *et al.*, 2017). To get measures with better predictive validity, in addition to a methodology measuring empathy in a more realistic situation (participant in interaction with another person), it would be interesting to take into account the emotional skills and motivations of the participant (in order to be aware of possible confounding variables). In any case, we consider that a "good doctor" must be able to modulate one's empathy according to different professional situations. By functional empathy, we mean the ability to take the patient's perspective when it is beneficial (in consultation for example) and not when it consumes the physician's cognitive, which could be harmful (during surgery for example) for the patient. It appears that most self-reported questionnaires are not able to differentiate this potentially functional decline from some dimensions of empathy. To us, the fact that the scores for the personal distress subscale (IRI-PD) decrease after first internship, may indicate a positive change for these medical students: towards better emotional regulation and more functional affective empathy.

Acknowledgments

We thank the University of Namur's Internships Commission for allowing us to collect data issued from their internships in general medicine they have initially launched in 2015.

RÉFÉRENCES

- Baron-Cohen, S. (2011). *Zero Degrees of Empathy*. London, UK: Penguin.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Batson, C. D. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J. D. W. Ickes (Ed.), *Social neuroscience. The social neuroscience of empathy*. (pp. 3-15). Cambridge, MA, US: MIT Press.
- Bayot, M. (2017). *Pleine conscience et empathie: impact des composants cognitifs, émotionnels et éthiques de la pleine conscience dans sa relation au phénomène empathique*, UCL, Louvain-la-Neuve. Retrieved from <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:188711>
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *BMJ*, 314(7080), 572.
- Bratek, A., Bulska, W., Bonk, M., Seweryn, M., & Krysta, K. (2015). Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub*, 27 Suppl 1, S48-52.
- Brazeau, C. M., Schroeder, R., Rovi, S., & Boyd, L. (2010). Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med*, 85(10 Suppl), S33-36. doi:10.1097/ACM.0b013e3181ed4c47
- Charon, R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897-1902.
- Chen, C., Kirshenbaum, D. S., Yan, J., Kirshenbaum, E., & Aseltine, R. H. (2012). Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach*, 34(4), 305-311. doi:10.3109/0142159X.2012.644600
- Chen, C., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*, 22(10), 1434-1438. doi:10.1007/s11606-007-0298-x
- Cheng, Y., Lin, C. P., Liu, H. L., Hsu, Y. Y., Lim, K. E., Hung, D., & Decety, J. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Curr Biol*, 17(19), 1708-1713. doi:10.1016/j.cub.2007.09.020
- Colliver, J. A., Conlee, M. J., Verhulst, S. V., & Dorse, J. K. (2010). Reports of the Decline of Empathy During Medical Education Are Greatly Exaggerated: A Reexamination of the Research. *Acad Med*, 85(4), 588-593.
- Costa, P., Magalhaes, E., & Costa, M. J. (2013). A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 18(3), 509-522. doi:10.1007/s10459-012-9390-z
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. Retrieved from: https://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>

- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*, 3(2), 71-100. doi:10.1177/1534582304267187
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2006). A social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 54-58.
- Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy vs. personal distress. In J. Decety & W. Ickes (Ed.), *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge: MIT Press.
- Decety, J., Yang, C. Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage*, 50(4), 1676-1682. doi:10.1016/j.neuroimage.2010.01.025
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 63(606), e76-84. doi:10.3399/bjgp13X660814
- DiMatteo, M. R. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med*, 168(5), 328-333.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In K. S. a. P. Ekman (Ed.), *Approaches to emotion*. (pp. 319-343). Hillsdale: Erlbaum.
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*, 3(5), 415-421. doi:10.1370/afm.348
- Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J., & Pifarré, J. (2016). La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, 48(1), 8-14. doi:10.1016/j.aprim.2014.12.012.
- Ferreira-Valente, A., Monteiro, J. S., Barbosa, R. M., Salgueira, A., Costa, P., & Costa, M. J. (2017). Clarifying changes in student empathy throughout medical school: a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 22(5), 1293-1313. doi:10.1007/s10459-016-9704-7
- Fox, M. D., Snyder, A. Z., Vincent, J. L., Corbetta, M., Van Essen, D. C., & Raichle, M. E. (2005). The human brain is intrinsically organized into dynamic, anticorrelated functional networks. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 102(27), 9673-9678. doi:10.1073/pnas.0504136102
- Gilet, A.-L., Mella, N., Studer, J., Grünh, D., & Labouvie-Vief, G. (2013). Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 45(1). doi:10.1037/a0030425
- Grynberg, D., Heeren, A., & Luminet, O. (2012). Development and validation of the Vicarious Distress Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(2), 138-145.
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49(8), 845-850.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*, 10(1), 38-43.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*, 18(8), 670-674.

- Handford, C., Lemon, J., Grimm, M. C., & Vollmer-Conna, U. (2013). Empathy as a function of clinical exposure—reading emotion in the eyes. *PLoS One*, 8(6), e65159. doi:10.1371/journal.pone.0065159
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci*, 7(2), 176-186. doi:10.1177/1745691611429706
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer.
- Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm*, 31(4), 412-450.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*, 159(9), 1563-1569. doi:10.1176/appi.ajp.159.9.1563
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*, 86(3), 359-364. doi:10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*, 38(9), 934-941. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., . . . Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*, 84(9), 1182-1191. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
- Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci*, 6(6), 537-559. doi:10.1177/1745691611419671
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *J Adolesc*, 29(4), 589-611. doi:10.1016/j.adolescence.2005.08.010
- Jordan, M. R., Amir, D., & Bloom, P. (2016). Are empathy and concern psychologically distinct? *Emotion*, 16(8), 1107-1116. doi:10.1037/emo0000228
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*, 14, 219. doi:10.1186/1472-6920-14-219
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*, 27(3), 237-251. doi:10.1177/0163278704267037
- Lim, B. T., Moriarty, H., Huthwaite, M., Gallagher, P., & Perera, R. (2016). Teaching empathy to undergraduate medical students: Translation to practice. *FoHPE*, 17(1).
- Lim, B. T., Moriarty, H., Huthwaite, M., Gray, L., Pullon, S., & Gallagher, P. (2013). How well do medical students rate and communicate clinical empathy? *Med Teach*, 35(2), e946-951. doi:10.3109/0142159X.2012.715783

- Loureiro, J., Goncalves-Pereira, M., Trancas, B., Caldas-de-Almeida, J. M., & Castro-Caldas, A. (2011). [Empathy in the doctor-patient relationship as viewed by first-year medical students: data on validity and sensibility to change of the Jefferson Measure in Portugal]. *Acta Med Port*, 24 Suppl 2, 431-442.
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697-700.
- Matsumoto, D. (1990). Cultural similarities and differences in display rules. *Motivation & Emotion*, 14(3), 195-214.
- Matthews, D. A., Suchman, A. L., & Branch, W. T., Jr. (1993). Making "connexions": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med*, 118(12), 973-977.
- Mayberry, M. L., & Espelage, D. L. (2007). Associations among empathy, social competence, & reactive/proactive aggression subtypes. *J Youth Adolesc*, 36(6), 787.
- Mikolajczak, M. (2009). Les émotions. *Les compétences émotionnelles* (pp. 11-35). Paris: Dunod.
- Moors, F., & Zech, E. (2017). The Effects of Psychotherapist's and Clients' Interpersonal Behaviors during a First Simulated Session: A Lab Study Investigating Client Satisfaction. *Front. Psychol.*, 8(1868), 1-14. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01868>
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., & McIlveen, K. H. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image J Nurs Sch*, 24(4), 273-280.
- Neumann, D. L., & Westbury, H. R. (2011). The psychophysiological measurement of empathy. In D. J. Scapaletti (Ed.), *Psychology of empathy*. New York: Nova Science Publishers.
- Neumann, M., Edelhauser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., . . . Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*, 86(8), 996-1009. doi:10.1097/ACM.0b013e318221e615
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, 12-17. doi:10.5116/ijme.4d47.ddb0
- Preusche, I., & Lamm, C. (2016). Reflections on empathy in medical education: What can we learn from social neurosciences? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 21(1), 235-249. doi:10.1007/s10459-015-9581-5
- Quince, T., Thiemann, P., Benson, J., & Hyde, S. (2016). Undergraduate medical students' empathy: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*, 7, 443-455. doi:10.2147/AMEP.S76800
- Quince, T. A., Parker, R. A., Wood, D. F., & Benson, J. A. (2011). Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ*, 11, 90. doi:10.1186/1472-6920-11-90

- Rajput, V., & Rosenberger, R. (2017). Developing self-empathy in medical students and physicians to improve patient outcomes. *MedEdPublish*. doi: <https://doi.org/10.15694/mep.2017.000151>
- Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoeft, T., Chewning, B., Marchand, L., & Scheder, J. (2011). Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns*, 85(3), 390-397. doi:10.1016/j.pec.2011.01.009
- Spencer, J. (2004). Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot? *Med Educ*, 38(9), 916-918. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01965.x
- Stansfield, R. B., Schwartz, A., O'Brien, C. L., Dekhtyar, M., Dunham, L., & Quirk, M. (2016). Development of a metacognitive effort construct of empathy during clinical training: a longitudinal study of the factor structure of the Jefferson Scale of Empathy. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 21(1), 5-17. doi:10.1007/s10459-015-9605-1
- Sze, J. A., Gyurak, A., Goodkind, M. S., & Levenson, R. W. (2012). Greater emotional empathy and pro-social behavior in late life. *Emotion*, 12(5), 1129.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*, 2, 53-55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Teherani, A., Hauer, K. E., & O'Sullivan, P. (2008). Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. *Patient Educ Couns*, 71(2), 148-152. doi:10.1016/j.pec.2008.01.003
- Teng, V. C., Nguyen, C., Hall, K. T., Rydel, T., Sattler, A., Schillinger, E., . . . Lin, S. (2017). Rethinking empathy decline: results from an OSCE. *Clin Teach*, 14(6), 441-445. doi:10.1111/tct.12608
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Jeff, A. S., & Shanafelt, T. D. (2007). How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *JGIM*, 22, 177-183. doi:10.1007/s11606-006-0039-6
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*, 22(2), 177-183. doi:10.1007/s11606-006-0039-6
- Toto, R. L., Man, L., Blatt, B., Simmens, S. J., & Greenberg, L. (2015). Do empathy, perspective-taking, sense of power and personality differ across undergraduate education and are they inter-related? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 20(1), 23-31. doi:10.1007/s10459-014-9502-z
- Tracey, T. J. (2004). Levels of interpersonal complementarity: a simplex representation. *Pers Soc Psychol Bull*, 30(9), 1211-1225. doi:10.1177/0146167204264075
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McKee, L. G., & Zvolensky, M. J. (2010). Incremental validity of mindfulness skills in relation to emotional dysregulation among a young adult community sample. *Cogn Behav Ther*, 39(3), 203-213. doi:10.1080/16506070903441630

- Wear, D., & Varley, J. D. (2008). Rituals of verification: the role of simulation in developing and evaluating empathic communication. *Patient Educ Couns*, 71(2), 153-156. doi:10.1016/j.pec.2008.01.005
- Whitfield-Gabrieli, S., Thermenos, H. W., Milanovic, S., Tsuang, M. T., Faraone, S. V., McCarley, R. W., ... Seidman, L. J. (2009). Hyperactivity and hyperconnectivity of the default network in schizophrenia and in first-degree relatives of persons with schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 106(4), 1279-1284. doi:10.1073/pnas.0809141106
- Youssef, F. F., Nunes, P., Sa, B., & Williams, S. (2014). An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. *Int J Med Educ*, 5, 185-192. doi:10.5116/ijme.5412.e641

Impacts de la légalisation du cannabis récréatif sur la santé mentale : une recension des écrits

David Gouron^a

Catherine Vignault^b

Jacques Quintin^c

William Semaan^d

Khashayar Djahanbakhsh Asli^e

RÉSUMÉ Objectif Cet article présente une recension des écrits sur l'impact de la légalisation du cannabis récréatif sur la santé mentale et s'inscrit dans le contexte des politiques canadiennes récemment adoptées à cet égard.

Méthode Cette recension a été effectuée dans la base de données PubMed en utilisant la combinaison de termes associés au cannabis, à la légalisation et à la santé mentale. Deux évaluateurs indépendants ont ensuite examiné 272 titres et résumés, puis ont conservé 11 articles.

Résultats À la suite de la révision des articles, nous constatons que la plupart des études ciblant la consommation de cannabis décrivent une prévalence croissante d'utilisateurs. Il est à noter qu'aucune étude n'a démontré une diminution de la consommation du cannabis après la légalisation. Parmi les 11 articles retenus, trois

a. Résident en psychiatrie, Université de Sherbrooke.

b. Résidente en psychiatrie, Université de Sherbrooke.

c. Professeur titulaire, Département de psychiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

d. Psychiatre, professeur agrégé, chef des approches intensives, Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke.

e. MD psychiatre, professeur agrégé de psychiatrie et directeur des études médicales en psychiatrie, Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke.

évaluent la perception des risques associés au cannabis (avant et après la légalisation). Deux d'entre eux montrent une diminution des risques perçus après la légalisation, alors que le troisième décrit l'inverse. Quelques études ont également analysé l'impact de la légalisation du cannabis sur le nombre de visites à l'urgence générale et elles montrent toutes une augmentation du nombre de visites associées au cannabis. Cela dit, ces résultats sont simplement observationnels et sont à mettre en perspective avec les tendances qui prévalaient déjà avant la légalisation du cannabis.

Conclusion Cette recension des écrits montre qu'il existe un nombre limité d'études concernant l'impact de la légalisation du cannabis récréatif sur les troubles en santé mentale. Il serait donc intéressant de poursuivre les recherches sur ce sujet.

MOTS CLÉS cannabis, marijuana, THC, légalisation, impact, consommation, santé mentale, psychiatrie

Impacts of Cannabis Legalisation on Mental Health: A Literature Review

ABSTRACT Objectives To review the known impacts of recreational cannabis legalization on mental health and substance use, in the context of recent changes in the status of cannabis laws in Canada.

Methods PubMed database was systematically searched using various terms regarding mental health and cannabis legalization. Two independent investigators then assessed a total of 272 titles and abstracts and 11 articles were ultimately found eligible for review.

Results Most studies measuring the impact of legalization on cannabis use showed an increase in cannabis use after the legalization. Moreover, no study demonstrated a reduction of cannabis use after legalization of recreational cannabis. All three studies regarding health care contacts demonstrated an increase in the number of cannabis-related emergency department visits after cannabis legalization. Two studies revealed reduction of perceived risks associated with cannabis after legalization, while another study offered opposite results. To interpret these observational results accurately, we also need to consider the long-term trends that prevailed before the changes in cannabis laws.

Conclusions The quantity of evidence on the impacts of recreational cannabis legalization on mental health and substance use is limited. Further research is needed to strengthen these results and explore the effects of cannabis legalization on other mental health issues such as psychosis.

KEYWORDS Cannabis, Marijuana, THC, legalization, mental health, psychiatry, substance use

Introduction

Depuis quelques années déjà, la légalisation du cannabis fait l'objet de vives délibérations sociopolitiques au Canada. Les discussions se sont amplifiées devant l'adoption récente de cette politique par plusieurs autres sociétés. Aux États-Unis, les États pionniers ont été le Colorado, l'État de Washington, l'Oregon et l'Alaska. D'autres les ont ensuite suivis¹⁸. L'Uruguay a également procédé à cette légalisation, alors que des dizaines d'autres nations ont plutôt choisi de décriminaliser la substance⁸.

Au Canada, l'utilisation du cannabis médical prescrit par un médecin est légale depuis 2011. Le recours à cette substance s'est ensuite répandu de façon croissante, particulièrement suite à l'accès facilité par certains changements concernant les réglementations liées à Santé Canada (2014)⁶.

Le 17 octobre 2018, c'est toutefois le cannabis récréatif que le gouvernement du Canada a légalisé, après avoir constaté l'inefficacité des sanctions criminelles qui visaient à restreindre l'accès des mineurs à cette substance. Bien que les données sur les réels impacts d'une politique comme celle adoptée par le Canada soient limitées, les intentions derrière cette approche nationale de réduction des méfaits sont, entre autres, d'éliminer le marché illégal du cannabis, de réduire le fardeau carcéral associé aux infractions mineures en lien avec cette substance, de procurer des avantages financiers au gouvernement, de contrôler la qualité du cannabis et d'en limiter efficacement l'accès aux adolescents^{6,8,12}.

La consommation de cannabis comporte toutefois certains effets néfastes. Elle est associée aux troubles d'usage de substances, à des atteintes cognitives ainsi qu'à l'apparition de troubles psychotiques^{4,11,27}. Notons également qu'une consommation dès le jeune âge est associée à un plus grand risque de développer un trouble d'usage au cannabis ou des altérations du développement cérébral ainsi qu'à un moins haut niveau de scolarité^{4,11,18,27}.

L'annonce de la légalisation du cannabis a donc soulevé de multiples débats au sein des experts en santé mentale. Devant cette plus grande accessibilité à la marijuana, certaines associations médicales ont émis des craintes quant à une possible augmentation du nombre de consommateurs de cannabis et du nombre de patients atteints d'épisodes psychotiques, entre autres^{1,2}.

Une recension des écrits a donc été effectuée autour de la question suivante: «Quel est l'impact d'une légalisation du cannabis récréatif sur la santé mentale de la population?»

Méthodologie

La recension a été effectuée en novembre 2018 dans la base de données PubMed en utilisant les termes suivants: (marijuana OR cannabis OR THC OR pot) AND (*legalization or legalisation*) AND *mental health*. Nous avons également fait la même recherche en remplaçant le terme *mental health* par *depression, psychosis, anxiety, suicide, bipolar, personality disorder, neurodevelopmental disorder* et (*substance use disorder OR cannabis use disorder*).

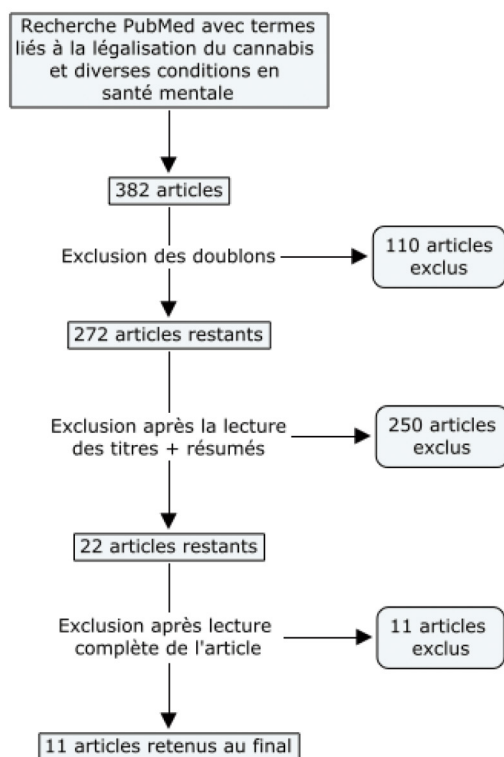
Au total, 382 articles ont été obtenus. Les articles devaient être disponibles en anglais ou en français. Tous les articles étaient considérés, peu importe leur date de parution et le type d'étude.

Une fois les doublons enlevés, il restait 272 articles. Deux évaluateurs (médecins résidents en psychiatrie), ont ensuite effectué une lecture des titres et des résumés de ces 272 articles. Indépendamment, ils ont sélectionné les articles traitant de la légalisation du cannabis et de l'impact sur un trouble de santé mentale.

La lecture des titres et des résumés a permis de conserver 22 articles, que les deux évaluateurs ont ensuite lus en entier. Finalement, 11 articles ont été retenus. Les divergences d'opinions mineures ont été facilement résolues.

Ainsi, au cours du processus, la majorité des résumés et des articles étaient éliminés, car ils ne traitaient pas du lien entre la légalisation du cannabis et un trouble de santé mentale. Les articles traitant uniquement de prédictions ont également été écartés. Puisque notre recension des écrits a pour objectif de clarifier les impacts potentiels de la plus récente loi canadienne (2018) concernant l'utilisation du cannabis récréatif, nous avons écarté les études qui s'intéressaient uniquement au cannabis médical, jugeant que les possibles différences populationnelles entre ces études et celles centrées sur le cannabis récréatif auraient pu biaiser notre interprétation. Un seul article a été exclu puisqu'il était rédigé en espagnol.

FIGURE 1



Impacts de la légalisation du cannabis récréatif en santé mentale

La consommation de cannabis

À la lecture de ces 11 articles, l'issue la plus étudiée en lien avec la légalisation et la santé mentale est certainement la consommation de cannabis elle-même.

À ce sujet, la plupart des études ont montré une augmentation de la consommation de cannabis. Parmi ces études, 3 d'entre elles concernaient des populations étudiantes, alors que les 2 autres se consacraient respectivement à une population plus générale de citoyens américains et à une population de femmes ayant des problèmes de consommation^{5, 6, 13, 15, 22}.

L'étude de Cerdá et coll. (2017) a sondé plus de 250 000 jeunes étudiants dans quelque 400 écoles secondaires américaines de 2010 à

2015. Cette période incluait la légalisation du cannabis et le début de la vente de cannabis dans les États de Washington et du Colorado. En effet, dans ces deux États, la légalisation du cannabis a eu lieu en 2012 et la vente a débuté en 2014. Cette étude visait donc à comparer la prévalence d'utilisateurs de cannabis chez les mineurs avant et après la légalisation. Le sondage s'intéressait seulement à la consommation de cannabis lors du dernier mois. Les résultats démontrent qu'après la légalisation du cannabis, il y a eu une augmentation de la proportion des étudiants de l'État de Washington ayant consommé du cannabis dans le dernier mois. En effet, la proportion des étudiants de 8^e année (13-14 ans) et de 10^e année (15-16 ans) de l'État de Washington rapportant une consommation de cannabis dans le dernier mois a augmenté de respectivement 2,0 % et 4,1 %. La proportion d'étudiants fréquentant une école dans un État où le cannabis était illégal et rapportant une consommation de cannabis dans le dernier mois a plutôt diminué au cours de la même période, et ce, d'environ 1 %. Il est à noter qu'aucune différence n'a été observée quant à la consommation des étudiants du Colorado⁵.

Kerr et coll. (2017) se sont, quant à eux, intéressés à 10 924 étudiants provenant de 7 universités américaines différentes, dont une université située en Oregon (où la légalisation a eu lieu en 2015) et d'autres situées dans des États n'ayant pas légalisé le cannabis. Les données autorapportées d'un sondage auprès d'étudiants sur leur consommation de cannabis ont été compilées de 2012 à 2016. Ces résultats ont montré qu'après la légalisation du cannabis, il y avait une augmentation de la prévalence d'étudiants ayant consommé du cannabis lors du dernier mois dans 6 universités sur 7 (21,7 % à 23,8 %). En Oregon, l'augmentation était significativement plus grande comparativement aux autres États, mais uniquement chez les étudiants ayant rapporté une consommation importante d'alcool récente¹⁵.

Parnes et coll. (2018) ont aussi effectué une étude chez une population étudiante du Colorado. Ils ont évalué l'impact de la légalisation du cannabis en compilant les résultats d'un questionnaire développé par Conner et Henson au sujet d'une variété de comportements risqués appelée *Risky Behavior Inventory*⁷. Ainsi, 5 241 questionnaires ont été remplis par des étudiants à l'Université au Colorado lors de la période du printemps 2013 à l'automne 2015 (sachant que la légalisation a eu lieu au Colorado en 2012, mais que la vente a débuté en 2014). Cette étude suggère que la mise en marché du cannabis par l'État a entraîné une augmentation de la consommation de cannabis chez les étudiants.

En effet, 53,6 % des étudiants rapportaient avoir déjà consommé du cannabis dans le groupe « postlégalisation » alors que seulement 43,5 % rapportaient la même chose dans le groupe « prélégalisation ». L'étude montre que l'augmentation du nombre d'étudiants ayant déjà consommé du cannabis dans leur vie était plus marquée chez les étudiants de 21 ans et plus (passant de 40,0 % avant la légalisation à 60,9 % après la légalisation) que chez les étudiants de moins de 21 ans, mais que la prévalence d'utilisateurs à vie chez les mineurs a tout de même augmenté (passant de 43,7 % à 52,6 %), bien qu'ils n'aient pas été directement ciblés par la légalisation²².

Une autre étude était effectuée auprès de la population générale. En effet, Compton et coll. (2016) ont compilé 596 500 sondages annuels remplis par des Américains âgés de 18 ans et plus, de 2002 à 2014. Les variables (mesurées annuellement) liées au cannabis incluaient la prévalence de consommateurs lors des 12 derniers mois, la prévalence de nouveaux consommateurs (adultes ayant consommé du cannabis pour la première fois), la prévalence d'utilisateurs quotidiens, la prévalence d'individus présentant un trouble d'usage du cannabis ainsi que la prévalence d'adultes qui jugeaient qu'il y avait des risques physiques importants à consommer du cannabis 2 à 3 fois/semaine. Le nombre de jours moyens de consommation dans la dernière année était aussi recensé pour les consommateurs de cannabis. Cette étude a montré une augmentation statistiquement significative de la prévalence d'utilisateurs de cannabis de 2002 à 2014 (10,4 % à 13,3 %). La proportion d'adultes ayant consommé du cannabis pour la première fois a aussi augmenté significativement de 2002 à 2014 (0,7 % à 1,1 %), de même que la prévalence d'adultes consommant du cannabis quotidiennement ou quasi quotidiennement (1,9 % à 3,5 %). Le nombre moyen de jours de consommation chez les consommateurs de cannabis a également augmenté significativement, en passant de 97,9 jours en 2002 à 124,9 jours en 2014. Toutefois, le nombre d'adultes ayant un trouble d'usage du cannabis est resté stable au cours de cette même période (soit environ 1,5 %). Les autres résultats n'étaient pas statistiquement significatifs⁶.

Finalement, une étude (Grant et coll., 2017) effectuée dans l'État de Washington s'est plutôt concentrée sur une population bien particulière : les femmes ayant déjà un problème de consommation de substance(s) durant leur grossesse et ayant complété un programme d'intervention de 3 ans visant un remplacement de la consommation par des comportements plus sains. L'étude a évalué l'impact de la légalisation du cannabis sur la consommation de cannabis chez ces femmes

via un questionnaire, appelé *Addiction Severity Index*, administré au début et à la fin du programme¹⁹. Les 1 359 femmes étaient divisées en 2 cohortes en fonction de la date de fin de leur thérapie. Les femmes de la première cohorte avaient complété leur thérapie avant la date de la légalisation, alors que la deuxième cohorte était composée de femmes ayant complété leur thérapie après la date de la légalisation. L'étude montre plusieurs différences statistiquement significatives entre le groupe «prélégalisation» et le groupe «postlégalisation». Les femmes du groupe «postlégalisation» continuaient davantage à consommer du cannabis tout au long de la thérapie (20,7 % contre 11,7 % dans le groupe «prélégalisation»). Parmi les femmes qui ont commencé à consommer du cannabis durant la thérapie, 3 fois plus de femmes dans le groupe «postlégalisation» rapportaient continuer à consommer du cannabis à la fin du programme (6,4 % vs 2,3 %). Il est à noter que 2 périodes montraient une augmentation plus marquée de la consommation de cannabis, soit la période correspondant au moment où la loi est entrée en vigueur (2012) et celle lors de laquelle la mise en marché du cannabis a eu lieu (2014). Toutefois, dans les 2 groupes, une majorité de femmes rapportaient une abstinence complète à la fin du programme¹³.

En contrepartie, 3 articles ont plutôt montré une absence d'impact de la légalisation sur la consommation de cannabis^{9,10,26}.

Estoup et coll. (2016) se sont intéressés à l'utilisation de cannabis chez 262 étudiants du secondaire ayant des problèmes de consommation de substances et étant enrôlés dans un programme d'intervention scolaire visant à réduire leur consommation. L'étude a été effectuée chez des étudiants de 5 écoles secondaires dans la région de Seattle, de 2010 à 2015. Elle comparait un groupe d'étudiants ayant reçu l'intervention avant la légalisation du cannabis avec un autre groupe d'étudiants ayant reçu l'intervention après cette même légalisation. Les étudiants ont rempli 2 questionnaires afin de quantifier leur consommation et d'en évaluer les impacts. Ils ont aussi rempli une balance décisionnelle concernant les conséquences négatives et les risques perçus quant à l'utilisation du cannabis. Les résultats relatifs à la fréquence et à la quantité de la consommation n'étaient pas statistiquement significatifs dans cette étude¹⁰.

Schinke et coll. (2017) ont analysé des sondages remplis par 1 310 adolescents de 13 à 15 ans provenant de 48 États différents et du district fédéral de Columbia au sujet de leur consommation de cannabis lors du dernier mois, entre avril 2013 et avril 2015. Les résultats

n'ont démontré aucune relation significative entre la légalisation et la prévalence d'utilisateurs de cannabis²⁶.

L'étude de Destrée et coll. (2018) s'est penchée sur une population adulte de consommateurs réguliers de cannabis (c'est-à-dire consommant au moins une fois par semaine depuis plus d'un an) afin d'évaluer si le fait d'habiter dans un État ayant légalisé le cannabis influençait leur consommation et leur impulsivité, en mesurant le tout à l'aide d'échelles^{3,23}. Les résultats obtenus ont démontré que la consommation régulière de cannabis était associée à l'impulsivité, mais l'étude n'a démontré aucun changement significatif de ces deux variables suite au changement législatif⁹.

Enfin, il est à noter qu'aucune étude n'a montré une diminution de la consommation du cannabis après la légalisation du cannabis récréatif.

Les résultats décrits ci-haut sont à mettre en perspective avec les tendances au long cours quant à la prévalence de consommateurs de cannabis aux États-Unis. Les sondages nationaux sur la consommation de substances (NAS) indiquent que la prévalence d'individus ayant consommé du cannabis lors des 12 derniers mois aux États-Unis a suivi une courbe en « U » depuis 1984, passant graduellement de 9,9 % en 1984 à 6,7 % en 2005, puis augmentant progressivement jusqu'à 12,9 % en 2015¹⁶. Il est à noter que les analyses par « âge, période et cohorte (APC) » effectuées par Kerr et coll. (2018) à partir de ces données pointent vers des effets de période¹⁶. Toujours aux États-Unis, Salas-Wright et coll. (2017) ont plutôt observé les tendances de consommation de cannabis chez la population plus âgée entre 2002 et 2014. Ils ont montré une augmentation significative du nombre d'individus âgés de 50 à 64 ans ayant utilisé du cannabis dans les 12 derniers mois, passant de 2,95 % en 2002 à 9,08 % en 2014. Chez les aînés de plus de 65 ans, une augmentation significative était également retrouvée, soit de 0,15 % en 2002 à 2,04 % en 2014²⁴. Par ailleurs, Mauro et coll. (2019) se sont intéressés aux États américains ayant légalisé l'utilisation de cannabis médical et ont remarqué une augmentation significative de la prévalence de consommateurs chez la population âgée de plus de 26 ans à la suite de ces changements législatifs. Plus précisément, entre 2004 et 2013, ils ont noté une augmentation des consommateurs quotidiens de cannabis, récréatif ou non, de 3,4 % chez les femmes et de 2,8 % chez les hommes. Ils ont également constaté une augmentation de la proportion des individus ayant consommé du cannabis dans le dernier mois (de 1,1 % chez les femmes et de 1,7 % chez les hommes). La

prévalence de consommateurs quotidiens chez les hommes de 18 à 25 ans a aussi augmenté de façon significative au cours de la même période, soit de 21 % à 23,5 %. Toutefois, on note une absence de changement significatif chez les femmes de moins de 26 ans et chez les adolescents de 12 à 17 ans à la suite du changement de loi. Il est à noter que la prévalence de troubles d'usage au cannabis est demeurée la même¹⁷. Une méta-analyse conduite par Sarvet et coll. (2018) appuie également l'absence de changement de la consommation de cannabis des adolescents suite à la légalisation du cannabis médical. En effet, aucune des 11 études retenues par ce groupe de chercheurs n'a montré de changement significatif quant à la prévalence d'adolescents ayant consommé du cannabis dans le dernier mois parmi ceux des États ayant légalisé le cannabis médical en les comparant avec les adolescents des autres États⁹.

La perception du cannabis

Un autre enjeu observé dans les études était la perception que les gens se font du cannabis. Dans les études citées plus haut, 3 observaient cette variable. Parmi elles, 2 études montraient une diminution de la perception du risque associé au cannabis suite à la légalisation du cannabis récréatif^{5,6}, alors que la troisième montrait plutôt une augmentation de la perception du risque¹⁰.

Selon l'étude de Cerdá et coll. (2017), il y a eu une diminution de la perception du risque associé à la consommation de cannabis dans tous les États sondés après la légalisation des États du Washington et du Colorado, qui a eu lieu en 2012. En effet, la proportion de participants jugeant qu'il existait des risques modérés à élevés de fumer occasionnellement du cannabis a diminué de 2010 à 2015. Ce phénomène était plus marqué dans l'État de Washington que dans les États n'ayant pas légalisé le cannabis. À titre d'exemple, dans l'État de Washington, il y avait une diminution de la perception du risque de 14 % et 16 % chez les étudiants de 8^e et 10^e année, respectivement. La diminution observée chez les groupes du même âge dans les autres États était plutôt de 5 % et 7 %, respectivement⁵.

L'étude de Compton et coll. (2016) effectuée entre 2002 et 2014 a démontré une diminution statistiquement significative de la perception qu'une consommation hebdomadaire (soit 1 à 2 fois par semaine) puisse avoir des répercussions physiques importantes. La proportion de participants ayant cette perception est passée de 50,4 % à 33,3 %. En ce qui concerne les consommateurs de cannabis, elle a diminué de 8,8 % à

2,8 %. Après ajustement des covariables, l'étude propose que la diminution de perception du risque soit associée avec l'augmentation de la consommation du cannabis observée⁶.

L'étude d'Estoup et coll. (2016), quant à elle, a montré des résultats opposés aux 2 autres études portant sur ce sujet : le groupe d'étudiants ayant effectué le programme d'intervention scolaire après la légalisation percevait un plus haut niveau de risque associé à la consommation du cannabis que le groupe d'étudiants qui recevait la même intervention avant la légalisation¹⁰.

Les visites à l'urgence

Quelques études ont également analysé l'impact de la légalisation du cannabis récréatif sur le nombre de visites à l'urgence générale^{14, 28, 29}.

Wang et coll. (2017) ont étudié l'achalandage à l'urgence générale ainsi que le nombre d'hospitalisations en lien avec le cannabis au Colorado de 2000 à 2015, période au cours de laquelle le cannabis récréatif a été légalisé (2012). Les codes de facturation des médecins étaient utilisés pour déterminer le nombre d'hospitalisations et de consultations associées au cannabis. Cette étude a montré une augmentation significative du nombre d'hospitalisations associées à la consommation de cannabis (274 par 100 000 hospitalisations en 2000 à 593 par 100 000 hospitalisations en 2015) et du taux de consultations à l'urgence associées au cannabis (313 par 100 000 visites en 2011 à 478 par 100 000 en 2015) suite à la légalisation²⁹.

Les mêmes auteurs ont par ailleurs effectué une étude rétrospective similaire auprès d'une population adolescente au Colorado. L'étude portait sur les jeunes de 13 à 20 ans et sur la période de 2005 à 2015. Toujours avec l'utilisation des codes de facturation des médecins, l'étude a mis en lumière une augmentation significative du nombre de visites associées au cannabis. Pour 1 000 visites, 1,8 était associée au cannabis en 2009 alors que 4,9 l'étaient en 2015²⁸.

D'autres auteurs se sont penchés sur la question des visites à l'urgence au Colorado. Hall et coll. (2018) ont analysé les codes de facturation des médecins de l'urgence en ciblant ceux qui étaient liés au cannabis et aux troubles de santé mentale. Les résultats ont démontré une augmentation significative du nombre de visites à l'urgence associées à la fois au cannabis et aux troubles de santé mentale lors de la période de 2012 à 2014. Pour 100 000 visites, 224,5 visites étaient identifiées avec un code de facturation en lien avec le cannabis et les troubles de santé mentale en 2012, alors que ce chiffre augmentait à

268,4 en 2014¹⁴. Cette étude ne présente toutefois aucune donnée quant aux tendances qui prévalaient avant la légalisation de 2012.

L'impulsivité

Une seule étude (Destrée et coll., 2018) s'est intéressée à l'impact de la légalisation du cannabis sur l'impulsivité et aucun changement significatif n'a été observé⁹.

La consommation des autres substances

Finalement, une étude a observé l'impact de la légalisation du cannabis sur la consommation d'autres substances.

Cette étude (Grant et coll. [2017]), effectuée chez la population de femmes ayant des problèmes de consommation en péripartum, propose que la légalisation du cannabis soit associée à une augmentation de la consommation d'alcool, de méthadone illégale ainsi que d'autres opiacés. Qui plus est, certaines associations entre la consommation de cannabis et celle d'autres substances ont été évoquées, autant avant qu'après la légalisation. Les associations ont été positives entre la consommation de cannabis et d'alcool, de méthadone illégale, d'autres opiacés, d'amphétamines et de cocaïne¹³.

Le tableau 1 recense les différents articles mentionnés ci-haut. Afin d'en faciliter l'interprétation, il est intéressant de rappeler que la légalisation du cannabis récréatif aux États-Unis a d'abord eu lieu en novembre 2012 au Colorado et dans l'État de Washington^{5,13,22}. La vente de cannabis récréatif a ensuite débuté en janvier 2014 au Colorado et en juillet 2014 dans l'État de Washington^{5,13,22,28,29}. En Oregon, la légalisation du cannabis récréatif a été votée en novembre 2014⁵, puis officialisée en juillet 2015, et la vente a débuté en octobre 2015¹⁵.

TABLEAU 1

Référence	Devis d'étude	Lieu de l'étude	Population	Recrutement	n	Méthode de division des groupes	Période de l'évaluation	Principales conclusions	Limitations et biais potentiels
Cerdá et coll., 2017	Étude descriptive transversale.	État de Washington, Colorado et « autres » États.	Étudiants de 8 ^e (13-14ans), 10 ^e (15-16ans) et 12 ^e (17-18ans) année d'environ 400 écoles américaines.	Sondage national annuel effectué au printemps dans les écoles secondaires via des questionnaires autoadministrés.	253 902	Groupe du Colorado, groupe de l'État de Washington et groupe des États n'ayant pas légalisé le cannabis récréatif.	2010 à 2015.	Augmentation de la proportion des étudiants de 8e et de 10e année de l'État de Washington rapportant une consommation de cannabis dans le dernier mois (de 2,0 % à 4,1 %). Diminution d'environ 1 % de cette proportion chez les étudiants des États où le cannabis récréatif est illégal. Aucune différence observée chez les étudiants du Colorado ni chez ceux en 12e année dans l'État de Washington, comparativement aux autres États. Diminution plus importante de la proportion d'étudiants jugeant qu'il existe des risques modérés à élevés à fumer occasionnellement du cannabis de 2010 à 2015 dans l'État de Washington comparativement aux États n'ayant pas légalisé le cannabis (Washington: diminution de 14 % et 16 % chez les étudiants de 8e et de 10e année, respectivement. Autres États: diminution de 5 % et 7 %, respectivement).	Absence de lien causal clair, biais d'honnêteté postlégalisation possible, taux de non-réponse de 1 % suggérant une perception de coercition, non-inclusion des étudiants absents ou ayant cessé d'aller à l'école, nombre restreint d'écoles et données sur le cannabis limitées à la consommation lors du dernier mois.
Kerr et coll., 2017	Étude quasi expérimentale pré/post, avec groupe témoin non équivalent.	Oregon et « autres » États.	Étudiants de 18-26 ans de 7 universités américaines (soit une université publique en Oregon et 6 universités dans des États où le cannabis récréatif était illégal).	Courriel envoyé aléatoirement à des étudiants inscrits à l'université.	10 924	Groupe prélégalisation vs groupe postlégalisation et Groupe Oregon (ayant légalisé le cannabis récréatif) vs autres États n'ayant pas légalisé le cannabis récréatif.	2012 à 2016.	Augmentation de la consommation de cannabis lors du dernier mois dans 6 universités sur 7 (21,7 % à 23,8 %) en post-légalisation. Augmentation significative plus grande en Oregon chez les étudiants ayant rapporté récemment une consommation importante d'alcool.	Absence de lien causal clair, biais d'honnêteté postlégalisation possible, hétérogénéité des universités (qui ne sont pas nommées), le moment de l'implantation des lois est variable d'un État à l'autre, données limitées à la consommation de cannabis dans le dernier mois et l'évaluation de la consommation d'alcool est limitée à une quantité précise.

Parnes et coll., 2018	Étude quasi expérimentale pré/post sans groupe témoin.	Colorado	Étudiants à l'université.	Participation offerte dans le cadre d'un cours d'introduction à la recherche méthodologique en psychologie. Des crédits de recherche étaient octroyés en échange de la participation des étudiants.	5 241	Groupe pré-législation vs groupe post-législation (déterminés rétrospectivement selon des données autorapportées).	Printemps 2013 à automne 2015.	Augmentation de la prévalence de consommateurs (à vie) de cannabis déjà essayé le cannabis dans le groupe pré-législation vs 53,6 % en post-législation). Augmentation plus importante des étudiants ayant déjà consommé du cannabis dans leur vie chez les étudiants de 21 ans et plus (de 40,0 % à 60,9 %), que chez les étudiants de moins de 21 ans (de 43,7 % à 52,6 %). Aucune différence statistiquement significative quant à la consommation mensuelle de cannabis en post-législation.	Absence de lien causal clair, possible biais d'honnêteté en post-législation, différence significative dans la consommation de cannabis rapportée selon si le sondage a été rempli en ligne ou dans le laboratoire d'informatique et récolte des données (2013-2015) survenant après la légalisation (2012), signifiant que la distinction entre les groupes pré et post-législation reposait sur des données autorapportées susceptibles d'être influencées par un biais de rappel.
Compton et coll., 2016	Étude quasi expérimentale représentant une série temporelle.	Tous les États et le District of Columbia.	Américains âgés de 18 ans et plus, non institutionnalisés et ayant participé au sondage annuel <i>National Survey on Drug Use and Health</i> par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration.	Recrutement par le Substance Abuse and Mental Health Services Administration et non par les auteurs de l'article en question. Les détails du recrutement de ce sondage ne sont pas disponibles dans l'article.	596 500	Données divisées par année (série temporelle).	2002 à 2014.	Augmentation de la prévalence de consommateurs de cannabis de 2002 à 2014 (10,4 % à 13,3 %). Augmentation significative d'adultes ayant consommé pour la première fois de 2002 à 2014 (0,7 % à 1,1 %) ou consommant quotidiennement/quasi quotidiennement (1,9 % à 3,5 %). Augmentation du nombre moyen de jours de consommation chez les consommateurs (97,9 jours en 2002 à 124,9 jours en 2014). Aucun changement quant à la prévalence de trouble d'usage de substance au cannabis. Diminution de la perception qu'une consommation hebdomadaire (soit 1-2 fois par semaine) puisse avoir des répercussions physiques importantes chez la personne qui consomme (de 50,4 % à 33,3 %). Diminution de cette même perception chez les consommateurs de cannabis (de 8,8 % à 2,8 %). Association entre la diminution de la perception du risque et l'augmentation de la consommation du cannabis.	Absence de lien causal clair, biais d'honnêteté post-législation possible, exclusion des personnes sans domicile fixe ou vivant en institution et manque de précision quant au recrutement des participants du <i>National Survey on Drug Use and Health</i> .

Grant et coll., 2017	Étude analytique pré/post avec groupes non équivalents.	État de Washington.	Mères de plus de 18 ans ayant complété un programme d'intervention intensif d'assistance parent-enfant pour les femmes qui consomment de l'alcool et/ou drogues durant la grossesse.	-	1 359	Groupe ayant complété le programme avant la légalisation vs groupe ayant complété le programme après la légalisation.	8 février 2001 au 21 juillet 2015.	Augmentation de la proportion de femmes ayant consommé du cannabis tout au long de la thérapie dans le groupe postlégalisation (11,7 % à 20,7 %). Plus grande proportion des femmes ayant commencé à consommer du cannabis durant la thérapie qui poursuivent cette consommation après le programme dans le groupe postlégalisation (6,4 % plutôt que 2,3 % dans le groupe prélégalisation). Abstinence complète à la fin du programme pour la majorité des femmes dans les 2 groupes.	Absence de lien causal clair, biais d'honnêteté postlégalisation, vente de cannabis récréatif débutant seulement vers la fin de la période observée (soit en juillet 2014) et exclusion des femmes perdues au suivi.
Estoup et coll., 2016	Étude analytique pré/post avec groupes non équivalents.	État de Washington.	Étudiants de 5 ^e écoles secondaires avant des problèmes de consommation et participant au projet <i>Reducing the Effects of Alcohol and Drugs on Youth (READY)</i> .	-	262	Groupe de patients recrutés dans le programme d'intervention en prélégalisation vs groupe recruté en postlégalisation.	2010 à 2015.	Absence de changement significatif quant à la fréquence et à la quantité de consommation de cannabis en postlégalisation. Le groupe d'étudiants ayant effectué le programme d'intervention scolaire après la légalisation percevait un plus haut niveau de risque associé à la consommation du cannabis que le groupe d'étudiants qui recevait la même intervention avant la légalisation.	Population limitée à des étudiants ayant une consommation de cannabis jugée problématique, proportion importante de participants masculins et petite taille de l'échantillon.
Schinke et coll., 2017	Étude transversale avec groupe témoin non équivalent.	48 États et le District of Columbia.	Adolescents de 13 à 15 ans.	Annonces sur les réseaux sociaux et dans des centres communautaires. Une compensation (dont la nature n'a pas été dévoilée) était offerte aux participants.	1 310	Groupe d'États où le cannabis est illégal vs groupe d'États ayant décriminalisé ou légalisé le cannabis médical et/ou le cannabis récréatif.	Avril 2013 à avril 2015.	Absence de changement significatif concernant la consommation de cannabis.	Informations limitées à la consommation lors du dernier mois, période observée excluant la date des changements législatifs, échantillon de convenance par volontariat, les démenagements des participants n'ont pas été pris en considération, absence de distinction entre les différents types de législations (décriminalisation, légalisation du cannabis médical ou récréatif).

Destrée et coll., 2018	Étude transversale avec groupe témoin non équivalent.	Certains États ayant légalisé le cannabis et d'autres États où le cannabis est illégal. Aucune autre précision n'est fournie sur les États étudiés.	Résidents américains consommant régulièrement du cannabis.	Sondage en ligne via The Amazon Mechanical Turk.	329	Groupe d'États ayant légalisé le cannabis médical et/ou récréatif vs groupe d'États n'ayant pas légalisé le cannabis.	2015	Association entre la consommation régulière (≥ 1 fois/sem depuis > 1 an) de cannabis et l'impulsivité, mais aucune association de ces deux variables avec le changement législatif.	Echantillon limité à des consommateurs réguliers de cannabis. Étude qui regarde uniquement l'impact à court terme, petite taille de l'échantillon et données autorapportées susceptibles d'être influencées par un biais de rappel.
Wang et coll., 2017	Étude descriptive longitudinale.	Colorado	Patients de tous âges, consultant à l'urgence et/ou étant hospitalisés.	-	7 517 236 visites à l'urgence et 7 438 905 hospitalisations.	Données divisées par année.	Visites à l'urgence. 1 ^{er} janvier 2011 au 30 septembre 2015. Hospitalisations : 1 ^{er} janvier 2000 au 30 septembre 2015.	Augmentation du nombre d'hospitalisations associées à la consommation de cannabis (de 274 par 100 000 hospitalisations en 2000 à 593 en 2015), dont l'augmentation est statistiquement significative de 2009 à 2010 et de 2013 à 2014. Augmentation du taux de consultations à l'urgence associées au cannabis (313 par 100 000 visites en 2011 à 478 par 100 000 en 2015), dont l'augmentation est statistiquement significative de 2012 à 2013 et de 2013 à 2014.	Absence de lien causal clair, non-inclusion de certains hôpitaux/healthcare facilities (pourrait donc exclure des patients hospitalisés en santé mentale, dans les hôpitaux militaires, en externe ou dans les soins de longue durée), identification des codes pouvant différer d'un médecin à l'autre et tests de confirmation de la consommation effectués seulement pour certains patients.
Wang et coll., 2018	Étude quasi expérimentale représentant une série temporelle.	Colorado	Patients entre 13 et 20 ans consultant à l'urgence.	-	4 202 visites associées au cannabis.	Données divisées par année (série temporelle).	1 ^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2015.	Augmentation du nombre annuel de visites associées au cannabis (de 161 en 2005 à 777 en 2015). Pour 1000 visites, 1,8 était associée au cannabis en 2009 alors que 4,9 l'étaient en 2015.	Les résultats sont présentés de façon ponctuelle (2009 vs 2015) et font fi des taux d'augmentation antérieurs, absence de lien causal clair, diagnostic « associé au cannabis » pouvant être posé sans dépistage urinaire, consommation de cannabis pouvant ne pas avoir été questionnée durant la visite.
Hall et coll., 2018	Étude transversale.	Colorado	Patients consultant à l'urgence (2 départements différents)	-	4 800 644 (département 1) et 253 360 (département 2)	Données transversales de 2012 à 2014 seulement.	1 ^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014.	Augmentation statistiquement significative du nombre de visites à l'urgence associées à la fois au cannabis et aux troubles de santé mentale de 2012 à 2014 (224,5 visites pour 100 000 visites en 2012 vs 268,4 en 2014). Augmentation statistiquement significative des visites attribuables au cannabis de 2012 à 2014 (de 823,5 à 1146,1 pour 100 000 dans le département 1 et de 289,6 à 455,6 pour 100 000 dans le département 2).	Les données présentées concernent uniquement la période postlégalisation, aucun comparatif n'est donc offert quant aux tendances antérieures d'achalandage à l'urgence. Absence de lien causal clair, visites répétées pour un même individu et utilisation des diagnostics primaires seulement.

Biais et limitations

Les études décrites ci-haut présentent des biais et des limitations. D'abord, notons que ces résultats sont simplement observationnels. Ils n'expriment donc pas nécessairement un lien de causalité avec la légalisation du cannabis récréatif. De plus, les études concernent uniquement des populations états-uniennes et sont donc insensibles aux tendances qui se sont opérées dans les autres pays ayant légalisé le cannabis. Qui plus est, elles s'intéressent simplement à l'impact à court terme des changements législatifs en lien avec le cannabis. Par ailleurs, les variables touchant la consommation du cannabis sont hétérogènes (on mesure parfois une utilisation quotidienne, d'autres fois lors du dernier mois et d'autres fois à vie). Finalement, il n'y a aucune mention quantitative en ce qui concerne la consommation de cannabis ni de précision quant au type de produit consommé ou à la teneur en tétrahydrocannabinol (THC) et en Cannabiniol (CBD).

Conclusion

Cette recension des écrits montre une quantité limitée d'études concernant l'impact de la légalisation du cannabis récréatif sur la santé mentale.

Les études disponibles tendent toutefois à montrer une augmentation de la consommation du cannabis après la légalisation aux États-Unis, notamment chez les étudiants à l'université^{15,22} ainsi que dans la population générale⁶. Aucune augmentation de la consommation de cannabis n'est cependant mesurée chez ceux qui avaient déjà un diagnostic de trouble d'usage du cannabis avant la légalisation, à l'exception des femmes enceintes¹³. Les données relatives à la population adolescente sont quant à elles hétérogènes. Elles suggèrent toutefois que certains programmes d'intervention effectués après la légalisation auprès de jeunes consommateurs parviennent à augmenter davantage la perception des risques associés au cannabis¹⁰. Rappelons qu'aucune étude n'a démontré une diminution de la consommation du cannabis après la légalisation. Par ailleurs, le nombre de consultations à l'urgence générale et d'hospitalisations associées au cannabis a augmenté au Colorado suite à la légalisation du cannabis^{14,28,29}. L'ensemble de ces résultats est toutefois à mettre en perspective avec l'augmentation déjà observée de la prévalence d'utilisateurs de cannabis aux États-Unis depuis le début des années 2000, soit avant les changements législatifs

reliés au cannabis¹⁶. Qui plus est, les données présentées ne sont qu'observationnelles et n'impliquent donc pas nécessairement un lien de causalité.

Il est à noter qu'aucune étude n'a été publiée concernant l'impact de la légalisation du cannabis récréatif sur la prévalence de diagnostics de santé mentale autres que les troubles d'usage de substances. Par exemple, aucune étude n'a été effectuée concernant l'impact de la légalisation du cannabis récréatif sur la prévalence de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux.

Les études sont également toutes très récentes.

Il serait donc intéressant de poursuivre les recherches concernant l'impact de la légalisation du cannabis récréatif sur les différents troubles de santé mentale ainsi que de mesurer les effets à long terme de ce changement de législation.

RÉFÉRENCES

- ¹ Association des Médecins Psychiatres du Québec. (17 janvier 2018). *Mémoire présenté à la commission de la santé et des services sociaux: Loi constituant la Société québécoise du cannabis, édictant la Loi encadrant le cannabis et modifiant diverses dispositions en matière de sécurité routière*. 16 pages.
- ² Association médicale canadienne. (18 août 2017). *Mémoire de l'AMC: Projet de loi C-45, Loi sur le cannabis, Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes*. 10 pages.
- ³ Bashford, J., Flett, R. et Copeland, J. (2010). The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): development, reliability, concurrent and predictive validity among adolescents and adults. *Addiction*, 105(4), 615-625. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02859.x>
- ⁴ Budney, A. J. et Borodovsky, J. T. (2017). The potential impact of cannabis legalization on the development of cannabis use disorders. *Preventive Medicine*, 104, 31-36.
- ⁵ Cerda, M., Wall, M., Feng, T., Keyes, K. M., Sarvet, A., Schulenberg, J., ... Hasin, D. S. (2017). Association of State Recreational Marijuana Laws With Adolescent Marijuana Use. *JAMA pediatrics*, 171(2), 142-149.
- ⁶ Compton, W. M., Han, B., Jones, C. M., Blanco, C. et Hughes, A. (2016). Marijuana use and use disorders in adults in the USA, 2002-14: analysis of annual cross-sectional surveys. *Lancet Psychiatry*, 3(10), 954-964. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30208-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30208-5)
- ⁷ Conner, B. T. et Henson, J. M. (2013). Development of the Risky Behavior Inventory. (Manuscrit en préparation).
- ⁸ Cox, C. (2018). The Canadian Cannabis Act legalizes and regulates recreational cannabis use in 2018. *Health Policy*, 122(3), 205-209.

- ⁹ Destrée, L., Amiet, D., Carter, A., Lee, R., Lorenzetti, V., Segrave, R., ... Yucel, M. (2018). Exploring the association of legalisation status of cannabis with problematic cannabis use and impulsivity in the USA. *Drugs in context*, 7. Récupéré de <https://www.drugsincontext.com/exploring-the-association-of-legalisation-status-of-cannabis-with-problematic-cannabis-use-and-impulsivity-in-the-usa/>
- ¹⁰ Estoup, A. C., Moise-Campbell, C., Varma, M. et Stewart, D. G. (2016). The impact of marijuana legalization on adolescent use, consequences, and perceived risk. *Substance Use & Misuse*, 51(14), 1881-1887. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1200623>
- ¹¹ Freeman, T. (2015). Potent questions about cannabis and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 195-196. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00130-8)
- ¹² Gouvernement du Canada. (2019). *Ce que vous devez savoir au sujet du cannabis: Le cannabis au Canada*. https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/cannabis/canadiens.html?utm_source=google&utm_medium=cpc_fr&utm_content=misc_1&utm_campaign=cannabis-18
- ¹³ Grant, T. M., Graham, J. C., Carlini, B. H., Ernst, C. C. et Brown, N. N. (2017). Use of marijuana and other substances among pregnant and parenting women with substance use disorders: Changes in Washington State After Marijuana Legalization. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(1), 88-95. <http://www.jsad.com/doi/10.15288/jsad.2018.79.88>
- ¹⁴ Hall, K., Monte, A. A., Chang, T., Fox, J., Brevik, C., Vigil, D. I., ... VanDyke, M. (2018). Mental Health-related Emergency Department Visits Associated With Cannabis in Colorado. *Acad Emerg Med*, 25(5), 526-537. doi:10.1111/acem.13393
- ¹⁵ Kerr, D. C. R., Bae, H., Phibbs, S., et Kern, A. C. (2017). Changes in undergraduates' marijuana, heavy alcohol and cigarette use following legalization of recreational marijuana use in Oregon. *Addiction*, 112(11), 1992-2001. doi:10.1111/add.13906
- ¹⁶ Kerr, W.C. Lui, C., Ye, Y. (2018). Trends and age, period and cohort effects for marijuana use prevalence in the 1984-2015 US National Alcohol Surveys. *Addiction*, 113(3), 473-481. doi:10.1111/add.14031
- ¹⁷ Mauro, C.M., Newswanger, P., Santaella-Tenorio, J., Mauro, P.M., Carliner, H., Martins, S.S. (2019). Impact of Medical Marijuana Laws on State-Level Marijuana Use by Age and Gender, 2004-2013. *Prevention Science*, 20, 205-214. doi:10.1007/s11121-017-0848-3
- ¹⁸ Maxwell, J. C. et Bruce, M. (2016). What do we know about the impact of the laws related to marijuana? *J Addict Med*, 10(1), 3-12. doi:10.1097/ADM.0000000000000188
- ¹⁹ McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., ... Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat*, 9(3), 199-213.
- ²⁰ National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2017). *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington, DC: National Academies Press.

- 21 Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *The Health And Social Effects Of Nonmedical Cannabis Use*. Genève, Suisse: Management of Substance Abuse (MSB) unit. https://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/
- 22 Parnes, J., Smith, J. K. et Conner, B. T. (2018). Reefer madness or much ado about nothing? Cannabis legalization outcomes among young adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 56, 116-120.
- 23 Patton, J. H., Stanford, M. S. et Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.*, 51(6), 768-774. doi:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1
- 24 Salas Wright, C.P., Vaughn, M.G., Cummings-Vaughn, L.A., Holzer, K.J., Nelson, E.J., AbiNader, M. et Oh, S. (2017). Trends and correlates of marijuana use among late middle-aged and older adults in the United States, 2002-2014. *Drug Alcohol Depend.*, 171, 97-106. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.11.031
- 25 Sarvet, A.L., Wall, M.M., Fink, D.S., Greene, E., Le, A., Boustead, ...Hasin, D.S. (2018). Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 113(6), 1003-1016. doi:10.1111/add.14136
- 26 Schinke, S. P., Schwinn, T. M., Hopkins, J., Gorroochurn, P. et Wahlstrom, L. (2017). Is the Legalization of Marijuana Associated with its use on adolescents? *Substance Use & Misuse*, 52(2), 256-258. doi:10.1080/10826084.2016.1223139
- 27 Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., De Lisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., ... Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 292-297. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.3278
- 28 Wang, G. S., Davies, S. D., Halmo, L. S., Sass, A., Mistry, R. D. (2018). *Impact of Marijuana Legalization in Colorado on Adolescent Emergency and Urgent Care Visits*, J Adolesc Health, 63(2), 239-241.
- 29 Wang, G. S., Hall, K., Vigil, D., Banerji, S., Monte, A. et VanDyke, M. (2017). Marijuana and acute health care contacts in Colorado. *Prev Med.*, 104, 24-30.

Le dossier du présent numéro a été coordonné par Catherine Briand

ÉDITORIAL

Catherine Briand, rédactrice en chef

Valérie Blanchet et Martin D. Provencher

Évaluation des effets de l'activation comportementale de groupe pour le traitement de la dépression sévère en milieu clinique

Stéphanie Landry et Martin D. Provencher

Évaluation qualitative de l'implantation de groupes psychoéducatifs pour le trouble bipolaire à Québec

Nadine Larivière, Camille Gauthier-Boudreault, Paul Morin et Richard Boyer

Les visions du rétablissement dans des services résidentiels en santé mentale d'une région québécoise

Morgane Gabet, Guy Grenier, Daniela Perrottet et Marie-Josée Fleury

Le soutien postlogement transitoire auprès des femmes en situation d'itinérance : besoins, implantation et impact d'une étude pilote

Marie-Pier Fortin, Mélissa Lavoie, Isabelle Dufour et Maud-Christine Chouinard

La littératie en santé chez les personnes présentant des troubles mentaux graves

Alena Valderrama, Isabelle Courcy, Lindsay Weis-Heitner et Baudouin Forgeot d'Arc

Les enjeux de littératie dans la communication aux parents du diagnostic de trouble du spectre de l'autisme chez l'enfant

Marc Corbière, Maud Mazaniello-Chézol, Marie-France Bastien, Steve Geoffrion,

Catherine Briand, Mélanie Lavoie-Tremblay, Anick Hurtubise et Pascal Tanguay

Enjeux et solutions en santé mentale et travail : le point de vue des gestionnaires d'une grande organisation de santé

Hélène Givron et Martin Desseilles

Decline of Empathy after the First Internship: Towards a More Functional Empathy?

David Gouron, Catherine Vignault, Jacques Quintin, William Semaan

et Khashayar Djahanbakhsh Asli

Impacts de la légalisation du cannabis récréatif sur la santé mentale : une recension des écrits

