

VOLUME XLIV • NUMÉRO 1 • PRINTEMPS 2019



**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, Monique Séguin, 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 : Siou, pastel gras sur carton, 46 cm × 61 cm, 2011, *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 : 514-343-2257

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.teluq.quebec.ca/smq>

<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

ÉDITORIAL

- 9 La richesse des préoccupations et réflexions de nos sociétés
Catherine Briand
- 11 « Quand il faut donner du sens au non-sens du trauma »
L'intervention psychologique auprès des victimes de la fusillade
du 29 janvier 2017 à Québec – dimension multiculturelle
(témoignage)
Nadia Kendil
- 31 La théorie de la noyade émotive virtuelle : une théorisation ancrée
sur le processus de recherche d'aide d'adolescents à risque de suicide
*Jessica Rassy, Luc Mathieu, Cécile Michaud, Tim Monday,
Sylvie Raymond et Jean-Pierre Bonin*
- 47 Différences en matière de santé mentale selon le statut
de minorité sexuelle
*Alexa Martin-Storey, Caroline Temcheff, Myriam Laventure
et Geneviève Lévesque*
- 67 « Née en France, j'ai l'impression que je suis tamoule avant tout.
Qui suis-je ? » Identités hybrides et positionnements dynamiques
des adultes de parents migrants tamouls en France
Mélanie Vijayaratnam, Sara Skandrani et Marie-Rose Moro
- 83 Exploration des besoins de services des personnes sourdes locutrices
LSQ présentant des troubles de santé mentale
*Nadine Larivière, Nathalie Lachance, Micheline Vallières
et Josée Loiselle*

105 Une bibliothèque au cœur du rétablissement (témoignage)

Nancy Gilbert, Julie Bellemare et Guylaine Vaugeois

**111 Le soutien des pairs souffrant de psychose : l'expérience
du programme « Passer l'espoir au suivant » (témoignage)**

Hubert-Antoine Wallot

ÉDITORIAL

La richesse des préoccupations et réflexions de nos sociétés

Catherine Briand, rédactrice en chef

Cher(ère)s lecteur(trice)s,

Encore une fois, nous sommes fière de vous présenter un tout nouveau numéro de sept articles inédits. Quoiqu'indépendants les uns des autres, ces articles nous permettent de constater la richesse des préoccupations et réflexions de nos sociétés d'aujourd'hui dans le domaine de la santé mentale.

Les quatre premiers articles abordent des enjeux totalement contemporains (intervention psychologique auprès de victimes de fusillade, suicide chez les adolescents et utilisation des technologies, identité sexuelle et santé mentale, positionnement identitaire des migrants) qui nous rappellent l'importance de s'y attarder et de s'en préoccuper.

D'abord, le témoignage de **Nadia Kendil** aborde l'importance de la dimension culturelle dans l'intervention psychologique auprès de victimes d'une fusillade et comment celle-ci peut avoir un impact sur la représentation mentale de la sécurité et le bien-être, le contexte de deuil et la notion de mort de la victime.

Ensuite, le texte de **Jessica Rassy, Luc Mathieu, Cécile Michaud, Tim Monday, Sylvie Raymond et Jean-Pierre Bonin** nous propose une théorisation ancrée permettant de mieux cerner le processus de recherche d'aide par les technologies de l'information et des communications (TIC) chez des adolescents à risque de suicide. Il met de l'avant la théorie de la noyade virtuelle qui permet de mieux comprendre cette forme de stratégies de recherche d'aide et les conséquences (positives ou néfastes) qu'elle peut avoir.

Le troisième texte est celui d'**Alexa Martin-Storey, Caroline Temcheff, Myriam Laventure et Geneviève Lévesque** sur les différences en matière de santé mentale selon le statut de minorité sexuelle. Cette publication permet d'aborder les différences significatives entre les individus appartenant à une minorité sexuelle et les individus hétérosexuels ainsi que l'importance d'atténuer les différences socio-démographiques pour améliorer la santé mentale chez les individus issus d'une minorité sexuelle.

Finalement, le quatrième texte de **Mélanie Vijayaratnam, Sara Skandrani et Marie-Rose Moro** aborde avec humanité, à partir d'entretiens menés auprès de quinze jeunes femmes issues de la seconde génération de Tamouls indiens et sri lankais de France, comment elles ont du concilier les référents culturels de leurs parents ainsi que leur culture d'appartenance française dans leur positionnement identitaire.

Quant au texte qui suit, il nous permet de rendre compte des besoins des personnes sourdes locutrices LSQ présentant des problèmes de santé mentale et de renforcer l'importance de considérer les aspects linguistiques et culturels dans les services en santé mentale. Il rappelle, comme les textes précédents, l'importance des dimensions culturelles dans la compréhension d'un phénomène ainsi que dans l'intervention.

Ainsi, le texte de **Nadine Larivière, Nathalie Lachance, Micheline Vallières et Josée Loiselle** nous présente la situation des personnes sourdes locutrices LSQ en matière de services de santé mentale et le fossé existant entre l'offre de services et les besoins exprimés. Il s'agit de résultats d'une étude de cas qualitative effectuée auprès de différentes parties prenantes.

Les deux autres textes, qui terminent ce numéro, permettent de poursuivre la réflexion sur le paradigme du rétablissement en présentant, sous forme de témoignages, deux initiatives de pratiques axées vers le rétablissement.

Le texte de **Nancy Gilbert, Julie Bellemare et Guylaine Vaugeois** témoigne d'un projet de bibliothèque permettant aux usagers d'avoir accès à l'information et des opportunités de développement de leur compétence en éducation à la santé.

Le texte d'**Hubert Wallot**, pour sa part, témoigne de l'expérience du programme « Passer l'espoir au suivant » et rappelle l'importance du soutien d'un pair aidant dans le processus de rétablissement des personnes.

En ce début de printemps tant attendu, je vous souhaite une bonne lecture.

TÉMOIGNAGE

« Quand il faut donner du sens au non-sens du trauma »

**L'intervention psychologique auprès des victimes de
la fusillade du 29 janvier 2017 à Québec – dimension
multiculturelle**

Nadia Kendil^a

RÉSUMÉ Le 29 janvier 2017, un forcené tire sur une assemblée de fidèles au Centre culturel islamique de la paisible ville de Québec. Le bilan est de six tués, cinq blessés et 35 rescapés choqués. Dans la ville, des familles des victimes et des coreligionnaires sont sous le coup d'un choc émotionnel. Il s'agit d'un acte terroriste ciblé, visant des personnes dans leur identité culturelle et religieuse, et les atteignant dans leur représentation mentale de la sécurité et du bien-être.

Les secours psychologiques s'organisent, avec notamment l'intervention d'une psychologue de même culture et de même langue maternelle que les victimes. Les tableaux cliniques constatés sont d'une part le stress adapté, avec ses symptômes transitoires, et d'autre part le stress dépassé, avec ses symptômes dissociatifs et ses risques évolutifs vers l'état de stress post-traumatique. À signaler aussi des cas de deuil traumatique, compliqués, entre autres, par l'obligation que se font les familles d'aller enterrer les défunts dans leur pays d'origine.

L'intervention psychologique se déroule au domicile des victimes dans un premier temps (les premiers jours) en séances de déchocage (*defusing*) par groupes familiaux. Puis, la deuxième semaine, elle a lieu en séances de groupes de bilan psychologique d'évènement (*debriefing*) psychodynamique en clinique (bureau privé). Pour les enfants, on a recours à l'expression spontanée par le dessin. Passé

a. Ph. D., Psychologue. Membre de l'Ordre des psychologues du Québec. Membre de l'Association des psychologues du Québec. Membre de la Société québécoise d'hypnose.

quinze jours, selon les normes établies par l'Ordre des psychologues du Québec, on propose aux victimes qui souffrent encore de venir consulter au cabinet de la psychologue.

Trois mois après l'attentat, les deux tiers des victimes s'en sortent sans séquelles ou avec des séquelles légères. Parmi les autres, qui présentent de la difficulté d'endormissement, des cauchemars et de la phobie de sortir, certaines réactivent leurs symptômes en réaction à la reprise d'actes hostiles envers la communauté musulmane.

Un an après l'attentat, un retour progressif à la normale est de plus en plus perçu pour un grand nombre de victimes. La culture et la religion agissant comme facteurs de protection, notamment la « foi » comme porteuse ultime de résilience. La solidarité sociale et politique contribue à l'apaisement de la douleur chez certains.

Le processus judiciaire laisse place à la parole et à l'expression du ressenti dont ont besoin les victimes. À la base de l'amélioration, inviter la victime à verbaliser l'expérience vécue sensorielle « absurde » du trauma contribue à le résoudre en y apportant du sens.

Nous émettons enfin des recommandations visant à avoir recours, dans la mesure du possible, à un professionnel de la même culture dans le contexte du trauma, ou à être supervisées par ce dernier pour une meilleure connaissance de la culture de la victime ou tout simplement à investiguer le contexte socioculturel et la religion, si celle-ci a un lien étroit avec le contexte du deuil et de la notion de mort de la victime.

MOTS CLÉS attentat, stress post-traumatique, verbalisation du trauma, résilience, dimension socioculturelle

“When we have to make sense to the nonsense of trauma”

Psychological intervention among shooting victims of January 29, 2017. Multicultural perspective

ABSTRACT In late January of 2017, a Québec City-born deranged young man walked into the town's Great Mosque on Sunday evening during a prayer meeting and opened fire on the group of praying men gathered in the main hall, killing six (6), injuring five (5) of them and leaving thirty-five (35) later “rescued” people—men, women and children—behind, in a state of total shock, a municipal first in that quiet, peaceful city's history.

The lone gunman's act was targeting a specific cultural community, attacking them in their religious identity and even reaching them in their sense of security and well-being.

Psychological crisis intervention was quickly organized following the ordeal and through, notably, the rapid intervention of a same culture, same language psychologist. The identified preliminary general crisis picture was then one of “adaptive stress” along with its transitory symptoms and of “exceeded stress” with its unre-

lated symptoms and carrying the risk of a build-up resulting in the display of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms. A number of survivors also showed signs of “traumatic mourning,” painfully worsened by the burden of having to organize the sending (repatriation) of their deceased loved ones’ remains back to their homeland.

The “native” psychologist began setting up the therapy sessions in the victims’ homes for the first few days, first in the form of using the “defusing” approach during family group meetings and then followed, over the course of the following weeks, by the use of targeted techniques known as “debriefing,” including a psychological assessment of the event, also using psychodynamic means. As for children, their candid expression of feelings through drawing was privileged and as is usually recommended in such circumstances. And beyond the fifteen (15) day therapy period and in accordance with the recommendations of the Order of Quebec psychologists, victims were then offered private sessions at the psychologist’s office.

Three (3) months following the attack, two thirds (2/3) of the victims were progressively coming out of their trauma-related state of mind either without any aftereffect or, for some, only minor ones. For others showing some various degrees of sleep disorders such as recurring nightmares and “going out” phobia, they had actually “reactivated” their original symptoms in reaction to and triggered by inconsiderate social acts committed in their behalf by some local hostile individuals.

Marked improvements were gradually noticeable within the targeted community through encouragement to verbalize their traumatic experience, psychologically identified as “illogical” and in so trying to help them see it as having some form of “meaning.”

One year following the attack, many victims experiment a gradual return to normal functioning levels. Culture and religion act as protective factors, with “faith” being the ultimate contributor to resilience. Group solidarity, as well as social and political support have also helped to ease some of the victims’ pain.

We also address the judicial process that gave the victims the much-needed opportunity to express and share their feelings and reactions about the traumatic experience.

Recommendations are finally made to use as much as possible a professional of the same culture in the context of the trauma; or to be supervised by the latter to acquire a better knowledge of the culture; or to simply investigate the socio-cultural context and religion of the victims, if these are closely related to the context of mourning and their conception of death.

KEYWORDS mass murder attempt, post-traumatic stress disorder (PTSD), trauma verbalization, resilience, socio-cultural dimension

1. Introduction

Le 29 janvier 2017 à 19 h 45, un forcené perpétrait un attentat anti-musulman à la mosquée de Québec, par fusillade, tuant six personnes, en blessant huit autres, dont cinq graves, et provoquant un choc émotionnel chez 35 fidèles rescapés, et leur famille. Étant une des seules psychologues arabophones de la ville de Québec, et une des rares formées à la question du traumatisme psychique, nous avons donc proposé nos services, en passant par l'Ordre des psychologues du Québec. Nous avons pu intervenir dès le lendemain auprès des rescapés et des familles endeuillées.

C'est le compte-rendu de cette intervention que nous présentons ici, en soulignant l'intérêt qu'il y a pour ces victimes directes et/ou indirectes à avoir affaire à une psychologue de même culture ancestrale et de même langue maternelle qu'elles-mêmes.

2. Les faits et leur contexte socioculturel

La ville de Québec (Canada) n'était pas préparée à faire face à des situations de terrorisme. Québec est une ville paisible et tranquille, peuplée de Canadiens francophones et aussi d'immigrés dont certains, venant de pays arabes, ayant fui la violence et l'insécurité de leur pays.

Ainsi, le 29 janvier 2017, vers 19 h 45 (après la dernière prière de la journée, *Ichha*), un forcené tirait sur une assemblée de fidèles à la grande mosquée de Québec. Le bilan était de six morts et huit blessés dont cinq graves. La quarantaine de fidèles présents était choquée. Dans la région, beaucoup de familles et des amis des victimes subissaient aussi un choc émotionnel.

Cette fusillade était dirigée exclusivement contre des fidèles musulmans dans leur lieu de culte, et destinée à effrayer toute la population musulmane résidant à Québec. Il est à noter que la grande mosquée de Québec avait déjà fait l'objet d'actions islamophobes dans les mois précédents. En juin 2016, en plein ramadan (mois sacré de jeûne chez les musulmans), une tête de porc avait été déposée devant cette même mosquée. Quelques semaines plus tard, une lettre islamophobe était distribuée dans son voisinage.

Les personnes tuées étaient des hommes intellectuels bien intégrés et œuvrant pleinement au développement de leur terre d'accueil. Ils étaient tous dotés d'un certain niveau d'éducation du fait des exigences

colaires et des qualifications professionnelles de haut niveau requises pour l'établissement d'un dossier d'immigration au Canada.

Trente-cinq personnes se trouvant dans la mosquée sortaient indemnes physiquement de l'attaque, mais sur le plan psychique, tout était à faire chez ces rescapés. L'horreur venait de faire effraction dans leur vie paisible et sereine, dans une ville qui l'est tout autant, alors qu'ils n'y étaient pas du tout préparés. « Pas à Québec! Cette ville paisible »; « Ailleurs peut-être, mais pas à Québec! », étant parmi les phrases entendues depuis la fusillade.

Cela donnait lieu, dans l'esprit de ces immigrés, à tout un remaniement des représentations mentales de la sécurité et du bien-être. Et toute la dimension de structure symbolique s'y rattachant devait être revue et repensée; le processus de reconstruction de cette symbolique décousue et ébranlée devait se remettre en marche avec les acteurs d'intervention psychosociale spécialisée.

Les résultats de certaines études suggèrent que 90 % des gens qui ont vécu un événement traumatique vont avoir des symptômes de stress post-traumatique par la suite (Brunet, 2014).

Ces rescapés étaient des victimes directes, qui étaient présentes sur le site, et qui ont subi un traumatisme psychique majeur (surprise, effroi, horreur et effraction des défenses psychiques dans cette confrontation inopinée avec la mort) (Lebigot, 2002). Mais, il y avait aussi les victimes indirectes, les familles et les proches, voire tous les coreligionnaires, surpris, choqués, éprouvant du chagrin et se sentant menacés dans leur identité culturelle.

La fusillade, intentionnelle et délibérée, visait ces gens-là dans leur identité profonde. Elle s'attaquait à leurs liens identitaire, social et communautaire, et provoquait une implosion, détruisant leur système de valeurs pour les emporter vers le chemin de l'insécurité et de la méfiance qu'ils n'avaient jamais connu ni pensé un jour vivre à Québec.

3. Préparatifs de l'intervention psychologique

Prise au dépourvu après avoir appris la nouvelle à la télévision le soir même, nous ne savions pas quoi faire ni par où commencer. La seule certitude présente était l'envie impérieuse d'agir. Notre première réaction, au lendemain de l'attentat, a été de passer quelques appels en quête d'un fil conducteur qui pourrait nous guider vers cette intervention. Notre seule assurance d'être autorisée à agir en tant que professionnelle de la santé était de passer par l'Ordre des psychologues du

Québec, pour qu'ainsi soit reconnue la conformité de notre action. Nous avons alors constaté être l'une des deux seules personnes à parler la langue des victimes, et l'unique psychologue formée en stress post-traumatique dans cette communauté de la région de Québec, ce qui amplifiait notre désir d'agir rapidement.

Nous avons annulé les rendez-vous de notre clinique avec les patients habituels. Nous leur avons expliqué les raisons de ces reports et ils se sont montrés très compréhensifs, approuvant et encourageant notre initiative.

Nous avons adressé quelques courriels à des organismes impliqués, pour nous permettre de procéder à notre intervention. Nous avons reçu quelques retours de courriels accusant réception de nos messages et d'autres nous communiquant les coordonnées des familles endeuillées. Quelques-uns de nos amis se sont mobilisés pour faire la tournée des familles, notamment des médecins de la communauté, car il s'agissait non seulement de soutenir les nôtres par solidarité et compassion, mais aussi d'apporter les compétences professionnelles dont les familles avaient besoin.

Enfin, nous avons fait quelques emplettes de crayons de couleur, cahiers et petits cadeaux destinés aux jeunes enfants pour lesquels le dessin faciliterait l'ouverture au dialogue (Graham et Cloitre, 2009). Nous nous sommes donc donné comme mission d'aller à la rencontre de l'autre, spontanément et instinctivement, munie de notre disponibilité, de notre souci de leur « bien-être », ainsi que de notre expérience en la matière; notre devoir étant de soulager non seulement la souffrance physique (des blessures physiques), mais aussi la souffrance psychique des victimes, « blessées psychiques », de leur famille et de leurs proches.

4. Déroulement de l'intervention

Toutes les personnes qui ont été exposées à un événement « potentiellement traumatisant » ne le vivent pas forcément comme un traumatisme psychique (Breslau et coll., 1998). Certaines vont réagir immédiatement par un stress normal, adaptatif, avec conservation de la lucidité, qui va leur inspirer des comportements de sauvegarde et d'entraide. Il s'agit d'un stress aigu normal, qui est déclenché lors de l'exposition à un événement menaçant subit et brutal (Lebigot, 2002). D'autres, par contre, parce qu'elles sont plus fragiles ou momentanément plus vulnérables, vont réagir dans l'immédiat par un stress

dépassé, traumatique, avec effroi, arrêt de la pensée, « comme un trou noir », incompréhension de la situation, déréalisation, voire dépersonnalisation, donnant lieu à des comportements de sidération, d'agitation incoordonnée, de fuite panique ou d'action automatique (effectuer et répéter des gestes inutiles, sans y penser et sans les mémoriser) (Vaiva et coll., 2008).

Ainsi, les premières peuvent être encore sous le coup de leur stress, qui s'accompagne transitoirement de symptômes neurovégétatifs gênants (tachycardie, poussée de tension artérielle, pâleur, spasmes viscéraux). Elles peuvent être extrêmement peignées, tristes, en colère, et c'est tout à fait « normal ». Elles vont avoir besoin d'écoute, de compréhension et d'empathie, voire de compassion, sans manifester pour autant une symptomatologie psychiatrique. Les secondes, par contre, vont exprimer une souffrance particulièrement intense, avec un cortège de symptômes dissociatifs, anxieux, phobiques, psychosomatiques et des symptômes psychologiques de terreur et d'impuissance (Brillon, 2010). Ces tableaux cliniques peuvent s'avérer handicapants et durables, pouvant les empêcher de poursuivre le cours harmonieux de leur vie. Ces personnes qui réagissent par un stress dépassé ou traumatique ont besoin d'être accompagnées et prises en charge par des intervenants qualifiés et spécialisés dans le domaine du stress post-traumatique. Il s'agit de les sortir de leur sidération, de les informer sur l'évènement, « que s'est-il passé ? », de les ramener à la réalité et de les rassurer.

C'est le temps du déchocage et du désamorçage (Crocq, 2003) – ou *defusing* en anglais – procédure qui consiste à inciter à la verbalisation de l'émotion et qui détient un effet préventif de l'installation de séquelles psychiques. La victime traumatisée est invitée à exprimer son vécu (elle en ressent d'ailleurs le besoin), pour mettre des mots sur son expérience « insensée », et commencer à en effacer le caractère absurde. L'intervenant en profite pour établir une relation de confiance et renouer le lien social et communautaire provisoirement rompu. La détresse et le désarroi des victimes – directes ou indirectes – sont importants, et ces victimes ressentent un intense besoin d'empathie et de compassion. L'attitude classique de « neutralité bienveillante » qui renvoie le patient à sa réflexion solitaire n'a pas sa place dans ces situations. Elle serait vécue comme une indifférence ou une rebuffade (Crocq, 2012). Le soignant psychologue doit s'armer d'écoute active, comprendre la plainte par empathie, et même manifester de la compassion (en posant sa main sur l'épaule, par exemple, au besoin).

Les tournées aux domiciles des victimes et familles, initialement prévues en équipes d'intervenants, ont fini par se faire individuellement, car les temps d'intervention étaient différents. En ce qui nous concerne, nous avons été appelée à passer plusieurs heures avec la même famille.

Nous nous sommes donc présentée au domicile des familles à J+1. La plupart étaient encore sous le choc. Accordant notre priorité aux plus jeunes, sans négliger pour autant les autres membres de la famille que nous verrions plus longuement par la suite, nous avons pu consacrer à chaque enfant un temps variant de 40 à 60 minutes, ce qui était le strict nécessaire pour qu'il puisse s'exprimer et reprendre confiance. Ceci a fait que nous n'avons pas pu voir plus de deux ou trois familles par jour. Nous avons visité quelques familles et secouru 40 personnes, dont une vingtaine d'enfants, au total. Compte tenu de nos qualités d'arabophone, nous avons pris en charge à peu près 50 % des personnes rescapées et impliquées; les autres ont été référées aux autres collègues.

Le travail s'est ainsi poursuivi durant une semaine, nécessitant parfois des visites en soirée réclamées par les familles, pour rencontrer les personnes absentes ou occupées.

Après les premiers jours, l'intervention immédiate de déchocage ou de désamorçage (*defusing*) doit faire place au bilan psychologique d'événement (*debriefing*) (Lebigot, 1998), car on entre dans la période post-immédiate qui peut s'étendre sur plusieurs semaines.

L'information s'est vite propagée auprès des services sociaux, du Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) et du Centre culturel islamique de Québec (CCIQ) qui s'est félicité de l'existence d'une psychologue maghrébine partageant leur culture. Dans ce cas-ci, il est intéressant que le débriefing soit assuré par un professionnel de la même culture que les victimes, pour mieux comprendre leur désarroi et renforcer leur confiance (Johnson et coll., 2009). C'est pourquoi notre intervention psychosociale en post-immédiat a été bien accueillie par les familles et souvent attendue et souhaitée. Cela a constitué notre carburant pour aller de l'avant et poursuivre sur notre élan. Peu à peu le nombre de personnes a augmenté à tel point que nous avons craint de manquer de moyens et de temps.

Nous avons agi, alors, par groupe familial (de quatre à huit personnes) et avons choisi la méthode de débriefing psychodynamique préconisée par le professeur Crocq (2004). Cette méthode, qui donne la priorité à l'expression spontanée, ou plus exactement l'« énonciation » de l'expérience vécue, est préconisée pour le débriefing des victimes.

Elle se démarque du débriefing narratif de J. Mitchell, plus directif et codifié, qui convient bien aux sauveteurs, pompiers et policiers, lesquels tiennent à rester sur leur réserve et craignent de paraître faibles aux yeux de leurs camarades. Le professeur Crocq a assigné dix objectifs au débriefing psychodynamique (Crocq, 2004), qui sont : 1/ménager un espace-temps intermédiaire entre le drame et le retour à la vie paisible ; 2/conforter la personne (la rassurer sur le fait qu'elle n'est pas abandonnée, mais qu'elle devra recouvrer son autonomie) ; 3/inciter à la verbalisation du vécu (visée cathartique) ; 4/informer sur les symptômes présents et éventuellement à venir ; 5/faciliter l'identification du sujet aux autres membres du groupe et aux autres victimes ; 6/encourager et renforcer la cohésion du groupe ; 7/aider à réduire les sentiments d'impuissance et de culpabilité ; 8/préparer le sujet à affronter le milieu extérieur (y compris les médias intrusifs) et à reprendre son existence normale ; 9/repérer les sujets fragiles (et, en aparté, leur proposer un soutien) ; 10/inviter les sujets à mettre un point final à leur aventure.

Les débriefings se sont bien déroulés et ont procuré de l'apaisement aux rescapés et aux familles.

La semaine suivante, nous avons senti une accalmie revenir progressivement. Les familles ont dû, pour certaines d'entre elles, rentrer inhumer le corps des défunts au pays d'origine, ce qui a soulevé la question du deuil.

Le deuil est vécu différemment selon qu'il soit éprouvé dans le pays d'origine ou ailleurs. Il est parfois difficilement surmonté, perçu comme une pluralité de pertes éprouvantes (Lussier, 2011). Une première perte a déjà été subie lorsqu'il a fallu quitter le pays d'origine pour émigrer, voire laisser sur place des parents et des amis (Rachédi et Halsouet, 2017). À cela s'est ajoutée la préoccupation de s'adapter au pays d'accueil. Une autre perte a été celle des repères symboliques, et parfois d'identité, de statut socioprofessionnel, relationnel et environnemental. À ces premières pertes vient alors s'ajouter la perte de l'être cher, qui est la « pire » de toutes. Dans ces cas-là, les réseaux de solidarité et les rituels funéraires font office de tuteurs de résilience. « Dans tous les cas, les immigrants se mobilisent grâce à leurs réseaux pour s'entraider et inventent des stratégies pour adapter des rituels funéraires significatifs à l'intérieur du cadre juridique de leur société d'accueil » – dans ce cas-ci celui du Québec (Rachédi et Kalanga, 2017). L'enjeu était donc majeur.

Certaines personnes ont évoqué ce qui avait motivé leur immigration, à savoir la fuite de l'insécurité qui sévissait dans leur pays

(plusieurs avaient été directement menacées). Elles étaient venues chercher cette sécurité au Canada. Comme il a été mentionné plus haut, il s'agissait de reconstruire leur représentation mentale du concept de sécurité, de procéder à tout un remaniement de ces représentations avec leur dimension symbolique.

Dans ces cas-là, les intervenants psychosociaux doivent alors remettre en marche le processus de cette reconstruction.

La solidarité exprimée par la population québécoise a été d'une grande aide pour les victimes, de près ou de loin. Chacun faisait et donnait ce qu'il pouvait.

Lors de l'une des interventions de soutien psychologique, une travailleuse sociale s'est rendue au Centre culturel islamique (lieu de l'attentat) avec un foulard cachant ses cheveux. Il n'était, peut-être, pas nécessaire de le porter (puisque parmi les musulmanes, certaines ne le portent pas), mais elle a ainsi exprimé un certain respect envers cette communauté en faisant ce qu'elle a jugé bon de faire dans ces moments d'extrême douleur.

5. Évolution pendant les trois premiers mois

La plupart des victimes ont été suivies à domicile pendant la première semaine. Se posait alors la question de la poursuite du soutien psychologique pour celles qui en ressentaient le besoin. Et ce soutien psychologique devait être effectué désormais en cabinet de consultation. Nous avons donc pris soin de laisser nos coordonnées aux familles afin de leur prodiguer la prise en charge attendue – en particulier pour les familles parties organiser les obsèques des défunts et y prendre part – après leur retour du pays. Nous avons dû, en outre, leur donner des explications déontologiques quant à la difficulté de la prise en charge des autres membres de la famille. En effet, les phases d'urgence, immédiate et post-immédiate, étant résorbées, le code de déontologie et d'éthique des psychologues ne nous permettait plus d'intervenir en dehors de notre bureau. Nous avons toutefois rassuré les personnes intéressées, en leur confirmant, tout au moins en ce qui nous concernait, que cette poursuite de la prise en charge serait offerte gracieusement. Nous avons proposé aussi à certaines d'entre elles des groupes de parole, qui se sont avérés finalement difficiles à mettre en place.

Certaines victimes directes ont traversé des phases dépressives, marquées par un sentiment d'autodépréciation, de perte de confiance, d'insécurité et de culpabilité, celle-ci se trouvant parfois au premier

plan du fait d'avoir survécu là où les amis et compatriotes avaient trouvé la mort et d'avoir été dans l'incapacité d'agir (Bélan, 2018).

Beaucoup de victimes ont vu leur état s'améliorer en quelques semaines. Certaines ont même repris leur travail au bout d'une semaine (encore que quelques-unes qui avaient présumé de leur force ont dû se résoudre à demander un arrêt de travail supplémentaire). Beaucoup ne pouvaient pas détacher leurs pensées du souvenir de la fusillade; plusieurs la revivaient en cauchemars nocturnes, certaines étaient en état d'alerte (critères B, C, D du DSM-5) quand elles sortaient de chez elles et quelques-unes avaient parfois la phobie de sortir. Deux mois après le drame, les caméras de surveillance ont enregistré deux hommes cagoulés qui tournaient autour de la mosquée. Cette vidéo visionnée par les victimes a déstabilisé certaines d'entre elles. Les symptômes qui s'estompaient se sont, dans quelques cas, réactivés plus intensément. D'autres victimes ont même rechuté, avec une reviviscence intense de l'évènement, des flash-back, et l'apparition de nouveaux symptômes qui n'étaient pas présents dans le tableau clinique initial, tels que crises d'angoisse et évitements phobiques (Crocq, 2002).

Beaucoup de victimes éprouvaient de la difficulté à s'endormir le soir, à cause de leurs ruminations mentales sur l'évènement. Un tiers des personnes qui avaient été rencontrées ont dû prendre des somnifères. Enfin, quelques conjoints des défunts ont présenté un deuil pathologique. La poursuite du soutien psychologique devait leur permettre de sortir d'un état de sidération psychique avec fixation au souvenir du trauma, et de reprendre le cours de leur vie; ce soutien leur apportait, par ailleurs, une formation éducative qui leur permettait de dépasser ce stade, ainsi que l'apprentissage des techniques de gestion des émotions.

En gros, trois mois après l'attentat, les deux tiers des victimes et des personnes impliquées s'en sont sortis sans séquelles ou avec des séquelles légères; et un tiers a conservé des troubles, nécessitant la poursuite du soutien psychologique, à un rythme variable.

Mais des questions se posent aujourd'hui: « Que peut-on offrir à ces victimes qui perçoivent encore cette menace, qui ne se sentent pas en sécurité? Comment prétendre affirmer à ces gens-là que cet évènement est isolé et qu'il n'arrivera plus rien? »

6. Évolution de l'état des victimes un an après

Nous allons appuyer nos observations cliniques sur des facteurs culturels qui semblent être un levier important dans l'évolution de l'état psychologique de nos patients, victimes survivantes de l'attentat à la mosquée, et des familles (victimes directes et indirectes) (Crocq, 2014).

Selon l'UNESCO (2002): « Toute culture définit des traits qui permettent de lire le monde et de donner un sens aux événements. » Dans ce contexte, les facteurs culturels constituent parfois des facteurs de protection (Tarquinio et coll., 2017). Prenant en compte qu'un événement intentionnellement perpétré par un homme aux prises avec une cruauté ciblée et délibérée sera encore plus susceptible de provoquer de la détresse émotionnelle et de l'effroi pour les victimes, la réaction émotive et la menace perçue seront d'autant plus déterminantes dans le développement des troubles de l'ordre de stress post-traumatique chez elles (Rasmussen et coll., 2007). C'est ce qui a été observé, un an après l'attentat, en dépit de la fluctuation de l'état psychologique des victimes. En effet, elles se stabilisaient parfois, retrouvant le rythme de la vie quotidienne, à la faveur des facteurs suivants:

- Retour du sentiment de sécurité, considérant l'évènement comme acte isolé de haine;
- Retour au travail (progressif et/ou total);
- Tentative de reconstruire son avenir, celui de ses enfants et de sa famille;
- Modification des représentations mentales négatives, laissant place à une bonne projection dans l'avenir, en réinvestissant son quotidien (ayant été travaillé en psychothérapie s'appuyant sur la restructuration cognitive issue des thérapies cognitivo-comportementales);
- Baisse de la symptomatologie d'intrusion « envahissante », de l'évitement, ainsi que de l'hypervigilance et les symptômes neurovégétatifs. (DSM-5, 2013), notamment avec des techniques de pleine conscience;
- Résilience des adultes, blessés psychiques, transmise aux enfants, « Ceux-ci étant très sensibles aux réactions de leurs parents » (Société canadienne de pédiatrie, 2018).

Mais d'autres fois, ces mêmes victimes étaient complètement décontenancées en raison de l'évolution de l'enquête judiciaire et du plaidoyer de non-culpabilité du tueur. De même qu'elles étaient affectées par certaines interventions des médias (qui pourtant, dans ce cas, ont manifesté beaucoup de compassion envers les victimes, mais qui n'ont

pu s'empêcher de relater certains faits qui ont été source de souffrance pour ces dernières), sans oublier les effets des réseaux sociaux (commentaires négatifs de la population).

Nous avons constaté que la culture, la religion et les valeurs ont constitué de réels facteurs de protection pour ces personnes, leur attribuant une capacité de résilience sans précédent, celle-ci étant cultivée dans leurs propres perspectives culturelles et ressources religieuses (Berrada, 2010).

D'autres facteurs ont favorisé une bonne évolution des cas, comme :

- l'établissement de tout un rituel autour des commémorations du premier anniversaire de l'attentat;
- la présence des deux Premiers ministres, du Canada et du Québec, qui ne fut pas sans apaiser, soulager et donner de l'espoir à la communauté musulmane;
- la justice qui joue souvent un rôle décisif dans l'avenir des victimes et de leur famille.

Le suivi du processus judiciaire apporte, généralement, toute une dimension d'« attente angoissante » et la mobilisation d'affects violents, tels que la peur, la colère, le sentiment d'impuissance et la crainte de l'injustice, ce qui pourrait expliquer son caractère, parfois, dévastateur, voir « un phénomène de survictimisation » pour certains (Pignol et Villerbu, 2014). Nonobstant les victimes qui ont exprimé une préoccupation envahissante et un « stress intense », le processus judiciaire a, notamment, joué un rôle de thérapie et d'espace de verbalisation à visée « cathartique » (Crocq, 2003), procurant un apaisement pour les rescapés de la Mosquée et pour les familles qui ont pu témoigner et exprimer leur ressenti face aux retombées pendant et après le drame.

Cela a, aussi, permis à d'autres de rassembler des « morceaux du puzzle » perdus au fil de l'année écoulée et demeurant obscurs, ceci faisant écho à un vécu subjectif pour reconstruire, par le fait même, l'histoire du drame dont chaque personne possédait « un bout », avec toutes les représentations mentales qui en découlaient; pour enfin tenter de reconstruire et de rétablir les liens identitaires et communautaires. Ce qui a mis en lumière la difficulté des victimes à affronter leur réalité interne (Damiani, 2003) « trop douloureuse » qu'elles extériorisaient et combattaient à travers leur « désir profond » de témoigner à la cour.

Ce processus venait offrir des réponses à leurs incompréhensions, qui remettaient en cause toutes leurs croyances profondes ébranlées (Pignol et Gouénard, 2007).

7. Commentaire conclusif : la dimension socioculturelle de l'attentat

Le contexte socioculturel nous apparaît évident et primordial dans ce cas de figure d'un attentat contre des fidèles d'une communauté religieuse. De ce fait, il est important que des intervenants locaux de même appartenance communautaire ou connaissant la culture et la réalité sociale des victimes soient dépêchés auprès d'eux pour mieux adapter les interventions (Kendil, 2010).

Dans ces situations de crise et d'extrême violence, les victimes rescapées, les témoins et les familles ont souvent besoin de livrer un contenu (quand ils peuvent le faire) à un intervenant qui est capable d'intégrer leur réalité et leurs représentations intériorisées en lien avec le drame et le statut de la personne. Notamment quand celle-ci est loin de son contexte familial et social d'origine et que l'acte de violence intentionnel la vise tout particulièrement. En fait, il ne s'agit pas de livrer un contenu déjà élaboré et pensé, mais plutôt d'énoncer ce qui monte aux lèvres à partir du chaos intérieur de l'expérience traumatique brute ; cette mise en mots constitue l'amorce d'une identification de sens – sens singulier pour une personne dotée d'une culture et d'un passé – à réinsérer dans la continuité fluide de l'histoire de vie.

Les personnes secourues à la suite de l'attentat perpétré à Québec fin janvier 2017 pouvaient avoir un discours différent, selon qu'elles étaient en présence d'un intervenant partageant leur culture ou non. En ce qui nous concerne, nos interventions étaient spontanées et empathiques, sans condescendance ni arrière-pensée ambiguë. Il fallait « parler le même langage », avec les mêmes modèles de représentation communs à l'intervenant et à son interlocuteur. Il s'agissait pour les victimes d'exprimer des propos et des ressentis qu'elles savaient, d'emblée, compris par celui qui partageait leur culture et leur histoire collective. Cet intervenant était à même de comprendre dans une empathie complète un événement qu'il aurait lui-même vécu dans un cadre similaire. Cela donne lieu à un sentiment de reconnaissance de la souffrance et de la légitimité du trouble (et sans effort de traduction des pensées spontanées). Ces aspects sont, dans certains cas, incon-

tournables dans l'appréhension du contexte et du vécu de la victime (directe ou indirecte, primaire, secondaire ou même tertiaire). Enfin, le cas échéant, ce partage socioculturel permet de faire un travail de deuil plus adapté et mieux structuré avec un langage commun du vécu.

8. Recommandations

Dans nos recommandations, nous mettons en exergue les conditions et prérequis de l'intervenant comme pratiques gagnantes et nécessaires au mieux-être de la victime et à l'alliance thérapeutique. Nous ne citons que ceux qui semblent fondamentaux et ont été exprimés par la majorité écrasante des victimes dans ce cadre-ci :

1- La connaissance de la culture du patient par les intervenants et professionnels de la santé

Ce critère a fait l'unanimité des patients en termes de besoin essentiel.

Au-delà de l'aspect collectif du drame, la dimension individuelle avec ce qu'elle comporte comme histoire singulière et subjective vient donner un autre sens à l'expérience traumatique dans son aspect « indicible et innommable » (Briole et Lebigot, 1994), qui peut être vécue différemment d'une personne à une autre. Ce qui « nécessite d'intégrer les représentations culturelles du patient » (Vitry et Dessons, 2005), afin de tenter de redonner du sens au non-sens de la sidération et du trauma, en transformant ces souvenirs en représentations acceptables pour le psychisme.

Les intervenants doivent, à cet effet, se prémunir de la bonne connaissance et de la compréhension des différences entre leurs actions, leurs croyances et leurs valeurs culturelles et celles de leurs patients (Kodio, 2009).

Hormis une femme, les 35 blessés « psychiques » et rescapés étaient des hommes. La culture maghrébine faisant en sorte que l'expression de la souffrance psychique passe au second rang, particulièrement chez l'homme (Boucebci, 1993), celui-ci ne se donne le droit que de manifester des symptômes physiques et médicaux – extérieurs, par opposition aux symptômes psychologiques intérieurs – car légitimés par le collectif social. « Toute atteinte ou situation angoissante verra sa cause projetée et attribuée à une cause extérieure. Dans le monde maghrébin traditionnel la prégnance du moi collectif est la donnée capitale... » (Boucebci, 1993). Chidiac et Crocq nous confirment que dans certaines

cultures « où l'autocensure réprime l'expression de la souffrance psychique », la plainte somatique reste la voie la plus directe à l'expression d'un mal-être (Chidiac et Crocq, 2011).

2- Le besoin d'exprimer sa souffrance dans sa langue maternelle

Ce critère vient s'appuyer sur le précédent, offrant une autre dimension à l'exposé de la souffrance. La langue est imprégnée par des règles, des représentations de lois (sociales et religieuses) et de valeurs par lesquelles les victimes ressentent la nécessité et la soif de relater dans leurs mots et dans leur langue usuelle. « La culture dépose dans la langue des éléments d'inclusion qui se transmettent de génération en génération » (Bendahman, 2003).

Comme cette petite fille de sept ans, déjà rencontrée, qui nous parla de la perte d'un membre de sa famille et de son apprentissage de la résilience grâce à « Allah » (Dieu des musulmans). Une autre petite âgée de 10 ans l'interpella d'un coup de coude, l'avertissant discrètement de dire « Dieu ». La petite de sept ans rétorqua avec conviction : « Mais non ! Elle est comme nous, elle connaît Allah ! » Ce qui libéra la seconde, émettant un grand sourire et soupir de soulagement...

3- La foi comme facteur de protection et de résilience

La foi en islam revêt une importance des plus fondamentales. Le recueil des actes et paroles du prophète Mohammed explique que le Prophète (que paix soit sur lui) dit : « Tout ce qui peut frapper le musulman, que ce soit la fatigue, la maladie, l'anxiété, la tristesse, la souffrance, le deuil et même la blessure d'épine, est contrebalancé par l'absolution, par Allah, de certains de ses péchés. » Ce qui en découle est que le mal est tempéré par le pardon des péchés. La maladie est vue comme une épreuve que l'on fait subir à sa foi, à travers laquelle la patience et la confiance en Dieu sont appelées pour soutenir dans la détresse (ad-Dab'bagh, 2013). Ces croyances profondes ont servi de béquille et d'échappatoire aux victimes qui, en se pliant aux volontés divines et à leurs convictions profondes, se fortifiaient pour surmonter l'insupportable.

Il s'agit d'examiner le concept de traumatisme non pas en fonction de la sévérité de l'évènement, mais en tenant compte des capacités de résilience du sujet (De Tyche et coll., 2001 ; 2014).

4- Statut de la victime décédée

Un autre élément qu'on pourrait, aussi, associer à la culture religieuse et qui vient soutenir la compréhension et une meilleure prise en charge est le statut héroïque du défunt. Un fidèle musulman décédé dans un lieu sacré, à la guerre ou pour la cause de Dieu (Aggoun, 2006), a le statut de « martyr ». Cette phase fut très aidante et d'un réconfort sans précédent pour les familles, ainsi que pour les enfants qui avaient été renseignés. « Papa est au paradis » nous dira, une petite fille de six ans.

5- Les pratiques gagnantes dans la prise en charge des traumatisés

- Mettre l'accent sur la capacité de récupération ; mobiliser les ressources personnelles et offrir de la psychoéducation aux victimes, afin de déboucher sur une meilleure résolution du vécu, du moins, une meilleure compréhension pour une meilleure gestion des émotions et des affects ;
- Concevoir des actions qui amènent une collaboration volontaire et proactive du patient. Ce qui contribue grandement à la libération des symptômes après intégration du vécu, et ce, en réactivant les « facultés de *coping* préexistantes et perturbées par le traumatisme ».

RÉFÉRENCES

- ad-Dab'bagh, Y. (2013). La Foi et la santé mentale en Islam. *Les cahiers de l'Islam*. Première parution 2001, *Nouveau dialogue*, 134, 17-19.
Récupéré de https://www.lescahiersdelislam.fr/La-Foi-et-la-sante-mentale-en-Islam_a459.html
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e édition). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Aggoun, A. (2006). Le Martyr en Islam. Considérations générales. Études sur la mort, 2(130), 55-60. <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2006-2-page-55.htm>
- Beiser, M. et Korczak, D. (2018). Santé mentale et développement, Le syndrome de stress post-traumatique. *Guide pour les professionnels de la santé œuvrant auprès des familles immigrants et réfugiés. Soins aux enfants néo-canadiens*. Récupéré de <https://www.enfantsneocanadiens.ca/mental-health/ptsd>
- Bélan, G. (2018). Attentat de Québec. « Pardon, on n'a pas pu l'aider ». *LaPresse+*. http://plus.lapresse.ca/screens/5b3c6a97-3d39-439a-914d-92b142e74ecf__7C___0.html
- Bendahan, H. (2003). La langue et le corps comme marqueurs identitaires. Questions en vue d'une clinique de la double culture. *L'autre*, 1(4), 87-97.

- Boucebci, M. (1993). Aspects du développement psychologique de l'enfant au Maghreb. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 163-178.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schuttz, L., Davis, G. et Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, (55), 626-632.
- Brillon, P. (2010). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique ? Guide à l'intention des thérapeutes*. Québec, Canada : Les éditions Québecor.
- Briole, G., Lebigot, F. et coll. (1994). *Traumatisme psychique. Rencontre et devenir*. Paris, France : Masson.
- Brunet, A. (2014). Stress post-traumatique : revivre continuellement l'évènement. S.A. Blondin, *Les éclaireurs*. Montréal : Société Radio-Canada
Récupéré à http://ici.radio-canada.ca/emissions/les_eclaireurs/2014-2015/chronique.asp?idChronique=353235.
- Chidiac, N et Crocq, L. (2011). Le Psychotrauma (III) – Névrose traumatique et état de stress post-traumatique. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(5), 327-331.
- Crocq, L. (2003). Clinique de la réaction immédiate. *Le Journal des Psychologues*, (208), 48-53.
- Crocq, L. (2002). Expression des émotions et aspect cathartique du debriefing. Dans E. De Soir et E. Vermeiren (dir.), *Les debriefings psychologiques en question....*, (275) 163-174.
- Crocq, L. (2004). Histoire du debriefing. *Pratiques psychologiques*, 10(04), 291-318.
- Crocq, L. (2003). L'approche cathartique. *Revue francophone du stress et du trauma*, 3(1), 15-24.
- Crocq, L. (2004). L'intervention psychologique auprès des victimes en période post-immédiate : La question du debriefing. *Le journal des psychologues*, (218), 8-14.
- Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*. Paris. Odile Jacob.
- Damiani, C. (2003). Comment concilier réalité psychique et réalité judiciaire ? *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 3(1), 55-58.
- De Tychey, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 16(1), 49-68. doi.org/10.3917/cpc.016.0049
- Graham, R. et Cloitre, M. (2009). Creative Interventions with Traumatized Children. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 19(3), 327-328.
- Guide explicatif concernant le code de déontologie des psychologues du Québec. (Juillet 2008), 13-16. Récupéré à https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/69039/0GuideExplicatif_Web_FR+%281%29.pdf/12ed4bf9-ef2d-485c-9593-42a7ee1c9ff1.
- Johnson, R. L., Bastien, G. et Hirschel, M. J. (2009). Psychotherapy in a culturally diverse world. Dans S. Eshun et R.A.R. Gurung (dir.), *Culture and mental health: sociocultural influences, theory, and practice*, 115-148. Oxford, UK : Wiley-Blackwell.

- Kendil, N. (2010). *Le thérapeute algérien face au trauma: burnout et apprentissage vicariant*. (thèse de doctorat non publiée). Université de Metz. France.
- Kodjo, C. (2009). Cultural competence in clinician communication. *Paediatr Rev.* 30(2), 57-64. doi:10.1542/pir.30-2-57 Récupéré de <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2719963&blobtype=pdf>
- Lebigot, F. (1998). Le débriefing individuel du traumatisé psychique. *Annales médicopsychologiques*, 156(6), 417-420.
- Lebigot, F. (2002). L'effroi du traumatisme psychique: le regard en face ou s'en protéger. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 2(3), 139-146.
- Lee, J. S., Ahn, Y. S., Jeong, K. S., Chae, J. H. et Choi, K. S. (2014). Resilience buffers the impact of traumatic events on the development of PTSD symptoms in firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 162 128-133.
- Lussier, M. (2011). *Terre d'asile, terre de deuil. Le travail psychique de l'exil*. Paris: Presses universitaires de France.
- Mekki-Berrada, A. (2010). *L'Islam en anthropologie de la santé mentale. Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif*. A. Mekki-Berrada (dir.). Münster, Allemagne: LIT Verlag.
- Pignol, P. Gouénard, D. (2007). Être victimes. L'accompagnement psychojudiciaire du « travail de victime ». Colloque Temps psychique, temps judiciaire, Rennes, décembre 2001. Presses universitaires de Rennes II. Récupéré de <https://www.sites.univ-rennes2.fr/icsh/etre%20victime%20P%20Pignol.pdf>
- Pignol, P. Villerbu, L. M. (2014). Le soutien psychologique durant le parcours judiciaire de la victime: deux exemples cliniques. Dans L. Crocq (dir.), *Traumatismes psychiques: Prise en charge psychologique des victimes*, 2^e éd., 336(33), 311-320. Paris, France: Elsevier Masson.
- Rachédi, L. et Halsouet, B. (2017). *Quand la mort frappe l'immigrant. Défis et adaptations*, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Rachédi, L. et Kalenga, M. R. (2017). Deuils et morts en contexte migratoire au Québec: état des connaissances et pistes pour l'accompagnement des endeuillés, *Psychologie Québec*. Interculturalités: perspectives psychologiques accepted. Repéré à <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/-/deuils-et-morts-en-contexte-migratoire-au-quebec-etat-des-connaissances-et-pistes-pour-l-accompagnement-des-endeuilles>
- Rasmussen, A., Rosenfeld, B., Reeves, K. et Keller, A. (2007). The Subjective Experience of Trauma and Subsequent PTSD in a Sample of Undocumented Immigrants. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 137-143.
- Tarquinio, C., Houllé, W. A., Silès, J. et Tarquinio, P. (2017). Trauma et culture. Influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2). 121-129.
- UNESCO. (2002). « Déclaration universelle sur la diversité culturelle ». Série Diversité culturelle n° 1. Page 4. Document établi pour le Sommet mondial sur le développement durable, Johannesburg, 26 août – 4 septembre 2002.

Récupéré à <https://docplayer.fr/10118214-Declaration-universelle-sur-la-diversite-culturelle.html>

Vaiva, G., Lestavel, P. et Ducrocq, F. (2008). Quand traiter le psychotraumatisme ? *La Presse médicale*. 37(5) – (2). 894-901.

Vitry, I. et Dessons, V. (2005). Un tahitien à Avicenne : traumatisme : construction d'un cadre thérapeutique transculturel. *Perspectives Psy*. 44(1), 44-48.

La théorie de la noyade émotive virtuelle : une théorisation ancrée sur le processus de recherche d'aide d'adolescents à risque de suicide

Jessica Rassy^a

Luc Mathieu^b

Cécile Michaud^c

Tim Monday^d

Sylvie Raymond^e

Jean-Pierre Bonin^f

RÉSUMÉ De plus en plus d'adolescents à risque de suicide se tournent vers les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour chercher de l'aide. Or, à ce jour, aucune étude n'a exploré le processus de recherche d'aide par les TIC chez des adolescents à risque de suicide. Afin de pallier cette situation, une étude par théorisation ancrée a été menée afin de comprendre le processus de recherche d'aide par les TIC des adolescents ayant un risque suicidaire pour trouver des

-
- a. Infirmière, Ph. D., professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, Longueuil, Canada.
 - b. Infirmier, D.B.A., professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.
 - c. Infirmière, Ph. D., professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, Longueuil, Canada.
 - d. T.S., Clinique des troubles de l'humeur, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
 - e. Infirmière, Clinique des troubles de l'humeur, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
 - f. Infirmier, Ph. D., professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Montréal, Canada.

ressources concernant le suicide. La collecte de données a été effectuée à partir d'entrevues individuelles semi-structurées, d'un questionnaire sur la recherche d'aide par les TIC et d'observations d'une recherche d'aide réelle via les TIC par les adolescents de l'étude. Un *n* de 15 adolescents âgés de 13 à 17 ans a été atteint par saturation théorique. Les résultats ont permis l'émergence de la théorie de la noyade émotionnelle virtuelle. Cette théorie permet d'abord de mieux comprendre le contexte initial de cette recherche d'aide, soit l'état du jeune, l'environnement social, les facteurs aggravants ainsi que le désir d'utiliser les TIC. Elle permet aussi de comprendre les différentes stratégies par les TIC utilisées par les jeunes (se distraire, s'informer, se dévoiler et aider les autres) ainsi que les conséquences engendrées (la croissance émotionnelle, l'obtention d'aide, le soulagement temporaire, aucun changement, l'exacerbation des idées suicidaires ou le passage à l'acte). Des recommandations pour la clinique, la formation et la recherche sont ensuite émises.

MOTS CLÉS TIC, suicide, adolescents, recherche d'aide, prévention

The Virtual Emotional Drowning Theory: a Grounded Theory on Information and Communication Technologies (ICT) Help-Seeking Process of Adolescents at Risk of Suicide

ABSTRACT The use of Information and Communication Technologies (ICT) for help-seeking is becoming more and more common for adolescents at risk of suicide.

Objectives The aim of this current study was to better understand the help-seeking process of adolescents at risk for suicide.

Methods A grounded theory methodology was used to describe the experience of adolescents at risk of suicide and gain a deeper understanding of their ICT help-seeking process. Data was collected through semi-structured interviews, an ICT help-seeking questionnaire and live observations of ICT help-seeking strategies by the adolescents of this study. Theoretical saturation was reached with a total of 15 adolescents, aged 13 to 17, at risk of suicide.

Results The grounded theory that emerged gravitated towards the fact that adolescents chose to virtually deal with emotional drowning. A specific context allowed this central category to emerge and included the adolescents' state, their personal triggers, their social environment as well as their desire to use ICT. The ICT strategies used by the adolescents to deal with their emotional drowning were to distract themselves, to get informed, to reveal themselves or to help others. Adolescents in this study used different ways to distract themselves with ICT. This included reading texts, watching online videos, listening to music and playing games. They also increased their literacy by informing themselves on suicide and mental health problems. However, many adolescents also searched for ways to help them commit suicide. Although most of the results were suicide prevention related, the keywords used by the adolescents remain preoccupying. Revealing their thoughts and their feelings about their emotional state seemed to be easier through ICT. They some-

times chose to reveal themselves anonymously but most of the time, they revealed themselves to use ICT to friends they already had in real life. Also, helping friends through ICT seemed to be very rewarding and helpful to the adolescents of our study even when they were in a state of emotional drowning. These different strategies to virtually deal with their emotional drowning hindered many different consequences which were to grow emotionally, to get help, to get temporary relief, to stay indifferent, to worsen their suicidal thoughts or to attempt suicide.

Conclusion Although some negative consequences of ICT emerge from this study, a great deal of the consequences was positive and helpful for these adolescents. Overall, this study shows that ICT offer great opportunities for adolescent suicide prevention. Implications for practice, training and research are further discussed.

KEYWORDS ICT, suicide, adolescents, help-seeking, prevention

Introduction et recension des écrits

Malgré que les taux de suicide mondiaux soient à la baisse depuis plusieurs années, le suicide demeure une préoccupation importante pour la santé publique, surtout chez les adolescents (OMS, 2012). Le suicide représente d'ailleurs la deuxième cause de décès pour ce groupe d'âge après les accidents de la route dans la majorité des pays industrialisés, dont 22 % des décès attribués à ce groupe d'âge au Canada (OMS, 2012; Gouvernement du Canada, 2017). L'adolescence est une période charnière puisque c'est souvent à ce stade de vie que les idées suicidaires apparaissent pour la première fois (Nock et coll., 2013). C'est aussi à l'adolescence que les idées suicidaires se transforment plus souvent en passage à l'acte, surtout chez les jeunes âgés de 13 à 17 ans (Nock et coll., 2013). Parallèlement, l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) occupe une place de plus en plus grande dans la vie des adolescents. Les TIC se définissent par « l'ensemble de technologies fondées sur l'informatique, la microélectronique, les télécommunications (notamment les réseaux), le multimédia et l'audiovisuel, qui, lorsqu'elles sont combinées et interconnectées, permettent de rechercher, de stocker, de traiter et de transmettre des informations, sous forme de données de divers types (texte, son, images fixes, images, vidéo) » (Basque, 2005). Ces derniers y consacrent beaucoup de temps et certaines études (Chaulet, 2010; Lintvedt, 2013; Roy, 2009) rapportent aussi une augmentation, par rapport aux années précédentes, du comportement de recherche d'aide par les TIC chez les adolescents, des problèmes de santé mentale. La

recherche d'aide correspond aux « Efforts effectués pour obtenir une meilleure compréhension, des conseils, de l'information, un traitement ou du soutien concernant un problème identifié, qu'il soit d'ordre émotionnel ou comportemental » (Rassy et coll., 2015). Concernant le suicide, les adolescents qui se tournent le plus vers les TIC pour la recherche d'aide sont souvent ceux dont le risque suicidaire est le plus élevé (Harris et coll., 2009 ; Labouliere et coll., 2015). Toutefois, très peu de programmes de prévention du suicide considèrent l'aide offerte en ligne (Greidanus et Everall, 2010). Afin de pouvoir pallier cette situation et éventuellement développer des interventions par les TIC adaptées aux besoins des jeunes, le but de l'étude était de comprendre le processus de recherche d'aide par les TIC d'adolescents, âgés de 13 à 17 ans, ayant un risque suicidaire.

Méthode

L'approche par théorisation ancrée selon Corbin et Strauss (2015) a permis de proposer une théorie sur le processus de recherche d'aide par les TIC à partir des données recueillies. Un échantillonnage théorique d'adolescents, âgés de 13 à 17 ans, a été privilégié afin de recueillir autant de données variées possibles pour identifier et préciser les relations entre les concepts. Plus précisément, certaines caractéristiques du choix des participants ont été déterminées à l'avance puis adaptées suite à l'analyse des données, selon une approche itérative. Par exemple, deux adolescents ont été recrutés pour avoir été hospitalisés contre leur gré, donc n'avaient pas cherché de l'aide professionnelle initialement. Les adolescents provenaient d'unités d'hospitalisation ainsi que d'une clinique externe d'un hôpital de la région de Montréal (Québec, Canada).

Participants

Une fois que le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'établissement, des adolescents ont été recrutés. Des infirmières ainsi que d'autres professionnels de la santé de l'hôpital (éducateurs, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, psychologues) ont été formés pour le recrutement. Plus précisément, ils ont tous reçu des informations sur la nature du projet ainsi que sur les modalités de recrutement des patients par la chercheuse principale. Un consentement éclairé et continu a été obtenu, tant auprès des adolescents que

de leurs parents. Le consentement parental des jeunes de 14 ans et plus a aussi été obtenu en réponse à une exigence du CÉR de l'établissement. Un échantillon de 12 à 24 jeunes était initialement visé. Les critères d'inclusion étaient d'être âgé de 13 à 17 ans, de maîtriser la langue française, d'être utilisateur de TIC et d'avoir un suivi pour son risque suicidaire (ont reçu de l'aide par l'équipe de soins actuelle). Aussi, si le patient était hospitalisé, il devait avoir le droit de sortie de son unité de soin afin de pouvoir participer à l'entrevue. Il n'y avait aucun critère d'exclusion. Puisque l'échantillonnage était théorique, certains critères ont été ajoutés selon le processus itératif.

Collecte de données

Plusieurs outils de collecte de données ont été utilisés pour cette étude, tel que recommandé en théorisation ancrée afin d'enrichir l'analyse et les résultats de l'étude (Corbin et Strauss, 2015). D'abord, un questionnaire sociodémographique a été rempli. Ensuite, des entrevues semi-structurées d'une durée de 60 à 90 minutes ont été menées par la chercheuse à l'aide d'un guide d'entrevue élaboré à partir d'une recension exhaustive des écrits (Rassy et coll., 2017) et prétesté auprès de deux adolescents. Ce guide était bonifié au cours de la collecte de données lorsque de nouvelles pistes surgissaient, ainsi que pour préciser les concepts émergents et clarifier les liens entre ceux-ci. Une recherche d'aide réelle par les TIC a aussi été observée avec l'aide d'une grille d'observation, à partir d'une vignette présentée au participant durant l'entrevue. Cette vignette provenait d'une version traduite et adaptée du *General Help-Seeking Questionnaire* (Wilson et coll., 2005).

Analyse des données qualitatives

L'analyse des données en théorisation ancrée a pour but de comprendre un processus. Les données recueillies des entrevues et des observations ont été retranscrites, puis soumises à une analyse par codification ouverte, axiale et sélective (Strauss et Corbin, 1998). Une co-analyse a été effectuée pour l'analyse de chaque entrevue. Un journal du chercheur, des mémos, des diagrammes et des notes réflexives et méthodologiques ont aussi été utilisés et intégrés à l'analyse des données. Le modèle paradigmatique de Corbin et Strauss (2015) servait comme toile de fond pour guider l'élaboration de la théorie. La méthode de la comparaison constante a été utilisée jusqu'à la saturation des données.

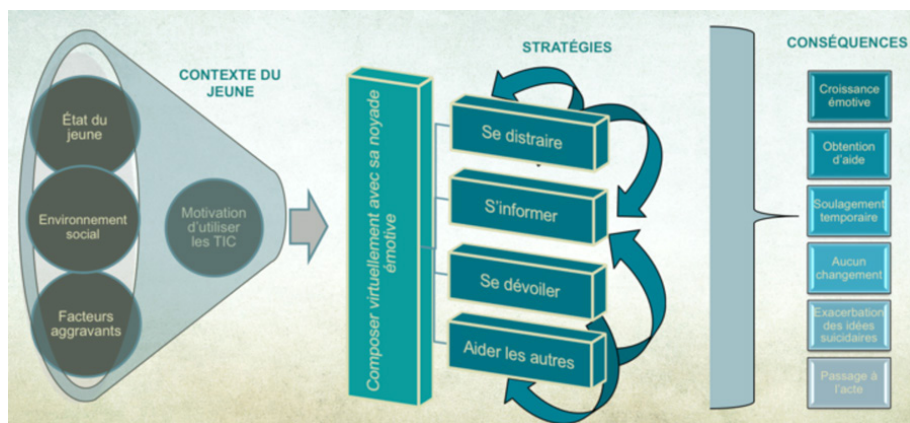
et l'émergence d'une théorie substantive, soit la théorie de la noyade émotionnelle virtuelle. Un retour auprès de trois participants a aussi été effectué pour validation et des modifications ont été apportées à la théorie en fonction.

Résultats

Au total, 15 adolescents ont participé à l'étude, soient dix filles, quatre garçons et une personne transgenre. La moyenne d'âge des adolescents de l'étude était de 15,1 ans et ils fréquentaient tous l'école secondaire. Tous les jeunes de l'étude avaient également cherché de l'aide par les TIC pour leur risque suicidaire. Les concepts qui ont émergé de l'expérience de ces adolescents ont permis l'élaboration de la théorie portant sur le processus de recherche d'aide par les TIC chez des adolescents à risque de suicide (voir figure 1).

FIGURE 1

La théorie de la noyade émotionnelle virtuelle



Catégorie centrale : composer virtuellement avec sa noyade émotionnelle

Dans les échanges avec les jeunes, il est devenu apparent qu'une énorme souffrance psychologique précipite la recherche d'aide par les TIC. La catégorie centrale qui ressort de l'expérience des jeunes est donc de : « composer virtuellement avec sa noyade émotionnelle ».

Noyade émotionnelle : « *Je veux me tuer parce que je suis pas capable de vivre (...) j'étais pas capable de l'exprimer avec mes mots, d'autres mots, puis j'étais trop, trop émotionnelle.* » P2F16

Composer virtuellement avec sa noyade émotionnelle : *« C'est vraiment moi qui a comme fait, qui m'a parlé dans ma tête... Puis que, je devrais aller voir sur Internet des trucs, ou des choses comme ça avant que j'arrive au suicide puis dire, je veux me suicider. C'est pas une solution se suicider là. »* P2F16

Concrètement, cette noyade émotionnelle correspond à un sentiment de détresse émotionnelle où le jeune se sent submergé par ses émotions et parvient difficilement à surmonter cette détresse. Vouloir composer virtuellement avec cette noyade émotionnelle met en lumière la démarche de recherche de soulagement par les TIC des adolescents qui vivent cette détresse.

Contexte

Le désir de rechercher un soulagement par les TIC d'adolescents à risque de suicide débute dans un contexte qui comprend l'état du jeune, son environnement social et ses facteurs aggravants. L'état des jeunes était caractérisé par la sévérité du risque suicidaire, sa perception de la situation, ses stratégies d'adaptation ainsi que sa connaissance de soi. L'environnement social, qui comprend le soutien par les pairs, le soutien parental, le soutien d'intervenants scolaires ainsi que le soutien professionnel avait une certaine influence sur le désir ou non d'utiliser les TIC pour la recherche d'aide. Plus particulièrement, certains jeunes avaient un désir d'utiliser les TIC par manque de soutien social « réel », par peur d'être un poids pour leur réseau de soutien ou par manque de confiance envers les compétences de ce réseau de soutien. L'environnement social « virtuel » pouvait donc pallier cette limite.

« Si on va directement demander de l'aide à quelqu'un, c'est un peu inutile parce que cette personne-là a peut-être aucune solution pour toi. Et puis, si toi t'as aucune information à lui donner, on peut pas toute laisser ça à la personne. On peut pas juste toute lui mettre sur les bras, comme – tiens, je te donne mon problème. Non, c'est pour ça que, moi, je veux faire un petit bout de chemin, puis dire – ok, qu'est-ce qui pourrait être en train d'arriver chez moi en ce moment dans ma tête ? Donc c'est pour ça que, souvent Internet, c'est utile. » P15F14

Aussi, en plus du contexte et de l'environnement social, il existe des facteurs aggravant la noyade émotionnelle qui amènent les jeunes vers un désir d'utilisation des TIC pour chercher du soulagement et de l'aide. Les facteurs aggravants qui ressortent de l'étude sont l'intimidation,

la reconnaissance ou le dévoilement de son orientation homosexuelle, la séparation ou le divorce des parents, une rupture amoureuse, un changement d'école, des conflits avec des amis ainsi qu'un déménagement. Enfin, le désir d'utiliser les TIC provient surtout des caractéristiques mêmes des TIC (facilité et fréquence d'utilisation, accessibilité, possibilité d'anonymat, rapidité, flexibilité), des expériences antérieures positives avec les TIC ainsi que de la croyance que ce moyen est aidant.

« L'Internet, ça rassure parce qu'on n'est pas obligé d'aller voir quelqu'un qui..., d'affronter le regard d'une autre personne. C'est anonyme, c'est neutre, et surtout, en même temps, on peut (le) faire à n'importe quelle heure de la journée, n'importe quel moment où est-ce qu'on en a besoin. Genre on a une question, on écrit sur Internet, puis on a une réponse tout de suite. » P15F14

Stratégies pour composer virtuellement avec sa noyade émotionnelle

Au total, quatre stratégies pour composer virtuellement avec sa noyade émotionnelle émergent des résultats de cette étude : se distraire, s'informer, se dévoiler et aider les autres. Il est à noter que le processus de recherche d'aide par les TIC est à caractère dynamique et non linéaire. Plus précisément, les adolescents passent souvent d'une stratégie à l'autre sans ordre chronologique particulier, et ce, de façon spontanée.

Premièrement, plusieurs jeunes de l'étude ont choisi volontairement de se distraire par les TIC lorsqu'ils avaient des idées suicidaires et vivaient une noyade émotionnelle. Plus précisément, les jeunes pouvaient se divertir par des textes, des images, des jeux, de la musique, des vidéos ou autres types de distraction qu'ils trouvaient en ligne.

« Je me sens triste à propos de la vie, et après que je vais sur ces sites parce que je trouve quelque chose d'autre à faire et ça va mieux. » P3M16

D'autres jeunes de l'étude commençaient leur recherche avec une réelle intention de se soulager, de trouver de l'aide, mais se laissaient distraire par ce qu'ils trouvaient ou voyaient sur les sites consultés. Or, ces jeunes finissaient par « surfer » sur Internet en fonction de ce qu'ils trouvaient et oubliaient même parfois la raison initiale de leur recherche. Cette distraction était donc plutôt involontaire.

Deuxièmement, la stratégie la plus populaire chez les jeunes de cette étude était de s'informer sur leur condition sur Internet. Plus précisément, à partir de mots-clés (Greidanus et Everall, 2010), les jeunes cherchaient de l'information sur le suicide, les statistiques sur

le suicide, les signes d'alarme d'une crise suicidaire, les signes et symptômes de la maladie mentale, les ressources d'aide disponibles ainsi que les traitements. En général, les jeunes cherchaient de l'information sur la nature de leur problème ainsi que des moyens de s'en sortir.

« Quand je cherche de l'aide, je vais aller sur Internet pour..., je sais pas, pour voir les expériences d'autres personnes, pour voir des exemples, pour voir des possibilités, n'importe quoi pour avoir plus d'information. »
P6F16

Toutefois, certains jeunes cherchaient plutôt des moyens de mettre fin à leurs jours et percevaient la recherche d'aide comme une recherche d'aide au suicide.

« Ben j'ai trouvé comme plein de moyens de comment se suicider, le nombre de pilules que tu prends, sur Internet, puis il est écrit le nombre de pilules que tu prends, ben ça, ça devrait te faire mourir dans le fond. »
P9F13

Malgré le fait que certains jeunes cherchaient de l'aide au suicide, certains d'entre eux aboutissaient tout de même à de l'aide à s'en sortir puisque plusieurs résultats des mots-clés utilisés par ces jeunes concernant l'aide au suicide faisaient émerger des sites de prévention du suicide. En somme, même si les sites d'aide au suicide sont peu nombreux, ces derniers coexistent avec les sites prosuicide dans les recherches que font les jeunes à risque de suicide.

Troisièmement, pour certains jeunes, les TIC leur permettaient de s'exprimer et dévoiler leur état d'esprit ainsi que leurs émotions. Certains jeunes se dévoilaient à une personne de confiance alors que d'autres s'exprimaient plutôt publiquement par des statuts sur des médias sociaux (p. ex. Facebook) ou sur des forums de discussion.

« J'ai décidé plutôt de m'exprimer en texte, alors, c'est pour ça que j'ai écrit des textes de comment je me sentais, pourquoi je vis ça. J'avais des questions incorporées dans ces textes-là que j'ai appliquées. J'ai mis ça sur des forums d'aide pour santé mentale. » P10F15

Quatrièmement, une autre stratégie qui a émergé de l'étude était d'aider, par les TIC, d'autres jeunes qui vivaient des situations semblables. Étonnement, la majorité des jeunes de l'étude rapportait avoir aidé au moins un autre jeune alors qu'ils vivaient eux-mêmes au même moment des difficultés sur le plan émotionnel. La plupart des jeunes se sentaient valorisés lorsqu'ils réussissaient à aider les autres et cela

les aidait dans leurs propres difficultés. Ils se considéraient aussi une bonne ressource d'aide parce qu'ils vivaient ou avaient déjà vécu des situations semblables. Certains jeunes avançaient même qu'ils trouvaient cela plus aidant pour eux d'aider les autres que de se faire aider.

« Tu sais, moi, si quelqu'un m'écrivait ça, ça me ferait rien dans le fond, mais on dirait que l'écrire aux autres, ça m'aidait. » P9F13

Conséquences

Plusieurs conséquences résultent du contexte du jeune et de l'utilisation de ses stratégies pour composer virtuellement avec sa noyade émotive. Les jeunes pouvaient croître émotivement, obtenir de l'aide, obtenir un soulagement temporaire, n'avoir aucun changement, avoir une exacerbation de leurs idées suicidaires ou passer à l'acte suicidaire. Les conséquences variaient d'un jeune à l'autre, mais la majorité s'était développée sur le plan personnel (croissance émotive). Ils avaient également tous reçu de l'aide puisqu'il s'agissait d'un critère d'inclusion, mais certains ont partagé comment les TIC avaient contribué à leur obtention d'aide. Cependant, chez certains jeunes qui cherchaient de l'aide au suicide, leur tristesse était entretenue par les informations trouvées en ligne.

« Si je me sens triste, on dirait que moi, je vais faire le plus de trucs pour que je me sente encore plus triste. Fait que si je me sens vraiment déprimée, c'est là que je vais aller voir les photos sur Instagram, des trucs. » P9F13

Il demeure très préoccupant que certains jeunes s'enfoncent davantage (exacerbation des idées suicidaires) et que leurs idées suicidaires se soient aggravées au point de passer à l'acte suicidaire lors d'expériences antérieures de recherche de soulagement et d'aide concernant le suicide. En somme, malgré le fait que les conséquences identifiées dans l'étude sont principalement positives, il demeure néanmoins possible d'observer des conséquences négatives.

Discussion

Le contexte, les différentes stratégies utilisées pour composer virtuellement avec sa noyade émotive ainsi que les conséquences engendrées par ces stratégies permettent d'obtenir une compréhension plus approfondie de l'expérience des adolescents qui cherchent du soulagement

et de l'aide par les TIC concernant le suicide. La discussion qui suit portera davantage sur les stratégies utilisées et leurs conséquences ainsi que les recommandations associées.

Il ressort de cette étude que les adolescents ont choisi quatre stratégies pour composer virtuellement avec leur noyade émotionnelle et ces stratégies pouvaient entraîner plusieurs conséquences.

Concernant la stratégie de se distraire, la littérature soulève qu'il pourrait s'agir d'un facteur de protection du suicide puisque la distraction diminue significativement le risque de manifester des idées suicidaires à l'adolescence (Burke et coll., 2016). Les résultats de la présente étude viennent préciser que cette distraction se fait aussi par les TIC pour plusieurs jeunes à risque de suicide. Jusqu'à présent, cette stratégie par les TIC n'a été identifiée qu'auprès d'une population adulte (Spijker et coll., 2014).

Concernant la stratégie de s'informer, il est connu que la littératie en santé mentale et sur le suicide permet au jeune de mieux comprendre ce qu'il vit et ainsi augmenter son utilisation des services en santé mentale, ce qui peut agir comme facteur de protection du suicide (Batterham et coll., 2013; Reavley et coll., 2011). Or, certains écrits soulèvent un impact négatif des TIC sur l'état de santé des adolescents (Durkee, 2011), soit qu'elles peuvent augmenter le risque suicidaire. Toutefois, ce qui ressort de l'expérience des adolescents de la présente étude est le caractère dynamique de cette recherche d'information. Celle-ci peut facilement se transformer de négative à positive et vice-versa. Malgré les effets néfastes que la littératie concernant le suicide peut engendrer, nos résultats suggèrent la possibilité que la recherche de moyens de suicide en ligne puisse être un facteur de risque du suicide qui est modifiable. Le caractère dynamique de la recherche d'aide offre une possibilité d'intervention intéressante.

Concernant la stratégie de se dévoiler, notre étude va dans le même sens que plusieurs autres. En effet, plusieurs études (Greidanus, 2010; Lux, 2011) rapportent qu'il est plus facile pour les adolescents de se dévoiler en ligne pour des raisons telles que l'anonymat, la disponibilité et l'accès à d'autres jeunes qui vivent des événements semblables. Le dévoilement par téléphone est également apprécié par les adolescents à risque de suicide pour des raisons semblables, telles que la disponibilité et l'anonymat (Desjarlais, 2015). Notre étude fait ressortir le dévoilement de la noyade émotionnelle du jeune auprès d'amis qu'il a déjà. Les jeunes préféraient souvent utiliser la messagerie texte ou des médias sociaux (p. ex. iMessenger) pour communiquer avec leurs amis

lorsqu'ils étaient en situation de crise suicidaire. Ils s'exprimaient en mots ou envoyaient des photos plutôt que de s'exprimer verbalement. La revue de littérature menée par Desjarlais et coll. (2015) confirme qu'il s'agit d'ailleurs de la nouvelle norme de communication pour le dévoilement chez les adolescents. Ce résultat démontre donc que l'anonymat n'est pas toujours recherché par les TIC. Dans la présente étude, toutes les situations de dévoilement ont permis au jeune d'obtenir de l'aide. Ces résultats diffèrent des autres études qui rapportent que certains dévoilements n'aboutissent à rien (Harris et coll., 2009). Le fait que tous les adolescents de l'étude avaient un suivi au moment de l'entrevue peut d'ailleurs expliquer cette différence.

Concernant la stratégie d'aider les jeunes, cette pratique a aussi émergé auprès d'une population majoritairement adulte dans l'étude de Greidanus et Everall (2010). Aider les autres procure un sentiment de valorisation chez la personne suicidaire et peut même devenir une raison de vivre, soit un facteur de protection important du suicide (Greidanus et Everall, 2010; Everall et coll., 2006). Dans la présente étude, les conséquences de cette stratégie étaient la croissance émotive ou un soulagement temporaire. Contrairement à certaines études qui rapportent que d'aider les autres en ligne peut engendrer des effets négatifs comme une augmentation des idées suicidaires ou un pacte suicidaire (Luxton et coll., 2012), la présente étude rapporte que d'aider les autres en ligne peut avoir des effets bénéfiques chez les adolescents à risque de suicide.

En somme, malgré la présence de stratégies négatives concernant la recherche d'aide au suicide, plusieurs stratégies utilisées par les jeunes de l'étude peuvent agir comme facteur de protection du suicide et être utiles dans l'élaboration de programmes de prévention du suicide par les TIC.

Forces et limites

Les critères de rigueur retenus pour cette étude, soit les critères de recherche qualitative de Beck (1993) adaptés pour la théorisation ancrée, mettent en évidence les forces de cette étude. D'abord, la crédibilité a été assurée par : l'utilisation de mémos, une description détaillée du processus d'analyse, l'utilisation de verbatim, le retour aux participants pour validation, le respect du processus itératif, la comparaison constante et la sensibilité théorique, la cohérence philosophique et méthodologique. La fiabilité a été assurée par la présence de

mémos qui témoignent de la réflexivité du chercheur, l'enregistrement et la transcription des données, la description détaillée de la stratégie d'échantillonnage et la triangulation des chercheurs. Enfin, la transférabilité est possible grâce à la description détaillée du contexte de la recherche et de son échantillon. Concernant les limites de l'étude, il demeure que le recrutement s'est déroulé dans un seul établissement de santé, et ce, malgré la variété de suivis offerts, ce qui a causé certaines limites quant à l'échantillonnage théorique. Plus précisément, cela a rendu impossible d'aller rencontrer des jeunes qui n'avaient pas de suivi dans l'établissement. Aussi, pour des raisons éthiques, les adolescents avaient tous un suivi concernant leur risque suicidaire. Plus précisément, par souci d'accès aux ressources d'aide et aux services de santé pour cette clientèle vulnérable, le CÉR exigeait que tous les participants de l'étude aient un suivi. Enfin, il demeure que, somme toute, l'étude propose des pistes d'action intéressantes.

Recommandations et conclusion

Plusieurs recommandations pour la clinique, la formation et la recherche peuvent découler de la présente étude. En clinique, il serait pertinent d'intégrer les différents éléments du processus de recherche d'aide par les TIC à l'évaluation des jeunes à risque de suicide. Plus précisément, la prise en compte de la recherche d'aide par les TIC des adolescents permettrait de mieux évaluer le risque suicidaire du jeune en ayant une meilleure connaissance des « patterns » d'utilisation des TIC par ces jeunes (p. ex. recherche d'aide au suicide peut précipiter un passage à l'acte, ce qui augmente le risque suicidaire). Ainsi, il sera possible de mieux intervenir. En formation, il serait pertinent de sensibiliser davantage les infirmières et les différents professionnels de la santé ainsi que les intervenants qui travaillent auprès de jeunes à risque de suicide sur les bénéfices et les dangers des TIC pour la recherche d'aide afin qu'ils puissent mieux dépister, évaluer, accompagner et intervenir auprès de ces jeunes. En recherche, il serait d'abord intéressant, d'explorer la recherche d'aide par les TIC chez des adolescents n'ayant pas de suivi pour leur risque suicidaire. Il serait aussi pertinent de développer des outils d'évaluation de la recherche d'aide par les TIC pour les adolescents à risque de suicide ainsi que des interventions adaptées à leurs stratégies de recherche.

En conclusion, malgré certains dangers, les principaux résultats de l'étude mettent en lumière plusieurs effets bénéfiques des TIC sur la

recherche d'aide concernant le suicide. Investir dans le développement de stratégies virtuelles de prévention du suicide devient donc une avenue intéressante et prometteuse pour ces jeunes à risque.

RÉFÉRENCES

- Basque, J. (2005). Une réflexion sur les fonctions attribuées aux TIC en enseignement universitaire. *Revue Internationale des Technologies en Pédagogie Universitaire*, 2(1), 30-41.
- Batterham, P. J., Cleave, A. L. et Christensen, H. (2013). Correlates of Suicide Stigma and Suicide Literacy in the Community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406-417. <https://doi.org/10.1111/sltb.12026>
- Burke, T. A., Connolly, S. L., Hamilton, J. L., Stange, J. P., Abramson, L. Y. et Alloy, L. B. (2016). Cognitive Risk and Protective Factors for Suicidal Ideation: A Two Year Longitudinal Study in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(6), 1145-1160. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0104-x>
- Chaulet, J. (2010). Les usages adolescents des TIC, entre autonomie et dépendance. *Empan*, (76), 57-65.
- Corbin, J. et Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Desjarlais, M., Gilmour, J., Sinclair, J., Howell, K. B. et West, A. (2015). Predictors and Social Consequences of Online Interactive Self-Disclosure: A Literature Review from 2002 to 2014. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 18(12), 718-725. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0109>
- Durkee, T., Hadlaczky, G., Westerlund, M. et Carli, V. (2011). Internet Pathways in Suicidality: A Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 3938-3952. <https://doi.org/10.3390/ijerph8103938>
- Everall, R. D., Altrows, K. J. et Paulson, B. L. (2006). Creating a Future: A Study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84(4), 461-470. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00430.x>
- Gilat, I. et Shahar, G. (2009). Suicide Prevention by Online Support Groups: An Action Theory-Based Model of Emotional First Aid. *Archives of Suicide Research*, 13(1), 52-63. <https://doi.org/10.1080/13811110802572148>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2017). Suicide: Guides des plus récents renseignements. Récupéré le 22 avril 2017 de: <http://www.statcan.gc.ca/fra/aide/bb/info/suicide>
- Greidanus. (2010). *Online Help Seeking*. (Thèse de doctorat, University of Alberta, Edmonton). Récupéré de: <https://era.library.ualberta.ca/files/vx021f69s/Greidanus%20Elaine%20Fall%202010.pdf>
- Greidanus et Everall. (2010). Helper therapy in an online suicide prevention community. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(2), 191-204. <https://doi.org/10.1080/03069881003600991>

- Harris, K. M., McLean, J. P. et Sheffield, J. (2009). Examining suicide-risk individuals who go online for suicide-related purposes. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 13(3), 264-276. <https://doi.org/10.1080/13811110903044419>
- Labouliere, C. D., Kleinman, M. et Gould, M. S. (2015). When Self-Reliance Is Not Safe: Associations between Reduced Help-Seeking and Subsequent Mental Health Symptoms in Suicidal Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4), 3741-3755. <https://doi.org/10.3390/ijerph120403741>
- Lintvedt, O. K., Griffiths, K. M., Eisemann, M. et Waterloo, K. (2013). Evaluating the Translation Process of an Internet-Based Self-Help Intervention for Prevention of Depression: A Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 15(1), e18. <https://doi.org/10.2196/jmir.2422>
- Lux, T. M. (2011). *Suicidal behaviour: understanding the process of online help-seeking in adolescents and young adults*. (Mémoire de maîtrise, University of Alberta, Canada). Récupéré de : https://era.library.ualberta.ca/files/0k225c30h/Lux_Tara_Fall%202011.pdf
- Luxton, D. D., June, J. D. et Fairall, J. M. (2012). Social Media and Suicide: A Public Health Perspective. *American Journal of Public Health*, 102(Suppl 2), S195-S200. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300608>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et Kessler, R. C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300-310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Organisation mondiale de la santé (2012). Prévention du suicide (SUPRE). Récupéré de : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-prevent/fr/index.htm
- Rassy, J., Michaud, C., Bonin, J.-P. et Mathieu, L. (2017). *La recherche d'aide concernant le suicide à l'adolescence*. Article soumis pour publication.
- Rassy, J., Tribble, D. S.-C., Bonin, J.-P., Mathieu, L. et Michaud, C. (2015). La recherche d'aide sur Internet chez des adolescents ayant des idées suicidaires : une analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers* : <https://doi.org/10.3917/rsi.120.0078>
- Reavley, N. J., Cvetkovski, S. et Jorm, A. F. (2011). Sources of information about mental health and links to help seeking: findings from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1267-1274. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0301-4>
- Roy, R. (2009). Enquête sur la génération C. Les 12-24 ans : utilisateurs extrêmes d'Internet et des TI. Récupéré de : http://www.csrq.ca/fileadmin/user_upload/Page_Accueil/Parents/PDF/TIC_Jeunes/CEFRIO_GenerationC_Internet_TI_oct2001.pdf

- van Spijker, B. A. J., van, van Straten, A. et Kerkhof, A. J. F. M. (2014). Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts: Results of a Randomised Controlled Trial. *PLOS ONE*, 9(2), e90118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090118>
- Strauss, A. L. et Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. et Rickwood, D. (2005). Measuring Help-Seeking Intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39(1), 15-28.

Différences en matière de santé mentale selon le statut de minorité sexuelle

Alexa Martin-Storey^a

Caroline Temcheff^b

Myriam Laventure^c

Geneviève Lévesque^d

RÉSUMÉ Objectif Les individus provenant d'une minorité sexuelle rapportent plus de problèmes de santé mentale que les individus ayant une identité hétérosexuelle. Or, la majorité des recherches canadiennes sur ce sujet ont été réalisées il y a plusieurs années, bien avant les changements culturels et légaux concernant la population lesbienne, gay et bisexuelle. Ces changements culturels, sociaux et légaux ont sans aucun doute influencé le portrait clinique de cette population. Cette étude vise à identifier les différences en santé mentale chez les gens qui sont issus ou non de minorités sexuelles.

Méthode Un échantillon régionalement représentatif d'adultes en Estrie, Québec (n = 10 687) a participé à un sondage téléphonique. Pour ce faire, les participants devaient répondre à des questions concernant leur identité sexuelle et la présence de problèmes de santé mentale incluant la détresse psychologique, la dépression, et de problèmes de surconsommation d'alcool et de drogues.

Résultats Les résultats ont indiqué plusieurs différences significatives entre les individus appartenant à une minorité sexuelle et les individus hétérosexuels. Les

-
- a. Professeure agrégée, membre du GRISE, Chaire de recherche du Canada sur la stigmatisation et le développement psychosocial, et Département de Psychoéducation, Université de Sherbrooke.
 - b. Professeure agrégée, membre du GRISE, Department of Educational and Counselling Psychology, McGill University.
 - c. Professeure titulaire, Département de Psychoéducation, Université de Sherbrooke.
 - d. Département de Psychoéducation, Université de Sherbrooke.

différences sont surtout observées lorsque les individus bisexuels ou principalement hétérosexuels sont comparés aux individus hétérosexuels. La majorité de ces différences sont principalement expliquées par les variables de contrôle (l'âge, le niveau d'éducation, le revenu et le fait d'appartenir à une minorité visible).

Conclusions Ces résultats suggèrent l'importance d'atténuer les différences socio-démographiques pour améliorer la santé mentale chez les individus issus d'une minorité sexuelle. Les vulnérabilités spécifiques des individus ayant une identité bisexuelle et principalement hétérosexuelle devraient être davantage considérées.

MOTS CLÉS Minorités sexuelles, dépression, détresse, consommation

Differences in mental health across sexual minority status

ABSTRACT Objectives Individuals with sexual minority identities (e.g., identities other than heterosexual such as gay, lesbian bisexual or mostly heterosexual) are at increased risk for a number of negative health outcomes compared to individuals who identify as heterosexuals. The majority of existing Canadian population-based studies on this topic, however, were conducted prior to major cultural and legal changes with regards to sexual minority population. Furthermore, much of the more recent work focuses on adolescents or identifies mental health outcomes among urban populations. The goal of the current study was to assess if sexual minority-based health disparities were observed within a population-based sample of adult men and women from Estrie, a semi-urban administrative region of Quebec.

Method In 2014-15, an independent firm surveyed a random sample of adults in Estrie, Quebec. A total of 10,687 individuals completed telephone surveys about their mental health (psychological distress, depression, alcohol use and drug consumption) and their sexual identities (i.e., heterosexual, gay, lesbian, bisexual or mostly heterosexual). Analyses were performed separately for men and women.

Results Significant differences, specifically with regards to distress and cannabis use were observed across sexual minority status. Specifically, bisexual and mostly heterosexual participants reported poorer mental health outcomes compared with heterosexual participants. The majority of differences observed, however, were explained by variation in demographic variables (age, education, revenue and visible minority status).

Conclusion These findings suggest the importance of demographic factors with regards to understanding vulnerability to mental health outcomes among sexual minority adults. Furthermore, the specific vulnerabilities experienced by mostly heterosexual and bisexual participants need to be taken into consideration by mental health professionals.

KEYWORDS sexual minority, depression, distress, substance use

Les minorités sexuelles auraient plus tendance à présenter des problèmes de santé mentale (dépression, détresse psychologique, surconsommation d'alcool et consommation de drogues) que les personnes hétérosexuelles (Bolton et Sareen, 2011 ; Graham et coll., 2011). Le but de cette étude est de mieux comprendre l'incidence sur la santé mentale d'appartenir à une minorité sexuelle en utilisant un échantillon populationnel de l'Estrie, au Québec.

Le statut de minorité sexuelle fait référence à des individus qui rapportent des attirances sexuelles, émotionnelles ou romantiques vers des personnes du même sexe ou qui déclarent des identités conformes à ces modèles d'attraction (les identités gaies, lesbiennes ou bisexuelles) (Igartua et Montoro, 2015). Le statut de minorité sexuelle et l'identité sexuelle diffèrent de l'identité de genre ou de la manière dont une personne exprime son genre (Centre de lutte contre l'oppression des genres de l'Université Concordia et Communauté LGNTQA, 2015). En ce sens, toutes les personnes ont à la fois une identité sexuelle ainsi qu'une identité de genre.

Le *Minority Stress Theory* suggère que les populations minoritaires sexuelles sont plus susceptibles de connaître des problèmes de santé mentale négatifs en raison de la stigmatisation associée au statut de minorité sexuelle (Meyer, 2003). Suivant la théorie classique du stigmatisé (Link et Phelan, 2001), appartenir à une identité dévaluée socialement augmente les risques d'exposition aux facteurs de stress. Les individus qui s'identifient aux minorités sexuelles sont donc plus susceptibles de vivre des difficultés de santé mentale et de recourir à des mécanismes d'adaptation inadéquats (Pascoe et Smart Richman, 2009 ; Goldbach et coll., 2014 ; Martin-Storey et Crosnoe, 2012).

L'intérêt de cette étude repose sur le fait que la majorité de la recherche sur les échantillons populationnels canadiens sur le sujet a été effectuée à partir de données colligées depuis près vingt ans (Pakula et Shoveller, 2013 ; Brennan et coll., 2010). Or, il y a plusieurs raisons de croire que la situation des dernières années, surtout en regard des réalités structurelles (p. ex. la légalisation du mariage chez les couples du même sexe), pourrait avoir une influence sur la santé mentale des personnes de minorités sexuelles du Québec et du Canada. En effet, avec la reconnaissance des minorités sexuelles par la Charte des droits et libertés de la personne en 1977, les droits des minorités sexuelles sont de plus en plus reconnus (Tremblay, 2013 ; Smith, 2008). Un nombre grandissant de recherches en santé mentale indique, effectivement, que la discrimination structurelle joue un rôle important dans

l'explication des disparités personnelles et sociales entre les personnes des minorités sexuelles et les personnes hétérosexuelles (Hatzenbuehler et coll., 2012; Hatzenbuehler et coll., 2010).

Les études plus récentes sur la santé mentale des minorités sexuelles ont surtout été réalisées auprès des populations adolescentes (Montoro et coll., 2015; Chamberland et coll., 2011; Renaud et coll., 2010; Peter et coll., 2017), ou auprès des populations urbanisées (Tulloch et coll., 2015; Zhao et coll., 2010). Ces recherches indiquent que les minorités sexuelles vivent plus de dépression et rapportent plus de consommation d'alcool que les individus hétérosexuels. En ce sens, le portrait des problèmes de santé mentale chez les personnes de minorités sexuelles demeure incomplet en ce qui concerne les adultes, les échantillons populationnels et les réalités régionales. Cette perspective est importante, car les adultes vivent des défis différents des jeunes et la recherche qualitative nous indique que l'expérience des minorités sexuelles en région présente des similarités et des différences par rapport à celle dans les métropoles, surtout concernant leur visibilité et leur isolement social, ce qui influence les problèmes de santé mentale (Chamberland et Paquin, 2007).

Toutes les personnes appartenant à des minorités sexuelles ne sont pas également vulnérables aux troubles de santé mentale. Les travaux antérieurs suggérant que les personnes ayant une identité monosexuelle (les individus dont l'identité sexuelle reflète l'attraction à un seul genre, p. ex. gaie ou lesbienne) rapportent des niveaux de fonctionnement plus élevés que les individus qui déclarent une identité bisexuelle ou principalement hétérosexuelle (Kuyper et Bos, 2016; Vrangalova et Savin-Williams, 2014). Cette vulnérabilité accrue chez les non-monosexuels pourrait refléter le rejet qu'ils subissent de la part des communautés hétérosexuelles ainsi que des minorités sexuelles elles-mêmes (Saewyc et coll., 2009). De façon similaire, les recherches au Québec, au Canada et aux États-Unis suggèrent qu'il existe des différences significatives entre les populations hétérosexuelles et les minorités sexuelles selon les caractéristiques sociodémographiques comme l'âge, le revenu personnel et le niveau d'éducation (Chamberland et Lebreton, 2012; Black et coll., 2000; Gonzales et Blewett, 2014). En ce sens, mieux comprendre les différences significatives entre les minorités sexuelles et les populations hétérosexuelles requiert un contrôle des caractéristiques sociodémographiques associées aux troubles de santé mentale.

Pour contribuer aux connaissances actuelles des problèmes de santé mentale chez les personnes des minorités sexuelles, l'objectif de cette

étude vise à identifier les différences de santé mentale chez les gens qui sont issus ou non de minorités sexuelles en utilisant un échantillon populationnel de l'Estrie, au Québec. Plus spécifiquement, cette étude vise à comparer les personnes de minorités sexuelles (gai ou lesbienne, bisexuelle, principalement hétérosexuelle) aux personnes hétérosexuelles quant aux niveaux de dépression, de détresse psychologique, de surconsommation d'alcool et de consommation de cannabis, en contrôlant les caractéristiques sociodémographiques que sont l'âge, le niveau d'éducation, le revenu familial et le statut de minorité visible. Il est attendu que les participants d'une identité de minorité sexuelle présenteront plus de problèmes de santé mentale. Plus précisément, il est attendu que les individus non-monosexuels (soit les individus avec des identités bisexuelles et principalement hétérosexuelles) se différencient des hétérosexuels en ce qui concerne les résultats concernant la santé mentale.

MÉTHODE

Conception de l'étude

L'Estrie compte approximativement 310 735 habitants, dont 250 330 sont âgés de 18 ans ou plus (statistique Canada, 2011). Selon le recensement de 2011, la région a une superficie de 10 214 km² et une densité de population de 30,4 habitants par kilomètre carré. Approximativement 2/3 des Estriens habitent dans les centres urbains, et le reste, dans les régions rurales.

En 2013, une compagnie de sondages indépendante a été engagée par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS) pour mener une enquête sur les comportements de santé des adultes habitant l'Estrie. Après avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke, le CIUSSS a sélectionné au hasard des adultes (18 ans et plus) pour participer à une enquête téléphonique sur les comportements de santé entre les mois de juin et d'octobre 2014. Pour élargir son échantillon en lien avec les changements administratifs de la région, le CIUSSS y a ajouté 2 000 individus en 2015. Pour les participants, l'enquête prenait environ 25 minutes à compléter. Le taux de réponse a été de 40 %.

Au total, 10 687 adultes (54,1 % des femmes) ont complété l'enquête, ce qui représente approximativement 3,4 % de la population totale des

adultes de l'Estrie. La majorité des participants ont répondu que le français était la langue principale utilisée à la maison (92,3 %), suivi de l'anglais (6,6 %) et d'autres langues (1,1 %). Les participants pouvaient compléter l'enquête en français ou en anglais. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées dans les tableaux 1 et 2. Selon la composition sociodémographique de l'Estrie établie par le recensement du Canada de 2011, la moyenne d'âge de l'échantillon était plus élevée que celle de la population estrienne. La différence quant à l'âge entre l'échantillon et la population de l'Estrie a été corrigée par

TABLEAU 1

Les statistiques descriptives selon l'identité sexuelle pour les hommes

	Hétérosexuel Moyens (écarts types) n = 4561	Principalement Hétérosexuel Moyens (écarts types) n = 206	Bisexuel Moyens (écarts types) n = 54	Gaie ou lesbienne Moyens (écarts types) n = 84
Santé mentale				
Symptômes dépressifs	0,33 (0,01)	0,33 (0,04)	0,48 (0,10)	0,35 (0,07)
Détresse	4,29 ^b (0,04)	5,14 ^a (0,29)	4,59 (0,55)	4,77 (0,36)
Surconsommation d'alcool	2,36 (0,02)	2,30 (0,11)	2,44 (0,23)	2,48 (0,16)
Consommation de cannabis	1,31 ^d (0,01)	1,37 (0,08)	1,26 ^d (0,13)	1,67 ^{ac} (0,15)
Données sociodémographiques				
Âge	54,25 ^c (0,26)	56,52 ^d (1,16)	59,48 ^{ad} (2,11)	53,92 ^{cbd} (1,44)
Éducation				
Diplôme d'études secondaires ou moins (%)	0,11 ^b	0,17 ^{ad}	0,19 ^c	0,06 ^{bd}
Diplôme d'études collégiales ou d'école de métier (%)	0,56	0,56	0,46	0,49
Diplôme universitaire ou plus (%)	0,29	0,29	0,21	0,51
Revenu				
Moins de 20 000 \$ (%)	0,09 ^{bcd}	0,15 ^a	0,20 ^a	0,15 ^a
20 000 \$ à 49 999 \$ (%)	0,34 ^b	0,43 ^a	0,43	0,35
50 000 \$ à 79 999 \$ (%)	0,28	0,28	0,20	0,19
80 000 \$ et plus (%)	0,29 ^b	0,15 ^{ad}	0,17	0,31 ^b
Minorité visible (%)	0,05 ^c	0,03 ^c	0,14 ^{abd}	0,04 ^c

^a = significativement différent que hétérosexuel $p < 0,05$

^b = significativement différent que principalement hétérosexuel $p < 0,05$

^c = significativement différent que bisexuel $p < 0,05$

^d = significativement différent que gaie/lesbienne $p < 0,05$

TABLEAU 2

Les statistiques descriptives selon l'identité sexuelle pour les femmes

	Hétérosexuelle Moyennes (écarts types) n = 5431	Principalement Hétérosexuelle Moyennes (écarts types) n = 232	Bisexuelle Moyennes (écarts types) n = 58	Gaie ou lesbienne Moyennes (écarts types) n = 61
Santé mentale				
Dépression	0,43 ^{bc} (0,01)	0,58 ^a (0,06)	0,71 ^a (0,11)	0,48 (0,10)
Détresse	4,61 ^b (0,05)	5,90 ^{ad} (0,24)	5,78 (0,63)	4,62 ^b (0,43)
Surconsommation d'alcool	1,73 (0,02)	1,86 ^a (0,09)	2,09 (0,18)	2,07 ^a (0,15)
Utilisation de cannabis	1,11 (0,01)	1,42 ^{ad} (0,08)	1,53 ^a (0,18)	1,16 ^b (0,10)
Statistiques descriptives				
Âge	55,53 ^{bd} (0,28)	52,70 ^a (1,01)	50,94 (2,40)	51,26 ^a (1,76)
Éducation				
Diplôme secondaire ou moins (%)	0,12 ^d	0,10	0,16 ^d	0,03 ^{ac}
Moins qu'un diplôme universitaire (%)	0,59 ^d	0,60 ^d	0,60	0,44 ^{ab}
Diplôme universitaire (%)	0,33 ^d	0,20 ^d	0,35	0,45 ^{ab}
Revenu				
Moins de 20 000 \$ (%)	0,14 ^c	0,19 ^c	0,33 ^{abd}	0,09 ^c
20 000 \$ à 49 999 \$ (%)	0,43	0,40	0,38	0,39
50 000 \$ à 79 999 \$ (%)	0,24	0,26	0,19	0,18
80 000 \$ et plus (%)	0,20 ^d	0,16 ^d	0,10 ^d	0,33 ^{abc}
Minorité visible (%)	0,03 ^c	0,04 ^c	0,10 ^{ab}	0,05

^a = significativement différent que hétérosexuelle $p < 0,05$ ^b = significativement différent que principalement hétérosexuelle $p < 0,05$ ^c = significativement différent que bisexuelle $p < 0,05$ ^d = significativement différent que gaie/lesbienne $p < 0,05$

l'utilisation des poids d'échantillonnage développés par la compagnie de recherche. Les poids d'échantillonnage ont été utilisés pour toutes les statistiques descriptives et multivariées subséquentes.

Variables dépendantes

Problèmes de santé mentale. Le questionnaire auquel les participants ont répondu en lien avec les problèmes de santé mentale a été construit à partir de différents instruments de mesure. Le questionnaire incluait

d'abord deux items de dépistage du *National Population Survey of Public Health*, et le *National Comorbidity Survey* (Kessler et coll., 1994) utilisés pour détecter la dépression. Ces deux items questionnaient la présence de tristesse, de mélancolie, de perte d'intérêt et la durée de ces symptômes. Les participants pouvaient répondre par « oui » ou par « non ». Ensuite, les deux items ont été additionnés et un score plus élevé représentait une dépression plus sévère (alpha de Cronbach = 0,71).

Les participants ont aussi répondu à la version française du K6+ (Kessler et coll., 2010), un questionnaire sur la détresse psychologique comprenant six items. Ce questionnaire demandait aux participants le nombre de fois, au cours des derniers mois, où ils avaient été nerveux, désespérés, agités, déprimés, où ils avaient l'impression que tout était un effort et qu'ils n'étaient bons à rien. Ces questions comportaient cinq choix de réponses : « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps » et « tout le temps ». Les scores plus élevés indiquaient plus de détresse. Cet instrument a une bonne fiabilité (alpha de Cronbach = 0,80).

Toujours en lien avec leur santé mentale, les participants ont été questionnés sur leur consommation d'alcool et leur consommation de cannabis. Ils devaient indiquer combien de fois au cours des 12 derniers mois ils avaient consommé cinq consommations et plus (une procédure courante pour évaluer la consommation excessive dans les recherches populationnelles) (Room, 1990). En lien avec leur consommation de cannabis, les participants devaient indiquer à quelle fréquence ils avaient consommé du cannabis et ses produits dérivés au cours des 12 derniers mois. Ces deux variables étaient des variables continues, composées d'une échelle de Likert à six choix de réponse allant de « jamais » à « plus d'une fois par semaine ».

Variable indépendante

Statut de minorité sexuelle. L'appartenance à un groupe de minorité sexuelle était mesurée à l'aide d'une question adaptée du *National Survey of Midlife Development* (Brin et coll., 1995-1996), déjà utilisé dans les échantillons canadiens. Les participants devaient indiquer leur identité sexuelle parmi ces quatre options : 1) hétérosexuel(le) (avoir des relations sexuelles ou une attirance envers les personnes du sexe opposé seulement) ; 2) principalement hétérosexuel(le) (avoir principalement des relations sexuelles ou une attirance envers les personnes du sexe opposé) ; 3) bisexuel (le) (avoir des relations sexuelles ou une

attirance envers les personnes des deux sexes); 4) homosexuel(le) (lesbienne ou gaie : avoir des relations sexuelles ou une attirance envers les personnes du même sexe). L'option « principalement hétérosexuelle » était incluse parce que la littérature suggère qu'il s'agit d'une catégorie distincte et que les personnes s'identifiant comme telles démontrent généralement une stabilité de leur identité sexuelle (Savin-Williams et Vrangalova, 2013).

Dans l'échantillon, 93,5 % des participants se sont identifiés comme « hétérosexuels » (5 431 femmes et 4 561 hommes), 4,1 % se sont identifiés comme étant « principalement hétérosexuels » (232 femmes et 206 hommes), 1,4 % comme « homosexuels » (61 femmes et 84 hommes) et finalement 1,0 % comme « bisexuels » (58 femmes et 54 hommes). La prévalence des minorités sexuelles parmi les répondants correspond aux données d'autres échantillons canadiens (Tjepkema, 2008).

Variables de contrôle

Données sociodémographiques. Les participants ont été interrogés à propos de leur âge, une variable continue. Ils devaient également préciser leur niveau d'éducation, soit : 1) diplôme d'études secondaires ou moins; 2) diplôme d'études collégiales ou d'école de métier complété; 3) un ou plusieurs diplôme(s) universitaire(s) complété(s). Ces catégories étaient codées comme variables nominales. La catégorie « diplôme d'études secondaires ou moins » était la catégorie de référence dans les analyses multivariées subséquentes. Les participants ont ensuite été questionnés par rapport à leur revenu annuel. La variable comprenait quatre niveaux : 1) moins de 20 000 \$; 2) entre 20 000 et 49 999 \$; 3) entre 50 000 et 79 999 \$; 4) 80 000 \$ et plus. Ces catégories étaient codées comme variables nominales. La catégorie « moins de 20 000 \$ » était la catégorie de référence. Enfin, les participants devaient répondre à la question suivante : « Faites-vous partie d'une minorité visible (de descendance ou originaire d'Haïti, d'Afrique, de Chine, des pays arabes, d'Amérique latine ou des peuples autochtones du Canada ? ». Cette variable était codée comme une variable dichotomique. La non-appartenance à une minorité visible a servi de catégorie de référence dans les analyses.

Analyses

Avant l'étape de l'analyse, l'enjeu des données manquantes doit être abordé. Bien que seulement 1 % des données étaient manquantes dans l'ensemble de l'échantillon, enlever tous les participants avec au moins

une donnée manquante aurait entraîné une perte de 9 % de l'échantillon. Le test de Little a donc été réalisé « données manquantes complètement au hasard (*missing completely at random; MCAR*) » et a démontré que les données manquantes étaient aléatoires ($X^2 = 1,44$, $df = 4$, *n.s.*), ce qui a permis d'envisager l'imputation de ces données. Le logiciel Amelia 2 (Honaker et coll., 2001), qui utilise la méthode *bootstrap* pour estimer les valeurs manquantes a été utilisé. Au total, 20 banques de données ont été imputées, avec des itérations ayant des échelons situés entre trois et quatre. Ces 20 banques ont été agrégées et c'est sur la moyenne obtenue de cette banque agrégée que les analyses ont été effectuées.

Les analyses ont été effectuées en deux étapes. Premièrement, des analyses bivariées ont été réalisées à l'aide de Stata 13 (StataCorp, 2013). Les poids d'échantillonnage fournis par la compagnie de sondage ont été employés afin d'assurer la représentativité de l'échantillon grâce à la commande *svyset*. Les différences bivariées entre les identités sexuelles, en ce qui concerne les variables de santé mentale, ont été évaluées et testées à l'aide de χ^2 ou de régressions, selon le type de variable. Dans la deuxième série d'analyses, des régressions linéaires hiérarchiques ont été effectuées à l'aide de *MPlus 7.4* (Muthén et Muthén, 1998-2011) et des poids d'échantillonnage. Les modèles présentés utilisent toujours le groupe « hétérosexuel » comme catégorie de référence. Les analyses supplémentaires ont toujours été effectuées pour comparer les différentes identités sexuelles minoritaires. Ces analyses ont exploré le lien entre le fait d'avoir une identité sexuelle minoritaire et les problèmes de santé mentale en tenant compte de l'âge, de l'éducation, du revenu et du statut de minorité visible.

RÉSULTATS

Présentés dans le tableau 1, les résultats des statistiques bivariées indiquent d'abord que pour les hommes, des différences significatives concernant la détresse ont été observées selon l'identité sexuelle. Les hommes ayant une identité « principalement hétérosexuelle » ont rapporté plus de détresse que les hommes ayant une identité « hétérosexuelle ». Toujours chez les hommes, des différences sont également observées quant à la consommation de cannabis. En effet, les hommes ayant une identité « homosexuelle » indiquent un plus haut taux de consommation de cannabis que les hommes ayant une identité « hétérosexuelle » et les hommes ayant une identité « bisexuelle ». De

plus, il y avait des différences significatives en ce qui concerne les variables sociodémographiques entre les groupes à l'étude en ce qui concerne l'âge et le statut socioéconomique. En effet, les hommes ayant une identité « homosexuelle » étaient plus jeunes que les hommes ayant une identité « hétérosexuelle », principalement « hétérosexuelle » et « bisexuelle ». La plupart des hommes ayant une identité « hétérosexuelle » avaient un plus faible niveau scolaire que les hommes « hétérosexuels » et « homosexuels ». De même, les hommes ayant une identité « bisexuelle » avaient un plus faible niveau scolaire que les hommes ayant une identité « homosexuelle ». En ce qui concerne le revenu, les hommes ayant une identité « hétérosexuelle » étaient moins susceptibles que les hommes ayant une identité « homosexuelle » de se retrouver dans la tranche de revenu inférieure (moins de 20 000 \$ par année), tandis que les hommes ayant les identités « principalement hétérosexuelle » et « homosexuelle » étaient plus susceptibles que les hommes « hétérosexuels » de se retrouver dans la tranche de revenu le plus élevé (80 000 \$ par année ou plus). Enfin, les hommes ayant une identité « bisexuelle » étaient significativement plus susceptibles de s'identifier à une minorité visible que les hommes des autres sous-groupes.

Chez les femmes, les résultats indiquent que celles ayant une identité « principalement hétérosexuelle » ont rapporté plus de détresse, plus de symptômes dépressifs et plus de consommation de cannabis que les femmes ayant une identité « hétérosexuelle ». Les femmes ayant une identité « principalement hétérosexuelle » rapportent également plus de détresse et une consommation plus fréquente de cannabis que les femmes ayant une identité « homosexuelle ». En ce qui concerne les femmes avec une identité « bisexuelle », elles ont rapporté plus de symptômes dépressifs et une fréquence plus élevée de consommation de cannabis que les femmes avec une identité « hétérosexuelle ». Les femmes avec une identité « homosexuelle » rapportaient une consommation de cannabis plus fréquente que les femmes « hétérosexuelles ». Les différences significatives en ce qui concerne les variables sociodémographiques (âge et statut socioéconomique) entre les groupes ont été observées. Les femmes « hétérosexuelles » étaient plus âgées que les femmes ayant une identité « principalement hétérosexuelle » et « homosexuelles ». Les femmes ayant une identité « homosexuelles » étaient également moins susceptibles d'avoir un diplôme d'études secondaires que les femmes ayant une identité « hétérosexuelle » ou « bisexuelle », mais elles étaient plus susceptibles que les femmes « hétérosexuelles »

et « principalement hétérosexuelles » de présenter un diplôme universitaire. En ce qui concerne le revenu, les femmes ayant une identité « bisexuelle » étaient significativement plus susceptibles d'appartenir au groupe à faible revenu que les femmes de toutes les autres identités, alors que les femmes ayant une identité « homosexuelle » étaient plus susceptibles que toutes les autres identités d'appartenir au groupe à revenu élevé. Enfin, les femmes ayant une identité « bisexuelle » étaient plus susceptibles de déclarer appartenir à une minorité visible que les femmes ayant les identités « hétérosexuelles » ou « principalement hétérosexuelles ».

Présentés dans le tableau 3, les résultats des analyses multivariées ont indiqué que les hommes ayant une identité « principalement hétérosexuelle » rapportaient plus de détresse comparés aux hommes ayant une identité « hétérosexuelle ». Les résultats n'indiquent toutefois pas de différence significative pour la dépression selon l'identité sexuelle

TABLEAU 3

**Les modèles linéaires multivariés pour les hommes
(coefficients standardisés)**

	Détresse	Symptômes dépressifs	Surconsommation de l'alcool	Consommation de cannabis
Identité de minorité sexuelle [hétérosexuelle (groupe de référence)]				
Principalement hétérosexuelle	0,05*	0,00	-0,01	0,01
Bisexuelle	-0,02	0,02	0,05**	-0,01
Gaie	0,02	0,01	0,03	0,05*
Revenu [moins que 20 000 \$ (groupe de référence)]				
20 000 \$ à 49 999 \$	-0,17**	-0,12**	0,07*	-0,17**
50 000 \$ à 79 999 \$	-0,24**	-0,19**	0,13**	-0,19**
80 000 \$ ou plus	-0,29**	-0,22**	0,18**	-0,24**
Éducation [diplôme secondaire ou moins (groupe référence)]				
Moins qu'un diplôme universitaire	-0,13**	-0,01	-0,02	0,01
Diplôme universitaire	-0,13**	0,02	-0,10**	0,02
Âge	-0,16**	-0,09**	-0,14**	-0,26**
Minorité visible ou non	0,03	0,03	0,03*	0,06
R ²	0,07**	0,03**	0,05**	0,09**

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$.

chez les hommes. Pour la surconsommation d'alcool, les hommes ayant une identité « bisexuelle » ont rapporté une fréquence plus élevée de surconsommation que les hommes avec une identité « hétérosexuelle » et que les hommes avec une identité « principalement hétérosexuelle » ($\beta = 0,06$, $p < 0,05$). Enfin, les hommes ayant une identité « homosexuelle » ont rapporté une fréquence de consommation de cannabis plus élevée que les hommes avec une identité « hétérosexuelle » et que les hommes avec une identité « bisexuelle » ($\beta = 0,06$, $p < 0,05$).

Présentés dans le tableau 4, les résultats des analyses multivariées ont indiqué que chez les femmes, le fait d'avoir une identité « principalement hétérosexuelle » était associé à des niveaux de détresse psychologique plus élevée que chez les femmes « hétérosexuelles ». Les résultats n'indiquent toutefois pas de différence significative pour la dépression selon l'identité sexuelle chez les femmes, une fois les variables socio-démographiques incluses dans le modèle. Pour la surconsommation

TABLEAU 4

**Les modèles linéaires multivariés pour les femmes
(coefficients standardisés)**

	Détresse	Symptômes dépressifs	Surconsommation de l'alcool	Consommation de cannabis
Identité de minorité sexuelle [hétérosexuelle (groupe de référence)]				
Principalement hétérosexuelle	0,05**	0,04	0,06*	0,09**
Bisexuelle	0,01	0,03	0,01	0,06**
Gaie	0,01	0,03	0,05	-0,01
Revenu [moins que 20 000 \$ (groupe de référence)]				
20 000 \$ à 49 999 \$	-0,19**	-0,14**	0,01	-0,11**
50 000 \$ à 79 999 \$	-0,26**	-0,18**	0,02	-0,13**
80 000 \$ ou plus	-0,24**	-0,19**	0,02	-0,16**
Éducation [diplôme secondaire ou moins (groupe de référence)]				
Moins qu'un diplôme universitaire	-0,05	-0,08*	0,04	0,05*
Diplôme universitaire	-0,10**	-0,04	0,03	0,03
Âge	-0,13**	-0,07**	-0,15**	-0,20**
Minorité visible ou non	0,05**	0,00	0,03	0,03*
R ²	0,06**	0,03**	0,04**	0,06**

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

d'alcool, les femmes ayant une identité « principalement hétérosexuelle » ont rapporté une fréquence plus élevée de surconsommation d'alcool comparativement aux femmes « hétérosexuelles » uniquement. Les femmes ayant des identités « principalement hétérosexuelle » et « bisexuelle » ont aussi rapporté une fréquence plus élevée de consommation de cannabis que les femmes « hétérosexuelles ». De plus, les femmes ayant une identité « principalement hétérosexuelle » ($\beta = -0,05$, $p < 0,01$), et une identité « bisexuelle » ($\beta = -0,06$, $p < 0,05$) ont aussi démontré une fréquence plus élevée de consommation de cannabis que les femmes ayant une identité « homosexuelle ».

DISCUSSION

Des travaux antérieurs avec des échantillons canadiens ont suggéré des disparités dans la santé mentale entre les minorités sexuelles et la population hétérosexuelle. Or, la plupart de ces conclusions ont été obtenues avant d'importants changements sur les plans culturel et politique liés aux minorités sexuelles (Bolton et Sareen, 2011; Graham et coll., 2011; Pakula et Shoveller, 2013). La présente étude, avec un échantillon récent utilisant des évaluations plus nuancées de l'appartenance à une minorité sexuelle, visait à mettre à jour les différences actuelles quant à la santé mentale des hommes et des femmes selon qu'ils soient issus ou non de minorités sexuelles. Les résultats obtenus sont à la fois similaires et différents par rapport aux travaux antérieurs. En somme, les résultats indiquent que les individus appartenant à une minorité sexuelle rapportent des résultats plus négatifs, mais de façon modérée, en matière de santé mentale que leurs pairs hétérosexuels. De plus, beaucoup de ces différences sont attribuables à des variables sociodémographiques (âge et statut socioéconomique). Si les résultats de la présente étude suggèrent, dans l'ensemble, que les personnes appartenant à une minorité sexuelle rapportent peu de différences quant aux difficultés de santé mentale comparées à la population hétérosexuelle, ces différences suggèrent tout de même que les minorités sexuelles peuvent être plus vulnérables à certains problèmes de santé mentale.

Lorsque des disparités en santé mentale ont été observées, il s'agissait généralement de personnes ayant une identité « bisexuelle » ou principalement « hétérosexuelle ». Par exemple, les hommes ayant une identité « principalement hétérosexuelle » ont rapporté des niveaux de détresse plus élevés que les hommes « hétérosexuels ». De même, les

hommes avec une identité «bisexuelle» ont indiqué une surconsommation d'alcool plus fréquente que les hommes avec une identité «hétérosexuelle». Pour leur part, les femmes ayant une identité «principalement hétérosexuelle» ont signalé plus de détresse, une fréquence plus élevée de surconsommation d'alcool et de consommation de cannabis que leurs pairs «hétérosexuels». Alors que les femmes avec une identité «bisexuelle» ont rapporté une consommation plus fréquente de cannabis que les femmes ayant une identité «hétérosexuelle». Or, si les conséquences négatives de la surconsommation d'alcool sont claires (Wood et coll., 2018), de futures recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les contextes de la consommation de cannabis. En effet, si l'usage de cannabis a des conséquences évidentes sur la santé (Hall et Degenhardt, 2009; Volkow et coll., 2014), comprendre comment et pourquoi la consommation de cannabis diffère entre les femmes avec des identités «hétérosexuelle» et «bisexuelle» permettrait d'expliquer ces disparités.

Ces résultats sont en grande partie conformes aux travaux antérieurs suggérant que les personnes ayant une identité monosexuelle rapportent des niveaux de fonctionnement plus élevés que les individus qui déclarent une identité «bisexuelle» ou «principalement hétérosexuelle» (Kuyper et Bos, 2016; Persson et coll., 2015). La vulnérabilité aux difficultés de santé mentale chez les non-monosexuels est particulièrement inquiétante, car les recherches suggèrent que de plus en plus de personnes s'identifient comme non-monosexuelles (Vrangalova et Savin-Williams, 2014). De fait, la majorité des personnes appartenant à une minorité sexuelle dans la présente étude se sont identifiées comme étant «principalement hétérosexuelles» ou «bisexuelles». En effet, des recherches antérieures suggèrent que les personnes «bisexuelles» et «principalement hétérosexuelles» éprouvent des facteurs de stress uniques par rapport à leurs homologues «homosexuelles» (Persson et coll., 2015; Petterson et coll., 2017; Talley et coll., 2016). En effet, les personnes «bisexuelles» indiquent des niveaux plus élevés de discrimination et éprouvent le rejet, à la fois, de certaines communautés de minorités sexuelles et des communautés hétérosexuelles (Martin-Storey et Fromme, 2017; Saewyc et coll., 2009). Ces expériences, à leur tour, peuvent expliquer leur plus grande vulnérabilité en matière de santé mentale. Ces résultats soulignent donc l'importance de poursuivre l'examen des différences de santé mentale selon différents types d'identités de minorités sexuelles.

Même si ce n'était pas un objectif central de la présente étude, en ce qui concerne de nombreux facteurs sociodémographiques, des différences significatives ont été observées. En effet, les résultats suggèrent d'importantes disparités sociodémographiques parmi les hommes et les femmes de l'échantillon. Les hommes appartenant à une minorité sexuelle ont déclaré des niveaux d'éducation inférieurs et des niveaux de revenu inférieurs. Les femmes «homosexuelles» ont déclaré des niveaux d'éducation et de revenu plus élevés, tandis que les femmes «bisexuelles» rapportaient des niveaux de revenu inférieurs. Ces résultats appuient des travaux antérieurs suggérant généralement une plus grande pénalité socioéconomique pour les hommes appartenant à une minorité sexuelle que les femmes appartenant à une minorité sexuelle (Baumle et coll., 2011; Waite et Denier, 2015), mais les femmes ayant une identité «bisexuelle» subissent une pénalité socioéconomique différente de celle des femmes ayant une identité «homosexuelle» (Mize, 2016). Enfin, chez les hommes comme chez les femmes, les personnes ayant une identité «bisexuelle» étaient plus susceptibles de déclarer appartenir à une minorité visible, conformément aux travaux antérieurs (Gates, 2010).

Cette étude présente plusieurs forces soit l'utilisation d'un échantillon populationnel récent, l'identification plus nuancée des individus appartenant aux minorités sexuelles et l'inclusion de différents aspects de la santé mentale. Quelques limites doivent, toutefois, être considérées dans l'interprétation des résultats. Si l'utilisation d'un échantillon estrien offre une occasion unique de comprendre les enjeux de santé mentale chez les minorités sexuelles dans une région géographique qui regroupe des milieux à la fois urbains, ruraux et suburbains, il est difficile de savoir si le contexte socioculturel vécu par les minorités sexuelles en Estrie est similaire aux autres régions québécoises et canadiennes. Bien que les participants provenaient d'une région comprenant à la fois des zones rurales et urbaines, il n'a pas été possible d'identifier la provenance spécifique des participants. De plus, les participants n'ont pas été invités à indiquer s'ils étaient transgenres. Par ailleurs, bien que les outils utilisés soient valides, ils ne permettaient pas d'établir de diagnostic ou des seuils cliniquement significatifs. En ce sens, des recherches à l'échelle nationale devraient être menées en considérant: 1) les différents sous-groupes des minorités sexuelles pour tenir compte des changements légaux et sociaux actuels; 2) l'utilisation d'outils permettant de poser un diagnostic clinique. De telles données permettraient de mieux adapter les interventions en

santé mentale aux populations des minorités sexuelles. Si dans la présente étude, le statut de minorité sexuelle, comme dans la recherche en santé publique, était classifié de manière catégorielle (Pakula et Shoveller, 2013; Mize, 2016), de futures recherches devraient permettre une évaluation permettant de bien saisir les nuances de ces populations. Ces résultats sont corrélationnels et ne peuvent pas être interprétés de manière causale.

CONCLUSION

Les résultats de la présente étude indiquent que les disparités en santé mentale existent selon l'identité sexuelle des individus. Par contre, ils suggèrent aussi l'importance de considérer les différences sociodémographiques, celles-ci expliquant la majorité de ces différences. Ces résultats suggèrent l'importance de développer des programmes de santé mentale destinés aux populations des minorités sexuelles et de sensibiliser les intervenants de la santé aux vulnérabilités de ces populations.

RÉFÉRENCES

- Baumle, A. K. et Poston Jr, D. L. (2011). The economic cost of homosexuality: Multilevel analyses. *Social Forces*, 89(3), 1005-1031.
- Black, D., Gates, G., Sanders, S. et Taylor, L. (2000). Demographics of the gay and lesbian population in the United States: Evidence from available systematic data sources. *Demography*, 37(2), 139-154.
- Bolton, S. L. et Sareen, J. (2011). Sexual orientation and its relation to mental disorders and suicide attempts: Findings from a nationally representative sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(1), 35-43.
- Brennan, D. J., Ross, L. E., Dobinson, C., Veldhuizen, S. et Steele, L. S. (2010). Men's sexual orientation and health in Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 255-258.
- Brin, O.G., Baltes, P.B. et Bumpass, L.L. (1995-1996). National survey of midlife development in the United States (MIDUS). MI: Inter-University Consortium for Political and Social Research.
- Chambre de commerce gaie du Québec (2014). Lexique LGBT sur la diversité sexuelle et de genre en milieu de travail.
<https://cclgbtq.org/wp-content/uploads/2015/12/Lexique-LGBT.pdf>
- Chamberland, L. et Paquin J. (2007). Les stratégies identitaires des lesbiennes et des gais vivant dans des régions non métropolitaines du Québec. *Homo-sexualités: Variations régionales*. 13-38.

- Chamberland, L., Émond, G., Julien, D., Otis, J. et Ryan, W. (2011). *L'impact de l'homophobie et de la violence homophobe sur la persévérance et la réussite scolaires*. Montréal, Québec: Fonds de recherche sur la société et la culture.
- Chamberland, L. et Lebreton, C. (2012). Réflexions autour de la notion d'homophobie: succès politique, malaises conceptuels et application empirique. *Nouvelles Questions féministes*, 31 (1), 27-43.
- Gates, G. J. (2010). *Sexual minorities in the 2008 General Social Survey: Coming out and demographic characteristics*. Los Angeles, Ca: The Williams Institute. UCLA School of Law.
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M. et Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350-363.
- Gonzales, G. et Blewett, L. A. (2014). National and state-specific health insurance disparities for adults in same-sex relationships. *American Journal of Public Health*, 104(2), e95-e104.
- Graham, R., Berkowitz, B., Blum, R., Bockting, W., Bradford, J., de Vries, B. et Makadon, H. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Hall, W. et Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, 374(9698), 1383-1391.
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M. et Hasin, D. S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452-459.
- Hatzenbuehler, M. L., O'cleirigh, C., Grasso, C., Mayer, K., Safren, S. et Bradford, J. (2012). Effect of same-sex marriage laws on health care use and expenditures in sexual minority men: a quasi-natural experiment. *American Journal of Public Health*, 102(2), 285-291.
- Honaker, J., King, G. et Blackwell, M. (2001). Amelia II: A Program for Missing Data. *Journal of Statistical Software*, 45, 1-47. <http://www.jstatsoft.org/v45/i07/>.
- Igartua, K. et Montoro, R. (2015). Les minorités sexuelles: concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée. *Santé mentale au Québec*, 40(3), 19-35.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, M., ... Lara, C. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(S1), 4-22.

- Kuyper, L. et Bos, H. (2016). Mostly heterosexual and lesbian/gay young adults: Differences in mental health and substance use and the role of minority stress. *The Journal of Sex Research*, 53(7), 731-741.
- Lambert, G., Cox, J., Hottes, T. S., Tremblay, C., Frigault, L. R., Alary, M. et M-Track Study Group. (2011). Correlates of unprotected anal sex at last sexual episode: analysis from a surveillance study of men who have sex with men in Montreal. *AIDS and Behavior*, 15(3), 584-595.
- Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Martin-Storey, A. et Crosnoe, R. (2012). Sexual minority status, peer harassment, and adolescent depression. *Journal of Adolescence*, 35(4), 1001-1011.
- Martin-Storey, A. et Fromme, K. (2017). Mediating factors explaining the association between sexual minority status and dating violence. *Journal of Interpersonal Violence*, <https://doi.org/10.1177/0886260517726971>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Mize, T. D. (2016). Sexual Orientation in the Labor Market. *American Sociological Review*, 81(6), 1132-1160.
- Montoro, R., Thombs, B. et Igartua, K. (2015). L'association des dimensions de l'orientation sexuelle, du harcèlement et du suicide: quelles minorités sexuelles sont les plus à risque? *Santé mentale au Québec*, 40 (3), 55-75.
- Muthén, L.K. et Muthén, B.O. (1998-2011). *Mplus User's Guide. Sixth edition*. Los Angeles, CA: Muthén et Muthén.
- Pakula, B. et Shoveller, J. A. (2013). Sexual orientation and self-reported mood disorder diagnosis among Canadian adults. *BMC Public Health*, 13(1), 209.
- Pascoe, E. A. et Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554.
- Persson, T. J., Pfaus, J. G. et Ryder, A. G. (2015). Explaining mental health disparities for non-monosexual women: abuse history and risky sex, or the burdens of non-disclosure? *Social Science & Medicine*, 128, 366-373.
- Peter, T., Edkins, T., Watson, R., Adjei, J., Homma, Y. et Saewyc, E. (2017). Trends in suicidality among sexual minority and heterosexual students in a canadian population-based cohort study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 115-123.
- Petterson, L. J., VanderLaan, D. P., Persson, T. J. et Vasey, P. L. (2017). The Relationship Between Indicators of Depression and Anxiety and Sexual Orientation in Canadian Women. *Archives of Sexual Behavior*, 1-10.
- Renaud, J., Berlim, M. T., Begolli, M., McGirr, A. et Turecki, G. (2010). Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: An exploratory study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(1), 29-34.
- Room, R. (1990). Measuring alcohol consumption in the United States. Dans (Dir) L. T. Kozlowsky, H. M. Amis, et H. D. Cappell. *Research advances in alcohol and drug problems* (pp. 39-80). New York, NY: Plenum Press.

- Saewyc, E. M., Honna, Y., Skay, C. L., Bearinger, L. H., Resnick, M. D. et Reis, E. (2009). Protective factors in the lives of bisexual adolescents in North America. *American Journal of Public Health*, 99(1), 110-117..
- Savin-Williams, R. C. et Vrangalova, Z. (2013). Mostly heterosexual as a distinct sexual orientation group: A systematic review of the empirical evidence. *Developmental Review*, 33(1), 58-88.
- Smith, M. (2008). *Political institutions and lesbian and gay rights in the United States and Canada*. New York, NY: Routledge.
- StataCorp (2013). *Stata Statistical Software: Release 13*. College Station, TX: StataCorp LP.
- Statistique Canada (2011). *Les chiffres de population et des logements du Recensement. 2011*. Récupéré en août 2016 du site de l'organisme: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/hltfst/pd-pl/Index-fra.cfm?Lang=Fra>
- Talley, A. E., Grimaldo, G., Wilsnack, S. C., Hughes, T. L. et Kristjanson, A. F. (2016). Childhood Victimization, Internalizing Symptoms, and Substance Use Among Women Who Identify as Mostly Heterosexual. *LGBT Health*, 3(4), 266-274.
- Tjepkema, M. (2008). Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Reports*, 19(1), 53-64.
- Tremblay, M. (2013). Mouvements sociaux et opportunités politiques: les lesbiennes et les gais et l'ajout de l'orientation sexuelle à la Charte québécoise des droits et libertés. *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, 46 (2), 295-322.
- Tulloch, T. G., Rotondi, N. K., Ing, S., Myers, T., Calzavara, L. M., Loutfy, M. R. et Hart, T. A. (2015). Retrospective reports of developmental stressors, syndemics, and their association with sexual risk outcomes among gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1879-1889.
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M. et Weiss, S. R. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219-2227.
- Vrangalova, Z. et Savin-Williams, R. C. (2014). Psychological and physical health of mostly heterosexuals: A systematic review. *The Journal of Sex Research*, 51(4), 410-445.
- Waite, S. et Denier, N. (2015). Gay pay for straight work: Mechanisms generating disadvantage. *Gender & Society*, 29(4), 561-588.
- Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., ... Bell, S. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599,912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet*, 391(10,129), 1513-1523.
- Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K. et Thombs, B. D. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting "unsure" sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: forgotten groups?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 104-113.

« Née en France, j'ai l'impression que je suis tamoule avant tout. Qui suis-je ? »

Identités hybrides et positionnements dynamiques des adultes de parents migrants tamouls en France

Mélanie Vijayaratnam^a

Sara Skandran^b

Marie-Rose Moro^c

RÉSUMÉ Pour se construire, les adultes enfants de migrants doivent concilier les référents culturels de leurs parents ainsi que leur culture d'appartenance française.

En nous appuyant sur des entretiens menés auprès de quinze jeunes femmes issues de la seconde génération de Tamouls indiens et sri lankais de France, nous nous intéressons à leur positionnement et leurs stratégies identitaires.

Les analyses qualitatives révèlent que les jeunes femmes tamoules nées en France possèdent un répertoire d'identités qui change constamment selon les situations. Ceci leur permet d'explorer différents positionnements identitaires afin de s'engager et d'adhérer à ceux qui leur correspondent.

MOTS CLÉS enfants de migrants, filiation, groupe d'appartenance, positionnements identitaires, réaménagements identitaires

-
- a. Psychologue clinicienne et formatrice spécialisée en clinique transculturelle. Doctorante à l'Université Paris Descartes – Laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (EA 4056).
 - b. MCF en psychopathologie à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, EA 4430. Psychologue clinicienne et thérapeute familiale à la MDA – Hôpital Cochin.
 - c. Professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Université Paris Descartes. Chef de service de la Maison des Adolescents – Hôpital Cochin; Directrice de la revue transculturelle *L'autre*.

“Born in France, I feel like I’m Tamil first and foremost. Who am I?” Hybrid identities and dynamic positioning of adults of Tamil migrant parents in France.

ABSTRACT To grow up, adult migrant children have to link the cultural references of their parents as well as their culture of French belonging.

Based on interviews with fifteen young women from the second generation of Tamils Indians and Sri Lankans of France, we question their positioning and identity strategies.

Qualitative analyzes reveal that young Tamil women born in France have a repertoire of identities that changes constantly depending on the situation. This allows them to explore different identity positions in order to engage and adhere to those who correspond to them.

KEYWORDS children of migrants, filiation, group of belonging, identity voices, identity rearrangements

INTRODUCTION

L’Inde et le Sri Lanka sont deux pays appartenant au sous-continent indien. Nous nous intéressons à la communauté tamoule indienne et sri lankaise, représentant majoritairement l’immigration du monde indien dans le monde (Goreau-Ponceaud, 2008).

La migration fait référence au déplacement du lieu de vie d’individus. Celle des Tamouls indiens est ancienne ; les premières vagues de migrants remontent à 1956 et s’intensifient à partir de 1962. Lakshmi (2007) décrit ainsi que les Tamouls d’origine indienne, et venant pour la plupart des deux ex-comptoirs français de l’État du Tamil Nadu (Karikal et Pondichéry), ont majoritairement choisi de quitter leur pays pour la France en vue de poursuivre leurs études, de réaliser un regroupement familial ou un projet de mariage. Leur intégration en France, de par la colonisation, a ainsi été facilitée : en plus de retrouver en métropole une culture et une langue qui leur étaient déjà familières, des milliers d’Indiens arrivent en France en ayant déjà la nationalité française.

L’immigration tamoule sri lankaise, marquée en revanche par deux grandes vagues de migration (1970-1980, puis 1990-2000), est principalement en lien avec la guerre civile (1983-2009) qui a opposé de manière sanglante le gouvernement cinghalais aux Tigres tamouls (Guilmoto, 1991 ; Goreau-Ponceaud, 2011a), et qui est à l’origine de

nombreuses séquelles psychologiques sous fond de tortures, de viols, de traumatismes, de perte subite et brutale à la fois de proches et d'une terre natale. Les Tamouls sri lankais sont contraints de fuir, de délaisser parfois leur identité : « le problème c'est tout simplement d'être tamoul » (Madavan, 2015) et de se construire avec ces pertes, ces séparations (Goreau-Ponceaud et Veyret, 2016) ou avec une identité paradoxale, « les femmes (tamoules) essayent de passer pour des Cinghalaises » (Madavan, 2015) pour survivre. Quand les Tamouls sri lankais parviennent à atteindre la France où ils s'y retrouvent (Goreau-Ponceaud, 2011a; 2011b), ils n'ont aucune familiarité avec cette société d'accueil, ils ne parlent pas la langue française (Moliner 2009, Madavan, 2015).

Si elle est hétérogène (Madavan, 2013), la communauté tamoule est mue par le même destin et les mêmes dynamiques en situation migratoire et transculturelle en termes d'altérité et de métissage. La provenance en masse des Tamouls sri lankais en France réactive en effet des phénomènes identitaires au sein de la diaspora indienne (Goreau-Ponceaud, 2011c). En milieu traditionnel, l'individu tamoul appartient à une société hiérarchisée : là, il fait partie d'une famille étendue, une communauté, un groupe endogame appelé caste, et se définit à partir d'une langue maternelle, une religion ainsi qu'une localité d'origine (Meyer 2001). La migration choisie ou subie entraîne de manière indéniable le changement et la métamorphose et peut déterminer l'identité culturelle : dans leur société d'accueil française, ces Tamouls, qui tentent de recréer un repère familial auquel s'accrocher (bijouteries, épiceries, salons de coiffure et d'esthétique, habillements traditionnels, écoles tamoules, etc.), retrouvent des repères religieux et se côtoient, quelle que soit leur caste, quel que soit leur prestige, quelle que soit leur communauté d'appartenance. L'identité collective qui est en mouvement prime alors sur l'identité individuelle et des logiques identitaires se créent pour étayer l'expérience migratoire séparatrice qui s'avère ainsi moins traumatique, car elles permettent de faire face aux menaces identitaires (Goreau-Ponceaud, 2011b; 2011c).

Moro (1994) a proposé le concept d'enfants exposés au risque transculturel : ses travaux ont mis en évidence une vulnérabilité psychologique spécifique des enfants de migrants à trois âges de la vie : les interactions précoces mère-enfant, le début des grands apprentissages scolaires entre six et huit ans ainsi que l'adolescence (Moro et coll., 2004). Notre étude propose de considérer l'âge adulte et les rituels de passage qui lui sont propres comme une période durant laquelle perdure cette vulnérabilité, car l'adulte enfant de migrants vit entre

d'un côté une référence interne et de l'autre une référence externe (Baubet et Moro, 2009).

Nous explorons le sentiment d'appartenance de ces adultes au groupe culturel de leurs parents en situation transculturelle. Cela nous paraît pertinent d'autant plus que les codes véhiculés par le monde indien et la France sont différents et parfois opposés (Vijayaratnam et Moro, 2018). Dans ce contexte, nous interrogeons le positionnement identitaire des jeunes femmes tamoules nées en France entre leur filiation (la culture véhiculée par leurs origines et leurs parents) et leurs affiliations (la culture d'accueil de leurs parents et leur pays de naissance).

Quelles vont être les conséquences de cette transculturalité sur le positionnement identitaire des adultes enfants de migrants et leurs stratégies de négociations entre les deux mondes d'appartenance? Ainsi, comment ces adultes enfants de migrants peuvent-ils se représenter non pas comme l'un ou l'autre, mais comme l'un et l'autre (Baubet et Moro, 2000)?

MÉTHODOLOGIE

Quinze jeunes femmes tamoules (cinq Indiennes et dix Sri Lankaises) ont été recrutées entre 2015 et 2017 dans un environnement écologique, c'est-à-dire dans leur milieu de vie, en Île-de-France. Nous partons du postulat que les comportements observés au cours de l'étude sont le reflet des comportements qui se produisent dans la réalité, ce qui peut nous permettre de généraliser ces résultats. Les jeunes femmes ont en moyenne 23,6 ans (tranche d'âge entre 19 et 29 ans).

Des entrevues semi-structurées ont été conduites en prenant en considération la théorie d'Hermans (1992, 2001a, 2001b) qui développe le concept de *self* « dialogique ». Hermans se situe dans la continuité de James (1892) et de Mead (1934) et croit en la pluralité du Soi.

Les travaux de Lafromboise et coll. (1993) ou encore Mezzich et coll. (2009) sont beaucoup utilisés dans les études sur la biculturalité du fait de l'importance donnée à son impact sur l'identité, le comportement ou encore les croyances et les attitudes. La théorie d'Hermans permet, quant à elle, d'explorer, d'avoir une lecture intrapsychique en étudiant les différentes positions identitaires par lesquelles sont traversées les jeunes femmes pour se situer dans cette biculturalité. Pour ce faire, la méthode du Répertoire des Positions Personnelles (RPP), développé par Hermans et Hermans-Jansen, nous a permis de recueillir

des informations sur l'organisation et la réorganisation identitaire des jeunes femmes tamoules en vue d'une meilleure prise en compte de la complexité et des contradictions dans l'organisation de l'identité. Cet outil, adapté par nos soins, se compose de 50 items « positions internes » (qui concernent les caractéristiques propres du sujet : p. ex. « je suis une femme », « une fille de migrants ») ainsi que 43 « positions externes » (personnes ou choses qui se situent dans l'environnement : p. ex. « ma mère », « ma culture »). Les participantes avaient la liberté de choisir autant de positions qu'elles souhaitaient pour se définir (positions internes) et pour indiquer quelles sont les entités qui jouent un rôle important dans leur vie (positions externes). Cet outil constituait ainsi un étayage important pour nous permettre d'explorer la façon dont ces jeunes femmes tamoules se racontaient.

Pour analyser nos résultats, nous nous appuyons sur la méthode de l'ethnopsychiatrie dont l'originalité réside dans le complémentarisme entre la psychanalyse et l'anthropologie (Devereux, 1972). Les rencontres ont d'abord été analysées de manière longitudinale (chaque entretien de manière particulière), puis de manière transversale (pour relever les différences et les nuances dans le vécu de chacune). Nous avons utilisé la méthode de *l'Interpretative phenomenological analysis* (IPA) dont l'objectif est la focalisation sur l'expérience du participant ainsi que sa compréhension, sa perception et son vécu du phénomène (Smith, Flowers et Larkin, 2009). Nous avons ainsi déterminé des thèmes et des métathèmes en fonction de leur pertinence et apparition dans les entretiens, et retenu ceux qui nous permettent de répondre à nos questionnements. Les résultats de ces entrevues montrent que les jeunes femmes tamoules nées en France possèdent un répertoire d'identités qui change constamment selon les situations. Ces identités sont en mouvement et résultent de l'interaction entre le moi du sujet et son environnement à la fois culturel, filial et social (Erikson, 1950). En contexte transculturel alors, les jeunes femmes tamoules explorent différents positionnements identitaires afin de s'engager et d'adhérer à ceux qui leur correspondent (Marcia, 1993, Cohen-Scali et Guichard, 2008).

RÉSULTATS

Les rencontres avec les jeunes femmes de notre échantillon, étayées de la passation du RPP, montrent à quel point leur identité est complexe et se nourrit constamment de leur filiation et leurs affiliations tout en

étant ponctuée d'éléments plus hybrides. La rencontre avec ces jeunes femmes témoigne qu'en situation transculturelle, « Qui suis-je ? » est une question parfois difficile.

1. Une identité dynamique et évolutive

Si l'identité est principalement la grande affaire de l'adolescence, car elle se forme à partir du moment où cesse l'utilité de l'identification, Erikson (1978) considère que c'est un développement de toute une vie. Ainsi, à l'âge adulte, se définir a beaucoup questionné nos jeunes femmes tamoules. En moyenne, elles ont choisi 15,4 items sur 50 (entre 8 et 31 propositions) pour répondre à la question : « Quelles sont les propositions qui pourraient vous définir ? » (Positions internes.) Elles ont également choisi en moyenne 11,2 items (entre 6 et 23 items) pour répondre à la question : « Quelles personnes ou items jouent un rôle dans la construction de votre identité ? » (Positions externes.)

« Me définir c'est un peu compliqué en fait... j'ai du mal. Je me pose beaucoup de questions, je suis un peu perdue » (Deepika, 20 ans). « Qui je suis moi ? C'est une question que j'ai beaucoup creusée. J'ai un passé, une histoire, une culture » (Uma, 24 ans). « J'ai l'impression que je suis tout ! » (Deepika qui a choisi 31 items) « Il y a vraiment trop de choses qui comptent, c'est difficile de choisir » (Lavy qui a choisi 11 items).

Se questionner sur son identité renvoie au fait de se questionner sur son être en tant que jeune femme née en France, mais de parents venus d'ailleurs. Tout au long de leurs récits, les jeunes femmes se racontent sur deux registres différents. À l'image de ce contexte de vie singulier, elles oscillent entre des postures traditionnelles et d'autres, plus modernes.

Ainsi, l'identité doit être comprise dans une dynamique évolutive : c'est par l'individuel, le collectif, le social, le culturel que ces jeunes femmes tamoules nées en France donnent sens à leur être (Vinsonneau, 2002). Ceci rejoint l'idée d'Hermans (2001a, 2001b) qui considère l'identité comme « multivoisée », car différentes positions identitaires interagissent et dialoguent entre elles en fonction d'un contexte spécifique. Il y a ainsi sans cesse une organisation et une réorganisation du répertoire identitaire d'une personne (Hermans, 2003).

2. L'importance de l'« enveloppe culturelle » (Nathan, 1987)

Les enfants grandissent dans un berceau culturel fait de l'interaction avec leurs parents, leurs cultures, leurs pratiques et rituels, et il est indéniable que la migration implique un bouleversement du modèle

familial. Nathan (1987) considère la culture comme une enveloppe indispensable à la construction et à l'équilibre psychique des individus, et permettant de protéger les humains contre la peur de la nouveauté. Quand nous les interrogeons au sujet de leur histoire familiale, presque toutes les jeunes femmes confient qu'elles connaissent les parcours migratoires de leurs parents. La plupart du temps, ceux-ci leur ont été transmis par les parents eux-mêmes qui utilisent cette expérience pour se valoriser aux yeux de leurs enfants face à une image parentale parfois bouleversée par de nouvelles affiliations et le déclassement social. Les jeunes femmes reconnaissent que faire grandir des enfants loin des repères familiaux et culturels ajoute aux difficultés pour leurs parents migrants, un contexte qui contribue à leur vulnérabilité.

La filiation a un rôle premier et se veut être infiniment structurante dans leur construction identitaire. Ce lien apparaît à travers un attachement aux parents et à leur histoire migratoire, mais aussi au décours de la manière complexe d'appartenir à un monde tamoul et à une identité collective. Dans les positions externes, la mère est choisie par l'ensemble des participantes comme marque de la filiation et de modèle identificatoire :

« C'est simple, ma mère je ne pourrais pas me passer d'elle » (Madhavi, 20 ans), « C'est ma mère, elle m'a tout apporté quoi » (Praveena, 29 ans).

Les participantes décrivent aussi les membres de leur famille comme étant leurs modèles, ceux qui vont les guider, les soutenir et renforcer leurs activités grâce à leur expertise et leurs outils culturels. Ainsi, cette figure maternelle est suivie de près par d'autres membres de la famille : le père (choisi 12 fois/15), les frères et sœurs (8/15), les grands-parents (4/15) : « ma grand-mère paternelle elle sert limite d'idole » (Lavy, 19 ans).

L'identité va se jouer dans l'écart et la différence du vécu vis-à-vis d'un modèle. La transmission de la filiation n'est pour autant pas tenue pour acquise. Elle participe à la définition d'une identité complexe et constitue une entité que les participantes s'approprient.

3. Un sentiment de « tamoulité » (Madavan, 2015)

La filiation ne renvoie pas seulement aux aînés, mais aussi plus généralement à la culture d'origine. Les récits montrent que les jeunes femmes tamoules surinvestissent leur culture d'origine et déplacent sur la culture d'accueil de leurs parents des projections négatives, hostiles, critiques héritées de l'amertume de l'expérience des parents. Il y a une forclusion identitaire (Marcia, 1993) qui se crée du fait de

cette dette transgénérationnelle : l'identification aux modèles parentaux est fort exacerbée et constitue ainsi une manière de lutter contre l'étrangeté et le monde extérieur menaçants (Cohen-Scali et Guichard, 2008).

« Je suis née en France, mais j'ai l'impression que je suis tamoule avant tout. Pour moi, la France ce n'est qu'un pays d'accueil. Quand je pars en vacances en Inde, je suis super heureuse. À mon retour à Paris, je suis presque en dépression » (Lavy, 19 ans).

Ces jeunes femmes entretiennent des liens forts avec leur pays d'origine ; elles parlent et comprennent le tamoul ; elles sont soucieuses de respecter les traditions ; elles se plaisent à revêtir des habits traditionnels ; elles ont un cercle d'amis tamouls. Elles se racontent ainsi « tamoules », « femmes tamoules », « femmes sri lankaises/indiennes », « membres de la communauté tamoule », « membres de la communauté tamoule sri lankaise/indienne », des nuances qui témoignent d'un processus de polyphonie entre des voix identitaires qui alternent et se répondent.

Être une femme tamoule, appartenir à la communauté tamoule, être une femme indienne ou une femme sri lankaise, le choix est en effet ardu du fait de l'histoire politique de certains pays, du rapport aux traditions qu'entretiennent certaines femmes nées dans le pays d'accueil de leurs parents, et de l'importance du groupe culturel.

Pour Aarthi (23 ans), il n'y a pas de confusion à avoir : la proposition « je suis tamoule » qu'elle choisit renvoie à son statut filial, à son appartenance à cette communauté par ses parents et sa famille, mais aussi à la transmission de sa langue maternelle. Renuka (22 ans) choisit quant à elle « je suis tamoule » plutôt que « femme tamoule », car elle ne se dit pas traditionnelle. Très engagée dans la défense des Tamouls sri lankais persécutés par la guerre à la faveur desquels elle a créé une association, il lui est difficile de se définir comme simplement « Sri Lankaise ». Ainsi, nous remarquons que le contexte migratoire des parents a manifestement un impact sur le sentiment d'appartenance à une culture tamoule : les jeunes femmes nées en France manifestent un respect des traditions et valeurs culturelles et témoignent d'une volonté de s'affilier à une identité collective qui rassemble les Tamouls de tous horizons, et ce, d'autant plus qu'elles sont en situation trans-culturelle.

4. Des « enfants d'ici venus d'ailleurs » (Moro, 2002)

Les jeunes femmes se racontent tamoules. Pourtant, elles s'inscrivent aussi dans la diversité et se révèlent singulières, prises dans une réalité à la fois sociale et culturelle: difficile de ne pas prendre en compte l'importance de leurs affiliations françaises. Le contexte transculturel entraîne un fort attachement à une culture française qui fait partie de leur identité complexe, et qui constitue une autre partie d'elles:

« La France c'est le pays que je considère comme le mien, j'y suis née, j'y ai grandi » (Marie, 27 ans), « La langue française: c'est la première langue que je parle; j'aurai deux langues maternelles en soi, le français et le tamoul » (Amel, 21 ans).

Plusieurs d'entre elles distinguent séparément les propositions qui renvoient à leur identité culturelle, à leurs affiliations françaises, à leur identité individuelle.

« J'ai fait trois groupes: le côté culturel sri lankais, le côté culturel français qui est totalement opposé, et puis enfin ma personnalité » (Praveena, 29 ans), « Si on dissocie, je mettrais la France et l'Inde de chaque côté » (Uma, 24 ans).

Cet extrait est significatif de la posture « être prise entre deux cultures ». Ces conflictualités et instabilités sont également constitutives de la multiplicité de l'identité de ces jeunes femmes tamoules qui négocient sans cesse leur positionnement identitaire. Celles-ci imposent la mise en place de stratégies pour s'accommoder et sortir de cette situation.

À l'âge adulte, plusieurs rituels de passage confrontent les adultes enfants de migrants à ce positionnement identitaire.

5. « Les noces de Parvati » (Vijayaratnam et coll., 2017): stratégies identitaires ?

L'alliance constitue un bon moyen d'étudier le processus de métissage en situation transculturelle. Elle fait référence à un rituel de passage singulier à l'âge adulte, moment où se construisent des relations d'intimité et d'affiliations avec autrui fondées sur la sexualité. L'alliance est aussi un système de parenté créant une union entre les membres du couple et leurs familles respectives; elle trouve sa justification dans leur descendance et a ainsi une ambition fondamentale: celle de structurer la lignée de l'individu en l'inscrivant dans sa filiation (Dollo et coll., 2017).

Les jeunes femmes tamoules héritent d'une tradition matrimoniale très ritualisée fondant le lien entre l'homme et la femme à travers les

accords passés entre deux familles plutôt que deux individus. Cette pratique est plus connue sous le terme « mariage arrangé » (Vijayaratnam et coll., 2017). Dans les sociétés indiennes et sri lankaises, les alliances relèvent ainsi de stratégies endogames collectives où l'amour ne doit intervenir qu'après le mariage (Kakar, 2007). En France, cette norme et ces pressions (réelles ou fantasmées) déstabilisent les jeunes femmes rencontrées.

Se questionner sur le choix de son compagnon, c'est se questionner sur sa propre identité et son rapport aux autres : « Qui suis-je ? Comment faire lorsque je ne partage pas les mêmes référentiels que mes parents ? À qui est-ce que je corresponds ? »

« Je me définis amoureuse (rires) parce que voilà (rires) si j'en suis là, deux ans avec lui, je pense que c'est parce que je suis amoureuse (rires), j'aimerais pouvoir me marier avec lui après » (Marie, 27 ans). « Quand je me suis mise avec Léo, comme c'est un Français je me suis demandé si ça allait aller jusqu'au mariage. » (Deepika, 20 ans).

Il y a une manière particulière d'entrer en relation qui semble reposer sur une inhibition, une contrainte qui freine l'engagement sexuel ou amoureux. Parfois, ces réponses oscillent entre sentiments amoureux et contraintes culturelles, ce qui permet aux jeunes femmes tamoules de maintenir un lien avec la culture parentale ainsi que de fournir une réponse aux attentes des parents et aux pressions culturelles.

« Chez nous les filles quittent la maison qu'après le mariage » (Amel, 21 ans). « Je suis partie voir un voyant, car à 29 ans je suis pas mariée, c'est pas normal quoi » (Praveena, 29 ans).

Les voix identitaires s'alternent et se répondent, entraînant des va-et-vient entre différentes voix culturelles et personnelles et engendrant des repositionnements et réorganisations avec des voix dominantes et d'autres en perte de pouvoir en fonction des circonstances.

« Par moments, je me dis que je finirai seule, d'autre fois que je trouverai l'amour de la vie. Ce n'est pas évident » (Uma, 24 ans), « Mon copain, je sais qu'on n'est pas de la même caste. On vit notre relation dans la peur » (Renuka, 22 ans).

Il semble ainsi important pour ces jeunes femmes de maintenir cette identité culturelle tout en étant intégrée à la société d'accueil. Pour Madavan (2013), ce qui favorise le maintien de l'héritage culturel c'est la conscience d'appartenir à une communauté transnationale et d'entretenir le sentiment d'appartenir à un même ensemble. Ainsi, les jeunes femmes tamoules de la seconde génération usent de stratégies efficaces pour maintenir des liens sociaux, politiques, culturels, voire

imaginaires, tout en ne vivant plus dans leur pays d'origine. C'est une manière pour elles de maintenir une conscience identitaire qui, si l'on se réfère à Madavan, les inscrit effectivement dans une communauté transnationale.

DISCUSSION

La rencontre avec les jeunes femmes tamoules de la seconde génération pose de manière claire la question de la filiation et des appartenances (Moro, 2002 ; Moro et coll., 2004). Un questionnement qui ressurgit à l'âge adulte et qui répond aux enjeux posés durant la période précédente, l'adolescence, lors de laquelle des études montrent que l'enfant de migrants est particulièrement vulnérable (Moro, 1994). Les jeunes femmes tamoules que nous avons rencontrées font fréquemment l'éloge des référents parentaux qui leur servent d'assises narcissiques sécurisantes dans la définition d'une identité adulte. Paradoxalement, elles remettent en question ces mêmes assises pour trouver leur propre place. Il s'agit d'une situation antinomique dans laquelle s'élaborent des stratégies et des positionnements entre le legs de l'histoire familiale et les différentes appartenances du milieu de vie.

La référence obligée à une communauté d'appartenance familiale, ethnique et traditionnelle prend une place centrale dans leurs confidences et leur recherche de positionnement. Le processus d'autonomisation qui permettrait de se représenter seules, distinctes des parents et de la culture d'origine est freiné par le référent obligé à l'identité collective du passé parental. Par l'importance qui est accordée à cette référence culturelle, il est possible d'entrevoir une recherche de contenance, de « pare-excitation » dont la fonction est de protéger le Moi (Freud, 1920). Ainsi tout comme le Moi-peau (Anzieu, 1985), l'identité culturelle vise à envelopper l'appareil psychique de ces jeunes femmes en situation transculturelle. Elle les protège des stimulations extérieures jusqu'à ce que leur Moi trouve un étayage suffisant pour s'individualiser dans un contexte où l'identité est dynamique et en constante définition (Goffman, 1973 ; Hermans, 2001a). Si elle pose question et déstabilise, cette recherche de surprotection filiale fait émerger un enjeu identitaire important : se reconnaître dans le groupe de pairs permet de sélectionner les expériences susceptibles d'accordage affectif (Stern, 1989) et de se voir transmettre des normes collectives, des manières d'être et de bénéficier d'une enveloppe psychique qui permet à l'enfant d'être en contact avec l'environnement externe.

Le dialogue entre les différentes voix identitaires montre que, pour autant, les jeunes femmes tamoules nées en France parviennent à constituer une enveloppe psychique séparée qui nécessite des remaniements avec la mise en place de nouveaux processus d'identification pour s'étayer certes sur le passé, mais aussi pour s'orienter vers le futur et s'ancrer dans ses appartenances. En effet, si les femmes rencontrées clament haut et fort appartenir à la communauté tamoule, elles se racontent aussi libres, ancrées dans leurs affiliations françaises qu'elles réaménagent du fait de leur singularité.

CONCLUSION

L'étude des affiliations des jeunes femmes tamoules rend compte de la multiplicité de leur construction identitaire. En effet, celles-ci mettent en place des repères identitaires en se référant à leur culture d'origine (Meyer, 2001) afin de ne pas perdre les liens qui les unissent à leur communauté parentèle surtout et plus largement à des degrés divers à la communauté tamoule et migrante (Madavan, 2011), une pratique en miroir à celle des migrants qui ont un lien plus fort aux coutumes et aux traditions sur leur terre d'accueil que lorsqu'ils habitaient leurs propres pays (Mehta, 1991).

Les jeunes femmes tamoules de la seconde génération cultivent leur tamoulité (Madavan, 2013) qui parfois apparaît comme une entité exotique attractive, parfois comme un obstacle à leur liberté, mais qui les inscrit invariablement dans un espace transnational. Il faut toutefois faire remarquer que pour la seconde génération, les traditions et coutumes ne se maintiennent que s'il y a réaménagement, négociation et transformation (Skandrani, 2011 ; Vijayaratnam et coll., 2017). Les jeunes femmes tamoules que nous avons rencontrées évoluent ainsi entre plusieurs référentiels et sont mues par des voix identitaires démultipliées et d'autant plus en mouvement du fait des nombreux mondes d'appartenance (Batory, 2010). Celles-ci dialoguent entre elles, s'alternent et se répondent, entraînant des va-et-vient entre différentes

voix culturelles et personnelles et engendrant des repositionnements et réorganisations identitaires (Goreau-Ponceaud, 2011a).

RÉFÉRENCES

- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau* (2^e éd.). Paris, France: Dunod.
- Batory, A. (2010). Dialogicality and the construction of identity. *International Journal for Dialogical Science*, 3(1), 45-66. Récupéré de: http://ijds.lemoyne.edu/journal/4_1/pdf/IJDS.4.1.04.Batory.pdf
- Baubet, T. et Moro, M.-R. (2000). L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances & Psy*, 12(4), 111-117. doi:10.3917/ep.012.0111
- Baubet, T. et Moro, M.-R. (2009). *Psychopathologie transculturelle*. Paris, France: Masson.
- Cohen-Scali, V. et Guichard, J. (2008). L'identité: perspectives développementales. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37 (3), 321-345. Récupéré de: http://oppio.cnam.fr/medias/fichier/guichard-37-3_1339075658802.pdf
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris, France: Flammarion.
- Dollot, C., Lambert, JR. et Parayre, S. (2017). *Lexique de sociologie*. Paris, France: Dalloz.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.
- Erikson, E. (1978). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris, France: Flammarion.
- Freud S. (1996). *Au-delà du principe de plaisir* (J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, trad.). Paris: Presses universitaires de France (ouvrage original publié en 1920 sous le titre *Jenseits des Lustprinzips*, Leipzig-Vienne-Zurich, Autriche: Internat. Psychoanal. Verlag).
- Goreau-Ponceaud, A. (2008). La diaspora tamoule: lieux et territoires en Île-de-France. *L'Espace Politique*, 4. doi:10.4000/espacepolitique.495. <https://journals.openedition.org/espacepolitique/495#quotation>.
- Goreau-Ponceaud, A. (2011a). L'immigration sri lankaise en France. *Hommes et migrations*, 1291. <https://docplayer.fr/52075105-L-immigration-sri-lankaise-en-france.html>
- Goreau-Ponceaud, A. (2011b). Diasporas sri lankaises: entre guerre et paix. *Hommes et Migrations*, 1291, 6-138.
- Goreau-Ponceaud, A. (2011c). Entre filiation et affiliation: peut-on parler d'identité diasporique? Réflexion à partir de la diaspora tamoule. Dans O. Lazzarotti (dir.), *L'identité entre ineffable et effroyable* (98-112). Paris, France: Armand Colin. doi:10.3917/arco.lazza.2011.01.0098
- Goreau-Ponceaud, A. et Veyret, P. (2016). Dheepan, un film postcolonial. *EchoGéo*, 1-16. doi: 10.4000/echogeo.14456

- <https://journals.openedition.org/echogeo/14456#quotation>.
- Guilmoto, C. (1991). Le cycle migratoire tamoul, 1830-1950. *Revue européenne des migrations internationales* 7(1), 123-150.
https://www.persee.fr/doc/remi_0765-0752_1991_num_7_1_1280
- Hermans, H. (1992). The dialogical self, beyond individualism and rationalism. *American psychologist*, 47 (1), 23-33. doi:10.1037/0003-066X.47.1.23
- Hermans, H. J. M., (2001a). Mixing and moving cultures require a dialogical self, *Human Development*, 44 (1), 24-28. doi:10.1159/000057038
- Hermans, H. J. M., (2001b). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning, *Culture and Psychology*, 7, 243-281.
<https://doi.org/10.1177/1354067X0173001>
- Hermans, H. J. M., (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self, *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 89-130.
doi:10.1080/10720530390117902
- James, W. (2003). *Précis de Psychologie* (N. Ferron, trad.). Paris, France: Le Seuil (ouvrage original publié en 1892 sous le titre *Psychology, The briefer course*, New York, NY: Henry Holt & Compagny).
- Kakar, S. (2007). *Les Indiens, portrait d'un peuple*. Paris, France: Seuil.
- LaFromboise T., Coleman H. L. et Gerton J. (1993). Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114(3):395-412.
doi:10.1037/0033-2909.114.3.395
- Lakshmi S. (2007). Tamouls indiens: de Pondichéry à la France. *Hommes et Migrations*, 1268-1269, 68-81.
https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_2007_num_1268_1_4630
- Madavan, D. (2011). Déségrégation socioreligieuse d'une ville dans l'immédiat après-guerre: Jaffna, Sri Lanka. *Carnets de géographes* 2, 1-24. Récupéré de: http://www.carnetsdegeographes.org/PDF/Rech_02_04_Madavan.pdf
- Madavan, D. (2013). *Les minorités tamoules à Colombo, Kuala Lumpur et Singapour: minorités, intégrations sociospatiales et citadinités* (thèse de doctorat en géographie non publiée). Université Paris IV-Sorbonne, France.
- Madavan, D. (2015). Réfugiés tamouls sri lankais: Guerre, migration et intégration. *Migrations, sociétés*, 27 (161), 105-119. doi: 10.3917/migra.161.0105
- Marcia, J. E. (1993). The ego identity status approach to ego identity. Dans J. Marcia, A. S. Waterman, D. R. Matteson, S. L. Archer et J. L. Orlofsky (dir.), *Ego identity: A handbook for psychosocial research* (1-21). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8330-7_1
- Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société* (D. Cefaï et L. Quéré, trad.). Paris: Presses universitaires de France (ouvrage original publié en 1934 sous le titre *Mind, Self and Society*, Chicago, IL: University of Chicago Press).
- Mehta, R. et Belk, R. (1991). Artifacts, identity and transition: favorite possessions of Indians and Indian immigrants to the United States. *Journal of consumer research*, 17, 398-411. doi:10.1086/208566

- Meyer, E. (2001). *Sri Lanka, entre particularismes et mondialisation*. Paris: La documentation Française.
- Mezzich, J. E, Ruiperez, M. A, Yoon, G., Liu, J. et Zapata-Vega, M. (2009). Measuring cultural identity: validation of a modified Cortez, Rogler, and Malgady bicultural scale in three ethnic groups in New York. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33, 451-472.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11013-009-9142-6>
- Moliner, C. (2009). Infos migrations. *Département des statistiques, des études et de la documentation*, 12.
- Moro, M.-R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Paris: Presses universitaires de France.
- Moro, M.-R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris, France: La Découverte.
- Moro, M.-R., De La Noé, Q. et Mouchenik, Y. (2004). *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Grenoble, France: La pensée sauvage.
- Nathan T. (1987). Deux représentations oniriques du Moi-Peau. Dans D. Anzieu (dir.), *Les enveloppes psychiques*, Paris, France: Dunod.
- Skandrani, S. (2011). *Les mille et une voix de Shahrazade*. Grenoble, France: La pensée sauvage.
- Smith J. A., Flowers P. et Larkin M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research*. Londres, Royaume-Uni: SAGE.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: Presses universitaires de France.
- Vijayaratnam, M., Simon, A., Sarot, A. et Moro, M.-R. (2017). Les noces de Parvati: Stratégies d'alliances des jeunes femmes tamoules en France. *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, 18 (1), 19-26.
doi:[10.3917/lautr.052.0019](https://doi.org/10.3917/lautr.052.0019)
- Vijayaratnam, M. et Moro, M.-R. (2018). Les femmes indiennes – Un masala d'identités. Revue de littérature dans le monde indien et en migration. *Revue de l'enfance et de l'adolescence* 97, 243-256. doi:[10.3917/read.097.0243](https://doi.org/10.3917/read.097.0243)
- Vinsonneau, G. (2002). Le développement des notions de culture et d'identité: un itinéraire ambigu. *Carrefours de l'éducation*, 14 (2).
doi:[10.3917/cdle.014.0002](https://doi.org/10.3917/cdle.014.0002)

Exploration des besoins de services des personnes sourdes locutrices LSQ présentant des troubles de santé mentale

Nadine Larivière^a

Nathalie Lachance^b

Micheline Vallières^c

Josée Loiselle^d

RÉSUMÉ Introduction Malgré les constats des milieux de pratique qu'il existe un problème d'accessibilité aux services en santé mentale pour la population sourde locutrice de la LSQ, très peu d'études québécoises se sont intéressées aux besoins de services en santé mentale pour ces personnes.

Objectif Cette étude visait à explorer les besoins de services des personnes sourdes locutrices de la LSQ présentant des problèmes de santé mentale.

Méthodes Une étude de cas unique qualitative avec pour cas la région desservie par un centre de réadaptation spécialisé en surdité et communication fut réalisée. L'échantillon était composé d'intervenants et de gestionnaires de ce centre et d'organismes communautaires (n = 12) de personnes sourdes locutrices de la LSQ présentant des problèmes de santé mentale (n = 4) et de proches (n = 1). Chaque acteur-clé a participé à une entrevue individuelle suivie d'un entretien de validation.

-
- a. Erg., Ph. D.,  cole de réadaptation, Université de Sherbrooke.
 - b. Ph. D., Adjointe à la direction aux études supérieures, Faculté des lettres et sciences humaines Université de Sherbrooke.
 - c. Ts, Coordinatrice professionnelle, services psychosociaux de première ligne et Continuum de services en santé mentale, Installation Raymond-Dewar, CIUSSS du Centre-Sud de l' le de Montréal (retrait e).
 - d. M. Ps., Psychologue, Continuum de services en santé mentale, Installation Raymond-Dewar, CIUSSS du Centre-Sud de l' le de Montréal (retrait e).

Une analyse de contenu thématique fut effectuée selon la méthode de Miles et Huberman (2003).

Résultats Certains services souhaités étaient inexistants pour les personnes sourdes avec des troubles de santé mentale, tels que des réseaux d'entraide et des activités de loisirs. Certains services étaient disponibles, mais plusieurs obstacles affectaient leur utilisation, dont la méconnaissance de la surdité et de la culture sourde dans le réseau qui engendre diverses conséquences comme des diagnostics erronés.

Conclusion Ce qui semble faire consensus pour ces participants est l'importance d'avoir des cliniciens dans les divers établissements avec une très bonne connaissance de la santé mentale, de la surdité et des aspects linguistiques et culturels caractérisant la clientèle sourde.

MOTS CLÉS personnes sourdes locutrices LSQ, analyse de besoins, services de santé mentale

Exploration of Service Needs of Persons who are Deaf, Communicate in LSQ and who Present Mental Health Issues

ABSTRACT Introduction Lack of access to mental health services for persons who are deaf and communicate in LSQ and who present mental health issues has been noted by service providers. However, very few studies have examined the needs of this population in Quebec.

Objective The purpose of this study was to explore the needs with regards to services of persons who are deaf and communicate in LSQ and who have mental health issues.

Methods A qualitative single case study design was used. The case was the territory affiliated to a specialized rehabilitation center in deafness and communication in Montreal. The sample was composed of clinicians and administrators of this center and community organizations (n = 12), persons who are deaf and communicate in LSQ and had mental health issues (n = 4), as well as family members (n = 1). Each participant took part in a semi-structured individual interview. A verification of the information provided was done in person or by phone one month later. A thematic content analysis was done for all the transcriptions, following the recommendations of Miles and Huberman (2003). **Results** Certain services that were seen as needed did not exist, such as support groups and networks for the deaf who have mental health issues or leisure activities in community services. Certain services were available but several obstacles limited their use. For example, a lack of knowledge about deafness and the deaf culture in the health care system that lead to consequences such as incorrect diagnoses or difficulty in establishing a therapeutic alliance.

Conclusion What seemed to be consensual among these participants was the importance to have access to clinicians in the various health care establishments

with a very good knowledge of mental illness, deafness as well as linguistic and cultural aspects that characterize the deaf population.

KEYWORDS deaf and LSQ, needs assessment, mental health services

Problématique

Les problèmes de santé mentale affectent des individus de tous âges, de tranches économiques et scolaires variées, de cultures différentes, et touchent encore plus fortement les groupes humains victimes de discrimination et d'exclusion, groupes pour qui le recours aux services de santé n'est pas toujours accessible. Pour les personnes sourdes s'impose un défi supplémentaire dans la mesure où leur langue diffère de celle de leur famille et de celle de la société dans laquelle ils vivent (Dalle-Nazébi et Lachance, 2008a; Lachance, 2007). Dans le cadre de cet article, nous donnons au terme Sourd, employé comme nom propre ou comme adjectif, le sens que ce groupe sociolinguistique utilise lui-même pour se désigner et qui fait référence à un groupe d'individus partageant une histoire, une langue et une culture communes (Lachance, 2007; Poirier, 2012).

De plus, si dans le cas de la surdité, la marginalisation découle bien souvent du fait que les services sont limités en raison de l'absence d'une langue commune, d'un accès limité aux informations et d'une méconnaissance du système de santé dans sa globalité, les problématiques qui découlent de cette situation se doublent de la complexité amenée par des réalités culturelles différentes qui font qu'au-delà de la langue, les incompréhensions sont multiples (Dalle-Nazébi et Lachance, 2008b; Karacostas, 2004). Il y aurait entre 2 200 et 9 500 personnes sourdes au Québec qui utilisent la langue des signes québécoise (LSQ) comme mode de communication principal (Johnston, 2004; Statistique Canada, 2001). Malgré les constats des milieux de pratique qu'il existe un problème d'accessibilité des services en santé mentale pour la population sourde locutrice LSQ présentant des problèmes de santé mentale en raison de la barrière de communication, de l'absence de services spécialisés appropriés et des nombreuses résistances dans le réseau pour recevoir cette clientèle (Burtin et coll., 2005; Vallières et Lemay, 2005), très peu d'études québécoises se sont intéressées aux questions en lien avec les besoins et l'accès aux services en santé mentale pour ces personnes. Pour trouver des études scientifiques qui s'intéressent spécifiquement aux besoins et aux services en santé

mentale pour les personnes sourdes, il faut regarder principalement du côté de chercheurs américains et européens.

Selon plusieurs chercheurs, les personnes sourdes manqueraient d'accès aux services médicaux et en santé mentale (Cabral et coll., 2013; Cornes et Napier, 2005; Gournaris et coll., 2010; Gutman, 2005; Mathos et coll., 2009; O'Hearn et Pollard, 2008). Face aux services sociosanitaires, il est rapporté que certains Sourds voient la prise d'un rendez-vous comme source de stress ou la salle d'attente comme une épreuve (Powell et Dean, 2009). Cette réalité est de surcroît illustrée par le fait que l'accès des Sourds aux services en santé mentale se fait souvent par le biais du système judiciaire (Gournaris et coll., 2010; Tuohy et Cooper, 2007). L'accès aux soins en santé mentale est également restreint par le fait que plusieurs agences gouvernementales pour les Sourds n'ont pas développé de forts liens fonctionnels avec les ressources en santé mentale (Mathos et coll., 2009).

La littérature scientifique démontre aussi que les Sourds font face à une pénurie de services adaptés à leurs besoins spécifiques (Cabral et coll., 2013; Gournaris et coll., 2010), et que dans les pays où existent des services pour les Sourds, la qualité des soins en santé mentale se situe sous les standards (Scheier, 2009). Cette réalité se reflète dans les commentaires d'insatisfaction des personnes sourdes (Reeves et Kokoruwe, 2005). La recherche de Lieu et coll. (2007) a démontré que l'amélioration des services de santé nécessiterait une meilleure connaissance de la part des professionnels des aspects socioculturels et linguistiques de la surdité. Ce constat est partagé par plusieurs auteurs dont Fusick (2008), Gournaris et coll. (2010) et Kendall et coll. (2008). D'autres études se sont intéressées plus particulièrement aux risques de poser des diagnostics erronés si le professionnel de la santé ne connaît pas la réalité linguistique et culturelle sourde (Tuohy et Cooper, 2007; Reeves et Kokoruwe, 2005; Ferguson-Coleman et coll., 2014; Glickman, 2007; Levine, 2014). Les services affichant un haut taux de satisfaction offrent des programmes prenant en compte la culture sourde et la langue des signes des clients par l'entremise d'employés parlant une langue des signes et formés pour travailler avec des Sourds présentant des maladies mentales (Gournaris et coll., 2010; Kendall et coll., 2008). Pour répondre aux besoins spécifiques des personnes sourdes, ces services ont intégré des particularités et des adaptations. L'utilisation de textos et de télécopies pour prendre des rendez-vous (Sheppard, 2011), une attention au cadre dans lequel se déroulent les thérapies individuelles ou de groupe, le contenu pro-

posé et la prise en compte des besoins particuliers sur le plan de la communication.

Les Sourds font face à un haut risque de mauvaise communication (Meador et Zazove, 2005) lorsqu'ils consultent un professionnel de la santé. Souvent sans interprète, les Sourds doivent composer avec les conflits interculturels tout en tentant de se faire comprendre et de saisir les questions du professionnel de la santé ainsi que leurs directives (Cabral et coll., 2013; Ferguson-Coleman et coll., 2014; Levine, 2014). De plus, les campagnes de sensibilisation et de prévention les rejoignent difficilement. Les lignes d'écoute et d'entraide, qui sont bien souvent la porte d'entrée des services médicaux, leur sont inaccessibles. L'établissement d'un diagnostic tardif porte préjudice à ces clients et complique les soins (Chovas McKinnon, 2004). Il est par ailleurs courant que l'information nécessaire pour prendre des décisions libres et éclairées ne soit pas intégralement comprise et que les traitements soient mal suivis par des patients sourds. L'accès aux thérapies de groupe est lui aussi limité; ces échanges collectifs en langue orale constituant ici un agent stressant beaucoup plus qu'un moyen de résolution de problèmes. On a alors affaire à une population qui demande peu de services et est invisible aux yeux des milieux médicaux qui tiennent peu compte de leurs besoins, qui sont étrangers à leurs difficultés particulières et qui ignorent la réalité culturelle sourde (Cabral et coll., 2013).

À notre connaissance, aucune étude québécoise portant sur les besoins en termes de services de santé mentale pour les personnes sourdes locutrices LSQ n'a été publiée à ce jour. Les initiatives visant à une réflexion sur les questions liées à l'accès aux services en santé mentale pour les personnes sourdes proviennent presque exclusivement des milieux de pratique et de certains intervenants confrontés aux difficultés que ce manque d'accès et de ressources engendre. Un article paru en 2011 dans le Bulletin de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (Lamarche et coll., 2011) présente les principaux défis liés à la pratique auprès de cette clientèle spécifique. La question y est aussi abordée dans un document interne de la programmation du programme de réadaptation et de services psychosociaux de première ligne pour les personnes sourdes de l'Institut Raymond Dewar (2015).

L'objectif général de l'étude était d'effectuer une exploration des besoins en termes de services en santé mentale pour des personnes sourdes locutrices de la LSQ présentant des problèmes de santé men-

tale et plus spécifiquement de: 1) décrire les besoins comblés et non comblés par rapport aux services de santé mentale, en incluant le point de vue de personnes sourdes locutrices de la LSQ qui présentent des problèmes de santé mentale, des proches, des intervenants et des gestionnaires; 2) décrire l'appréciation de ces personnes envers les services en santé mentale, incluant les aspects appréciés et à améliorer.

Dans cette étude, la définition des besoins dans un contexte de services de santé proposée par Kovess et coll. (2001) a été retenue. Selon ces auteurs, on parle de besoins si une personne souffrant d'une maladie physique ou mentale présente un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales, si une intervention thérapeutique ou sociale peut réduire ou contenir le problème, et si cette intervention est acceptée par la personne.

Méthodes

Pour répondre aux objectifs, le devis retenu fut une étude de cas qualitative unique (Yin, 2009). L'étude de cas permet une description exhaustive du contexte, des opérations internes, des ressources, de la clientèle cible, des besoins de cette clientèle et des interventions pour y répondre. L'intégration de plusieurs acteurs-clés permet la triangulation d'une pluralité de sources d'informations et d'assurer la validité de la démarche (Massé, 2009).

Dans la présente étude, le cas est la région desservie par un centre de réadaptation spécialisé en surdité et communication monr alais (soit Monr al et Laval). La raison de ce choix est qu'en 2004, pour répondre aux besoins de sa clientèle sourde locutrice de la LSQ pr sentrant des problèmes de santé mentale, ce centre a mis sur pied un service appelé le Continuum de services en santé mentale.   la connaissance des auteurs, il n'y avait pas d'autres services de ce genre au Québec. Ce service avait pour mission de permettre l'accessibilité aux services en santé mentale pour les personnes sourdes et sourdaveugles. Le défi a été de mettre en place un modèle de services basé sur l'expertise en surdité qui se déploie en continuité avec le réseau de services en santé mentale. Le respect de la culture sourde et l'utilisation de la langue des signes ont été adoptés dès le départ comme conditions essentielles à une qualité de services. Ainsi, ce service a pour objectif l'accès des Sourds aux mêmes services que la population en générale dans des conditions de communication, d'information et de respect similaires (Vallier s et Lemay, 2005). L'initiative développée montre la

particularité des services à créer puisqu'il faut ici un lieu spécifiquement ouvert à des Sourds et des relations de confiance permises par la pratique de la LSQ par les professionnels. Après plusieurs années de fonctionnement, ce programme souhaitait examiner quels besoins étaient comblés, ceux qui étaient non comblés, si des ajustements étaient nécessaires dans ce service et chez les partenaires. Pour la présente étude, il y avait donc un bassin d'acteurs clés touchés par la question de recherche.

Les acteurs-clés ciblés incluaient diverses personnes dont : des personnes sourdes locutrices de la LSQ desservies par le Continuum de services en santé mentale adulte de ce centre, suivies dans la dernière année avant le recrutement; des personnes sourdes locutrices de la LSQ, qui présentent des problèmes de santé mentale ou ont présenté des problèmes de santé mentale dans la dernière année et qui n'étaient pas suivies dans l'équipe de ce centre; des proches de personnes sourdes locutrices avec des problèmes de santé mentale; des intervenants et des gestionnaires de ce centre et d'organismes communautaires.

Pour l'ensemble des personnes sourdes locutrices les critères d'inclusion étaient : 1) être une personne sourde locutrice de la LSQ; 2) être âgé de 18 ans et plus; 3) présenter un problème de santé mentale ou avoir présenté un problème de santé mentale dans la dernière année (autodéclaré ou diagnostiqué). Le critère d'exclusion était de présenter une déficience intellectuelle ou une démence diagnostiquée. Pour les proches, ils devaient être âgés de 18 ans et plus et pouvaient être Sourds. Les proches liés aux participants du groupe de personnes sourdes-locutrices LSQ suivies au Continuum de services en santé mentale étaient exclus, principalement pour des raisons de confidentialité, car certains proches étant potentiellement de la communauté sourde, les auteures souhaitaient protéger la confidentialité des participants sourds-locuteurs LSQ avec des problèmes de santé mentale. Les critères d'inclusion pour l'ensemble des gestionnaires et des intervenants étaient de posséder plus de deux ans d'expérience dans le milieu de la surdité auprès d'adultes sourds gestuels et être entendant ou sourd.

Pour les personnes sourdes locutrices de la LSQ suivies dans le Continuum de service en santé mentale, le recrutement s'est fait en collaboration avec ce programme par le biais d'une lettre-annonce. Pour le recrutement des gestionnaires et des intervenants du centre de réadaptation, celui-ci fut fait par le biais de présentations dans une

réunion d'équipe ou en communiquant avec le chef de programme. Le recrutement des personnes sourdes-locutrices LSQ qui n'étaient pas suivies au centre de réadaptation, les proches, ainsi que les gestionnaires et les intervenants d'organismes communautaires s'est fait par le biais de rencontres de présentation du projet dans les organismes et les associations et par la méthode d'échantillonnage boule de neige ou par réseaux (Fortin, 2010).

Avec tous les acteurs-clés, des entrevues individuelles semi-dirigées d'une durée de 60 à 90 minutes ont été réalisées à l'aide de guides d'entrevue. Ces guides ont été conçus par les auteures à partir d'une étude de besoins réalisée par une des auteures, ainsi que les recommandations de Kovess et coll. (2001) et Massé (2009) sur l'analyse des besoins concernant des services et des programmes d'intervention. Les guides d'entrevues ont été validés par un expert externe et deux interprètes participant aux entrevues par rapport à la clarté des questions, la séquence de celles-ci et les thèmes couverts. Les entrevues avec les personnes sourdes locutrices de la LSQ ont été effectuées entièrement en LSQ par un assistant de recherche ou une des auteures qui communique dans cette langue, au lieu de convenance des participants, avec la présence d'un interprète. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audionumérique. Une validation des entrevues fut effectuée avec les personnes sourdes par entrevue directe en LSQ ou téléphonique auprès de chaque participant entendant, environ un mois après l'entrevue. Les objectifs étaient de revoir les éléments principaux de l'entretien et des aspects à clarifier.

Les entrevues avaient pour thèmes : les problèmes de santé mentale des personnes, les services reçus face à ces difficultés, les perceptions sur les services reçus (aspects appréciés, insatisfaisants, à améliorer), l'aide souhaitée, mais non reçue, ainsi que les services offerts et non utilisés (Massé, 2009). Pour illustrer, les questions posées étaient par exemple : 1) Nous aimerions connaître votre appréciation ou expérience des services offerts ou reçus et ceux avec lesquels vous travaillez, collaborez ou référez; 2) Dans quelle mesure diriez-vous que les besoins par rapport à la santé mentale des personnes sourdes LSQ sont comblés ou non comblés? Qu'est-ce qui vous fait dire qu'ils sont comblés ou non comblés? Par ailleurs, des questionnaires sur les caractéristiques sociodémographiques ont été complétés pour les différents participants (p. ex. âge, état civil, années d'expérience).

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour présenter les caractéristiques des participants. Une analyse de contenu thématique

selon la méthode décrite par Miles et Huberman (2003) fut effectuée à l'aide d'une grille de codage pour chaque entrevue et accompagnée par un journal de bord servant à noter des réflexions, des synthèses et des décisions prises. Toutes les entrevues ont été codées de façon indépendante par les deux premières auteures au fur et à mesure de la cueillette de données, et discutées. Ensuite, les thèmes et les catégories de chaque groupe furent examinés séparément et enfin, une analyse inter-groupe fut effectuée. Il y avait peu de différence entre les groupes et donc, les résultats ont été présentés pour l'ensemble de l'échantillon, avec une précision des groupes concernés, lorsqu'appropriée. L'ensemble des résultats ont été discutés en équipe (les quatre auteures). Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre de Recherche interdisciplinaire en Réadaptation du Montréal métropolitain.

Résultats

Le recrutement et la cueillette de données se sont déroulés entre mai 2012 et décembre 2014. L'échantillon comprend 17 participants, dont neuf intervenants ou gestionnaires du centre de réadaptation spécialisé, trois intervenants ou gestionnaires d'organismes communautaires, quatre personnes sourdes et un proche. Les intervenants et les gestionnaires avaient entre 2,5 et plus de 30 années d'expérience dans le milieu sourd (moyenne = 15 ans ; é. t. = 11,9), 15 étaient entendants, et tous communiquaient en LSQ. Les personnes sourdes étaient trois femmes et un homme âgés en moyenne de 40 ans (é.t. = 5,2). Trois étaient célibataires et deux étaient nés à l'extérieur du Québec. Ils ont rapporté vivre avec des problèmes de dépression ($n = 2$), de psychose ($n = 1$) ou de trouble de la personnalité limite ($n = 1$). Tous avaient utilisé des services du centre de réadaptation spécialisé et des services de santé mentale dans le réseau de la santé et des services sociaux (trois étaient en suivi au Continuum de services en santé mentale adulte au moment des entrevues tandis qu'un recevait des services dans un organisme communautaire). Le proche était un enfant d'âge adulte d'une personne sourde. Les thèmes découlant de l'analyse sont présentés dans le tableau 1.

TABLEAU 1

Résumé des thèmes

Thème	Sous-thèmes (exemples)	Qui
Profil des personnes : Problématiques psychosociales et historiques affectant la confiance à consulter des personnes entendantes	Accumulation de frustrations	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
Profil des personnes : Manque d'accès à de l'information sur la santé mentale	Manque de vocabulaire pour décrire symptômes Problème de santé mentale pas toujours diagnostiqué ou mal diagnostiqué	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
Absence de services	Association, loisirs adaptés	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
Services existants, mais obstacles pour les utiliser		Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
	Manque de connaissances sur la surdité et la culture sourde dans le réseau sociosanitaire	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
	Résistance à adapter les services	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
	Méconnaissance du rôle et des services des interprètes	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
	Tabous persistants envers la santé mentale dans la communauté sourde : quoi et pourquoi	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
	Méconnaissance des services disponibles et de leurs mandats	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
	Mauvaise concordance entre le besoin réel et le service offert	Proche
Existence d'un service adapté	Ingrédients favorables : lieu spécifique, souplesse, expertise, équipe multidisciplinaire	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
Aspects positifs sur les services	Par rapport aux professionnels : attitudes, connaissance sur la surdité Par rapport aux services offerts	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
Aspects négatifs sur les services	Par rapport aux professionnels : attitudes, connaissance sur la surdité Par rapport aux services offerts	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires
Suggestions d'amélioration	Par rapport aux professionnels : attitudes, connaissance sur la surdité Par rapport aux services offerts	Personnes sourdes ; proche ; intervenants ; gestionnaires

Particularités des personnes sourdes locutrices de la LSQ avec des problèmes de santé mentale

L'ensemble des participants a décrit les types de troubles de santé mentale et les caractéristiques psychosociales de la clientèle sourde. Tout d'abord, les personnes sourdes qui consultent des services sociosanitaires peuvent présenter divers troubles de santé mentale comme des troubles psychotiques, dépressifs ou anxieux. Cette clientèle a souvent un vécu d'abus, de négligence, de surprotection ou d'infantilisation, une accumulation de stressseurs, un taux d'analphabétisme élevé, de l'endettement, de la pauvreté ou de l'isolement social. Par exemple, une personne sourde décrit : « Le psychiatre m'a dit que c'était une légère émotion... il y aurait beaucoup de colère, de tristesse, de frustration... il y a beaucoup de rêves et puis je déconnecte au niveau du cerveau ; je reconnais que je déconnecte. » Par ailleurs, en raison d'un manque de confiance envers les personnes entendant dans leur capacité à comprendre leur vécu, ils ont de la difficulté à consulter ou à faire des demandes. Par rapport à la santé mentale proprement dite, il est observé que cette clientèle peut avoir un vocabulaire restreint pour décrire les symptômes et une méconnaissance même de ce qu'est la santé mentale en raison du manque d'accès à l'information sur ces types de troubles de santé. Tel qu'exprimé par une personne intervenante :

« Des femmes qui ont eu peut-être des problèmes à s'exprimer avec un médecin parce que soit que l'interprète n'était pas compétent ou que le médecin n'était pas sensibilisé ou en-tout-cas, mais il y a tellement de raisons qui peuvent intervenir là-dedans ou que la personne sourde a pas pu bien s'exprimer, alors des fois je pense qu'il peut y avoir des erreurs là-dedans. »

Besoins non comblés

L'analyse montre que pour l'ensemble des participants, certains services souhaités sont actuellement absents ou certains services existent, mais plusieurs obstacles freinent une utilisation optimale. Les Sourds ont donc besoin d'avoir accès à des services sociosanitaires en santé mentale, mais ces derniers sont non comblés. Tout d'abord, ce qui manque, selon tous les répondants, c'est une association de personnes sourdes avec troubles de santé mentale pour pouvoir offrir des conférences, ainsi qu'un groupe d'entraide ou des loisirs adaptés. Le proche soulève aussi le besoin d'avoir des résidences adaptées pour les personnes avec des problèmes de santé mentale et sourdes.

Selon l'ensemble des participants (Sourds, gestionnaires, intervenants, proche), les obstacles principaux à l'utilisation des services sont les tabous envers la santé mentale dans la communauté sourde, et des expériences négatives dans le réseau en raison du manque de connaissance sur la surdité. Plus précisément, ce qui explique ces tabous c'est qu'ils sont liés au signe « mental » qui est utilisé pour signifier les problèmes de santé mentale, mais qui est aussi un signe pour insulter quelqu'un. L'historique d'hospitalisation en milieu psychiatrique à cause de la surdité, l'association entre déficience auditive et déficience intellectuelle ou entre problème de santé mentale et folie seraient aussi d'autres facteurs contributifs à cette culture de préjugés. La communauté étant petite, il y a des craintes qu'on le sache et d'avoir une étiquette. Ainsi, les personnes ressentent de la honte, peuvent faire du déni ou de la minimisation et donc, refusent de consulter ou le font tardivement.

Dans le réseau de la santé et plus particulièrement les services de première et deuxième ligne en santé mentale, plusieurs éléments ont été identifiés. Le trouble de santé mentale n'est pas toujours diagnostiqué ou est mal diagnostiqué. Tel que rapporté par une personne intervenante :

« L'évaluation ne tient pas compte de l'aspect culturel... donc d'aller vraiment vérifier, est-ce que c'est de l'ordre du délire ou bien... culturel ? Parfois ça peut donner des diagnostics sévères avec une médication qui n'a pas de bon sens, qui n'est pas appropriée à la personne, qui peut vivre... juste un trouble d'adaptation. »

Aussi, des interventions en situation de crise sont offertes, mais il y a peu ou pas de suivis. Il fut rapporté par l'ensemble des participants qu'il y a souvent peu d'adaptation dans la communication avec les personnes sourdes, et un malaise pour établir une relation d'aide. Il est méconnu par plusieurs qu'il y a une obligation à fournir un interprète, quelles sont les procédures pour y avoir accès, quels sont leur rôle et leurs services et comment juger de leur compétence. Il est aussi méconnu que les personnes sourdes accordent beaucoup d'importance aux expressions faciales et au langage non verbal. Tel que dit par une personne intervenante :

« Même, j'ai déjà vu des intervenants [dans le réseau] qui n'osaient même pas s'adresser à la personne sourde s'il n'y a pas d'interprète ou s'il n'y a personne autour qui peut moindrement signer, qui n'ont même pas

l'aisance de tenter de faire des mimes ou des gestes ou de trouver des stratégies de communication, qui sont complètement bloqués physiquement face au client. »

Dans une région comme Montréal qui a un centre de réadaptation spécialisé en surdité, il est rapporté que pour beaucoup de personnes sourdes ou d'acteurs dans le réseau de la santé, les mandats spécifiques de ce centre sont méconnus et que celui-ci doit répondre à tous les besoins de santé et sociaux des personnes sourdes. La réalité étant différente, les personnes sourdes peuvent se retrouver sans service pour des raisons administratives. Tel que décrit par cette participante gestionnaire :

« On a beaucoup de gens qui vont nous dire : “Bien nous on n’a pas les moyens, on n’a pas les moyens financiers d’utiliser un interprète, donc on ne peut rien faire ou venez interprétez pour eux”. Nous on dit : “non, non, ce n’est pas notre job”.... Alors des fois il y a des lancements de balles, moi comme coordonnatrice je dois m’interposer même. Pour remettre le mandat de chacun à leur place, de qui doit faire quoi. Les responsabilités de chacun et aussi l’obligation d’utilisation d’un interprète par exemple. »

Les intervenants et les gestionnaires de ce centre de réadaptation font de la sensibilisation dans le réseau de la santé et des services sociaux sur le fait que la surdité est plus qu’une perte auditive, mais en raison de fréquents changements parmi les employés, celle-ci demeure à refaire. Enfin, il fut rapporté par le proche et des personnes sourdes qu’il y avait parfois une mauvaise concordance entre le besoin réel et l’offre de services. Par exemple, ne pouvoir offrir que de l’accompagnement à l’épicerie pour une personne en perte d’autonomie, mais ce n’était pas un besoin pour elle ; ou ne proposer qu’un nombre restreint d’activités de loisirs non liées à des intérêts de la personne.

Besoin comblé

Selon tous les répondants, l’existence d’une équipe multidisciplinaire de professionnels avec une expertise en surdité (et une connaissance des aspects sociolinguistiques de la communauté sourde) et en santé mentale, dans un lieu spécifique, travaillant avec des interprètes formés et qui font à la fois de l’évaluation, du traitement et de la réadaptation, comble un besoin d’avoir des services adaptés. Une participante gestionnaire explique :

« Pour moi c'était clair que c'est une population qui a besoin d'avoir accès aux services... a besoin d'intervenants, d'une équipe qui comprenne c'est pas $1 + 1 = 2$. C'est toute la complexité que ça engendre parce que la comorbidité, même si pour les utilisateurs de la LSQ on n'est pas dans une déficience, on est dans une langue, dans une culture, mais quand tu mets ces deux caractéristiques-là ensemble pour moi ça devient une situation qui est très complexe et qui nécessite qu'on mette en place des services très spécialisés avec des gens... une équipe qui contribue, qui apporte leur expertise pour répondre aux besoins à ces clients-là. »

Appréciation des services

Aspects positifs

Parmi les aspects positifs des services en santé mentale, le service offert au Continuum comprend plusieurs ingrédients favorables qui ont été exprimés par les Sourds, les intervenants et les gestionnaires du centre de réadaptation : 1) un lieu spécifique dans un emplacement facile d'accès ; 2) la réputation favorable du lieu pour plusieurs (ceci était toutefois questionné par les intervenants de ce centre à cause de l'historique négatif. En effet, celui-ci est situé dans les mêmes bâtiments où les enfants sourds ont reçu pendant plusieurs décennies une éducation principalement orale) ; 3) la souplesse dans l'offre de services par rapport aux heures de disponibilités et aux rendez-vous ; 4) l'accompagnement dans les environnements à l'extérieur du centre de réadaptation qui va au-delà des pratiques habituelles dans un centre de deuxième ligne ; 5) la non-obligation d'avoir un diagnostic pour recevoir des services ; 6) un ajustement du mode de communication pour s'assurer de rejoindre leur clientèle ; 7) la stabilité des intervenants et des interprètes ; 8) même si incomplet, il y a une variété de professionnels (psychiatre, psychologue et travailleur social). Les personnes sourdes qui ont utilisé ce service ont exprimé qu'elles ont senti qu'on les appuyait, les soutenait et les accompagnait, car on prenait le temps d'expliquer et de chercher des solutions. Depuis 2015, il est à noter que l'équipe spécifique et son mandat ont été partagés entre l'équipe des services psychosociaux de première ligne et l'équipe de deuxième ligne en réadaptation dans ce même centre de réadaptation.

En plus, pour les Sourds et le proche, lorsque cette question fut posée, il ressort qu'ils sont très sensibles aux qualités humaines et aux attitudes des intervenants ainsi que leur connaissance sur la surdité et la culture sourde. Voici une citation d'un Sourd pour illustrer :

« Parce qu'elle est bonne dans ses explications. Elle est très disciplinée. Non c'est ça moi je trouve qu'elle est très bonne au niveau de son attitude. Mettons une journée où ça va pas bien, elle est capable de me le dire, puis elle me dit: "Hey avoue donc, ça pas l'air de bien aller? Ça pas l'air d'être une bonne journée pour toi, est-ce que je me trompe?"... Elle me dit: "C'est pas le fun pour toi aujourd'hui d'être avec moi hein?"... Elle me dit ces mots-là par exemple. Puis des fois aussi, quand je dis que je ne suis pas prête à parler de ça, bien là elle me parle de d'autres choses. »

Aspects négatifs et suggestions d'amélioration

Les participants ont offert plusieurs pistes d'amélioration en lien avec des insatisfactions envers les services. En premier lieu, il fut exprimé par les divers répondants de mettre en place des stratégies de sensibilisation sur la culture sourde auprès des décideurs, des gestionnaires et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et de prioriser: 1) l'intégration et l'amélioration des modes de communication (p. ex. ATS, images, poser des questions concrètes); 2) le respect de l'obligation de présence d'interprètes; 3) davantage d'informations écrites et visuelles sur le web. Ensuite, il apparaît clairement de cette étude que les mandats d'un centre de réadaptation spécialisé en surdité sont méconnus. Le centre de réadaptation montréalais a mis sur pied des services en santé mentale fort appréciés (accueil psychosocial et programme plus spécialisé). Toutefois, il fut soulevé que la pérennité de ce dernier est fragile étant donné que l'équipe est petite et partielle. Cette équipe fait office de leader auprès de cette clientèle, mais a des effectifs limités pour pouvoir effectuer du transfert de connaissances de son expertise et élargir son offre de services (par exemple, ergothérapie, soins infirmiers, thérapies de groupe). Par ailleurs, cette méconnaissance des responsabilités d'un centre de réadaptation engendre des problèmes d'accès à des services en santé mentale. Selon des intervenants participant à cette étude, il semble que la collaboration est plus facile et harmonieuse pour les services offerts aux enfants que pour les adultes à la fois dans le réseau de la santé que dans les services sociaux.

Enfin, sur le plan organisationnel, il fut suggéré de recréer une table de services en santé mentale qui regroupe quelques régions, quelques établissements, et d'augmenter le réseautage. Pour améliorer l'offre de services actuelle, outre les services publics, il fut nommé par les participants que les organismes communautaires contribuent et peuvent jouer un rôle important pour, par exemple, démystifier la santé mentale dans la communauté sourde, offrir des groupes d'entraide, préparer

des bénévoles pour les personnes qui ont des besoins particuliers comme ce qui existe au programme surdi-cécité du centre de réadaptation spécialisé (p. ex. pour briser l'isolement ou accompagner dans des activités dans la communauté). La présence de pairs aidants ou d'intervenants sourds fut rapportée par une gestionnaire comme une possibilité, qui a toutefois des défis particuliers. Des ajustements et une formation sont à faire pour bien préparer aux questions de confidentialité, à la mince frontière entre la vie professionnelle et la vie privée, à la fragile ligne entre l'empathie et la sympathie en raison de vécus potentiellement similaires et enfin, à devoir porter une double allégeance lors de revendications ou de défense de droits (être perçu comme redevable à la communauté sourde, mais en même temps travailler pour des entendants).

Discussion

Cette étude visait à décrire les besoins en termes de services de santé mentale pour des personnes sourdes qui ont des problèmes de santé mentale, une clientèle vulnérable et marginalisée sur laquelle il y a peu d'écrits au Québec. En résumé, lorsque l'on regroupe les points de vue des différents participants, les besoins principaux des Sourds sont : 1) améliorer l'accès à l'information sur les troubles de santé mentale aux personnes sourdes pour les aider à mieux communiquer leurs symptômes et leur vécu, ainsi que pour réduire les préjugés dans leur communauté ; 2) sensibiliser les professionnels de la santé et des services sociaux sur la surdité et surtout la culture sourde pour contrer les préjugés, les diagnostics erronés et offrir des services adaptés ; 3) s'assurer de l'accès à un interprète ; 4) avoir des professionnels de la santé de différentes disciplines avec la double expertise (idéalement une équipe dans un lieu spécifique) ; 5) mettre sur pied une association pour personnes sourdes vivant avec des troubles de santé mentale ; 6) avoir une table de services en santé mentale au niveau organisationnel ; 7) vérifier que les organismes communautaires continuent à jouer un rôle et bonifient leur offre de services pour les Sourds avec des troubles de santé mentale. Les résultats ont montré que la plupart de ces besoins ne sont pas comblés actuellement.

Les résultats de la présente étude rejoignent ceux des recherches américaines et européennes qui se sont attardées aux questions liées à l'accès aux services en santé mentale pour les personnes sourdes (Cabralet coll., 2013 ; Cornes et Napier, 2005 ; Gournaris et coll.,

2010; Gutman, 2005; Mathos et coll., 2009; O'Hearn et Pollard, 2008). Effectivement, le manque de confiance dans les intervenants entendants, les tabous importants sur la santé mentale parmi la population sourde et le manque de connaissance de la population sourde sur les caractéristiques et les ressources existantes en santé mentale abordés dans nos résultats, sont des thématiques très présentes dans les recherches sur les questions de l'accès aux services en santé mentale pour les populations sourdes. Considérant qu'il s'agit d'une population qui a peu accès aux campagnes de sensibilisation dans les médias télévisuels, radiophoniques et écrits, ces derniers se retrouvent doublement marginalisés. De plus, nos résultats permettent de mettre en lumière le fait que l'incompréhension des milieux de pratique en santé mentale face aux particularités sociales, culturelles et linguistiques de la population sourde creuse encore plus l'écart entre l'offre de service en santé mentale et les besoins spécifiques de cette population. Par contre, les questions en lien avec l'importance de la présence de professionnels sourds (psychologue, intermédiaireur, interprète) que l'on retrouve abondamment dans la littérature scientifique en Europe et aux États-Unis prennent une résonnance différente au Québec. Effectivement le thème a surtout été abordé par une intervenante, à travers les défis que cela représente en termes de formation à faire pour bien préparer, entre autres, à la mince frontière entre la vie professionnelle et la vie privée. Les participants sourds y voyant aussi un défi pour garantir leur confidentialité. Nous devons aussi mentionner que les résultats de notre étude ont très peu fait ressortir deux thématiques très présentes et développées dans la littérature, soit la difficulté à mettre en place un contexte favorisant la construction du lien de confiance et son maintien (Cabral et coll., 2013; Lieu et coll., 2007; Fusick, 2008; Kendall et coll., 2008; Ferguson-Coleman et coll., 2014; Glickman, 2007; Sheppard, 2011; Landsberger et Diaz, 2010; Sheppard et Badger, 2010; Peters, 2007; Ross et Feller, 2005), et les variables liées à l'interprétation (Cabral et coll., 2013; Cornes et Napier, 2005; O'Hearn et Pollard, 2008; Fusick, 2008; Ferguson-Coleman et coll., 2014; Glickman, 2007; Sheppard, 2011; Peters, 2007; de Bruin et Brugmans, 2006).

Le manque de confiance a été évoqué, mais principalement en lien avec les expériences négatives vécues par des personnes sourdes et la fréquence de mauvais diagnostics et de traitements inadéquats (Cabral et coll., 2013; Peters, 2007; Ross et Feller, 2005). L'absence dans nos résultats des thématiques qu'on retrouve dans la littérature comme le manque d'adaptation des outils diagnostiques et des entrevues aux

particularités culturelles et communicationnelles des personnes sourdes (Lieu et coll., 2007; Fusick, 2008; Kendall et coll., 2008; Glickman, 2007; Sheppard, 2011; Landsberger et Diaz, 2010; Sheppard et Badger, 2010; Peters, 2007; Ross et Feller, 2005) démontrent l'importance d'élargir les recherches pour pouvoir déterminer s'il s'agit de particularités du contexte montréalais ou en lien avec les limites spécifiques du cadre de notre recherche.

En ce qui concerne l'interprétation, les participants de la présente recherche ont principalement nommé l'absence d'interprètes dans plusieurs contextes d'évaluation psychologiques, psychiatriques et thérapeutiques. Ils ont donc très peu abordé les difficultés décrites dans les écrits comme la difficulté à trouver des équivalents entre les deux langages (Cornes et Napier, 2005; Fusick, 2008; Glickman, 2007), et le défi de maintenir la neutralité d'une question posée par un clinicien lorsque l'interprète doit expliquer un concept (Cabral et coll., 2013; Cornes et Napier, 2005), ou d'autres enjeux comme l'importance de ne pas altérer la qualité de l'interprétation malgré les difficultés de traiter l'impact émotionnel du contenu du matériel thérapeutique (Cornes et Napier, 2005), de comprendre la syntaxe particulière et la structure du langage des signes, de lire les expressions faciales et le langage corporel des Sourds, et d'incorporer ces communications tacites dans le contexte d'ensemble du dialogue (Sheppard, 2011). On peut déduire que devant l'absence d'expérience thérapeutique avec la présence d'un interprète, il est difficile pour nos participants de pouvoir nommer les difficultés liées à l'interprétation.

En lien avec les principaux obstacles qui sont la méconnaissance des particularités liées à la surdité, l'existence d'une équipe multidisciplinaire de professionnels qui détient à la fois une expertise en surdité (incluant une connaissance des aspects sociolinguistiques de la communauté sourde) et en santé mentale permet d'offrir des services plus adaptés. Ces derniers ne comblent pas tous les besoins, mais l'existence de cette double expertise ressort dans nos résultats comme une avenue permettant une meilleure accessibilité. Il faut par contre regarder ces résultats à la lumière des forces et des limites de la présente étude.

Forces et limites de l'étude

Cette étude respecte les standards de la recherche qualitative (Fortin, 2010). La cueillette de données et l'analyse ont été effectuées de façon rigoureuse. Malgré le fait qu'une diversité de points de vue est assurée par la présence de différents acteurs préoccupés par cette question de

recherche, le nombre de personnes sourdes et de proches dans cet échantillon est petit. Aussi, les personnes sourdes ont toutes été suivies au centre de réadaptation spécialisé et malgré plusieurs tentatives et relances, il n'y a pas de personnes sourdes non suivies à ce centre qui ont été recrutées. De plus, cette étude a été réalisée dans un seul contexte géographique précis. Ainsi, les résultats offrent des pistes de réflexion pour une première étude formelle à ce sujet au Québec selon notre connaissance, mais elle doit être reproduite, dans d'autres régions urbaines, semi-urbaines et rurales avec plus de participants pour avoir un portrait complet.

Conclusion

Les personnes sourdes locutrices de la LSQ avec des problèmes de santé mentale sont un groupe avec des besoins particuliers qui ont été peu documentés jusqu'à maintenant au Québec. Cette étude a montré que souvent, dans l'histoire de ces personnes, il y a eu peu d'expositions à de l'information juste sur ce qu'est la santé mentale, et des difficultés à décrire les symptômes avec un vocabulaire précis, ainsi que des expériences négatives avec des personnes entendantes. Ajuster ses moyens de communication en intégrant l'écrit concret et l'image, porter une attention particulière à son langage non verbal, ainsi que bien comprendre le contexte culturel de ces personnes est fondamental pour établir une alliance thérapeutique. Assurer la présence d'un interprète qui connaît le vocabulaire associé à la santé mentale est également essentiel. Avoir accès à plus d'intervenants qui possèdent la double expertise est un enjeu actuel dans le réseau des services de santé, des services sociaux et des organismes communautaires pour bien accompagner ces personnes dans leur rétablissement. Au niveau de la recherche, de nouvelles enquêtes sur le terrain seraient nécessaires pour mieux comprendre les différentes facettes liées aux problématiques en lien avec la santé mentale et la surdité, et ces enquêtes devraient intégrer de manière plus large la population sourde, incluant les proches, pour mieux comprendre, entre autres, les représentations de la santé mentale parmi cette population et les besoins des personnes qui sont desservies dans d'autres réseaux et dans d'autres centres. Elles devraient aussi s'attarder aux représentations de la surdité parmi les différents professionnels du milieu de la santé pour mieux comprendre les besoins d'information et de sensibilisation.

RÉFÉRENCES

- Vallières, M. et Lemay, I. (2005). *Bilan annuel Projet IRD-CLSC clientèle sourde/sourde-aveugle présentant des problèmes de santé mentale*. Montréal, Canada : Institut Raymond Dewar, document inédit.
- Lachance, N. (2007). *Territoire, transmission et culture sourde. Perspectives historiques et réalités contemporaines*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université Laval.
- de Bruin, E. et P. Brugmans. (2006). The psychotherapist and the sign language interpreter. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), 360-368.
- Burtin, M., Comtois, L., Desrosiers, J. Korner-Bitensky, N., Parenteau, P. et Vaillancourt, M. (2005). Étude exploratoire des besoins de la clientèle sourde gestuelle en difficulté d'adaptation. Rapport final. Institut Raymond-Dewar.
- Cabral, L., Muhr, K. et Savageau, J. (2013). Perspective of people who are deaf and hard of hearing on mental health, recovery, and peer support. *Community Mental Health Journal*, 49, 649-657.
- Chovas McKinnon, C. (2004). Les troubles psychotiques et la surdité, *Première conférence canadienne sur la santé mentale et la surdité*. Récupéré le 28 février 2008 du site : http://www.reach.ca/_uploads/_media/shared_future_fr.pdf
- Cornes, A. et Napier, J. (2005). Challenges of mental health interpreting when working with deaf patients. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 13(4), 403-407.
- Dalle-Nazébi, S. et Lachance, N. (2008a). Sourds et médecine : impact des représentations sur les conditions d'accès aux soins. Regards croisés France-Québec. *Interrogations/Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, 6, 78-94.
- Dalle-Nazébi, S. et Lachance, N. (2008b). Rupture et réorganisation d'une transmission culturelle entre sourds. Espaces, acteurs et processus. *Figures contemporaines de la transmission*, Belgique : Presses universitaires de Namur — collection « Transhumances ».
- Ferguson-Coleman, E., Keady, J. et Young, A. (2014). Dementia and the Deaf community knowledge and service access. *Aging and Mental Health*, 18(6), 674-682.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^e éd.). Montréal, Québec : Chenelière Éducation.
- Fusick, L. (2008). Serving clients with hearing loss : Best practices in mental health counseling. *Journal of Counseling & Development*, 86(1), 02-110.
- Glickman, N. (2007). Do you hear voices? Problems in assessment of mental status in deaf persons with severe language deprivation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(2), 127-147.
- Gournaris, M. J., Hamerding, S. et Williams, R.C. (2010). Promising practices of statewide mental health models serving consumers who are deaf: How to advocate for your model in your home state. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 43(3), 152-182.

- Gutman, V. (2005). Ethical reasoning and mental health services with deaf clients. *Journal of Deaf Studies & Deaf Education*, 10(2), 171-183.
- Institut Raymond-Dewar (2015). Dans le respect de la langue et de la culture. *Programme de réadaptation et de services psychosociaux de 1re ligne pour les personnes sourdes âgées de 4 ans à 100 ans*. 45 pages. Document interne non publié.
- Johnston, T. (2004). W(h)ither the deaf community? Population, genetics, and the future of Australian sign language. *American Annals of the Deaf*, 148, 358-375.
- Karacostas, A. (2004). Services en santé mentale pour personnes sourdes et malentendantes en Europe, *Première conférence canadienne sur la santé mentale et la surdité*. Récupéré le 28 février 2008 du site: http://www.reach.ca/_uploads/_media/shared_future_fr.pdf
- Kendall, C. J., Gutman, V. et Rosenheck, R. (2008). Mental health programs serving deaf and hard of hearing adults. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 41(2), 73-94.
- Kovess, V., Lesage, A., Boisguérin, B., Fournier, L., Lopez, A. et Ouellet, A. (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris, France: Médecine-Sciences Flammarion.
- Lamarche, A., Lefebvre, J., Ouellette, M. et Vallières, M. (2011). Intervenir auprès des Sourds en santé mentale. *Bulletin de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, 115(automne), 6.
- Landsberger, S. A. et Diaz., D. R. (2010). Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. *Psychiatric Services*, 61(2), 196-199.
- Levine, J. (2014). Primary care for deaf People with mental health problems. *British Journal of Nursing*, 23(9), 459-463.
- Lieu, C. C., Sadler, G. R., Fullerton, J. T., et Stohlmann, P. D. (2007). Communication strategies for nurses interacting with deaf patients. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 16(4), 239-245.
- Massé, L. 2009. L'évaluation des besoins. Un outil pour la planification. Dans A. Alain et D. Dessureault (Eds.). *Élaborer et évaluer des programmes d'intervention psychosociale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Mathos, K. K., Kilbourne, A. M., Myers, R. R., et Post, E. P. (2009). Disparities in mental health services for persons who are deaf: Advancing research toward action. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 42(3), 152-166.
- Meador, H. E. et Zazove, P. 2005. Health care interactions with deaf culture. *The Journal of the American Board of Family Practice/American Board of Family Practice*, 18(3), 218-222.
- Miles, M. B. et Huberman, M. A. 2003. *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris, France: De Boeck.

- O'Hearn, A. et Pollard, R. Q. Jr. (2008). Modifying Dialectical Behavior Therapy for deaf individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 400-414.
- Peters, S. W. (2007). Cultural awareness: Enhancing counselor understanding, sensitivity, and effectiveness with clients who are deaf. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 35(3), 182-190.
- Poirier, D. (2012). J'ai senti que c'était mon monde: expression des dimensions identitaires et normatives des langues des signes. *Anthropologie et sociétés*, 36(3), 171-188.
- Powell, S. et Dean, R. (2009). Being deaf can be bad for your health. *Practice Nursing*, 20(10), 486-488.
- Reeves, D. et Kokoruwe, B. (2005). Communication and communication support in primary care: A survey of deaf patient. *Audiological Medicine*, 3(2), 95-107.
- Ross, T. et Feller, E. R. (2005). Communication: Deaf patients and their physicians. *Medicine and Health, Rhode Island*, 88(8), 262-264.
- Scheier, D. B. (2009). Barriers to health care for people with hearing loss: A review of the literature. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 40(1), 4-10.
- Sheppard, K. et Badger, T. (2010). The lived experience of depression among culturally Deaf adults. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), 783-789.
- Sheppard, K. (2011). Using American sign language interpreters to facilitate research among deaf adults: lessons learned. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society/Transcultural Nursing Society*, 22(2), 29-134.
- Statistique Canada. 2001. *Recensement du Canada, dans Population selon le groupe d'âge, régions administratives du Québec. 2001*. http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/lequebec/population_que/poptot20.htm
- Tuohy, B. et Cooper, G. (2007). Listening to deaf people. *Mental Health Today*, Brighton, R.-U., 27-29.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods* (4th ed., Vol. 5). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

TÉMOIGNAGE

Une bibliothèque au cœur du rétablissement

Nancy Gilbert^a

Julie Bellemare^b

Guyline Vaugeois^c

RÉSUMÉ Ce témoignage parle d'un projet novateur visant à donner accès au service d'une bibliothèque aux usagers présentant un trouble de santé mentale grave et persistant, admis sur une unité de traitement et réadaptation d'un établissement de santé et services sociaux de la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

Dans la philosophie du rétablissement, le projet s'est développé afin que les usagers aient accès à de l'information qui soutienne le développement de leur compétence en éducation à la santé, grâce à des ouvrages contenant de l'information validée par des intervenants du domaine afin que celle-ci soit pertinente et accessible aux personnes non initiées sur le sujet. Afin de compléter cette information, d'autres volumes ont été sélectionnés par des usagers pour leur contenu relatif avec le « vivre avec la maladie ». La deuxième catégorie d'ouvrages disponibles appartient à la catégorie ludique : romans, bandes dessinées et ouvrages sur

-
- a. Adjointe à la directrice et responsable de l'éthique. Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique. Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre du Québec.
 - b. Ergothérapeute au Centre Régional de santé mentale. Direction du programme santé mentale adulte et dépendance. Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre du Québec.
 - c. Technicienne en documentation au Centre Régional de santé mentale. Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation. Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre du Québec.

des sujets variés. Ce type de livres permet aux usagers de se changer les idées et de reprendre goût à la lecture. Cette expérience a permis de mettre en lumière le potentiel de «l'activité bibliothèque» au plan clinique car elle est intégrée à la programmation offerte aux usagers. Ce projet a donné une nouvelle perspective au travail interdisciplinaire en y intégrant la technicienne en documentation. En terminant, les usagers ont été impliqués directement dans la réalisation du projet par leurs recommandations d'ouvrages, l'étiquetage et le classement des volumes, etc., contribuant ainsi au développement de certaines compétences ainsi qu'à leur rétablissement.

C'est à partir d'un mot, d'une phrase, d'une réflexion et surtout d'un élan du cœur, que s'est développé le projet de donner accès aux usagers à la bibliothèque d'un établissement de santé et de services sociaux québécois de la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

Depuis longtemps, quelques livres étaient disponibles sur l'unité de traitement et réadaptation accueillant des personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale au cours de leur vie. Ces bouquins permettaient à certains de redécouvrir le plaisir de lire, tout en s'occupant constructivement.

Ergothérapeute, Julie Bellemare a eu l'idée d'améliorer l'offre qualitative et quantitative de livres et d'aider les usagers à développer des habiletés qu'ils pourraient utiliser lors de leur retour dans la communauté. Pour ce faire, elle a sollicité l'expertise d'une technicienne en documentation spécialisée dans le domaine de la santé mentale, Guylaine Vaugeois, pour l'aider à mettre en place un système de classement et d'emprunt des volumes qui serait le plus réaliste possible. Ensemble, elles ont travaillé à développer le projet, en y impliquant graduellement des usagers. Une magnifique aventure venait de prendre son envol!

L'idée a fait son chemin et le projet a été poussé un peu plus loin. Dès lors, l'objectif a été de donner directement accès aux usagers à la bibliothèque de l'établissement, puisqu'auparavant, elle était fréquentée exclusivement par les employés. Dans la philosophie du rétablissement, l'un des buts visés par les membres fondateurs du projet était de créer pour les usagers un espace, un havre de paix en dehors de l'unité où ils se sentiraient bien. Malgré le scepticisme face à ce projet qui bouleversait les façons de faire établies, elles ont aménagé, avec l'aide de quelques usagers, un espace propice à la lecture, convivial et agréable

à même la bibliothèque. L'accès à tous les espaces de la bibliothèque est devenu possible pour les usagers sept jours sur sept, accompagné d'un intervenant.

Elles y ont installé tous les livres autrefois présents sur l'unité et ont mis en place un système de classement et d'emprunt. Les usagers ont également été mis à contribution en étiquetant les livres et en confectionnant une banderole pour décorer leur coin de la bibliothèque avec comme slogan : « Un beau chemin vers la lecture », en guise de remerciement à une psychiatre qui a fait un don important de livres, tant en quantité qu'en qualité puisqu'elle croyait beaucoup au projet.

Deux principales catégories d'ouvrages ont été mises en place pour la clientèle. D'abord, afin de développer leur compétence en éducation à la santé, différents ouvrages vulgarisés ont été sélectionnés. Le contenu de ces volumes a été validé par des intervenants du domaine afin que l'information véhiculée soit pertinente et accessible à des personnes non initiées sur le sujet. Ces livres ont été identifiés avec un logo spécifique, symbolisant l'idée du partenariat de soins et services que l'établissement souhaitait établir avec les usagers. Ces logos sur les volumes ont permis à la clientèle de repérer plus facilement les ouvrages vulgarisés qui leur sont spécifiquement destinés. De plus, afin de compléter cette information, d'autres volumes ont été sélectionnés pour leur contenu relatif avec le « vivre avec la maladie ». En effet, les volumes classiques sur les pathologies parlent très rarement des impacts de la maladie sur la vie quotidienne des personnes qui ont reçu un diagnostic, ainsi que des alternatives et des solutions qui peuvent être utilisées pour en atténuer les répercussions sur la vie de tous les jours. Par ailleurs, afin de sélectionner les volumes les plus pertinents, il a été demandé à différents usagers de soumettre un titre de volume qui les avait le plus aidés dans leur parcours avec la maladie, et qu'ils recommanderaient à tout usager vivant la même situation qu'eux. Ces volumes ont été identifiés avec le logo « Coup de cœur des usagers ».

La signification des différents logos est maintenant expliquée aux usagers lorsqu'ils se présentent à la bibliothèque. Enfin, il est possible pour un usager d'emprunter des volumes de la section générale de la bibliothèque qui contient des ouvrages de référence et des périodiques scientifiques en santé mentale, mais ce n'est pas encore une pratique courante actuellement. Ce volet nécessite un développement.

La deuxième catégorie d'ouvrages disponibles pour les usagers appartient à la catégorie ludique : romans, bandes dessinées, ouvrages sur des sujets de toutes sortes. Ce type de livres permet aux usagers de

se changer les idées et de reprendre goût à la lecture. Ce projet original a suscité tant d'enthousiasme que plus de 3 000 volumes ont été recueillis gratuitement auprès d'organismes communautaires, d'écoles de la région et d'employés de l'établissement, afin de garnir cette section de la bibliothèque. Un surplus de livres a même été gratuitement mis à la disposition des usagers dans la salle d'attente de la clinique externe de l'établissement. Ne s'arrêtant pas là, d'autres volumes qui ne pouvaient être utilisés dans le cadre du projet ont été remis à un organisme communautaire qui vient en soutien aux familles défavorisées de la région.

Le projet est donc bien en marche et la fréquentation de la bibliothèque est importante, régulière et appréciée. Le scepticisme que le projet avait suscité initialement s'est atténué avec le temps, permettant une cohabitation harmonieuse des usagers et des intervenants dans un espace commun. Les bénéfices tangibles que le projet a apporté aux usagers a été également un gage de succès dans la transformation des pratiques. La bibliothèque est devenue un lieu d'intervention pour l'ergothérapeute et l'équipe traitante. Fréquenter la bibliothèque est maintenant une activité intégrée à la programmation clinique offerte aux usagers. Par exemple, les participants d'un groupe thérapeutique ayant comme médium la création d'un journal utilisent les ressources de la bibliothèque pour la réalisation de recherches sur des sujets variés.

La révision récente de la programmation d'activités offertes aux usagers a permis de proposer la mise sur pied d'un service de prêt de DVD, et une personne hospitalisée ayant des compétences de documentaliste s'est impliquée dans la gestion de l'inventaire et des prêts.

Cette cliente rapporte: « Ma participation à ce projet me permet de faire un don de soi et m'occupe à faire quelque chose que j'aime. »

Cette expérience a permis de mettre en lumière le potentiel de « l'activité bibliothèque » au plan clinique. La participation de cette cliente fait en effet partie de son plan d'intervention interdisciplinaire, et puisqu'elle travaille en collaboration avec la technicienne en documentation, cette dernière devient ainsi partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire. Mme Vaugeois bénéficie du soutien de l'équipe dans ses interventions auprès de la cliente et contribue aussi aux activités de l'équipe en partageant avec elle ses observations.

Par leur travail d'équipe avec les usagers, Guylaine Vaugeois, technicienne en documentation et Julie Bellemare, ergothérapeute, ont fait la démonstration que la collaboration interprofessionnelle peut aller

au-delà des interventions cliniques traditionnelles, et inclure des personnes possédant une expertise dont peuvent profiter leurs collègues et la clientèle. Soulignons que la fréquentation de la bibliothèque permet de travailler concrètement au développement de compétences personnelles et sociales transférables lors du retour en communauté (p. ex. formuler une demande appropriée, se responsabiliser en respectant les dates de retour des volumes). Elle permet aussi aux usagers de se centrer sur le moment présent en ayant du plaisir, et favorise un sentiment d'inclusion par son côté normalisant et convivial, contribuant ainsi à la déstigmatisation trop souvent associée à la clientèle en santé mentale. Le choix réfléchi de ne pas faire un espace aux usagers distinct de celui des employés dans la bibliothèque donne un message clair de la volonté d'inclusion et du vivre-ensemble.

Quelques témoignages d'employés :

« Quand on a aménagé une bibliothèque sur l'unité où je travaille, j'ai pensé que ça nous amènerait une charge de travail additionnelle. Par la suite, les usagers pouvaient aller directement au centre de documentation, et lorsque j'y ai accompagné un groupe d'usagers, j'ai pu voir combien ils appréciaient l'endroit et les effets positifs que ça avait pour eux. J'ai pensé que c'était un beau projet finalement. » – Une infirmière de l'unité de traitement et réadaptation.

« Les usagers de la clinique externe viennent me voir pour me dire qu'ils apprécient pouvoir prendre des livres gratuits. Je ne pensais pas que cela aurait un si grand impact sur eux... ça semble transformer leur quotidien. » – Une agente administrative de la clinique externe.

« Bravo pour la belle bibliothèque ! Mes usagers adorent venir faire de la lecture. Il y a des livres nouveaux constamment pour les intérêts de tous et de chacun. C'est un lieu paisible où il est possible de créer une communauté d'apprentissage. » – Une éducatrice spécialisée de l'unité de traitement et réadaptation

« J'ai reçu plusieurs commentaires de mes patients qui viennent emprunter des livres à la bibliothèque ou bien qui ont pu en recevoir gratuitement à la clinique externe. Chacun a exprimé sa joie et a remercié l'équipe pour ce superbe projet. » – Une psychiatre de l'unité médico-légale

Parfois, un simple livre peut guider vers le rétablissement et changer une vie.

Pour terminer, quelques témoignages d'usagers :

« Il y a des beaux livres, j'aime ça lire et puis c'est gratuit...je peux l'emmener tu es sûre ? »

« C'est mon premier et peut-être mon seul cadeau de Noël. C'est triste, mais cela me fait chaud au cœur de pouvoir lire un de mes auteurs préférés. »

Un client témoigne à un intervenant : « J'ai pu redécouvrir mon intérêt pour la lecture et ainsi m'aider à passer du temps jusqu'à mon congé. Je pense que cela est bon pour mon cerveau. »

RÉFÉRENCES

- Milton, J. et Ruck, R. (2013). Library use by patients in an English maximum security hospital. *The Psychiatrist*, 37(6), 188-191. doi:10.1192/pb.bp.112.039420
- Fanner, D. et Urquhart, C. (2009). Bibliotherapy for mental health service users Part 2: a survey of psychiatric libraries in the UK. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 109-117. doi: 10.1111/j.1471-1842.2008.00791
- Wahrow, L.A. (1955). Hospital library service to psychiatric patients. *American Journal of occupational therapy*, IX(6), 268-269, 297.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2018). Événement *national: À livres ouverts — De vraies histoires pour un espoir authentique*. Événement national de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Repéré à : <https://aqrp-sm.org/evenements/autres-evenements-et-activites/alivresouverts/>

TÉMOIGNAGE

Le soutien des pairs souffrant de psychose : l'expérience du programme « Passer l'espoir au suivant »

Hubert-Antoine Wallot

RÉSUMÉ Pour les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, le soutien de pairs aidants (au sens de personnes s'étant rétablies d'un tel trouble) est d'une grande valeur thérapeutique. Les Alcooliques anonymes (AA) ont été les premiers à le démontrer. Leur approche comporte plusieurs éléments bénéfiques, tel les « meetings », le programme en « 12 étapes », et un élément majeur, le parrainage d'un individu par un pair. Depuis sont apparues des organisations reposant sur des groupes de pairs, et aussi cette nouvelle profession de « pair aidant ». Dans le contexte d'un centre de traitement pour personnes souffrant de troubles psychotiques majeurs, pour lesquels l'espoir est un ingrédient déterminant du rétablissement, l'article présente ici un programme d'entraide s'appuyant principalement sur un parrainage d'un client par un pair et qui, depuis son introduction, commence cliniquement à porter ses fruits. Le programme a aussi une composante de « meetings » et une composante des « 12 étapes ».

MOTS CLÉS soutien, pair, parrainage, psychose, rétablissement

Sponsorship by a peer and recovery for persons suffering of a severe psychotic condition

ABSTRACT For people with a mental health disorder, peer support (peer in the sense of people having recovered from such a disorder) is a great therapeutic value. Alcoholics Anonymous (AA) were the first to show this therapeutic value. Their approach has several elements of which, aside from the “meetings” and the program of the “12 steps,” a major element is the sponsorship of an individual by a peer. Since then, appeared organizations based on peer groups, and this new

profession of “peer support helper.” In the context of a treatment center for people with severe psychotic disorders for which hope is a key ingredient of recovery.

Objectives The paper present a young new program inspired by the AA 12 steps programme based mainly on sponsorship of a client by a peer for person suffering of a psychotic type of disorder.

Methods A review of literature about the positive effects of sponsorship by a peer in the AA experience, and a description of the new program, its “meetings,” and in particular the ethic code of the participants and its twelve specific steps. Differences between the peer sponsor and the new professional “peer support helper” are presented.

Results The program that, since its introduction, starts to give some anecdotic results. A change or organisational responsibility has led to a pause for a research programme.

Conclusion For the recovery of a severe psychotic condition, there is no unique way to help and this program is one among others.

KEYWORDS peer, support, sponsorship, psychosis, recovery

Qui mieux qu'un alcoolique en rétablissement peut comprendre un autre alcoolique qui souffre encore. (Maxime AA)

Que Dieu me donne la force de supporter ce qui ne peut être changé; et le courage de changer de qui peut l'être; mais aussi la sagesse de distinguer l'un de l'autre. (Maxime AA qui, chez l'auteur latin Marc-Aurèle, débutait ainsi: Que me soit donnée...)

Introduction

L'objectif de l'article est de présenter une expérience de soutien par les pairs à la faveur d'un programme de parrainage pour des personnes souffrant d'un trouble psychotique et s'inspirant du mouvement des Alcooliques anonymes (AA). Avant de décrire cette expérience comme telle, nous traiterons des valeurs du soutien par les pairs, de la différence du savoir expérientiel et du savoir professionnel, puis nous évoquerons les différentes formes de ce soutien par les pairs et la notion du rétablissement comme préalables à la présentation du rôle du parrainage chez les AA avant de décrire l'expérience du programme « Passer l'espoir au suivant ».

Le soutien des pairs désigne le soutien de personnes vivant ou ayant vécu des expériences semblables à une personne donnée en matière de santé, que soit de nature physique (p. ex. le cancer, les maladies coronariennes, l'obésité) que psychique (p. ex. l'alcoolisme) (Chinman et

coll., 2014; Lloyd-Evans et coll., 2014). Dans la réadaptation et le rétablissement des problèmes de santé physique ou psychique, de plus en plus d'études montrent qu'en plus des divers types de traitements prodigués par des professionnels, la contribution des pairs est utile tant à une vision plus réaliste de l'expérience subjective de la maladie qu'au rétablissement en termes de soutien comme de prise du pouvoir sur la santé. Aujourd'hui, le soutien par les pairs est répandu dans divers domaines selon plusieurs modèles. Il a même été exporté dans le domaine de la consommation commerciale comme des groupes en ligne de consommateurs d'un produit. Certes, dans les milieux de soins, certains professionnels ont éprouvé des problèmes semblables à ceux des soignés; cependant, dans leur fonction, tout en n'ignorant pas leur vécu dans leur manière d'intervenir, ils n'ont pas à en parler aux usagers des services, car c'est à titre professionnel, donc avec une expertise particulière, qu'ils s'adressent à eux.

Soutien par les pairs et santé mentale

C'est d'abord en santé mentale que le soutien des pairs est né. En effet, en 1935 naquirent les AA. Leur programme prévoit un cheminement (qu'on pourrait appeler aujourd'hui rétablissement) sur 12 étapes et comporte deux éléments interactifs avec des pairs: 1) des rencontres (meetings) de groupe avec des témoignages devant des pairs; 2) un parrainage par un pair. C'est le plus ancien et plus durable des programmes pour des pairs (Solomon, 2004).

Ce programme et ceux qui lui ressemblent et lui ont succédé ont été mis sur pied comme une réponse à l'efficacité limitée des services traditionnels de santé et ont été conçus en misant sur le pouvoir des individus de s'offrir du soutien mutuel, de l'apprentissage et de l'assistance. Le premier élément, le groupe de soutien, s'est propagé en santé et hors de la santé mentale. Notre attention ici ira plutôt sur le deuxième élément, le parrainage.

Valeurs des programmes de soutien par les pairs

En dépit de leur diversité et de la variété de leur financement, les modèles de programmes de soutien par les pairs tendent à avoir des missions et des valeurs similaires.

Les valeurs fondamentales et la philosophie derrière le soutien et l'aide mutuelle par les pairs sont les suivantes: des relations non hiérar-

chiques, un choix mutuel; un modèle (*modeling*) de rôle positif; de la réciprocité; un soutien; un sens de la communauté (particulièrement dans les programmes de type *drop in*, autosoutien); et l'autodétermination (Holter et coll., 2004; Johnsen et coll., 2005; Riessman, 1998). De par ce grand éventail de valeurs, le soutien des pairs couvre le soutien sous ses aspects émotionnel, instrumental ou pratique (Gartner et Riessman, 1984), et vise à être mutuellement profitable grâce à un processus réciproque de donner et de recevoir (Mead et MacNeil, 2006). Comme le mentionne Copeland et Mead (2004): «Le soutien par les pairs diffère du soutien clinique, tout en étant plus qu'être amis. Dans le soutien par les pairs, nous nous comprenons l'un l'autre parce que nous avons “vécu ça”, partagé des expériences similaires, et qu'on peut concevoir l'un pour l'autre un désir d'apprendre et de grandir.»

Solomon (2004) fait l'hypothèse que le soutien par les pairs est efficace à travers des processus comme le soutien social et émotionnel, l'apprentissage expérientiel ou réciproque, l'apprentissage social (p. ex. le modelage du rôle (*role modeling*), et les mécanismes reliés à la théorie de la comparaison sociale. Par exemple, le sens de la normalité fournie par le partage entre individus ayant vécus des expériences similaires: comparaison vers le haut (*upward comparison*) et l'offre d'espoir et d'optimisme, et comparaison vers le bas (*downward comparison*) et la reconnaissance que les choses pourraient être pires.

Savoir expérientiel et expertise expérientielle

Un élément clé dans la spécificité du soutien par les pairs est assurément le savoir expérientiel de ceux-ci par rapport au savoir professionnel. Le savoir expérientiel comporte deux éléments importants: le type d'information sur lequel il se fonde et l'attitude de l'individu envers cette information (Borkman, 1976). Le type d'information, c'est la sagesse et le savoir-faire issu du fait d'avoir vécu un phénomène et d'y avoir réfléchi. L'attitude est le haut degré de conviction qui l'accompagne. À côté du savoir expérientiel, il y a aussi l'expertise expérientielle, qui réfère à la compétence ou l'habileté à gérer ou résoudre un problème acquise à partir de l'expérience personnelle (Borkman, 1976). En effet, pour une même difficulté, le degré d'intégration de l'information et d'acquisition de compétences pour appliquer cette dernière varie d'une personne à l'autre. Celui qui a l'expertise expérientielle devient un modèle d'identification et une source d'espoir (Toch, 1965) et cette expertise peut l'amener à un rôle de leader dans un groupe

d'entraide. Par ailleurs, les confessions ou témoignages publics sont probablement les moyens dominants de partage de l'information expérientielle dans les groupes d'entraide (Borkman, 1976).

Le savoir professionnel et le savoir expérientiel ne sont pas mutuellement exclusifs. Certains professionnels utilisent leur savoir expérientiel personnel dans leur travail, mais à l'intérieur de leur savoir professionnel et comme subsidiaire à lui (Freidson, 1970). Par ailleurs, autant les groupes d'entraide que les professionnels peuvent autoriser une deuxième source de vérité comme intrant dans la compréhension d'un problème.

Ces deux savoirs ont des ressemblances. Tous les deux appartiennent aux individus qui, une fois qu'ils les ont acquis, demeurent solides (Etzioni, 1964). Le fondement des relations entre professionnels ou entre pairs est d'être égalitaire, non hiérarchique. Ces savoirs comporteraient néanmoins selon Borkman (1970) quatre différences fondamentales.

D'abord, par contraste avec l'information professionnelle, le savoir expérientiel est pratique plutôt que théorique ou scientifique. Il met l'accent sur ce qui donne des résultats concrets et observables tels que perçus subjectivement par l'individu qui traverse une expérience, dans la perspective du profane.

Ensuite, le savoir expérientiel est orienté sur l'action dans le présent et l'expérience plutôt que sur le développement au long cours et l'accumulation d'un savoir et un enseignement didactique.

Également, le savoir expérientiel est holistique et global plutôt que segmenté, il couvre le phénomène total éprouvé par la personne, y compris les émotions et les perceptions subjectives alors que le savoir professionnel est segmenté en disciplines et en approches distinctes pour un même problème. Par exemple, un trouble d'usage de l'alcool peut être défini comme simplement boire de l'alcool trop ou trop souvent. Mais souvent la racine ou un facteur puissamment renforçateur peut être l'environnement social de l'individu, soit insuffisant, soit inadéquat. La dimension holistique rend possible une identification mutuelle qui peut-être un tremplin vers le développement de l'individu (Hurvitz, 1970).

Enfin, en contraste avec le savoir scientifique parfois sujet à changement, le savoir expérientiel comporte un niveau très fort de conviction, résultant d'une expérience vécue comme vraie. On pourrait argumenter que le savoir professionnel n'est pas aussi théorique et loin du vécu que le présente Borkman (1976), mais on doit réaliser les caractéristiques qui rendent le savoir expérientiel utile et efficace. Dans

sa description de son expérience personnelle de tels groupes, Luc Vigneault (Cailloux-Cohen et Vigneault, 1997) décrit comment, par exemple, le groupe développe des techniques spécifiques pour gérer mieux les hallucinations auditives, ou visuelles, en ajoutant : « Plus nous sommes entourés d’amour, moins les problèmes ont d’emprise sur nous (...) J’ai vu de mes yeux vu que par ces groupes l’impossible devient possible, l’irréalisable devient réalisable. »

Le soutien par les pairs en santé mentale

En santé mentale, le soutien des pairs peut prendre différentes formes : participation ou appartenance à un groupe autogéré (Perrow, 1970 ; Sills, 1968) ou géré avec la supervision minimale par un non-pair, professionnel, paraprofessionnel ou non, et le parrainage un à un. Il est à noter que, contrairement à un parrain dans les AA, un pair aidant qui travaille dans les services offrira une aide qui n’est pas mutuelle.

Il existe en effet des pairs aidants, rémunérés à ce titre, et qui ont un statut et un rôle particuliers et nécessaires (Anthon et coll., 2002). Ils ont l’expertise de l’expérience du trouble psychiatrique ayant requis des soins et dont ils sont considérés comme rétablis. Ceci n’exclut pas, dans le parcours progressif de leur rétablissement, une évolution comportant, mais de moins en moins, des moments de stagnation, d’avancées et de recul. Depuis plus d’une vingtaine d’années, un mouvement de « professionnalisation » de ce type d’intervenant dans le système de soins s’impose puisqu’ils doivent réussir une formation spécialisée en intervention par les pairs, comme c’est le cas au Québec avec le programme Pairs Aidants Réseau. Membres d’une équipe soignante, ils ont comme contribution spécifique de sensibiliser cette équipe à reconnaître, à comprendre et à respecter le point de vue des personnes en suivi et aussi à soutenir et accompagner leurs pairs comme des mentors et des modèles d’identification dans l’apprentissage d’habiletés requises pour gérer les symptômes et pour savoir utiliser les diverses ressources dans la communauté (Gélinas, 2006). L’embauche d’usagers à titre de pourvoyeur de services n’a pas montré d’impact négatif auprès de la clientèle suivie (Simpson et O’House, 2002), mais plutôt même des effets positifs (Solomon, 2004). Mais le pair aidant professionnel rencontre plus ou moins les mêmes contraintes que ses collègues, notamment le nombre d’usagers toujours changeants dont ils peuvent s’occuper dans leur charge de travail, la durée de leurs interventions au cours d’un épisode de soins et la solidarité d’équipe centrée sur le

patient dans la perspective du rétablissement. Du fait que le pair aidant est membre d'une équipe traitante et aussi rémunéré comme membre de l'équipe, on peut y trouver une double asymétrie relationnelle avec l'usager. C'est d'ailleurs pour le pair aidant un enjeu important que de veiller à éviter la confusion des rôles dans les perceptions de l'équipe de soin et du pair aidé.

Le parrainage comme forme de soutien par les pairs.

Chez les AA, le savoir expérientiel se transmet par les témoignages publics lors des réunions, mais aussi par la relation de parrainage. Celle-ci est un ingrédient actif de leur programme en 12 étapes. La première tâche du parrain est de guider le nouveau membre à travers le programme, le parrainage y étant fortement encouragé. De fait, il s'avère un avantage documenté pour prédire une meilleure fidélité aux rencontres des 12 étapes, à une réduction des rechutes (c.-à-d. une plus grande abstinence), un meilleur accès à un soutien social approprié (Cross et coll., 1990; Caldwell et Cutter, 1998; Crape et coll., 2002; Kelly et Moss, 2003; Morgenstren et coll., 2003; Pagano et coll., 2004; Zemore et Kaskutas, 2004; Witbrodt et Kaskutas, 2005; Timco et Debenedetti, 2007; Wilbrodt et coll., 2012; Rynes et Tonnigan, 2012), et une plus grande contribution aux activités de services de l'organisation (Subbaraman et coll., 2011). Selon Radach (1999), la confidentialité étant l'élément qui a globalement le plus d'impact sur l'efficacité des parrains.

Selon une étude pilote de Whelan et coll. (2009), la relation parrain-filleul chez les AA évolue avec le temps. Il y a l'étape du développement du lien de confiance découlant d'une attitude basée sur l'écoute sans jugement du parrain. «Le fait que le parrain ne soit pas un professionnel facilite, au long cours, un processus d'identification et, après un long temps d'abstinence du parrainé, la relation évolue vers l'amitié.»

Réadaptation et rétablissement en santé mentale.

On peut se représenter la santé d'un individu comme au croisement de deux axes : d'une part, l'axe pathologique, caractérisé ou non par des lésions ou leurs cicatrices, et d'autre part l'axe santé consistant en la présence ou l'absence des moyens favorables à la santé. Celui qui a fait un infarctus peut, moyennant des changements dans son mode de vie,

retrouver une santé et un fonctionnement équivalent sinon supérieur à son état prémorbide malgré sa cicatrice au cœur.

Il y a quelques décennies, la psychiatrie s'est occupée principalement de l'axe maladie, c'est-à-dire la suppression ou l'atténuation des symptômes chez les personnes souffrant de psychose ou de trouble apparenté. C'est alors que des usagers se sont auto-désignés comme étant des « usagers survivants » (*consumer survivors*) (Deegan, 1988, 2003), parce qu'ayant par eux-mêmes surmonté cette lacune, et ils ont voulu changer la perspective. Ils ont mis l'accent sur les forces et les potentialités de l'individu plutôt que sur ses faiblesses et ses limites. Ils ont même changé le vocabulaire. Ainsi, un trouble psychiatrique est devenu un problème santé mentale, en éliminant partout le plus possible le terme psychiatrique.

Ils ont aussi introduit une conceptualisation du rétablissement qui s'occupe de l'axe santé. Il devient alors un construit qui comprend notamment les dimensions suivantes dont des services adéquats devraient s'occuper : éviter l'autostigmatisation par une identification à la maladie ; avoir de l'espoir ; vivre dans un contexte social sain (p. ex. pour un individu avec un problème d'usage d'alcool, éviter certains lieux ou certaines fréquentations) ; avoir une qualité de vie satisfaisante, accroître le pouvoir sur sa santé (*empowerment*) ; et une insertion sociale signifiante pour soi et autrui (McCubbin et Dallaire 2010). Les services devraient ainsi en tenir compte dans leur prestation. Le rétablissement est tantôt présenté comme un résultat d'un processus, tantôt comme ce processus lui-même qui se déroule selon une trajectoire pas toujours linéaire, mais néanmoins au long cours, allant vers un mieux-être, et qu'on pourrait apparenter à un processus de développement personnel (Davidson, 1999, 2006 ; Wallot 2013).

Le CTR et le rétablissement

Depuis ses débuts il y a une vingtaine d'années, le Centre de traitement et de réadaptation (CTR) de Nemours de Québec, rattaché à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, offre des services de réadaptation psychiatrique aux personnes souffrant de troubles psychotiques importants, et avec déficits fonctionnels. Outre une organisation de services professionnels particulière, il offrait jusqu'alors des groupes de pairs, notamment un groupe d'entraide (des rencontres sociales programmées par les participants), un groupe sur le rétablissement

(groupe d'échange) et un groupe Toxico, les trois groupes animés par un pair aidant qui avait aussi d'autres tâches dans ce programme.

En s'inspirant du modèle de parrainage des AA, le CTR a démarré en janvier 2015 un programme de parrainage par les pairs. Comme chez les AA, le principe de base est de donner au partage du vécu son importance, en insistant sur le fait qu'une personne rétablie est bien placée pour aider une personne encore souffrante. Les valeurs préconisées par ce programme sont l'entraide entre pairs, le respect sous toutes ses formes, l'équité entre les participants et la confidentialité.

Sous le thème « Passer l'espoir au suivant », un jumelage unit d'une façon volontaire une personne rétablie et autonome à une personne en cheminement pour se rétablir. Le parrainage peut prendre diverses formes, dans le respect des besoins et des intérêts des personnes concernées. Habituellement, il se traduit en sorties, en conversations téléphoniques, en échange de courriels ou toute autre forme d'entraide. Avec le parrainage, tel que mis sur pied au CTR, la personne aidée peut compter sur une personne qui va prendre le temps de l'écouter et de l'aider à trouver l'information dont elle a besoin, et la plupart du temps devenir un ami, contrairement à la situation qu'elle aura pu vivre avec le pair aidant employé au CTR.

Pour les usagers qui y participent, ce parrainage peut devenir un complément au travail de l'équipe de soins qui suit la personne, complément qui se poursuit une fois terminé le suivi de l'équipe. De plus, en aidant les autres, les parrains constatent qu'ils s'aident eux-mêmes. Ils en retirent un fort sentiment de satisfaction qui les incite à progresser davantage avec le parrainé.

Le programme s'adresse actuellement à des personnes vivant avec la schizophrénie ou un trouble apparenté, et recevant des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale nationale, ou d'organismes communautaires dans Québec. Pour maximiser les chances de succès d'un jumelage, les responsables associent les personnes selon leur compatibilité, évaluée en fonction de la collecte préalable des besoins et des intérêts. À l'écoute des témoignages des participants, parrainés et parrains, le programme permet de :

- 1) donner un sens à leur vécu de leur psychopathologie ;
- 2) briser l'isolement et élargir le réseau social ;
- 3) favoriser la mise en action et accroître le sentiment de bien-être ;
- 4) développer l'espoir et augmenter l'estime de soi ;
- 5) avoir un rôle valorisant.

Les étapes à suivre pour inclure un participant au programme sont les suivantes :

- 1) un premier contact où le projet est présenté et expliqué;
- 2) une évaluation des besoins et des intérêts lors d'une rencontre avec le candidat potentiel;
- 3) une ouverture de fichiers (dossiers) des personnes;
- 4) un jumelage selon certains critères d'évaluation (le sexe, l'âge, la disponibilité, les moyens de communication, le tempérament, les intérêts, le territoire de résidence, les restrictions);
- 5) la présentation du parrain au parrainé sous supervision.

Le futur parrain bénéficie d'une heure de formation sur le rôle qu'il aura à jouer auprès du parrainé. Cette formation met l'accent sur le respect des limites, l'enseignement du code d'éthique du programme et sur son rôle d'entraide dont on lui enseigne qu'il diffère du rôle des professionnels de l'éventuel parrainé, y compris du rôle d'un éventuel pair aidant.

Un suivi mensuel est mis en place, mais seulement durant la première année pour s'assurer du bon fonctionnement du jumelage. Il y a un « meeting » mensuel dont la « vedette » est l'espoir. Cette rencontre s'adresse aux parrains comme aux parrainés, ainsi qu'aux proches qu'ils auront désignés. Ces soirées s'inspirent du modèle des AA en ce qu'elles proposent un témoignage portant sur l'espoir et le rétablissement. L'entrée est libre : « Lors des témoignages, ce sont des gens qui viennent parler de leurs épreuves de vie et comment ils se sont rétablis. » (Luc Vigneault, inédit)

À l'instar des 12 étapes du programme des AA, le programme comporte douze étapes (tableau 1). Pour chacune des étapes, les créateurs du projet ont commencé à élaborer des indicateurs observables et mesurables et des suggestions de moyens pour faciliter la passation des étapes. Par exemple, l'étape 7 « Je reconnais que j'ai un problème de santé psychiatrique et je m'investis dans mon rétablissement » aura comme indicateurs : 1) « Avoir élaboré son plan d'intervention de rechute où l'on retrouve les informations sur la maladie et sur l'intervention »; 2) « Être capable de décrire sa maladie et ses signes précurseurs ». Les moyens suggérés pour l'étape 7 sont : 1) Participer à l'activité « Pare-à-chute, mieux vaut prévenir... »; et 2) Élaborer son plan de prévention de rechute avec son intervenant pivot ou un proche. Par ailleurs, le parrain et le parrainé s'engagent aussi à respecter un

code d'éthique (tableaux 1 et 2) pour permettre les échanges et le partage dans l'harmonie.

Les professionnels impliqués dans les services aux parrains ou parrainés ne sont pas informés de l'activité de ces derniers, sauf si ces derniers s'en ouvrent, mais ils doivent alors garder la confidentialité sur la deuxième personne du tandem parrain-parrainé.

Pour ce projet, jusqu'au transfert récent au Pavois¹, il y avait deux responsables, une éducatrice spécialisée, Martine Goudreault, et une psychologue, Susan Dennie. L'éducatrice recrutait les participants, faisait le contact entre chacune des personnes parrainées et son parrain, et organisait et coordonnait les activités prévues au programme. La psychologue élaborait la formation destinée aux parrains, ajustait la programmation et s'impliquait dans la supervision des divers sec-teurs du projet.

Démarré en 2015, le programme avait déjà, après un an, 24 parrains formés, dont 16 parrainaient déjà quelqu'un. Quelques parrains parrainent deux personnes. De plus, après un an et demi, 65 personnes avaient été évaluées et 34 personnes étaient déjà jumelées. Cependant, le programme est trop jeune pour pouvoir permettre d'évaluer sa pleine efficacité d'une manière quantitative. L'objectif de l'avenir consistait à ouvrir la formule aux usagers de diverses ressources communautaires, ce que les réformes récentes ont consacré.

Enfin, un volet recherche avait été amorcé avec cueillette de données pour vérifier si le programme de parrainage contribue au rétablissement des usagers. Mais ce volet a pris fin lors du transfert tout à fait récent de ce programme à un organisme communautaire suite aux réformes dans la santé. Nous pouvons seulement donner une idée par quelques exemples anecdotiques provenant des témoignages lors de soirées, « meetings », mensuelles. Roger, un parrain, demeure marqué par ses hospitalisations, mais, malgré ses peurs, il visite Roland son parrainé hospitalisé dans ce moment difficile. Micheline et Marie jouent du piano ensemble, la marraine Micheline a même réservé un local avec deux pianos, et Marie parle de Micheline comme d'une « grande sœur ». Raymonde, marraine, et Lucie, parrainée, sont seules et passent le réveillon de Noël ensemble. Jonathan, parrain, téléphone à Maurice, parrainé, toutes les semaines depuis un an et Maurice parle de cette « attention touchante » à son médecin; il leur arrive d'aller

1. Organisme communautaire visant l'intégration socioprofessionnelle et scolaire de personnes ayant un trouble de santé mentale.

manger ensemble dans un buffet connu. Ludovic, parrain, vit une rechute en lien avec l'usage de l'alcool et décide donc de prendre une pause avec sa parrainée, Nicole, mais il est surpris et touché de recevoir un appel de Nicole qui priera pour lui et lui souhaite bonne chance. Maurice demande à parrainer quelqu'un à son tour parce qu'il dit avoir eu un « beau modèle » et il souhaite transmettre cet héritage. Yvan quant à lui, souhaite parrainer une deuxième personne, car il dit s'aider et se faire du bien en accompagnant des pairs.

Conclusion

Pour les personnes souffrant de certaines psychopathologies importantes, le rétablissement est un cheminement long, un processus parsemé d'embûches, une montée en dents de scie, avec des moments difficiles. L'espoir est un ingrédient majeur pour compléter ce processus et, en parallèle d'autres moyens d'intervention pour aider ces personnes souffrantes à se rétablir, l'expérience du programme de parrainage apparaît comme un outil pouvant contribuer à mieux le compléter. Il reste au programme d'intéressants développements possibles, soit d'être coordonné par un pair-aidant ou mieux, comme chez les AA, par un des parrains dans le programme.

TABLEAU 1

Code d'éthique des participants du programme de parrainage.

Pour les personnes souffrant d'un trouble psychotique

1. J'accepte d'être parrainé par un pair dans mon processus de rétablissement;
2. Je connais bien les services offerts par mon équipe d'intervenants;
3. Je sais ce que veut dire le rétablissement;
4. J'élabore mon plan d'intervention;
5. Je passe à l'action;
6. Je comprends ce que sont la schizophrénie et les symptômes apparentés;
7. Je reconnais que j'ai un problème de santé psychiatrique et je m'investis dans mon rétablissement;
8. Je m'accorde le droit à l'erreur; je suis fier de ce que j'ai accompli;
9. Je connais et utilise les services dans la communauté;
10. J'en vaud la peine! je « m'aime »! Je suis en résilience;
11. J'exerce mes droits et mes devoirs de citoyens;
12. Je deviens parrain/marraine à mon tour.

TABLEAU 2

Code d'éthique des participants du programme de parrainage.

Pour les parrains/marraines

1. Je respecte l'autre et ses différences dans ce qu'il est, ce qu'il dit, ce qu'il vit, ce qu'il choisit;
2. Je conserve l'anonymat des personnes dans les écrits et les médias sociaux;
3. Je préserve la confidentialité de ce qui se dit aux « meetings »;
4. Je garde pour moi les confidences qu'on me livre;
5. Je nomme les personnes par leur prénom lors des échanges en groupe;
6. Je respecte les valeurs des autres;
7. J'écoute les témoignages avec empathie;
8. J'apporte ma coopération à l'avancement du parrainage;
9. Je suis à mon écoute et lorsque je suis dépassé, je l'exprime à l'autre;
10. Je garde en tête que j'exerce un rôle d'entraide en devenant parrain;
11. Je peux me retirer en tout temps, je suis libre;
12. J'utilise un langage, une attitude et des gestes respectueux et bienveillants.

RÉFÉRENCES

- Anthony, W. A., Cohen, M. J., Farkas, M. et Gagne, C. (2002). *Philosophy. Psychiatric Rehabilitation*, 2^e ed. Boston, MA : Centre for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3) September, 445-456.
- Cadieux-Cohen, S. et Vigneault, L. (1997). *Aller-retour au pays de la folie*. Montréal, Canada : Les Éditions de l'Homme.
- Caldwell, P. E. et Cutter, H. S. G. (1998). Alcoholics Anonymous affiliation during early recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3), 237-247.
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A. et Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.
- Copleland, M. et Mead, S. (2004). *Report on the moving ahead study*. Waterbury, VT : State Department of Mental Health and Mental Retardation.
- Crape, B. L., Latkin, C. A., Laris, A. S. et Knowlton, A. R. (2002). The effects of sponsorship in 12-step treatment of injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(3), 291-301.
- Cross, G. M., Morgan, C. M., et Money, A. J. (1990). Alcoholism treatment: a ten-year follow-up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14(2), 169-173.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. et Tebes, J. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness; A review of the evidence. *Clinical Psychology; Science and Practice*, 6, 165-187.
- Davidson, L. (2006). Program for Recovery and Community Health, résumé d'une présentation au congrès de l'AQRP rédigé par Bouchard L et Lauzon G (2008). *Le Partenaire*, 16(1), 37-43.
- Deegan, G. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Deegan, G. (2003). Discovering Recovery. *Psychiatric Psychosocial Journal*, 26(4), 368-376.
- Etzioni, A. (1964). *Modern Organizations*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall International.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medecine*, New York, NY : Dodd, Mead & Co.
- Gartner, A. et Riessman, F. (1984). *The Self Help Revolution*. New York, NY : Human Sciences Press.
- Gélinas, D., (2006). L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale. *Le Partenaire*, 14 (1), 9-39.
- Holter, M. C., Mowbray, C. T., Bellamy, C. D., MacFarlane, P. et Dukarski, J. (2004). Critical ingredients of consumer run services: Results of a national survey. *Community Mental Health Journal*, 40(1), 47-63.

- Hurtvitz, N. T. (1970). Peer Self-Help Psychotherapy Groups and Their Implications for Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 7 Spring, 41-49.
- Johnsen, M., Teague, G., Mc Donel Herr, E. (2005). Common ingredients as a fidelity measure for peer-run programs. Dans B. Clay, P. Schelle, W. Corrigan et R. Ralph (éds.), *On our own, together: Peer programmes for people with mental illness*. (p. 231-238). Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Kelly, J. F. et Moos, R. (2003). Dropout from 12-step self-help groups; Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 241-250.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead H., Brown, E., Pilling, S. et Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(39), 14-39.
- McCubbin, M., Dallaire, B., Lagrange, V., Wallot, H., Bergeron-Leclerc, C., Cormier, C. et Nelson, G. (2010). Reconstruction et rééquilibrage du lien social: une étude exploratoire sur les rôles de l'inclusion sociale, de l'appropriation du pouvoir d'agir et de l'espoir dans le rétablissement. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 29(1), 1-8.
- Mead, S. et MacNeil, C. (2006). Peer support: what makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.
- Morgenstern, J., Bux, D. A. Jr, Labouvie, E., Morgan, T., Blanchard, K A. et Muench, F. (2003). Examining mechanisms of action in 12-Step community outpatient treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(3), 237-247.
- Pagano, M. E., Friend, K. B., Tonigan, J. S. et Stout, R. L. (2004). Helping other alcoholics in Alcoholics anonymous and drinking outcomes; findings from Project Match. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(6), 766-773.
- Perrow, C., (1970). Members as Resources in Voluntary Organizations. Dans W. R. Rosengrent et M. Lefton (éds.), *Organizations and Clients* (p. 94-95). Colombus, OH, Charles E Merrill Publishing Co.
- Radash, P. D. (1989). The relational dynamics of sponsorship in Alcoholics Anonymous: A self-psychological perspective. Dans *Dissertation abstracts international: Section b. The Sciences and Engineering* (p. 5595), 59(10-B), Avril 1999.
- Riessman, F. (1998). Ten self-help principles. *Perspectives*, 3(2).
- Rynes, K. N. et Tonigan, J. S. (2012). Do social Networkkd Explain 12-Step sponsorship Effects? A Prospective Lagged Mediation Analysis. *Psychological Addictive Behavior*, 26(3), 432-439.
- Sills, D. (1968). Voluntary Associations: Sociological Aspects. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 16,362-363.
- Simpson, E. L. et House, A. O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *British Medical Journal*, 325(7375), 1265-1269.

- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services: Underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.
- Subbaraman, M. S., Kaskutas, L. A. et Zmore, S. E. (2011). Sponsorship and service as mediators of the effects of Making Alcoholics Anonymous Easier (MAAE), a 12-steps intervention. *Drug Alcohol Dependence*, 116(1-3), 117-124.
- Timco, C. et Debenedetti, A. (2007). A randomized controlled trial of intensive referral to 12-step self-help groups: one-year outcomes. *Drug Alcohol Dependence*, 90(2-3), 270-279.
- Toch, H. (1965). *The Social Psychology of Social Movements*. Indianapolis, IN: Bobbs-Merrill Co.
- Wallot, H. (2013) Des mots aux concepts: le rétablissement». Dans *Je suis une personne, pas une maladie* (284-312). Longueuil, Canada: Performance Édition.
- Whelan, P. J. P., Marshall, E.J., Ball, D. M. et Humphreys, K.. (2009). The role of AA sponsors: A pilot study. *Alcohol and Alcoholism*, 44(4), 416-422.
- Wiltbrodt, J., Kaskutas, L. A. et Zmore, S. E. (2005). Does diagnosis matter? Differential effects of 12-steps participation and social networks on abstinence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(4), 685-707.
- Wilbrodt, J., Kaskutas, L. A., Bond, J. et Delucchi, K. (2012). Does sponsorship improve outcomes above Alcoholics Anonymous attendance? A latent class growth curve analysis. *Addiction*, 107(2), 301-311.
- Zmore, S. E. et Kaskutas, L. A. (2004). Helping, spirituality, and Alcoholics anonymous in recovery. *J.Stud. Alcohol*, 65(3), 383-391.

*Le dossier du présent numéro a été coordonné
par Catherine Briand*

ÉDITORIAL

Catherine Briand

Nadia Kendil.

« Quand il faut donner du sens au non-sens du trauma »

L'intervention psychologique auprès des victimes de la fusillade
du 29 janvier 2017 à Québec — dimension multiculturelle (témoignage)

*Jessica Rassy, Luc Mathieu, Cécile Michaud, Tim Monday,
Sylvie Raymond et Jean-Pierre Bonin.*

La théorie de la noyade émotive virtuelle : une théorisation ancrée sur
le processus de recherche d'aide d'adolescents à risque de suicide

Alexa Martin-Storey, Caroline Temcheff, Myriam Laventure et Geneviève Lévesque.
Différences en matière de santé mentale selon le statut de minorité sexuelle

Mélanie Vijayaratnam, Sara Skandrani et Marie-Rose Moro.

« Née en France, j'ai l'impression que je suis tamoule avant tout.
Qui suis-je ? »

Nadine Larivière, Nathalie Lachance, Micheline Vallières et Josée Loiselle.

Exploration des besoins de services des personnes sourdes locutrices LSQ
présentant des troubles de santé mentale

Nancy Gilbert, Julie Bellemare et Guylaine Vaugeois.

Une bibliothèque au cœur du rétablissement (témoignage)

Hubert-Antoine Wallot.

Le soutien des pairs souffrant de psychose : l'expérience du programme
« Passer l'espoir au suivant » (témoignage)