



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, Richard Boyer, Jean Caron, Marjory Clermont-Mathieu, Luigi De Benedictis, Martin Desseilles, Philippe Duverger, Marie-Josée Fleury, Nicolas Franck, Stéphane Guay, Caroline Guérin-Thériault, 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, John Ward

Responsable de la production: Jean-Marie Bioteau

Responsable du développement international: François Lespérance

Tableau de la couverture: Roger Duval, gouache sur papier, 45,3 × 60,7 cm, 13 avril 2000, *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 qui paraît deux fois par année, au printemps et à l'automne. 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.



Mosaïque

Le dossier du présent numéro a été coordonné par
Catherine Briand et Emmanuel Stip

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

- 9 **Éditorial**
Catherine Briand

MOSAÏQUE

Les enjeux du dispositif actuel de soins et services en santé mentale

- 15 **Évaluation du *Plan d'action en santé mentale (2005-2015)* : intégration
et performance des réseaux de services**
*Marie-Josée Fleury, Guy Grenier, Jean-Marie Bamvita,
Catherine Vallée, Lambert Farand et François Chiocchio*
- 39 **Croire, s'impliquer, s'attacher : perspectives d'intervenants d'unités
de longue durée en psychiatrie sur l'expérience d'accompagnement
vers le rétablissement**
Karl Turcotte et Bernadette Dallaire
- 55 **Tisser des liens pour aider des sans-abri : des relations de première
ligne en action**
Luc Farinas
- 73 **Stratégies d'engagement, faisabilité et impact potentiel d'une
intervention de groupe cognitive comportementale pour la psychose
au sein d'une équipe de suivi intensif dans le milieu**
*Audrey Francoeur, Catherine Hache-Labelle, Crystal Samson, Martin
Vézina et Tania Lecomte*

Les nouveaux défis de nos sociétés évolutives et modernes

- 85 **Intervention en contexte de radicalisation menant à la violence :
une approche clinique multidisciplinaire**
*Imen Ben-Cheikh, Cécile Rousseau, Ghayda Hassan, Mathieu Brami,
Stéphane Hernandez et Marie-Hélène Rivest*

- 101 Utilisation problématique d'Internet et des jeux vidéo chez des étudiants en médecine**
Hélène Givron, Joëlle Berrewaerts, Guy Houbeau et Martin Desseilles
- 123 Utilisation de stimulants du système nerveux central chez les élèves du primaire suivis à l'école pour des troubles du comportement**
Mélanie Lapalme, Caroline Temcheff, Stéphanie Boutin et Michèle Déry
- 145 Attachement amoureux, symptômes dépressifs et comportements suicidaires en contexte de rupture amoureuse**
Audrey Brassard, Marianne St-Laurent Dubé, Kristin Gehl et Tania Lecomte

Éditorial

Catherine Briand

Cher(ère)s lecteur(trice)s,

À titre de nouvelle rédactrice en chef (section Mosaïque) de la revue *Santé mentale au Québec*, c'est avec plaisir que je vous présente ce numéro de huit articles inédits. Indépendants les uns des autres, ces articles sont pourtant reliés par cette même préoccupation qu'ont les auteurs d'améliorer notre dispositif de soins et services de santé mentale au Québec, ainsi que notre compréhension des enjeux et défis de nos sociétés évolutives et modernes.

Les quatre premiers articles abordent spécifiquement les enjeux de notre dispositif de soins et services.

D'abord, le texte de **Marie-Josée Fleury, Guy Grenier, Jean-Marie Bamvita, Catherine Vallée, Lambert Farand et François Chiocchio**, fait le point sur l'implantation de la réforme en santé mentale et les processus influençant la qualité des services, ainsi que leurs effets sur les usagers. Différentes recommandations émergent, dont l'importance de la collaboration, du soutien et de la formation des professionnels, ainsi que de la reconnaissance de leur autonomie et implication dans les décisions. L'amélioration des services axés vers le rétablissement et la qualité de vie des personnes ne peut se faire sans les intervenants, sans leur implication et engagement auprès des personnes, et sans donner du sens à leur travail. Ils ont choisi ce métier, car signifiant pour eux; ils ont le souci de bien le faire. Permettons-leur de l'exercer dans un environnement et un contexte favorables.

L'article de **Karl Turcotte et Bernadette Dallaire** porte justement sur l'expérience des intervenants dans l'accompagnement au rétablissement dans les unités d'hébergement et de soins de longue durée en

psychiatrie. Trois composantes centrales de l'expérience d'accompagnement s'en dégagent : l'espoir, l'implication et l'attachement envers les personnes aidées. Les auteurs rappellent comment les facteurs contextuels et la culture du milieu d'intervention sont intimement en lien avec la capacité des intervenants à accompagner efficacement et humainement les personnes.

Le troisième texte, que l'on doit à **Luc Farinas**, porte, quant à lui, sur l'importance des relations interpraticiens publics et communautaires ainsi que celle des partenariats flexibles et « pas trop » formalisés qui rendent possibles les discussions et l'élaboration de plans d'action auprès des sans-abri. L'article discute de la complexité et des conditions parfois difficiles de travail, en particulier l'impact désolant que peuvent avoir les réformes et la formalisation des structures et procédures sur l'accessibilité des services et des partenaires, et sur l'émergence de solutions créatives et de qualité.

Finalement, l'article d'**Audrey Francoeur, Catherine Hache-Labelle, Crystal Samson, Martin Vézina et Tania Lecomte** documente les stratégies utilisées pour faciliter l'accès et l'engagement des participants atteints de psychose à une thérapie cognitive comportementale. Le texte propose l'intégration de la thérapie au sein d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) ayant justement comme mandat l'amélioration de l'accès aux soins et services des personnes atteintes de troubles mentaux graves, lesquelles entrant difficilement en lien avec les services traditionnels de santé.

Les quatre derniers textes amènent les lecteurs(trices) à poursuivre leur réflexion sur les nouveaux défis de nos sociétés : radicalisation menant à la violence, utilisation problématique des technologies, utilisation importante de stimulants du système nerveux central chez les élèves du primaire et comportement suicidaire en contexte de rupture amoureuse.

Le texte d'**Imen Ben-Cheikh, Cécile Rousseau, Ghayda Hassan, Mathieu Bami, Stéphane Hernandez et Marie-Hélène Rivest** propose une première description du travail clinique d'une équipe multidisciplinaire en santé mentale spécialisée en radicalisation menant à la violence. Les auteurs offrent différentes pistes d'intervention et une compréhension du phénomène de radicalisation violente au Canada.

Quant à lui, le texte d'**Hélène Givron, Joëlle Berrewaerts, Martin Desseilles et Guy Houbeau** discute de cyberdépendance et des problématiques associées à l'utilisation excessive d'Internet et des jeux vidéo par des étudiants en médecine. Il rend compte du phéno-

mène d'utilisation problématique des technologies dans nos sociétés actuelles.

Le texte de **Mélanie Lapalme, Caroline Temcheff, Stéphanie Boutin et Michèle Déry** nous informe que 39,9 % des élèves du primaire prennent des stimulants du système nerveux central, et ce, sans nécessairement avoir un diagnostic de TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité). Les auteurs incitent à la vigilance et rappellent l'importance d'une meilleure évaluation de la présence du TDAH et d'un suivi à long terme des enfants, dont l'impact (favorable ou non) des stimulants sur leur parcours scolaire.

Finalement, le dernier texte, rédigé par **Audrey Brassard, Marianne St-Laurent-Dubé, Kristin Gehl et Tania Lecomte**, porte sur la compréhension du phénomène de détresse et de comportement suicidaire en contexte de rupture amoureuse. Les auteurs abordent le rôle des insécurités d'attachement amoureux, dont l'anxiété d'abandon, dans la survenue des symptômes dépressifs et des comportements suicidaires. L'article amène à se questionner sur les premières expériences d'attachement de l'enfant (expériences qui ne sont pas toujours protégées dans nos sociétés modernes), et l'impact qu'elles peuvent avoir sur les insécurités d'attachement des adultes d'aujourd'hui.

Ce numéro Mosaïque est le fruit du travail rigoureux d'intervenants et chercheurs du milieu de la santé mentale qui ont le souci d'une pratique réflexive en vue de la constante amélioration des soins et services. Je vous souhaite d'en faire une lecture attentive et d'y trouver l'inspiration.

Bonne lecture !

Catherine Briand
Rédactrice en chef (Mosaïque)

Les enjeux du dispositif actuel de soins et services en santé mentale

Évaluation du *Plan d'action en santé mentale (2005-2015)* : intégration et performance des réseaux de services

Marie-Josée Fleury^a

Guy Grenier^b

Jean-Marie Bamvita^c

Catherine Vallée^d

Lambert Farand^e

François Chiocchio^f

RÉSUMÉ Cet article présente les résultats d'un programme de recherche visant à : 1) évaluer l'implantation de la réforme en santé mentale (SM) et ses facteurs favorisant ou entravant dans 11 réseaux locaux de services et la performance d'équipe en SM ; 2) cerner dans quatre réseaux les processus influençant la qualité des services d'équipe ; 3) analyser dans ces mêmes réseaux les effets des structures et

-
- a. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill, chercheure, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.
 - b. Ph. D., Chercheur associé, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.
 - c. M.D., Ph. D., Professionnel de recherche, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.
 - d. M.D., Ph. D., Professeure agrégée, Département de réadaptation, Université Laval, chercheure, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval.
 - e. M.D., Ph. D., Professeur agrégé, Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), chercheur, Institut de recherche de l'ESPUM, Montréal.
 - f. Ph. D., Professeur agrégé, École de gestion Telfer, Université d'Ottawa; Chaire de recherche Montfort sur l'organisation des services de santé.

des processus d'équipe sur les usagers. Les objectifs de la réforme en SM n'ont été que partiellement atteints dans les réseaux. Les résultats montrent qu'une plus grande utilisation d'outils et d'approches cliniques et des interactions fréquentes entre les équipes et les organisations améliorent la performance. De même, divers processus d'équipe comme l'autonomie, la participation aux processus décisionnels et le partage des connaissances incitent à la performance des professionnels et à la qualité des services. L'intensité des besoins des usagers réduit la capacité des services à répondre aux besoins. Enfin, le rétablissement et la qualité de vie sont fortement corrélés à la continuité et à la diversité des services offerts. Différentes recommandations sont formulées afin d'améliorer les services dont la promotion de cultures organisationnelles plus orientées sur les résultats et la collaboration, le soutien et la formation des professionnels sur l'intégration de pratiques basées sur les données probantes, l'augmentation de l'autonomie des professionnels et leur implication dans les décisions, ainsi que la formalisation de stratégies d'intégration. Enfin, un soutien biopsychosocial diversifié et continu d'intensité variable est recommandé pour améliorer le rétablissement et la qualité de vie des usagers.

MOTS CLÉS réforme en santé mentale (PASM), réseaux locaux de services, travail d'équipe, performance, effets des services sur les usagers

Evaluation of the *Mental Health Action Plan (2005-2015)*: Integration and Performance of Service Networks

ABSTRACT Objectives This study aimed to: 1) assess implementation of the 2005-2015 Quebec mental health (MH) reform, and its enabling and hindering factors as well as MH team performance, in 11 local health service networks; then, for a subset of 4 networks: 2) identify processes influencing service quality in MH teams, and 3) analyze effects of team structures and processes on outcomes for service users.

Methods The networks were selected in consultation with 20 MH decision makers. Data sources included: 1) documentation on population, organization and service characteristics, integration strategies, and network challenges; 2) individual and group interviews with 102 regional managers, MH professionals and managers from primary care or specialized MH teams, community organization directors, respondent psychiatrists and general practitioners (GPs); and 3) questionnaires completed by 16 respondent psychiatrists, 90 managers, 315 MH professionals from primary care or specialized teams, and 327 service users.

Results Objectives of the MH reform were only partially achieved across the 11 health service networks, given the limited availability of practice guidelines related to implementing new structures and services, and reluctance among MH professionals (mainly GPs) to adopt them. As well, most primary care teams lacked GPs or psychiatrists. Implementation was more successful in large networks with specialized services located in general hospitals. The use of clinical tools and approaches, and frequent interactions with other teams or organizations enhanced

team performance. Several team process variables including autonomy, involvement in decision-making, and knowledge sharing were strongly associated with the performance of MH professionals and higher quality services. While geographic variables (e.g. frequency of interactions with GPs) had more influence on performance in specialized services, individual variables (e.g. lower seniority in the team) and organizational variables (e.g. lower proportion of service users with personality disorders) influenced performance in primary care teams. Work satisfaction was more strongly associated with team process variables (e.g. fewer conflicts, higher team support, greater collaboration) and recovery-oriented services with organizational variables (e.g. primary care team). Some types of organizational culture were strongly associated with team performance (clan and hierarchical cultures), and work satisfaction (market culture). Concerning effects of team structure and processes on service user outcomes, higher quality of life and recovery scores were strongly associated with continuity and diversity of services. Finally, high seriousness of needs among service users represented a major obstacle for MH services attempting to address their quality of life issues and recovery.

Conclusion This study suggests various measures that may improve MH service quality: promotion of more results-oriented organizational cultures, and greater collaboration, professional training on evidence-based practices, greater support for professionals, increasing their autonomy and involvement in decision-making, and more formalized integration strategies. Diversified and continuous biopsychosocial support was also recommended for improving quality of life and recovery among service users.

KEYWORDS mental health reform, local health services networks, teamwork, performance, service user outcomes

La prévalence des troubles mentaux (TM) dans les pays industrialisés est en hausse : la dépression deviendra la principale cause de morbidité d'ici 2030¹. Au Canada et aux États-Unis, ils ont déjà supplanté les maladies physiques au chapitre des journées de travail perdues². Les TM, particulièrement les TM graves (schizophrénie...), influencent négativement la qualité de vie des usagers. Le décrochage scolaire, la perte ou l'absence d'emploi, la pauvreté, l'isolement social, les troubles d'utilisation de substance (TUS), la judiciarisation, l'itinérance et les tentatives de suicide sont autant de problèmes sociaux souvent associés aux TM, principalement les TM graves³. La fragmentation des services de santé mentale (SM) représente aussi un obstacle à l'accès et à la continuité de services pour ces usagers après leur transfert dans la

communauté. Les TM comportent également des impacts économiques importants et contribuent à l'augmentation du fardeau des proches. Par ailleurs, bien que les TM courants (troubles anxieux, dépression) affectent environ 18 % de la population générale par année⁴, seulement une minorité (33 % à 46 % selon les études) demande des services ou fait appel à un professionnel de soins⁵.

L'importance des TM a amené la plupart des pays industrialisés à réformer leur système de SM afin d'améliorer leur efficacité et de mieux répondre aux besoins des usagers^{6,7}. Ces réformes ont des objectifs communs, dont la consolidation des soins primaires de SM. Ces derniers sont jugés améliorer l'accessibilité aux services et sont évalués moins stigmatisants que les services spécialisés. Les réformes prônent aussi le déploiement de pratiques cliniques basées sur les données probantes pour bonifier la qualité des services. Enfin, une plus grande intégration des services par une meilleure collaboration interdisciplinaire et interorganisationnelle est proposée pour accroître la continuité des soins.

S'inscrivant dans ces tendances internationales, le Québec a introduit son *Plan d'action en SM (PASM) 2005-2010*, prolongé officieusement jusqu'en 2015. L'objectif central du PASM était d'améliorer le rétablissement des usagers. Pour accroître l'accessibilité aux services, le PASM préconisait l'implantation : 1) d'un guichet d'accès dans tous les réseaux locaux de services d'une population supérieure à 50 000 habitants ; et 2) d'équipe de SM en soins primaires dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Afin d'améliorer la capacité de ces équipes et des omnipraticiens en cliniques médicales à prendre en charge les TM, des soins partagés ont été déployés par l'entremise de psychiatres répondants. Le PASM visait aussi à consolider l'utilisation de pratiques et d'outils reposant sur des données probantes ; et le Centre National d'excellence en SM a été créé en 2008 pour soutenir le développement du suivi intensif et du soutien d'intensité variable, et quelques années plus tard aussi des soins primaires de SM. Chaque CSSS devait également coordonner les services de son réseau selon les besoins de sa population. L'implantation de stratégies d'intégration (agents de liaison, ententes de services, etc.) était recommandée notamment pour améliorer la hiérarchisation des services. Finalement, des cibles de consolidation des services ont été précisées, par exemple quant au nombre de professionnels ou de services dans chaque réseau et quant aux délais d'attente.

Quelques études ont déjà permis de dresser un bilan de l'implantation du PASM^{3, 8-10}. Cependant, notre étude est originale en ce sens qu'elle intègre un programme récent de recherche qui a permis de cerner l'impact du PASM sur les professionnels des équipes adultes de soins primaires nouvellement créés et des services spécialisés, l'adéquation de l'aide reçue, la continuité des services ainsi que le rétablissement et la qualité de vie des usagers (18 ans et plus) – dimensions non abordées par les études précédentes. Notre enquête est exhaustive en termes de collecte de données, mais basée sur l'étude d'un certain nombre de réseaux de services au Québec. Le travail interdisciplinaire dans les équipes de soins oblige les professionnels à coordonner leurs activités, influençant l'autonomie professionnelle et l'interdépendance des membres¹¹. Les professionnels des équipes possèdent aussi des formations, valeurs ou pratiques parfois très diversifiées, lesquels sont aussi intégrés dans des organisations et réseaux également divergents, pouvant conduire à des risques de conflits accrus¹². Ainsi, les effets des services sur les usagers reposent à la fois sur la capacité des professionnels à travailler adéquatement en équipe et sur les caractéristiques des organisations et des réseaux dans lesquels ils sont imbriqués.

Basé sur les résultats d'un programme de recherche comportant plusieurs publications¹³⁻²⁷, cet article résume les principaux changements apportés dans les services et les retombées sur les équipes de soins et les usagers suite à la réforme en SM. Plus spécifiquement, il vise à évaluer : 1.a) dans 11 réseaux locaux de services, le niveau d'implantation des principaux objectifs poursuivis par le PASM (recensés plus haut) et les facteurs ayant influencé son implantation ainsi que 1.b) d'estimer la performance des équipes de SM selon leur coordonnateur ; 2) les processus pouvant influencer la qualité des services selon les professionnels des équipes de SM, à partir d'un sous-échantillon de quatre réseaux ; et 3) les effets des structures et des processus d'équipe sur les usagers – aussi à partir de ces quatre réseaux.

Méthodologie

Approches méthodologiques et description des réseaux

Globalement, le devis de ce programme de recherche (équipe en SM du Fonds de recherche du Québec – Santé) était une étude de cas multiples, comportant une méthodologie transversale et mixte (quantitative et qualitative) pour l'objectif 1, et exclusivement quantitative

pour les objectifs 2 (processus – équipes cliniques) et 3 (résultats – usagers).

Les réseaux de l'objectif 1 (n = 11) et des objectifs 2 et 3 (n = 4 inclus dans les 11) ont été sélectionnés par l'équipe de recherche après consultation auprès de 20 décideurs clés en SM au Québec (représentants de la Direction des services de SM du Ministère, d'agences régionales, etc.). Ils ont été choisis en fonction de leur disparité géographique (urbain, semi-urbain, rural), de l'organisation et de la diversité de leurs services, de la présence ou non d'un institut universitaire en SM (IUSM) et de leur degré de déploiement de bonnes pratiques et de stratégies d'intégration. La population de ces réseaux variait entre 21 000 et 702 000 personnes. Ces 11 réseaux peuvent être répartis en 4 groupes : 1) dotés d'un IUSM (n = 3, tous sélectionnés pour les objectifs 2 et 3); 2) de plus de 200 000 habitants et avec des services spécialisés en SM dans un centre hospitalier (CH) (n = 3); 3) de moins de 200 000 habitants et avec des services spécialisés en SM dans un CH (n = 3 dont 1 réseau pour les objectifs 2 et 3); et 4) sans services spécialisés en SM (n = 2).

Collecte des données et sélection des répondants

Les données ont été recueillies à partir de trois sources : 1) de la documentation primaire; 2) des entrevues semi-structurées avec les acteurs clés des divers réseaux; et 3) des questionnaires, permettant la triangulation des données. La documentation primaire, consultée entre novembre 2012 et mars 2013, a permis d'obtenir des informations sur la population, sur les caractéristiques des organisations et des services en SM, sur les stratégies d'intégration et les défis spécifiques à chacun des 11 réseaux. Des entrevues individuelles et de groupe ont été effectuées entre mars et juin 2014. Des grilles d'entrevue ont été développées et adaptées à divers types de participants pour les 11 réseaux : coordonnateurs régionaux en SM, coordonnateurs et/ou intervenants d'équipe de soins primaires ou de services spécialisés, directeurs d'organismes communautaires, psychiatres répondants et omnipraticiens. Elles avaient pour principaux thèmes : 1) les caractéristiques des usagers desservis; 2) le processus d'implantation du PASM; 3) l'intégration du réseau; 4) les facteurs facilitant ou entravant l'implantation du PASM; et 5) les recommandations pour améliorer les services.

Les questionnaires impliquaient quatre types de répondants : les psychiatres répondants et les coordonnateurs de l'ensemble des équipes des services publics de SM des 11 réseaux, ainsi que pour quatre sous-

TABLEAU 1

Description des échelles standardisées (Coordonnateurs des équipes)

Mesure	Références	Description	Alpha de Cronbach au moment de la validation initiale
Culture organisationnelle	Cameron et Quinn (2006) ⁵⁰	6 items Échelle : 100 points par item (répartis en 4 choix) Plus élevé : culture dominante	N.A.
Performance (tâches et adaptation)	Griffin, Neal et Parker (2007) ³²	9 items 3 sous-dimensions (tâches d'équipe; adaptation d'équipe; proactivité d'équipe)	0,90

réseaux : l'ensemble des professionnels des équipes des soins publics et d'usagers de ces services (échantillon clinique). Le questionnaire destiné aux psychiatres répondants (octobre 2013 à juin 2014) portait sur les soins partagés, et s'intéressait aux caractéristiques des usagers, à leurs activités et à leurs impacts sur les services. Le questionnaire complété par les coordonnateurs des équipes de SM (octobre 2013 à juin 2014) incluait 252 items, dont certains reliés à deux échelles standardisées (tableau 1). Il couvrait : les caractéristiques du coordonnateur, des usagers et de l'équipe, la culture organisationnelle, les activités cliniques, les stratégies d'intégration ainsi que la fréquence et la satisfaction des interactions avec les autres équipes ou organisations. Le questionnaire destiné aux professionnels (mai à novembre 2013) couvrait lui aussi 252 items, la plupart provenant d'échelles standardisées (tableau 2). Finalement, les usagers étaient invités à compléter huit questionnaires standardisés (tableau 3).

L'ensemble des psychiatres répondants et des coordonnateurs des équipes de SM des 11 réseaux ont été identifiés à l'aide d'un comité d'orientation formé de décideurs-clés de chacun des réseaux. Pour le sous-échantillon de quatre réseaux, les coordonnateurs ont fourni une liste exhaustive des professionnels travaillant dans chacune des équipes. Ces professionnels faisaient ainsi partie des équipes de soins primaires ou spécialisés du secteur public; ils étaient constitués de trois membres ou plus par équipe provenant d'au moins deux disciplines. Les usagers ont été recrutés dans ces quatre mêmes réseaux par diverses stratégies (publicité dans les CH et CSSS, séances d'information auprès des intervenants, etc.). Les critères d'inclusion pour les usagers étaient d'être âgé entre 18 et 70 ans, d'avoir un diagnostic de

TABLEAU 2
Description des échelles standardisées (Professionnels)

Mesure	Références	Description	Alpha de Cronbach au moment de la validation initiale
Familiarité avec les autres membres de l'équipe	Maynard (2007) ⁵¹	5 items 1 seule dimension	0,78-0,99
Croyance envers les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire	Sicotte, D'Amour et Moreault (2002) ⁵²	5 items 1 seule dimension	0,92
Autonomie de l'équipe	Campion, Medsker et Higgs (1993) ⁵³	3 items 1 seule dimension	0,76
Satisfaction au travail	Spector (1985) ⁵⁴	20 items, 5 sous-dimensions (qualité de l'encadrement; récompenses basées sur le mérite; conditions de travail; relations avec collègues; travail proprement dit)	0,60-0,82
Participation aux processus décisionnels	Campion, Medsker et Higgs (1993) ⁵³	3 items 1 seule dimension	0,88
Promotion du rétablissement	O'Connell et coll. (2005) ⁵⁵	32 items, 5 sous-dimensions (buts dans la vie; participation; diversité des options de traitement; choix; services personnalisés)	0,76-0,90
Confiance	Simons et Peterson (2000) ⁵⁶	4 items 1 seule dimension	N.A.
Interdépendance d'équipe	Rossi (2008) ⁵⁷	20 items 3 sous-dimensions (interdépendance de tâches; interdépendance des ressources; interdépendance des objectifs)	0,77-0,88
Réflexivité d'équipe	De Dreu (2007) ⁵⁸	4 items 1 seule dimension	0,79
Engagement affectif envers l'équipe	Allen et Meyer (1990) ⁵⁹	4 items 1 seule dimension	0,86-0,92
Partage des connaissances	Bock et coll. (2005) ⁶⁰	5 items 1 seule dimension	0,93
Intégration des connaissances	Song et Xie (2000) ⁶¹	9 items 1 seule dimension	0,95
Production de connaissances	Bock et al. (2005) ⁶⁰	5 items 1 seule dimension	0,95
Performance (tâches et adaptation)	Griffin, Neal et Parker (2007) ³²	18 items 6 dimensions (tâches individuelles; adaptation individuelle; proactivité individuelle; tâche d'équipe; adaptation d'équipe; proactivité d'équipe)	0,67-0,93
Identification multifocale	Van Dick et coll. (2004) ⁶²	12 items 1 seule dimension	0,65

Climat d'équipe	Anderson et West (1998) ⁶³	19 items, 4 sous-dimensions (participation sécuritaire; soutien à l'innovation; objectifs de l'équipe; orientation envers la tâche)	0,84-0,92
Rôle informationnel	Chiocchio, Dubé et Lebel (2012) ⁶⁴	5 items 1 seule dimension	0,93
Conflits dans l'équipe	Jehn et Mannix (2001) ⁶⁵	9 items 3 sous-dimensions (conflits relationnels; conflits de tâches; conflits de processus)	0,93-0,94
Travail collaboratif	Chiocchio et coll. (2012) ⁶⁶	14 items, 4 sous-dimensions (communication; synchronie; coordination explicite; coordination implicite)	0,77-0,91
Soutien organisationnel	Spreitzer (1996) ⁶⁷	4 items 1 seule dimension	N.A.

TABLEAU 3
Description des questionnaires standardisés (Usagers)

Mesure	Références	Description	Alpha de Cronbach au moment de la validation initiale
Troubles de l'utilisation de substances (TUS)-Alcool (AUDIT)	Accietto, C. (2003) ⁶⁸	10 items Échelle: 1 à 5 Plus élevé = négatif	0,88
TUS-Drogues (DAST-20)	Carey, Carey et Chandra (2003) ⁶⁹	20 items Échelle: 0 à 1 Plus élevé = négatif	0,74
Fonctionnement dans la communauté (Multnomah Community Ability Scale)	Hendryx et coll. (2001) ⁷⁰	17 items Échelle: 1 à 5 Plus élevé = positif	0,87
Continuité des services (Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health)	Durbin et coll. (2004) ⁷¹	43 items Échelle: 1 à 5 Plus élevé = positif	0,78-0,92
Adéquation de l'aide reçue aux besoins (Montreal Assessment Needs Questionnaire)	Roux, Passerieux et Fleury (2016) ²⁰	26 items Échelle: 0 à 10 (quantité et qualité) Plus élevé = positif	0,91
Qualité de vie (Satisfaction with the Life Domain scale)	Caron, Mercier et Tempier (1997) ⁷²	20 items Échelle: 1 à 7 Plus élevé = positif	0,82
Soutien social (Social Provisions Scale)	Caron (1996) ⁷³	25 items Échelle: 1 à 4 Plus élevé = positif	0,78-0,92
Rétablissement (Recovery Assessment Scale)	Giffort et coll. (1995) ⁷⁴	41 items Échelle: 1 à 5 Plus élevé = positif	0,93

TM répertorié dans le DSM-5²⁸ ainsi que de consentir à ce que l'on consulte leur dossier médical. Le protocole de l'étude multisite a été approuvé par le comité d'éthique de l'IUSM Douglas.

Analyse des données

Les analyses quantitatives ont été produites à partir de SPSS-24.0. Pour les trois objectifs de l'étude, des analyses de fréquence pour les variables catégorielles et des moyennes pour les variables continues ont été effectuées. Pour les objectifs 1.b, 2 et 3, des analyses multivariées (linéaires, hiérarchiques, structurales et typologiques) ont été réalisées sur les variables dépendantes (performance, satisfaction et promotion du rétablissement dans les services; besoins, rétablissement et qualité de vie chez les usagers). La sélection des variables indépendantes a été balisée par l'adaptation de cadres d'analyse déjà publiés, dont le modèle de Donabedian²⁹, le *Input-mediator-outcomes input (IMOI) model*³⁰ et le modèle de Caron sur la qualité de vie³¹. Quant aux analyses qualitatives (objectif 1a), elles ont été produites à partir de N-Vivo-10. Après la transcription des entrevues, la codification s'est effectuée considérant les thèmes identifiés dans les grilles d'entrevue (volumes et délais de services, gamme de services, stratégies et outils déployés, facteurs facilitant ou entravant l'implantation du PASM, etc.), et tenant compte des réseaux, organisations et types d'équipes et professionnels participant à la recherche. Différentes procédures de validation ont été suivies (validité interjuge sur les codes, etc.).

Résultats

Évaluation du niveau d'implantation du PASM et facteurs favorisant ou entravant sa mise en œuvre

Pour répondre au premier objectif de recherche, 102 acteurs clés (94 %) ont participé aux entrevues qualitatives. Globalement, 78 entrevues ont été réalisées, soit 63 individuelles et 15 de groupes. De plus, 90 coordonnateurs (93 %) et 16 psychiatres répondants (80 %) ont répondu aux questionnaires. La figure 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Dans chacun des 11 réseaux, au moins une équipe de soins primaires en SM a été déployée, ce nombre étant supérieur dans les réseaux urbains. Un guichet d'accès a été implanté dans neuf des 10 réseaux ayant 50 000 habitants ou plus. Des psychiatres répondants

étaient en fonction dans huit réseaux (73 %). Néanmoins, le ratio de professionnels par 100 000 habitants n'était réalisé que dans six réseaux. Plusieurs équipes de soins primaires étaient dépourvues d'omnipraticiens et du soutien de psychiatres répondants. Ces derniers intervenaient davantage auprès des équipes de soins primaires en SM qu'auprès des omnipraticiens en cliniques médicales. Plusieurs omnipraticiens ont été réfractaires à utiliser le guichet d'accès ou les services des psychiatres répondants, ces derniers étant perçus comme ne répondant pas suffisamment adéquatement à leurs besoins. Pour les guichets d'accès, le temps d'attente élevé et la non-rétroaction du suivi aux omnipraticiens étaient particulièrement critiqués; pour les psychiatres répondants, l'inadéquation de leur soutien quant à leur horaire chargé était la principale critique recensée. Certains psychiatres se sont aussi vivement opposés aux soins partagés, craignant une augmentation des listes d'attente aux services spécialisés¹⁵. Enfin, l'accès aux guichets d'accès et aux traitements de l'équipe de soins primaires de SM ou des services spécialisés, dont des maximums de temps d'attente avaient été fixés par le PASM pour l'évaluation et le traitement, était problématique dans la majorité des réseaux étudiés^{13, 14}.

Les objectifs de la réforme ont été mieux atteints dans les grands réseaux pourvus de services spécialisés dans un CH. Dans ces réseaux, des collaborations entre les organismes existaient préalablement et certaines composantes du PASM avaient déjà été introduites avant son implantation. Le PASM représentait donc pour ces réseaux une continuité dans les transformations plutôt qu'un changement majeur. Dans les réseaux pourvus d'un IUSM, la rivalité entre ce dernier et le CSSS a retardé l'implantation du PASM. Les conditions de départ étaient encore plus défavorables dans les petits réseaux pourvus de services spécialisés dans un CH et dans ceux sans service spécialisé. Ces réseaux, plus défavorisés en ressources, ont été plus affectés par le roulement de personnel et par le transfert d'usagers ayant des TM graves ou concomitants vers les soins primaires¹⁴.

Le fait que le PASM se soit concentré surtout sur le déploiement de nouvelles structures sans focaliser sur les pratiques et sur les stratégies pour les opérationnaliser a également conduit à une implantation mitigée, particulièrement dans les réseaux moins pourvus en ressources ou d'un leadership affirmé en faveur du PASM. Lorsqu'elles ont été implantées, les stratégies d'intégration ont entraîné une plus grande formalisation des relations interorganisationnelles. Les ententes de services et plusieurs pratiques basées sur les données probantes ont été

peu implantées. Le recours au Centre national d'excellence en SM a cependant joué un rôle clé de facilitateur dans la consolidation de l'intégration des services et des soins primaires, principalement en offrant de la formation et de l'encadrement auprès des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable et en introduisant certains outils cliniques standardisés pour les soins primaires.

Performance des équipes de SM selon leurs coordonnateurs

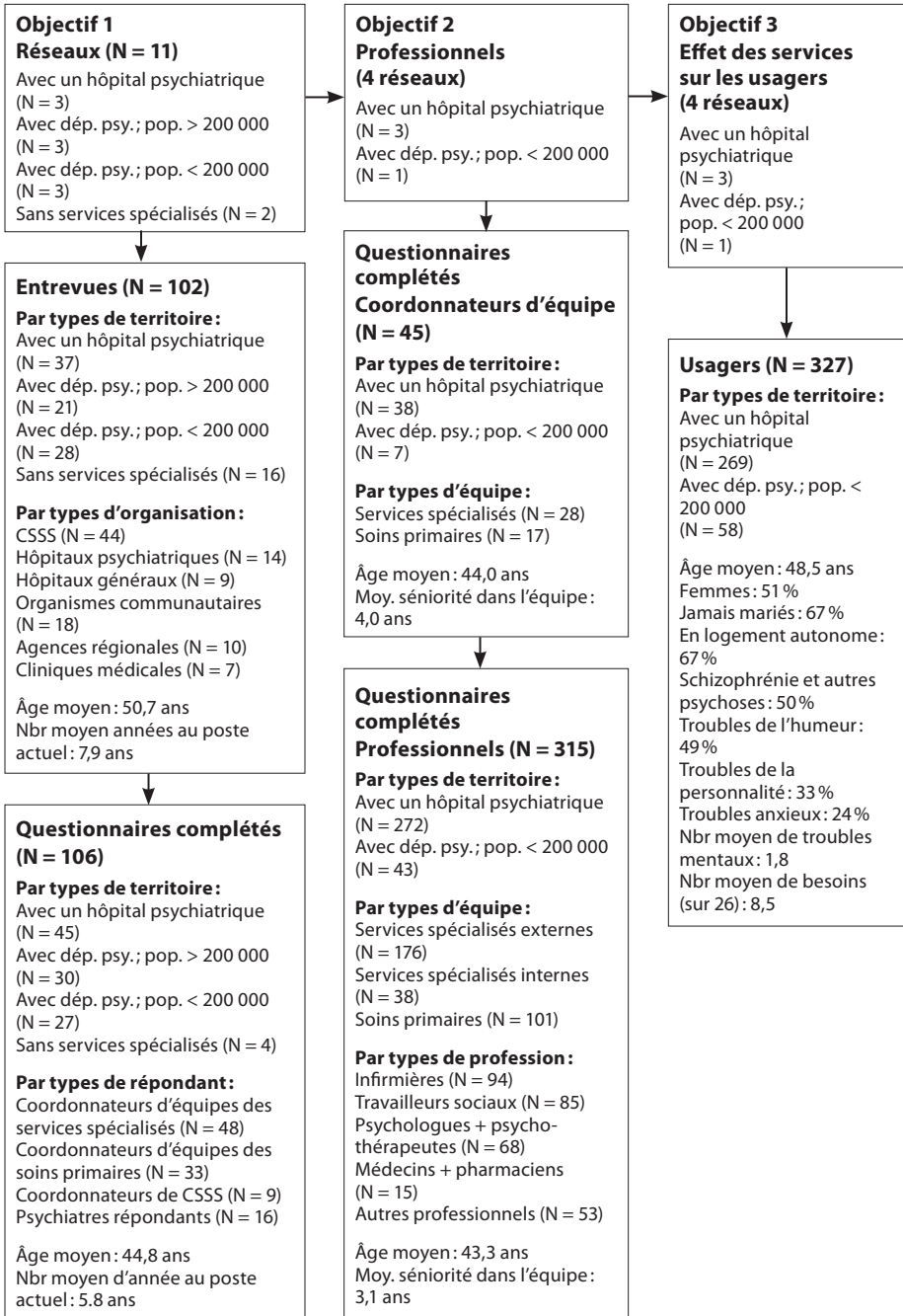
La recherche a aussi porté sur les déterminants de la performance (définie comme les dynamiques individuelles et d'équipe contribuant à l'efficacité, et reliée à la maîtrise des tâches et la capacité d'adaptation ou d'innovation)³² de 79 équipes de SM selon le point de vue de leur coordonnateur (figure 1). Ces travaux^{17, 21} ont montré que le nombre d'années d'expérience (séniorité) du coordonnateur et une plus grande utilisation d'outils cliniques standardisés (p. ex. guide de dépistage et d'évaluation des TM ou des TUS) étaient les variables influençant le plus directement la performance d'équipe. Une plus grande utilisation d'approches cliniques telles que la thérapie cognitivo-comportementale, l'approche par les forces et l'entretien motivationnel, le fait d'être une équipe spécialisée, et une plus grande fréquence d'interactions entre les équipes et les organisations ont aussi été considérés comme contribuant à la performance. Néanmoins, les réseaux comportant une plus grande proportion de grands utilisateurs et d'utilisateurs aux prises avec un trouble de la personnalité rapportaient une moindre performance d'équipe. Quant aux stratégies d'intégration comme les ententes de services, les agents de liaison et la formation conjointe, elles ont influencé indirectement la performance d'équipe en agissant sur les facteurs précédents. Enfin, la performance d'équipe était associée à deux types de culture organisationnelle, soit celle dite « hiérarchique »³³ (axée sur la qualité et la collaboration) plus fréquente dans les services spécialisés, et celle dite « de clan » (axée sur l'esprit familial, voir paternaliste), dominante surtout dans les équipes de soins primaires.

Perception des professionnels des équipes de SM concernant les processus cliniques

Le second objectif de la recherche, soit l'appréciation des processus (performance, satisfaction, promotion du rétablissement) était basé sur la perception de 315 professionnels (taux de réponse : 68 %) intervenant dans quatre réseaux de services (figure 1). Concernant la perception des professionnels sur leur performance d'équipe, les résultats montrent

FIGURE 1

Caractéristiques sociodémographiques des répondants



que celle-ci était surtout influencée par l'interdépendance, le travail collaboratif, la participation aux processus décisionnels, la promotion du rétablissement et la croyance dans les bénéfices de la collaboration interdisciplinaire^{16, 19, 27}. Le facteur le plus important était le partage des connaissances, influençant autant la performance des équipes de soins primaires que des services spécialisés. Les variables géographiques (fréquence des interactions avec les omnipraticiens...) ont surtout exercé une influence sur la performance des équipes spécialisées. Les caractéristiques individuelles (moindre séniorité dans l'équipe...) et organisationnelles (faible proportion d'utilisateurs ayant des troubles de personnalité et un moindre pourcentage de temps consacré à la gestion des épisodes de crise...) ont davantage influencé la performance des équipes de soins primaires¹⁶. Par ailleurs, une analyse typologique¹⁸ a permis d'identifier cinq profils d'équipe de professionnels selon le degré perçu de performance. Cette dernière était plus forte dans les équipes rassemblant les membres de professions biomédicales (psychiatrie, médecine, sciences infirmières) intervenant dans des équipes spécialisées externes, mais nettement plus faible chez les équipes composées surtout de professionnels psychosociaux ayant peu d'expérience et intervenant dans les soins primaires. Les équipes présentant une moins bonne performance étaient plus affectées par des conflits et présentaient de plus mauvais résultats dans la plupart des autres processus d'équipe (autonomie, confiance, familiarité avec les autres membres, engagement affectif envers l'équipe, support de l'équipe, etc.).

Nos résultats indiquent aussi une forte association entre la performance et la satisfaction au travail^{22, 24, 25}. À l'instar de la performance, la satisfaction au travail était surtout associée à des processus d'équipe, principalement la faible présence de conflits, un grand soutien de l'équipe, l'intensité de la collaboration et la participation aux processus décisionnels. Un bon climat d'équipe influençait positivement la plupart des variables de satisfaction au travail. Une culture de type « marché »³³ (axée sur les résultats dans des milieux compétitifs, incluant la satisfaction des usagers) favorisait aussi la satisfaction au travail. Finalement, les infirmières étaient beaucoup moins satisfaites au travail que les membres des autres professions²⁴.

Quant aux services axés sur le rétablissement, ils ont davantage été associés à des caractéristiques organisationnelles : appartenir à une équipe de soins primaires, interagir davantage avec les organismes communautaires en SM, utiliser plus d'outils d'évaluation de la satisfaction des usagers, ne pas intégrer une culture organisationnelle du

type «clan»³³, et suivre une plus grande proportion d'utilisateurs ayant des TM concomitantes et de santé physique, et ayant des idées suicidaires²⁶. Divers processus d'équipe sont associés à la promotion du rétablissement : le partage et la production de connaissances, la réflexivité (capacité à s'adapter à des conditions nouvelles), le support et la confiance envers l'équipe et l'existence d'un climat propice à l'innovation³⁴.

Effets des services de SM sur les utilisateurs

Concernant le troisième objectif de la recherche s'intéressant à la capacité à répondre aux besoins des utilisateurs, à assurer leur rétablissement et leur qualité de vie, l'information fut collectée auprès de 327 utilisateurs (taux de réponse de 81 %, quatre réseaux – figure 1). Nos résultats indiquent que la performance des services (définie ici selon l'aide reçue, la continuité des services et la promotion du rétablissement) était associée au rétablissement et à la qualité de vie des utilisateurs^{20, 23}. Une augmentation du nombre de besoins sérieux perçus par les utilisateurs était aussi reliée à une moindre performance des services et à des effets moins positifs chez les utilisateurs.

Bien qu'une meilleure qualité de vie soit la variable la plus fortement associée au rétablissement, ce dernier était également influencé positivement par plusieurs variables d'utilisation de services : avoir un médecin de famille, utiliser un centre de réadaptation en dépendance (alcool), une banque alimentaire et consulter un psychologue. Une association négative était toutefois rapportée entre le rétablissement et l'utilisation des centres de réadaptation en dépendance pour les drogues et le nombre de professionnels consultés. Le rétablissement était aussi fortement relié à un plus grand nombre de besoins perçus et à une moindre sévérité des besoins de santé (p. ex. symptômes psychotiques), sociaux (p. ex. relations sociales) et de base (p. ex. logement).

Quant à la qualité de vie, elle était surtout associée à une faible sévérité des besoins, à une plus grande continuité des services, à un plus grand rétablissement et à l'adéquation de l'aide reçue par rapport aux besoins. Être un homme, ne pas vivre seul, être affecté d'un trouble de l'humeur comparé à d'autres diagnostics, et ne pas être affecté d'un TUS (drogues) étaient les autres variables associées à une meilleure qualité de vie²³.

Discussion

Tout comme dans les autres pays industrialisés, les objectifs du PASM 2005-2015 étaient d'accroître le rétablissement des utilisateurs,

l'accessibilité aux services de SM en renforçant les soins primaires, d'améliorer la qualité des soins principalement par le développement de pratiques reposant sur des données probantes et d'accroître l'intégration des services. Ces objectifs n'ont été réalisés que partiellement dans les réseaux de services à l'étude. Divers éléments peuvent expliquer les retards et lacunes observés dans l'implantation du PASM. D'une part, son implantation a coïncidé avec la réforme du système de santé qui a entraîné la fusion de plusieurs organisations ayant des valeurs et des pratiques différentes. D'autre part, l'absence de guide précisant comment mettre en œuvre les nouvelles structures et services a causé des retards dans leur implantation. Aussi, certaines de ces nouvelles structures, comme le guichet d'accès ou les soins partagés ne répondaient pas toujours aux attentes des professionnels, dont les omnipraticiens, expliquant leur réticence à les utiliser. Enfin, contrairement à d'autres réformes³⁵, le PASM n'a pas mis un grand accent sur le soutien et la formation du personnel, particulièrement dans les nouvelles équipes de soins primaires. Sans surprise, les réseaux ayant mieux réussi l'implantation du PASM étaient ceux qui avaient déjà commencé à mettre en œuvre certaines de ses composantes avant son déploiement officiel.

Bien que le PASM ait conduit à l'implantation d'équipe de soins primaires, nos travaux ont démontré que la performance et la satisfaction des professionnels y étaient moindres que dans les équipes spécialisées. Comme l'ont démontré les résultats de l'analyse typologique¹⁸, l'absence de psychiatres ou d'omnipraticiens dans plusieurs de ces équipes et d'autres processus d'équipes défavorables (autonomie, confiance, etc.) pourraient expliquer leur moindre performance. Dans certains pays à l'encontre du Québec, les équipes de soins primaires sont davantage multidisciplinaires, regroupant l'ensemble des professionnels nécessaires aux services de SM, incluant des spécialistes en dépendance³⁵. Par ailleurs, les équipes de soins primaires étaient encore récentes au moment de l'étude et les professionnels qui les composaient n'avaient pas encore appris à travailler ensemble, ce qui explique l'influence de variables plus endogènes sur leur performance (caractéristiques individuelles et organisationnelles), par rapport à des variables plus exogènes contribuant plutôt à la performance des services spécialisés (variables géographiques). Notamment, une familiarité dans l'équipe permet une meilleure communication et la réduction des risques d'erreurs³⁶. L'association entre la séniorité du coordonnateur et la performance des équipes souligne également l'importance pour les décideurs d'assurer

une stabilité dans les équipes, un coordonnateur établi étant plus apte à assumer son leadership et à influencer les processus d'équipe³⁷. En outre, les professionnels transférés des services spécialisés vers les nouvelles équipes ont dû s'ajuster aux conditions de travail en première ligne. Selon plusieurs études³⁸⁻⁴⁰, l'ambiguïté des rôles est une importante source de stress individuel pouvant nuire à la performance d'équipe. Inversement, quand le rôle de chacun est bien défini, les professionnels ont un meilleur contrôle sur leurs activités, ce qui renforce la capacité de l'équipe à s'adapter et à être proactive³². Une culture organisationnelle « hiérarchique », souvent retrouvée dans les grands établissements de santé³³ où les rôles sont bien établis et les fonctions axées sur la qualité des services, mériterait d'être promue dans les équipes de soins primaires. Finalement, la moindre performance de ces dernières peut être reliée à la proportion élevée d'usagers ayant des troubles de la personnalité ou autres TM complexes ou concomitants que les intervenants des soins primaires ne sont peut-être pas toujours bien préparés à prendre en charge⁴¹.

Un plus grand déploiement des pratiques fondées sur les données probantes était souhaité dans le PASM afin d'améliorer la qualité des soins. Nos résultats ont montré une association entre l'utilisation des outils standardisés et des approches cliniques et la performance des équipes²¹. Ceux-ci augmentent la capacité des professionnels à dépister et à traiter adéquatement les TM⁴². De plus, ils facilitent le déploiement d'une communauté de pratique chez les professionnels, favorisant leur capacité à travailler en collaboration⁴³. Nos résultats soulignent néanmoins que les pratiques basées sur les données probantes ont néanmoins été peu déployées, particulièrement dans les réseaux hors des IUSM.

Le PASM préconisait aussi une plus grande intégration des services afin d'assurer une meilleure continuité des soins, particulièrement pour les usagers avec des TM graves ayant été transférés dans la communauté. Nos résultats ont illustré qu'une plus grande fréquence d'interaction entre les équipes et organisations augmentait à la fois la performance des équipes de SM et la continuité des services aux usagers. De fréquentes interactions organisationnelles facilitent le transfert de connaissances et de pratiques qui peuvent ensuite émerger à l'intérieur de l'équipe, améliorant la performance individuelle et d'équipe. Elles contribuent également, si elles sont satisfaisantes, à créer un climat de confiance entre les organisations⁴⁴ et propice à la collaboration interdisciplinaire.

Nos résultats démontrent qu'outre les structures, les processus d'équipe contribuent à la performance et aux effets des services sur les usagers. Notamment, la participation des professionnels aux décisions d'équipe favorise leur performance et le rétablissement des usagers. Des études ont montré que l'implication des professionnels dans les décisions les rend plus satisfaits de leur travail⁴⁵ et plus responsables dans leur engagement envers les usagers⁴⁶. De mêmes nos résultats ainsi que ceux d'autres études^{47, 48} ont démontré qu'une plus grande autonomie des professionnels augmente leur motivation au travail, contribuant à améliorer la performance d'équipe. Le partage des connaissances est aussi une condition essentielle pour assurer l'efficacité d'une équipe interdisciplinaire⁴⁹. La sévérité des besoins des usagers limite néanmoins l'adéquation de l'aide, influençant la performance des équipes²⁰. Nos résultats rapportent enfin une association importante entre la qualité de vie des usagers et leur rétablissement ainsi que la continuité et la diversité des services²³.

Limites de la recherche

Comme il s'agit d'une recherche synthèse d'un programme comportant près d'une vingtaine d'articles publiés ou en révision, il a été impossible de présenter les détails des analyses ou résultats de chaque article. Des tests de comparaison entre les répondants et non-répondants (coordonnateurs, professionnels, usagers), incluant des analyses multiniveaux pour les équipes, ont aussi été réalisés comportant aucune différence significative entre les groupes; ces derniers ont été essentiellement présentés dans d'autres publications^{21, 26, 34}. Cette étude était par ailleurs transversale et ne concernait que l'évaluation de certaines composantes du PASM; elle n'a donc pas permis d'étudier l'évolution de l'implantation du PASM à travers le temps et les résultats de ce dernier dans sa globalité. Enfin, la généralisation des résultats à l'ensemble du Québec devra être testée par d'autres études similaires.

Conclusion

Ce programme de recherche a permis de mieux cerner l'implantation du PASM et son impact sur les services, la performance des équipes et sur les usagers. Bien que les soins primaires aient été consolidés, les pratiques et services méritent grandement d'être améliorés afin de rehausser la continuité, l'adéquation de l'aide aux besoins et le

rétablissement des usagers. Plusieurs recommandations découlent de nos résultats. Sur le plan des structures, les décideurs pourraient promouvoir dans les équipes des cultures organisationnelles favorisant davantage la qualité des services et la collaboration. Étant donné que les stratégies d'intégration influencent indirectement la performance d'équipe, mais qu'elles sont sous-utilisées, il est recommandé de les implanter plus systématiquement. Ces stratégies devraient concerner non seulement l'intégration clinique, mais aussi l'intégration administrative et professionnelle. Les contrats de services et agents de liaison sont des exemples de stratégies favorisant l'intégration administrative entre les organisations. Par ailleurs, une plus grande emphase sur le soutien et la formation est recommandée, encourageant le partage des connaissances entre les professionnels et l'augmentation de leurs compétences. Ceux-ci pourraient viser particulièrement l'utilisation d'outils d'évaluation et de dépistage des TM et de meilleures pratiques d'intervention, éléments essentiels pour assurer une bonne qualité des soins. Dans un contexte de réforme susceptible de perturber les pratiques professionnelles, il est aussi suggéré pour les coordonnateurs de bien encadrer les professionnels et de soutenir leur implication dans les processus décisionnels concernant le traitement des usagers. Enfin, un soutien biopsychosocial diversifié et continu d'intensité variable est recommandé pour améliorer l'adéquation des services aux usagers ainsi que leur qualité de vie et leur rétablissement.

Remerciements

Cette étude a été subventionnée par le Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS), le programme d'équipe de recherche en santé mentale, ainsi que par le Programme *Prends soin de toi*. Nous aimerions aussi remercier notre comité d'orientation, Dre Denise Aubé, ainsi que tous les participants et agents de recherche de ce projet, lesquels ont contribué activement à la réalisation de l'étude.

RÉFÉRENCES

- ¹ Mathers, C. et Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442.
- ² Kirby, M.J. et Keon, W.J. (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des et services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie*, Ottawa: Canada: Comité sénatorial permanent des affaires sociales. 2006.
- ³ Fleury, M.J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux. Vol. 2, Rapport*

d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2012. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.

- ⁴ Steel, Z. et coll. et coll. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493.
- ⁵ Whiteford, H.A. et coll. (2014). Estimating treatment rates for mental disorders in Australia. *Australian Health Review*, 38(1), 80-85.
- ⁶ Hogan, M. (2014). Mental health reform under policy mainstreaming: needed, but uncertain. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(1), 11-16.
- ⁷ Nicaise, P., Dubois, V. et Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), 120-127.
- ⁸ Potvin, N. (2012) Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens. Québec, Canada: Direction de l'évaluation. Direction de la santé mentale, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ⁹ Fleury, M.J. en collaboration avec Delorme, A. (2014). Politiques de santé mentale. (Rédacteurs invités, numéro spécial). *Santé Mentale au Québec*, 39,1.
- ¹⁰ Vallée, C. et coll. (2009). Plan d'action québécois en santé mentale: contextes de mise en oeuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 35-53.
- ¹¹ Bosch, M. et coll. (2009). Review article: Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination: a literature review. *Medical Care Research and Review* 66(6 Suppl), 5S-35S.
- ¹² Wholey, D.R. et coll. (2012). The teamwork in assertive community treatment (TACT) scale: development and validation. *Psychiatric Services*, 63(11), 1108-1117.
- ¹³ Fleury, M.J. et coll. (2016). Implementation of the Quebec mental health reform (2005-2015). *BMC Health Services Research*, 16(1), 586.
- ¹⁴ Fleury, M.J., Grenier, G., Vallée, C., Aubé, D. et Farand, L. (2017). Implementation of Integrated Service Networks under the Quebec Mental Health Reform: Facilitators and Barriers associated with Different Territorial Profiles. *International Journal of Integrated Care*, 17(1), 3.
- ¹⁵ Fleury, M.J., Grenier, G. et Robitaille, D. (2016). Implementation of the Consultation-liaison Model in Quebec and its Impact on Primary Care Providers. *Mental Health in Family Medicine*, 12, 228-240.
- ¹⁶ Fleury, M.J., Grenier, G., Bamvita, J.M. et Chiochio, F. (2017). Variables associated with work role performance in multidisciplinary mental health teams overall, and in primary care and specialized services teams respectively. *Evaluation & the Health Professions*, 163278717734282.
- ¹⁷ Fleury, M.J., Grenier, G., Bamvita, J.M. et Farand, L. (2017). Relations between mental health team characteristics and work role performance. *Plos One*, 12(10), e018545.

- 18 Markon, M.P., Bamvita, J.M., Chiocchio, F. et Fleury, M.J. (2017). Profiles of mental health care professionals based on work role performance. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 827-838.
- 19 Markon, M.P., Chiocchio, F. et Fleury, M.J. (2017). Modelling the effect of perceived interdependence among mental healthcare professionals on their work role performance. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 520-528.
- 20 Roux, P., Passerieux, C. et Fleury, M.J. (2016). Mediation analysis of severity of needs, service performance and outcomes for patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 511-516.
- 21 Fleury, M.J., Grenier, G., Bamvita, J.M. et Chiocchio, F. (2017). Variables associated with work performance in multidisciplinary mental health teams. *Sage Open Medicine*, 5, 1-12.
- 22 Fleury, M.J., Grenier, G., Bamvita, J.M. et Chiocchio, F. (2017). Associated and Mediating Variables Related to Job Satisfaction among Professionals from Mental Health Teams. *Psychiatric Quarterly*, Oct 3.
- 23 Fleury, M.J., Grenier, G. et Bamvita, J.M. (2018). Associated and mediating variables related to quality of life among service users with mental disorders. *Quality of Life Research*, 27(2), 491-502.
- 24 Fleury, M.J., Grenier, G. et Bamvita, J.M. (2017). A comparative study of job satisfaction among nurses, psychologists/psychotherapists and social workers working in Quebec mental health teams. *BMC Nursing*, 16, 62.
- 25 Fleury, M.J., Grenier, G. et Bamvita, J.M. (2017). Job satisfaction among mental healthcare professionals: The respective contributions of professional characteristics, team attributes, team processes, and team emergent states. *Sage Open Medicine*, 5, 2050312117745222.
- 26 Fleury, M.J., Sabetti, J. et Bamvita, J.M. (2018). Modelling relationships involving perceived recovery orientation of mental health teams among Quebec mental health professionals. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, Mar. 6.
- 27 Fleury, M.J., Grenier, G., Bamvita, J.M., Markon, M.P. et Chiocchio, F. (In press). Variables associated with perceived work role performance among mental healthcare professionals: The importance of team dynamics. *European Journal for Person Centred Healthcare*.
- 28 American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. 2013, Arlington, Va: American Psychiatric Publishing.
- 29 Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge MA: Harvard University Press for the Commonwealth Fund.
- 30 Ilgen, D.R., Hollenbeck, J.R., Johnson, M. et Jundt, D. (2005). Teams in organizations: from input-process-output models to IMOI models. *Annual Review of Psychology*, 56, 517-543.
- 31 Caron, J. (2012). Predictors of quality of life in economically disadvantaged populations in Montreal. *Social Indicators Research*, 107(3), 411-427.

- 32 Griffin, M.A., Neal, A. et Parker, S.K. (2007). A new model of work role performance: positive behavior in uncertain and interdependent contexts. *Academy of Management Journal*, 50(2), 327-347.
- 33 Scammon, D.L. et coll. (2014). Organizational culture associated with provider satisfaction. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(2), 219-228.
- 34 Fleury, M.J., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J.M. et Vallée, C. (In press). Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented teamwork among Quebec mental health professionals. *British Journal Of Psychiatry Open*.
- 35 Thiebaut, G.C., Farand, L. et Fleury, M.J. (2014). Politiques et plans d'action en santé mentale dans l'OCDE: leçons pour le Québec?. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 65-84.
- 36 Courtenay, M., Nancarrow, S. et Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health*, 11, 57.
- 37 Mathieu, J., Maynard, M.T., Rapp, T. et Gilson, L. (2008). Team Effectiveness 1997-2007: A review of recent advancements and a glimpse into the future. *Journal of Management*, 34, 410-477.
- 38 Gilboa, S., Shirom, A., Fried, Y. et Cooper, C. (2008). A meta-analysis of work demand stressors and job performance: examining main and moderating effects. *Personnel Psychology*, 61(2), 227-271.
- 39 Acker, G.M. (2004). The effect of organizational conditions (role conflict, role ambiguity, opportunities for professional development, and social support) on job satisfaction and intention to leave among social workers in mental health care. *Community Mental Health Journal*, 40(1), 65-73.
- 40 Onyett, S., Pillinger, T. et Muijen, M. (1997). Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 6(1), 55-66.
- 41 Laugharne, R. & Flynn, A. (2013). Personality disorders in consultation-liaison psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 26(1), 84-89.
- 42 Lyon, A.R., Dorsey, S., Pullmann, M., Silbaugh-Cowdin, J. et Berliner, L. (2015). Clinician use of standardized assessments following a common elements psychotherapy training and consultation program. 42(1), 47-60.
- 43 Fleury, M.J. (2006). Integrated service networks: the Quebec case. *Health Services Management Research*, 19(3), 153-165.
- 44 Berwick, D.M. (2003). Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Quality and Safety in Healthcare*, 12(6), 448-452.
- 45 Lee, H. & Cummings, G.G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 768-783.
- 46 Judge, T.A., Thoresen, C.J., Bono, J.E. et Patton, G.K. (2001). The job satisfaction-job performance relationship: a qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 127(3), 376-407.

- 47 Janz, B.D., Colquitt, J.A. et Noe, R.A. (1997). Knowledge worker team effectiveness: The role of autonomy, interdependence, team development, and contextual support variables. *Personnel Psychology*, 50(4), 877-904.
- 48 Langfred, C.W. et Moye, N.A. (2004). Effects of task autonomy on performance: an extended model considering motivational, informational, and structural mechanisms. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 934-945.
- 49 Wang, S. et Noe, R.A. (2010). Knowledge sharing: A review and directions for future research. *Human Resource Management Review*, 20, 115-131.
- 50 Cameron, K.S. et Quinn, R.E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture based on the Competing Values Framework. Revised edition*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- 51 Maynard, M.T. (2007). *The impact of experience and familiarity: An examination in project teams*. Storrs, CT : University fo Connecticut.
- 52 Sicotte, C., D'Amour, D. et Moreault, M.-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55(6), 991-1003.
- 53 Campion, M.A., Medsker, G.J. et Higgs, A.C. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology*, 46(4), 823-850.
- 54 Spector, P.E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction : development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 693-713.
- 55 O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. et Davidson, L. (2005). From rethoric to routine; assessing peceptions of recovery-oriented practices in a state mental health addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- 56 Simons, T.L. et Peterson, R.S. (2000). Task conflict and relationship conflict in top management teams: the pivotal role of intragroup trust. *Journal of Applied Psychology*, 85(1), 102-11.
- 57 Rossi, M.E. (2008). *The development and validation of the comprehensive team interdependence scale*, in *Psychology*. 2008, Tampa, FL : University of South Florida.
- 58 De Dreu, C.K. (2007). Cooperative outcome interdependence, task reflexivity, and team effectiveness: a motivated information processing perspective. *Journal of Applied Psychology*, 92(3), 628-38.
- 59 Allen, N.J. et Meyer, J.P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18.
- 60 Bock, G.W., Zmud, R.W., Kim, Y.G. et Lee, J.N. (2005). Behavioral Intention Formation in Knowledge Sharing: Examining the Roles of Extrinsic Motivators, Social-Psychological Forces, and Organizational Climate. *MIS Quarterly*, 29(1), 87-111.

- 61 Song, M. et Xie, J. (2000). Does innovativeness moderate the relationship between cross-functional integration and product performance? *Journal of International Marketing*, 8(4), 61-89.
- 62 Van Dick, R., Wagner, U., Stellmacher, J. et Christ, O. (2004). The utility of a broader conceptualization of organizational identification: which aspects really matter? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(2), 171-191.
- 63 Anderson, N.R. et West, M.A. (1998). Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 235-258.
- 64 Chiocchio, F., Lebel, P. et Dubé, J.-N. (2012). *Informational role self-efficacy: A validation in interprofessional collaboration contexts involving service and project teams*. Paper presented at the 40th Annual Convention of the Administrative Sciences Association of Canada.
- 65 Jehn, K.A. et Mannix, E.A. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Academy of Management Journal*, 44(2), 238-251.
- 66 Chiocchio, F., Grenier, S., O'Neill, T.A., Savaria, K. et Willms, J.D. (2012). The effects of collaboration on performance: A multilevel validation in project teams. *International Journal of Project Organisation and Management*, 4(1), 1-37.
- 67 Spreitzer, G.M. (1996). Social structural characteristics of psychological empowerment. *Academy of Management Journal*, 39(2), 483-504.
- 68 Accietto, C. (2003). *La validation d'une version française du questionnaire A.U.D.I.T. «Alcohol Use Identification Test»*. Genève, Suisse: Université de Genève.
- 69 Carey, K.B., Carey, M.P. et Chandra, P.S. (2003). Psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and Short Drug Abuse Screening Test with psychiatric patients in India. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(7), 767-774.
- 70 Hendryx, M., Dyck, D.G., McBride, D. et Whitbeck, J. (2001). A test of the reliability and validity of the Multnomah Community Ability Scale. *Community Mental Health Journal*, 37(2), 157-168.
- 71 Durbin, J., Goering, P., Streiner, D.L. et Pink, G. (2004). Continuity of care: validation of a new self-report measure for individuals using mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(3), 279-296.
- 72 Caron, J., Mercier, C. et Tempier, R. (1997). Une validation québécoise du Satisfacation with Life Domains Scale. *Santé Mentale au Québec*, 22(2), 195-217.
- 73 Caron, J. (1996). L'Échelle de Provisions Sociales: la validation québécoise du Social Provisions Scale. *Santé Mentale au Québec*, 21(2), 158-180.
- 74 Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C. et Gervain, M., (1995). *Construction of a Scale to Measure Consumer Recovery*. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health.

Croire, s'impliquer, s'attacher : perspectives d'intervenants d'unités de longue durée en psychiatrie sur l'expérience d'accompagnement vers le rétablissement

Karl Turcotte^a

Bernadette Dallaire^b

RÉSUMÉ Cette étude qualitative porte sur l'expérience des intervenants dans l'accompagnement au rétablissement dans les unités d'hébergement et de soins de longue durée en psychiatrie de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Neuf intervenants de différentes professions (infirmiers, professionnels, éducateurs spécialisés) ont été rencontrés entre février et juin 2014. Chacun a participé à une entrevue semi-dirigée et complété le *Recovery Attitude Questionnaire*, version à 7 items (RAQ-7). Les propos recueillis font ressortir trois composantes centrales de l'expérience d'accompagnement, à savoir l'espoir, l'implication et l'attachement envers la personne aidée. La relation entre ces trois composantes n'est cependant pas une dynamique fermée, car des facteurs contextuels, environnementaux et interprétatifs sont également en cause ; notamment le fait de côtoyer quotidiennement des usagers présentant des symptômes importants, la culture du milieu d'intervention, ainsi que l'attitude de l'intervenant et les définitions qu'il élabore à propos du concept de rétablissement. La prise en compte de ces facteurs peut favoriser une implantation réussie de modes d'intervention favorables au rétablissement des usagers dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée en psychiatrie.

a. Travailleur social, M. Serv. Soc., CIUSSS de la Capitale-Nationale.

b. Professeure titulaire, École de service social, Université Laval.

MOTS CLÉS rétablissement, maladie mentale sévère, centre d'hébergement et de soins de longue durée, vécu des intervenants, intervenants, pratiques orientées vers le rétablissement

Hope, Involvement and Commitment: Provider's Perspective on Supporting Persons with Severe Mental Disorder to their Recovery in Long-Term Psychiatric Unit

ABSTRACT The aim of this qualitative study is to explore the experience of supporting persons with severe mental disorder to their recovery in long-term psychiatric unit of the Institut universitaire en santé mentale de Québec. Semi-structured interviews were conducted with nine inpatient mental health providers and they answered the *Recovery attitude questionnaire* (RAQ-7).

Results The comments gathered point to three central components of the experience, namely hope, involvement and commitment to the person. The link between those components is, however, not a closed dynamic because contextual, environmental and interpretive factors are also involved including being confronted to inpatient with significant symptoms and the culture of the organization, the provider's attitude toward the concept of recovery and its definition of the concept. Consideration of these factors can promote a successful implementation of favourable modes of intervention in the recovery of users in residential and long-term psychiatric care environments.

KEYWORDS recovery-focused mental health services, recovery, serious mental illness, in-patient mental health providers, long-term psychiatric unit

Introduction

Dans le domaine de la santé mentale, les pratiques orientées vers le rétablissement sont désormais centrales. Alors que les écrits scientifiques portant sur les expériences des usagers en cette matière sont nombreux, on en sait encore peu sur celles qui sont vécues par les praticiens appelés à intervenir auprès d'eux. Cela est encore plus vrai à propos des contextes d'intervention tels que les milieux institutionnels de soins de longue durée en psychiatrie, marqués par la présence d'une clientèle considérée comme « lourde et complexe » et dont le rétablissement demande des interventions particulières¹. Ces personnes sont décrites comme présentant des psychoses réfractaires aux traitements, des comportements très dérangeants et un risque ou une dangerosité perçus comme importants². À partir de résultats d'une recherche réalisée dans le cadre d'un projet de maîtrise³ au Centre

intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN), site Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), le présent article s'intéresse aux expériences d'intervenants dans l'accompagnement de ces personnes au rétablissement.

Mise en contexte

Les définitions du rétablissement en santé mentale abondent. On peut les classer selon deux grandes catégories, à savoir le rétablissement clinique et le rétablissement personnel^{4, 5}. Le rétablissement clinique, plus souvent évoqué par des personnes exerçant un rôle d'intervention, vise avant tout une atténuation ou une rémission des symptômes et une restauration du fonctionnement. Dans cette optique, il est un état observable et objectif, habituellement défini par le clinicien, et se manifestant de façon similaire d'un individu à l'autre⁵. Or, Andresen et coll.⁶ soulignent qu'en raison de l'emphase qu'il place sur l'évaluation des symptômes et le fonctionnement, le rétablissement clinique s'inscrit dans un modèle médical qui entre souvent en conflit avec les définitions provenant des personnes utilisatrices de services. Le rétablissement personnel, en revanche, est défini à partir des témoignages des personnes ayant vécu la maladie. Considéré comme un processus dans lequel la personne s'engage, le rétablissement est alors un cheminement impliquant les dimensions interreliées que sont l'espoir, l'identité, le sens, l'autodétermination et le pouvoir d'agir ainsi que la responsabilité personnelle dans le processus et dans sa vie⁵. Selon Davidson et coll.⁷, il y aurait une confusion chez les intervenants entre les compréhensions clinique et personnelle du rétablissement, en raison de leur coexistence tant dans les écrits scientifiques que dans les milieux de pratique. Ceci ayant comme résultat une grande variabilité dans la manière dont les pratiques sont pensées, implantées et appliquées dans ces milieux.

L'accompagnement au rétablissement, pour sa part, a été plus souvent étudié sous l'angle des pratiques et de l'intervention. Ainsi, une étude de Williams et Tufford⁸ a permis de relever plusieurs aspects de la relation d'aide qui, selon les clients, ont contribué à leur rétablissement tels les soins, l'accès aux ressources, les besoins émotionnels et l'encadrement.

Le vécu personnel des intervenants dans l'accompagnement demeure cependant peu étudié. Hellzén⁹ remarque, entre autres, que le temps passé par les infirmières auprès des usagers est influencé par l'appréciation de la personne, la culture de l'établissement où elles pratiquent

et l'équipe de travail. Goodwin et Gore¹⁰ ont quant à eux remarqué une diminution de l'engagement émotionnel des intervenants lorsque la maladie est sévère et que les personnes ont des troubles de comportement et des difficultés chroniques. Ils perçoivent cette diminution comme un mécanisme de défense face au contact quotidien et rapproché avec des personnes sévèrement affectées par la maladie mentale. De leur côté, Chen et coll.¹¹ décrivent différentes tensions vécues par les intervenants dans l'application d'interventions visant le rétablissement dans des milieux internes en psychiatrie. Qu'elles soient personnelles, environnementales ou propres à la personne en suivi, ces tensions affectent l'expérience d'accompagnement des intervenants. Entre autres, la sévérité de la maladie, la passivité des personnes, un contexte où la sécurité prime, la structure administrative peuvent miner l'espoir des intervenants en leur donnant l'impression de ne pas avoir de pouvoir sur la situation, ce qui peut, par le fait même, compromettre la relation d'aide.

Dans une étude considérant les ingrédients porteurs d'espoir d'un mieux-être dans les suivis auprès de personnes atteintes de schizophrénie, Cormier¹² souligne quant à elle l'aspect transactionnel de l'espoir. Elle décrit ainsi un phénomène de « contagion » de l'espoir qui se traduirait par la croyance de l'intervenant dans la capacité de la personne à se rétablir, croyance qui est perçue par l'usager et influence son propre espoir. Ces propos trouvent un écho dans l'ouvrage *Je suis une personne, pas une maladie*.¹³, où des intervenants spécialisés auprès de la clientèle vivant avec un trouble psychotique de l'IUSMQ racontent leurs expériences en lien avec le rétablissement. Ainsi, Yolande Champoux et Cécile Cormier, travailleuses sociales, soulignent que le contexte institutionnel de travail amène les intervenants à voir les personnes sous l'angle de la maladie, des problèmes et des difficultés, perdant ainsi de vue les forces et projets de ces personnes. Elles mentionnent également le sentiment d'impuissance et l'impression d'arriver aux limites de nos compétences dans l'intervention ressentie par plusieurs intervenants.

Devant le constat que le vécu personnel des intervenants a été peu étudié, nous avons cherché à mieux comprendre leur positionnement dans l'interventionⁱ. Notre étude visait donc à mieux décrire l'expé-

i. Notre recherche visait également à décrire les diverses influences personnelles et environnementales entourant l'expérience d'accompagnement, dont l'attitude envers le concept de rétablissement et les notions apparentées. Nous avons pu

rience vécue par les intervenants dans l'accompagnement vers le rétablissement des personnes vivant dans les milieux de soins de longue durée en psychiatrie.

Méthodologie

Notre devis repose principalement sur des méthodes qualitatives. Nous avons rencontré neuf (9) intervenants de différentes professions (infirmiers, professionnels, éducateurs spécialisés) dans le cadre d'entrevues semi-dirigées portant sur différents aspects de leur expérience d'accompagnement et sur leur définition du rétablissement. Afin de compléter les données issues de l'entrevue, ils ont également répondu à un questionnaire portant sur l'attitude envers le concept de rétablissement (*Recovery Attitude Questionnaire*, version à 7 items, RAQ-7). L'utilisation conjointe de ces outils a permis de mieux situer chaque expérience individuelle, en l'associant à une tendance attitudinale concernant l'idée du rétablissement. Les collectes ont eu lieu entre février et juin 2014. Les données des entrevues qualitatives ont été soumises à une analyse thématique des contenus à l'aide d'un logiciel de traitement de données qualitatives (QDAminer, version 4.1.23). Selon une approche mixte, nous avons combiné l'utilisation d'un système de catégories prédéterminées et l'inclusion de thèmes émergeant des données recueillies¹⁴.

Résultats

Les discours des intervenants rencontrés éclairent certaines caractéristiques de l'intervention auprès des personnes vivant dans les unités de longue durée de l'IUSMQ. Trois éléments ressortent comme centraux dans l'expérience des participants: 1) l'espoir entretenu quant à l'amélioration de la situation (croire); 2) l'implication dans des interventions pouvant faire une différence dans la vie des personnes (s'impliquer); et 3) le lien établi avec les personnes (s'attacher). Ces trois composantes, qui s'imbriquent et s'influencent dans le vécu de l'intervenant au quotidien auprès des personnes, résument ce qu'est l'accompagnement au rétablissement pour les praticiens rencontrés.

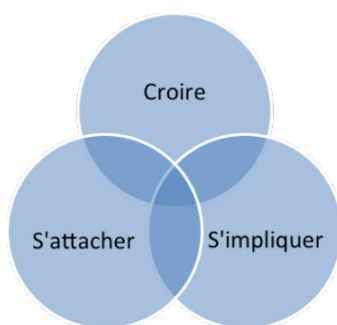
également faire ressortir certains éléments facilitants et des obstacles à cet accompagnement. Ces données sont disponibles dans le rapport complet de la recherche.

L'espoir, l'implication et l'attachement, composantes interreliées de l'expérience

Les participants décrivent un processus d'interinfluence entre l'espoir (croire), l'implication (s'impliquer) et le lien avec les personnes suivies (s'attacher). Chaque élément influence les deux autres, positivement ou négativement (figure 1). Les différents témoignages n'identifient pas un point de départ uniforme. C'est pourquoi nous représentons cette dynamique non pas comme une séquence – ou chaque étape serait le préalable de la suivante – mais plutôt comme l'intersection entre trois composantes interreliées, aux frontières perméables.

FIGURE 1

Composantes de l'expérience d'accompagnement au rétablissement et dynamique de leurs relations



À travers les entrevues, nous constatons que pour six des intervenants rencontrés, une croyance, même minime, est un point de départ nécessaire qui pousse à aller vers la personne. Ces intervenants s'impliquent au départ, car ils croient qu'un changement est possible. Pour trois autres intervenants, l'implication est d'abord dans le cadre de leurs obligations comme professionnels et employés de l'établissement. Pour eux, c'est à travers l'évolution de la personne que la croyance augmente et que l'implication est plus significative.

Ainsi, l'espoir (croire) influence l'implication. Croire au départ permettrait à l'intervenant de s'investir dans l'intervention et forme une certaine ouverture aux possibilités. Il essaie des choses, jusqu'à ce qu'une action génère de l'espoir chez la personne. Il croit que le changement est possible. Par la suite, un lien se développe et, au fur et à mesure des réussites, l'investissement de l'intervenant augmente. L'espoir en vient à influencer l'attachement.

Également, l'implication a une influence sur l'espoir. Pour une infirmière, c'est à travers l'évolution du suivi que la croyance en un changement survient. Lorsque la personne saisit une opportunité, l'espoir est renforcé et son implication devient plus forte. Une autre infirmière, ayant de la difficulté à croire, se refuse à briser l'espoir des personnes, car elle perçoit que son travail est de maintenir cet espoir. Elle dit alors se retrouver emportée par leur propre espoir en s'impliquant, en percevant une transmission de l'espoir de la personne vers elle.

Finalement, l'attachement influence l'implication en donnant envie d'en faire davantage, ce qui amène l'intervenant à s'investir. Le lien favorise l'implication par la découverte des besoins de la personne et par le développement d'un sentiment de sécurité dans la relation : l'intervenant sait qu'il peut essayer des choses avec la personne. Le lien influence aussi l'espoir : lorsque l'intervenant connaît mieux la personne et ses capacités, il développe des attentes envers son évolution et croit de plus en plus qu'un changement est possible.

L'influence inverse serait aussi constatée. Les intervenants rencontrés décrivent ainsi que pour certains praticiens de leur organisation, le faible espoir entraînerait un désinvestissement et une faible implicationⁱⁱ. Ainsi, un intervenant qui croit moins aurait tendance à moins s'impliquer, par exemple dans l'élaboration des plans d'intervention en équipe. Les intervenants s'impliquant moins donneraient l'impression d'être moins attachés aux personnes en suivi. Une éducatrice dénonce le fait que certains intervenants dénigrent les personnes en suivi, alors qu'un autre intervenant décrit que certains envoient, par leurs interventions, un message selon lequel les personnes sont inadéquates et incapables.

Croire

« Si j'élimine l'espoir de mon travail, je ne travaille plus, c'est clair. » C'est ainsi qu'un éducateur décrit l'importance de garder espoir envers les possibilités de changement des personnes. L'espoir est nécessaire au travail pour la majorité des intervenants rencontrés, et doit être présent le plus tôt possible de la relation d'aide. Il s'agit d'une croyance un peu vague que quelque chose peut changer, une ouverture dans la possibilité de changer pour les personnes. Ils observent l'évolution, sans attentes particulières, comme l'exprime cette professionnelle :

ii. Notons toutefois que la collecte de données ne nous a pas permis de rencontrer de tels intervenants moins impliqués.

« Tu t'investis, tu ne sais pas où tu t'en vas et puis, oups ! ça prend un chemin. »

L'espoir peut donc être présent au départ ou se développer en observant l'évolution de la personne. Pour la majorité des répondants (6/9), les réussites vécues par le client, aussi petites soient-elles, sont source d'espoir. Ainsi, une personne qui avance « permet de croire à autre chose ». Un autre intervenant, tout d'abord observateur, dit même s'être retrouvé emporté par l'espoir.

Parler d'espoir oblige à porter aussi un regard sur son contraire. Ainsi, les répondants décrivent que la maladie des personnes hébergées est en elle-même porteuse de désespoir. Les propos de cette éducatrice décrivent cette difficulté : « Moi, je trouve que c'est la clientèle, c'est les troubles de comportement. Plus ils ont d'années d'hospitalisation, plus s'est incrustée la maladie mentale. » Nous notons que parmi ces éléments de désespoir, les antécédents d'échec, de grandes difficultés comportementales et des symptômes importants, ou une longue histoire d'institutionnalisation des personnes entraînent du découragement devant l'ampleur de la tâche. Les perceptions amènent unanimement les intervenants à vivre l'espoir au jour le jour : il est ainsi plus facile de croire.

S'impliquer

L'implication prend différentes significations selon les répondants. Ainsi, pour six intervenants, il s'agit de s'investir auprès de la personne et l'aider à vivre des réussites (même modestes) ainsi que susciter et préserver l'espoir. S'impliquer, c'est aussi susciter cette envie de reprendre du pouvoir sur sa vie en soutenant les décisions de la personne. Pour trois intervenants, l'implication vise également à soulager et à prendre soin de la personne. La perception du client comme étant chroniquement malade, très souffrant et abandonné par son entourage, amène ces intervenants à s'investir dans une approche de soin visant le confort et de « faire en sorte que ce soit moins pénible. » L'implication devient en ce sens un investissement humain porté par le lien.

Cependant, s'impliquer signifie vivre avec les échecs et les tentatives infructueuses. Les situations évoluent peu à travers les années ; le découragement gagne les équipes de travail. Cette perception amène à penser que les interventions sont inefficaces. Les intervenants perçoivent qu'ils doivent travailler beaucoup sans atteindre des résultats phénoménaux, d'où l'importance pour eux de s'accrocher aux moindres réussites et moments de bonheur. Ils adoptent donc différentes straté-

gies afin d'affronter cette difficulté. Limiter les attentes envers l'évolution est une manière de s'adapter : des attentes modestes permettraient d'éviter le découragement s'il y a échec. La créativité devient également une manière de garder espoir et de poursuivre l'implication.

S'attacher

La plupart des intervenants (7/9) mettent l'accent sur l'établissement d'un lien avant toute intervention. Ce lien s'exprime à travers une envie de découvrir la personne, d'approfondir et trouver ce qui pourrait faire un changement dans sa vie. Cette envie demande de s'impliquer au départ. Pour certains participants ($n = 3$), l'attachement commence par une implication sans attentes. Une éducatrice, entre autres, dit s'impliquer tout d'abord parce qu'elle doit faire son travail, rendre un service. Mais au fil de l'évolution, elle constate qu'une confiance s'est installée, qu'une connaissance plus approfondie et un lien particulier se développent. Il en va de même pour une infirmière qui s'implique dans les soins et constate qu'avec son implication, la personne lui fait de plus en plus confiance.

Tous les participants considèrent que le lien est vécu différemment dans les unités de longue durée en psychiatrie en raison des années d'implication. Tous décrivent ces liens comme étant plus forts. Une infirmière mentionne que le lien est plus profond alors qu'une autre souligne l'aspect « familial » du lien. La camaraderie et l'intimité sont aussi nommées comme décrivant la relation d'aide dans le contexte des unités de longue durée. Le contexte des unités permet aussi, selon quatre intervenants, le développement d'un sentiment de sécurité dans la relation avec la personne, qui permet d'avancer dans l'intervention. Pour deux des éducateurs rencontrés, cette sécurité se retrouve dans la connaissance mutuelle. Pour une intervenante, les peurs du début, provenant des informations contenues au dossier de la personne ou de son expérience dans la profession, se trouvent dissipées lorsque le lien se développe, tant du côté de l'intervenant que de la personne.

En contrepartie, l'attachement important et l'implication affective peuvent être source de désespoir, de tristesse, d'impuissance et de découragement devant la maladie et les rechutes. Pour un intervenant, le fait d'être souvent la personne la plus significative de l'entourage peut entraîner un sentiment de responsabilité envers la personne et faciliter l'apparition d'émotions comme le désespoir. Ce lien, selon un autre intervenant, rend difficile l'objectivité.

Discussion

Nous soulignons en début d'article la question du maintien de l'engagement et de la stimulation de l'espoir dans le contexte de ces unités. Nous avons constaté dans notre étude que les dimensions de l'attachement, de l'espoir et de l'implication se stimulent les unes les autres. La dynamique ainsi décrite recoupe les données recueillies sur l'importance de l'espoir dans le rôle de l'intervenant dans les milieux de longue durée en psychiatrie.

L'espoir est décrit comme un ingrédient essentiel au processus de rétablissement^{11-13, 15}, tant pour les personnes que pour les intervenants. Nous retrouvons dans les verbalisations le phénomène de « contagion » de l'espoir à travers la relation décrite par Cormier¹². Cette transmission, selon nos participants, semble également se présenter en sens inverse : lorsque la personne vit de l'espoir, celui de l'intervenant grandit.

Nous notons à travers les discours des personnes rencontrées que les intervenants (a) ayant vécu davantage d'histoires de réussites ou perçues comme telles (b) ayant pratiqué dans des milieux externes, plus sensibles aux pratiques orientées vers le rétablissement ou (c) ayant un plus grand accès à la formation, démontrent une croyance apparemment plus marquée et, bien que touchés par l'échec de leurs interventions, arrivent à garder espoir grâce à de petites réussites. Leur expérience d'accompagnement devient plus positive et le succès des interventions est vu comme une possibilité, tout comme le rétablissement de la personne.

Parmi les moyens soutenant cette possibilité, ces intervenants soulignent qu'ils tentent de favoriser la participation des personnes dans leur plan d'intervention. Ceci rejoint les conclusions de l'étude de Chen et coll.¹¹, selon lesquelles, en favorisant cette participation, les praticiens favorisent l'espoir chez la personne, donnent des services plus personnalisés, nourrissent le rétablissement par la reprise du pouvoir et s'assurent d'une continuité du processus de rétablissement de la personne. Ce positionnement prévient le désespoir et la perte de pouvoir.

Cependant, dans le contexte des unités de soins de longue durée en psychiatrie, la sévérité des symptômes et les atteintes au fonctionnement découragent souvent la croyance en une amélioration significative de l'état des résidents. Il est plus difficile de croire pour les intervenants, comme le décrivent Chen et coll.¹¹ : ils vivraient peu d'espoir lorsqu'ils perçoivent les personnes comme ayant des limitations impor-

tantes, ce qui entraîne un pronostic peu favorable. Tremblay et coll.¹⁶ soulignent dans une étude sur la culture du rétablissement à l'IUSMQ qu'il « est possible de croire qu'un intervenant confronté seulement à la maladie, aux rechutes et à des patients en phase de crise, devient moins enclin à croire aux histoires à succès et au rétablissement des personnes ».

Concernant plus spécifiquement les infirmières, Goodwin et Gore¹⁰ mentionnent que même si ces professionnelles souhaitent que les personnes améliorent leur condition, la sévérité de la maladie et les difficultés rencontrées les amènent à vivre l'échec, des déceptions, de la colère, un sentiment d'impuissance et du désespoir. On peut présumer que ces conclusions peuvent s'appliquer à d'autres catégories d'intervenants œuvrant dans ce type de milieux où le contact avec une maladie sévère est quotidien. Les intervenants rencontrés expriment ne pas savoir ce qu'ils peuvent faire, notamment lorsque la médication ne fait pas effet. L'espoir s'affaiblit alors, amoindriissant ainsi la satisfaction dans l'expérience d'accompagnement. Ils ont souligné cette difficulté de croire en un rétablissement dans ce contexte. Les expériences liées à l'échec, pour les intervenants de la longue durée en psychiatrie, peuvent être porteuses de désespoir.

L'implication dans des interventions visant le rétablissement est aussi compromise par la perte d'espoir liée à la sévérité de la maladie. Chen et coll.¹¹ soulignent à cet égard que les intervenants de milieux internes en psychiatrie ont généralement une attitude moins positive envers le rétablissement que ceux travaillant dans la communauté. Piat et coll.¹⁷ soulignent que les intervenants des milieux de soins intrahospitaliers ont tendance à se concentrer sur des tâches instrumentales et sur la sécurité et la gestion du risque, plutôt que sur la relation avec le client, nuisant en cela à l'implantation des pratiques orientées vers le rétablissement. Pour Chen et coll.¹¹, ils adoptent cette façon de faire en réponse à l'instabilité des personnes. Holloway et Sederer² ont d'ailleurs montré que les personnes vivant sur les unités sont perçues comme à plus grand risque de dangerosité. Les intervenants présenteraient aussi de la résistance lorsque vient le temps d'adopter des interventions orientées vers le rétablissement^{10, 17}. Cette résistance peut apporter un éclairage sur ce que les intervenants rencontrés ont décrit comme une « mentalité du risque zéro » qui sous-tend les interventions dans le milieu.

Nemec et coll.¹⁸ mentionnent à cet effet que la manière dont le rôle d'un intervenant est déterminé dans un milieu de travail influence la

manière dont il concevra ses interventions vers le rétablissement. La culture d'intervention du milieu peut, sans que cela ne soit voulu, contribuer à une perspective négative et au déficit d'espoir chez les intervenants. Dans le milieu qui nous intéresse, l'attention portée à la stabilisation des symptômes influencerait les pratiques, selon les intervenants rencontrés. Cette culture organisationnelle peut également, selon Nemec et coll.¹⁸, se refléter à travers des notes évolutives orientées vers les limitations de la personne, ses symptômes et problématiques et ainsi occulter les forces, succès et caractéristiques individuelles.

Tremblay et coll.¹⁶ notaient également que les intervenants des unités de longue durée ont davantage une définition clinique du rétablissement. Nous notons à travers les discours des intervenants qu'une vision du rétablissement comme étant clinique avant d'être personnel peut influencer négativement l'espoir, en ce sens que cette vision s'attarde davantage aux aspects de rémission des symptômes et à l'amélioration du fonctionnement. Or, dans les milieux institutionnels, ces aspects (symptômes et fonctionnement) peuvent se dégrader chez les résidents avec le temps sans interventions adaptées, en raison de la sous-utilisation des capacités d'adaptation des personnes¹⁹. Aussi, pour Piat et coll.¹⁷, le milieu hospitalier est davantage associé à la maladie qu'au rétablissement et il peut même créer de la chronicité. Ainsi, le fait de viser la rémission des symptômes cliniques de la maladie mentale seulement devient surtout porteur de désespoir en raison des faibles améliorations constatées par les praticiens.

L'engagement d'autres acteurs dans le rétablissement des personnes devient, dans ce contexte, le vecteur d'une attitude plus positive en favorisant les réussites et l'espoir. Pour la majorité de nos participants, le fait de compter sur une équipe multidisciplinaire permettant d'amener les interventions plus loin, de débloquer des situations complexes ou seulement de soutenir l'espoir est positif et améliore le vécu dans l'accompagnement. Chen et coll.¹¹ soulignent l'importance de l'implication de différents professionnels voulant promouvoir des pratiques orientées vers le rétablissement dans un milieu de soin.

Portée de l'étude

La portée des résultats de notre recherche doit être considérée en tenant compte de la taille de notre échantillon et du fait que notre recrutement a été réalisé dans un seul site. De plus, l'étude aurait pu bénéficier du point de vue des autres professionnels impliqués (nutri-

tionnistes, physiothérapeutes), des préposés aux bénéficiaires qui, sur certaines unités, remplissent un rôle semblable à celui des éducateurs, des médecins et psychiatres soignant les personnes. Nous pouvons également soupçonner un biais d'autosélection, car les intervenants de notre échantillon verbalisaient tous des attitudes positives quant au concept de rétablissement. Les points de vue d'intervenants ayant des croyances négatives (ou moins positives) à cet égard, dont les tenants et les aboutissants sont potentiellement différents, auraient pu enrichir l'analyse. Par ailleurs, la validité interne a pu également être affectée par un biais de désirabilité sociale et organisationnelle. Ainsi, nous ne pouvons exclure la possibilité que certains répondants aient voulu se montrer comme adhérant davantage à l'approche du rétablissement qu'ils n'y croient en réalité.

Conclusion

Bien que notre étude dresse le portrait (partiel) d'un milieu précis, nous considérons que nos résultats offrent des pistes significatives menant à une meilleure compréhension du vécu expérientiel des intervenants et des facteurs favorisant une expérience positive. Un nombre grandissant de chercheurs ont commencé à explorer le vécu des intervenants par rapport à l'accompagnement au rétablissement, sous l'angle de l'implantation de pratiques orientées vers le rétablissement. Le corpus de recherche ainsi créé permettra de favoriser l'implantation de ces pratiques en tenant compte des obstacles et du vécu des intervenants en contact avec les personnes. Les établissements participant à ces recherches gagneront à contribuer à l'analyse de ces réalités. En cela, ils contribueront également à une implantation réussie de pratiques centrées sur la personne et visant son plein potentiel.

RÉFÉRENCES

- ¹ Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2012). Rapport annuel de gestion 2011-2012. Québec, Canada: Institut universitaire en santé mentale de Québec.
- ² Holloway, F. et Sederer, L. (2011). Inpatient treatment. Dans G. Thornicroft, G. Szukler, K. Mueser & R. Drake (dir.), *Textbook of Community Mental Health* (p. 167-177). Oxford, R.-U.: Oxford University Press.
- ³ Turcotte, K. (2016). *L'expérience des intervenants dans l'accompagnement vers le rétablissement des personnes vivant dans les milieux de soins de longue durée en psychiatrie*. (Université Laval, Québec).

- ⁴ Slade, M., Amering, M. et Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17(2), 128-137.
- ⁵ Slade, M. et Davidson, L. (2011). Recovery as an integrative paradigm in mental health. Dans G. Thornicroft, G. Szmukler, K. Mueser & R. Drake (dir.), *Oxford textbook of community mental health* (pp. 26-33). Oxford, R.-U.: Oxford University Press.
- ⁶ Andresen, R., Caputi, P. et Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, Vol. 40(11-12), pp. 972-980, 40(11-12), 972-980. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x
- ⁷ Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. et Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. doi: 10.1037/0735-7028.36.5.480
- ⁸ Williams, C. C. et Tufford, L. (2012). Professional competencies for promoting recovery in mental illness. *Psychiatry*, 75(2), 190-201. doi: 10.1521/psyc.2012.75.2.190
- ⁹ Hellzén, O. (2004). Nurses' personal statements about factors that influence their decisions about the time they spend with residents with long-term mental illness living in psychiatric group dwellings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 257-263. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00284.x
- ¹⁰ Goodwin, A. M. et Gore, V. (2000). Managing the stresses of nursing people with severe and enduring mental illness: A psychodynamic observation study of a long-stay psychiatric ward. *British Journal of Medical Psychology*, 73(3), 311-325. doi: 10.1348/000711200160534
- ¹¹ Chen, S.-P., Krupa, T., Lysaght, R., McCay, E. et Piat, M. (2013). The Development of Recovery Competencies for Inpatient Mental Health Providers Working with People with Serious Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(2), 96-116. doi: 10.1007/s10488-011-0380-x
- ¹² Cormier, C. (2009). *L'espoir d'un mieux-être malgré la schizophrénie: témoignages de personnes utilisatrices de services vivant dans la communauté* (Université Laval, Québec).
- ¹³ Quintal, M.-L., Vigneault, L., Demers, M.-F., Cormier, C., Champoux, Y., Marchand, L., Roy, M.-A. et Wallot, H. (2013). *Je suis une personne, pas une maladie!* Longueuil, Canada: Performance.
- ¹⁴ Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^e éd.). Paris, France: De Boeck Université.
- ¹⁵ Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11-19.
- ¹⁶ Tremblay, M., Gélneau, F., Tremblay, G., Arsenault, R., Lemieux, L., Rioux, A.... Lamontagne, R. (2013). Rapport d'évaluation de la culture du rétablissement à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Version person-

nelle des soins et services. (p. 42). Québec, Canada: Institut universitaire en santé mentale de Québec.

- ¹⁷ Piat, M., Sabetti, J. et Bloom, D. (2010). The Transformation of Mental Health Services to a Recovery-Orientated System of Care: Canadian Decision Maker Perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 168-177. doi: 10.1177/0020764008100801
- ¹⁸ Nemec, P. B., Swarbrick, M. et Legere, L. (2015). Prejudice and discrimination from mental health service providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 203-206. doi: 10.1037/prj0000148
- ¹⁹ Leclerc, C., Lesage, A. et Ricard, N. (1997). La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 233-256.

Tisser des liens pour aider des sans-abri : des relations de première ligne en action

Luc Farinas^a

RÉSUMÉ Les intervenants de première ligne participent parfois à des relations interorganisationnelles pendant leurs tâches quotidiennes dans l'aide aux sans-abri. Ces praticiens publics et communautaires agissent pour créer, maintenir et interrompre ces liens dans des conditions particulières. Le cas du rôle de liaison de l'Équipe Itinérance permet d'illustrer comment ils procèdent pour tisser leurs relations à Montréal. En adoptant une approche interactionniste et en misant sur leurs perspectives, cet article explore et documente le travail relationnel nécessaire à leur accomplissement. Cela peut éclairer la complexité de leur capacité de coordination et d'organisation qui peut permettre de composer avec celle de l'itinérance.

MOTS CLÉS intervenants de première ligne, relations interorganisationnelles, partenariat, travail relationnel, sans-abri

Organizing Relationships to Help Homeless People: a Question of Front Line Relational Work

ABSTRACT Objectives In a context where the rather informal ties between front-line practitioners can be conceived as a weakness to be formalized or a force to rely on, this paper explores and documents their conceptions on how they create, maintain and abandon their ties while helping homeless people.

Methods Its empirical material is drawn from an interpretative case study on the liaison role of the Homeless Team (Équipe Itinérance). This case is based on semi-directed interviews with 35 practitioners (24 front line practitioners and 11 managers) from 13 Montreal organizations in the homeless sector. A thematic content

a. Chercheur postdoctoral de l'équipe Regards du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à l'École de travail social de l'Université de Montréal.

analysis, mainly informed by the theoretical dimensions of relational work, was carried out on this material.

Results Front-line workers report using different ways of creating (knowing each other, personalization, evaluation, organization of tasks and roles), pursuing (organization of tasks and roles, interpersonal reflection, maintenance, reparation) and interrupting (distancing, stopping, gradual withdrawal by an organization of roles and agreements) their ties.

Conclusion Informal ties, allowing for flexibility and feedback, sometimes enable practitioners to carry out their tasks (quality of services, accessibility) while also dealing with the complexity of situations encountered by homeless peoples. The complexity of this relational work often makes it possible to cope with that of homelessness.

KEYWORDS front line practitioners, interorganizational relationships, partnerships, relational work, homeless

Introductionⁱ

Dans l'aide aux sans-abriⁱⁱ, les relations interorganisationnelles et intersectorielles entre les praticiens de première ligne apparaissent souvent comme personnalisées et peu formalisées, que ce soit au Québec^{1, 2, 3} ou ailleurs au Canada⁴, en Australie^{5, 6} et aux États-Unis^{7, 8}. Au moins deux positions émergent à leur sujet. Parfois considérés comme un frein à l'accessibilité aux services, il faut les formaliser par des réseaux intégrés de services, de la formation ou des postes de liaison^{2, 9}. Lorsqu'ils se déroulent bien, ces liens peu formalisés s'avèrent être aussi une force sur laquelle on peut miser. Ils révèlent la capacité de coordination et d'organisation des intervenants pendant leurs activités quotidiennes^{1, 10, 16}. Les liens tissés entre ces praticiens communautaires et publics peuvent permettre une réponse « organique », flexible et adaptée aux besoins des itinérants rencontrés¹. On en connaît encore bien peu sur ces liens et leur accomplissement.

i. J'aimerais remercier les participants de cette recherche : « c'est, en partie, grâce à vous que des liens cruciaux pour la qualité des soins, des services et du bien-être des sans-abri peuvent se tisser entre les secteurs publics et communautaires ». Il en va de même de Luc Bernier de l'Université d'Ottawa et d'Alain Dupuis de la TÉLUQ, mes codirecteurs doctoraux.

ii. Ce terme est retenu pour faire court, l'expression « personne en situation d'itinérance » serait préférable.

Cet article vise à explorer les façons dont ces liens émergent, se maintiennent et sont interrompus par des intervenants des secteurs public et communautaire pendant qu'ils aident ces personnes à Montréal. Ce travail relationnel¹¹ reste à éclairer davantage. Le cas du rôle de liaison de l'Équipe Itinérance (ÉI) sert de matériel empirique pour illustrer leurs conceptions de ce travail durant l'intervention auprès des itinérants. Cette tâche complexe nécessite souvent la construction d'un lien de confiance avec une personne qui ne souhaite pas toujours être aidée et dont les besoins, souvent multiples, s'accumulent fréquemment (la nourriture, le logement, les vêtements, les cartes d'identité, les dépendances, la judiciarisation, la santé mentale ou encore physique)^{12, 13}. Pour y répondre, comme les intervenants et leurs organisations ne disposent pas forcément de tous les services nécessaires, d'autres relations sont fréquemment tissées avec divers « partenaires » pour faciliter l'accès aux sans-abri^{12,13,14,30}. Une première section esquisse un portrait de ces recherches sur les relations de première ligne et sur le travail relationnel. Ensuite, la méthode est précisée. Les conceptions des intervenants sur les façons dont ils créent, maintiennent et interrompent des liens, principale contribution de cet article, font l'objet de la troisième section. Finalement, la conclusion propose une synthèse des idées principales et des pistes de recherche ultérieures.

Une esquisse des relations de première ligne dans l'aide aux sans-abri dans certains écrits scientifiques

Les relations interorganisationnelles et intersectorielles entre les intervenants de première ligne dans l'aide aux sans-abri ne constituent pas un champ de recherche bien délimité. À cheval entre les études en administration publique, en sociologie et en travail social, c'est surtout dans ces deux derniers domaines qu'on les explore^{3, 4, 8, 15, 16}. Un portrait de ces liens qui se déroulent bien émerge de certaines de ces recherches publiées entre 1992 et 2016¹⁶. Parfois associés à la gestion de cas⁵, ils se produisent pendant les activités quotidiennes d'intervention^{7, 17, 18, 19, 20}. Ils se caractériseraient par un rapport de confiance et de respect mutuel^{3, 4, 5, 15, 21}, une connaissance personnalisée^{3, 5, 6, 15}, une compréhension d'autrui, de ses rôles et mandats^{4, 18, 21} ou encore un focus partagé sur le client⁵. Certaines de ces relations seraient aussi source de coordination des services^{1, 19}, d'innovation chemin faisant (*innovation on the run*)²² et de contournement de règles (*workaround*)⁷ dans des conditions de rareté de ressources, de besoins complexes et de mandats

difficiles à réaliser. Ces traits de liens «idéaux» ressemblent à des éléments de listes de conditions facilitant la coordination et les relations interorganisationnelles en administration publique^{23, 24}. Ils en partagent aussi un écueil. Leur accomplissement s'avère être une boîte noire¹⁶. Autrement dit, comment les praticiens font-ils pour tisser des liens entre eux?

Les intervenants de première ligne des secteurs public et communautaire interagissent pour aider des sans-abri montréalais de façon coordonnée et organisée¹. Ni conçue à distance par des experts et ni nécessairement liée à des programmes gouvernementaux, cette coordination et cette organisation, fluides, et peu formalisées^{1, 7, 16}, relèvent davantage de leur pouvoir discrétionnaire²⁵ ou de leurs improvisations pragmatiques²⁶, dans des conditions de travail souvent difficiles, incertaines, et ambiguës^{25, 26}. Face à des personnes souvent démunies et «multiploquées»ⁱⁱⁱ¹⁶, les intervenants doivent construire, en situation, l'accessibilité aux services par des «partenariats»^{1, 16}. Ce tissage de lien repose sur leur jugement, alimenté par leurs identités, leurs valeurs professionnelles et sociales, des normes et des trucs du métier²⁶ ainsi qu'un savoir approfondi^{3, 8, 16, 17, 18, 26} des règles, procédures et modes de fonctionnement de leurs organisations ainsi que ceux de leurs contacts. Le travail relationnel essentiel à ces liens prend place dans ces improvisations «réfléchies». Il s'agit du temps, des efforts et de l'énergie nécessaire pour interagir¹¹. Dupuis et Farinas¹ en signalent différentes orientations (unilatérale, bilatérale et multilatérale). Il comporte d'autres facettes. C'est un accomplissement actif de ces «interactants»^{11, 27}. Ces liens sont créés, maintenus, transformés ou encore interrompus par ces derniers²⁷. La création réfère à la mise en place d'un nouveau lien, le maintien à assurer sa continuité et l'abandon à son interruption. Il s'agit autant de «phases» que d'actions sur les relations qui ne s'avèrent pas nécessairement mutuellement exclusives et qui peuvent s'ancrer dans des pratiques régulières²⁸. Tous les liens ne suivent pas inévitablement un tel «cycle de vie» de façon aussi linéaire et séquentielle. Ce cycle apparaît surtout utile pour insister sur leur nature processuelle¹¹. Pendant chacune de ces phases, le travail relationnel comporte différentes dimensions. Selon Strauss¹¹, les interactants articulent leurs conduites à partir de leurs perspectives, soit leur positionnement face aux tâches, aux arrangements et aux condi-

iii. Cette expression désigne «sur le terrain», un cumul de problèmes, de santé mentale ou physique, par exemple.

tions structurelles et organisationnelles dans lesquelles ils sont plongés. Pour ce faire, ils déploient des ententes (sur ce qu'il faut faire, avec qui, pour quelle durée, où, avec quelle signification, etc.) ainsi que des stratégies relationnelles (la négociation, la discussion, l'éducation, la persuasion, la manipulation, la menace, etc.)¹¹. Ni complètement libres ni contraints^{11, 28}, ils cherchent souvent à maintenir ou à transformer de telles conditions.

Quelques éléments de méthode

La méthode de cas a été retenue pour saisir comment un phénomène peu exploré, les relations interorganisationnelles au niveau des activités quotidiennes, se produit dans un contexte particulier²⁹. Il s'agit du cas exemplaire des liens établis par les membres de l'Équipe Itinérance alors qu'ils réalisent leur rôle de liaison à Montréal. Créée en 1990, cette équipe regroupe essentiellement des infirmières, des travailleurs sociaux et un psychoéducateur qui offrent leurs services (*outreach*, références, cartes d'identité, soins) aux sans-abri, dans la rue, dans leurs bureaux au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal^{iv} ainsi que dans certaines organisations communautaires. Son mandat est de faciliter l'accessibilité des sans-abri aux services sociosanitaires, en accordant une certaine attention à ceux qui souffrent de troubles mentaux graves et persistants^{12, 14}. Cette équipe, source d'inspiration pour les autres équipes itinérance au Québec³⁰, accomplit ce mandat en tissant des partenariats peu formalisés avec des organisations publiques et communautaires^{14, 30}. Cette compétence partenariale de l'équipe et de ses collaborateurs est mentionnée, mais peu approfondie dans les écrits la concernant^{12, 14}.

Réalisée en 2008-2009, cette étude interprétative³¹ repose principalement^v sur des entrevues semi-dirigées, d'une durée moyenne de 1 h 30, auprès de 24 intervenants et de 11 gestionnaires provenant de quatre organisations communautaires (une soupe populaire, des centres de jour, un refuge et des travailleurs de milieu), une organisation

iv. C'était le Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance en 2008-2009.

v. De façon complémentaire, une observation formalisée de huit heures auprès d'un praticien de l'ÉI a été réalisée. Quarante heures d'observations peu formalisées et des conversations informelles se sont déroulées en cours de recherche. Une analyse documentaire a aussi été accomplie (voir 16).

privée (pharmacie) et huit organisations publiques (offrant des services sociosanitaires, en sécurité publique, de curatelle et en réadaptation). Les 24 partenaires ont été sélectionnés par cette équipe avec comme seul critère leur pertinence quant à la réalisation des tâches quotidiennes. Les entretiens ont porté sur cinq thèmes permettant une exploration du travail accompli ainsi que de leurs liens : 1) les mandats organisationnels (tout en demandant aux contacts leur conception du mandat de l'Équipe Itinérance) ; 2) le rôle organisationnel et le travail effectué ; 3) deux récits de situations récentes ou de cas impliquant l'Équipe Itinérance et/ou des contacts avec d'autres praticiens ; 4) leur conceptions d'un « partenariat réussi » ainsi que ses conditions facilitantes et ses obstacles ; 5) les impacts de la réforme dite « Couillard » sur leur travail et leurs relations avec d'autres praticiens. Ce matériel empirique constitue un discours sur la pratique plutôt qu'un reflet exact de cette dernière.

Inspirée par la logique abductive³¹ de beaucoup de recherches interprétatives et de son va-et-vient entre le matériel empirique et les idées théoriques, une analyse thématique du discours¹⁶ a été accomplie en croisant cinq thèmes pendant le codage : 1) les activités quotidiennes^{vi} comme l'*outreach*, la référence, l'accompagnement, l'aide, l'ordonnance de cour, la rencontre ou les visites et le travail conjoint (une catégorie résiduelle)¹⁶ ; 2) les relations qui se déroulent bien ; 3) les phases du travail relationnel, soit la création des liens, leur maintien et leur abandon²⁷ ; 4) les dimensions théoriques de ce travail soit les perspectives, les stratégies relationnelles, les ententes, les conditions¹¹ ; et 5) les façons de faire ou pratiques²⁸ explicitement mentionnées par les répondants. Les extraits retenus et regroupés devaient éclairer ces différentes thématiques en vue de repérer des régularités de comportements dans les conditions particulières de l'aide montréalaise aux itinérants. Des analyses en cours de recherche, sous la forme de synthèses remises aux répondants, ont été validées oralement (3 membres de cette équipe) et par courriel (1 membre et 5 partenaires). Deux membres de cette équipe ont aussi validé l'analyse plus définitive¹⁶ qui fonde cet article.

vi. Comme les façons de faire signalées par les répondants paraissent relativement similaires selon les activités quotidiennes, ce premier thème s'avère moins important dans cette analyse. Ce qui comporte le plus de poids ce sont les relations qui se déroulent bien, les phases et dimensions du travail relationnel ainsi que les façons de faire explicitement mentionnées.

L'accomplissement des relations de première ligne dans l'aide aux sans-abri

Les praticiens de première ligne des secteurs public et communautaire élaborent des relations interorganisationnelles pendant leurs tâches quotidiennes¹⁶. Ils les nomment souvent partenariats. Ceux-ci se produisent tant en face-à-face qu'à distance, au téléphone, dans des conditions particulières à Montréal. En 2008-2009, le nombre d'itinérants s'accroît et leurs situations de santé mentale et physique tendent à se dégrader et à se combiner à d'autres problèmes comme la pauvreté, la dépendance, le vieillissement ou encore la judiciarisation³². Les rapports entre les praticiens des organisations publiques et communautaires se caractérisent souvent par de la méfiance, une inégalité reconnue dans la distribution des ressources (financières et expertise) ainsi qu'une interdépendance dans la production de l'aide¹⁶. Les compressions dans la sécurité du revenu, les urgences hospitalières peu accessibles, les services psychiatriques et les logements abordables rares de même que la prégnance des stéréotypes face aux sans-abri ne simplifient pas la tâche des praticiens¹⁶. De plus, dans un tel contexte, ces derniers ne demeurent pas tous longtemps en poste.

Pour faire face à une tâche souvent complexe dans des conditions difficiles, les intervenants publics et communautaires misent sur leur jugement et construisent un lien avec les sans-abri et, fréquemment, avec des partenaires¹⁶. Les phases du travail relationnel nécessaire à ces liens ne se laissent pas toujours facilement distinguer dans leurs propos. Par exemple, certaines relations sont tellement importantes qu'une fois créées, on souhaite assurer à tout prix leur continuité. C'est le cas de celles avec des psychiatres. Les répondants ont surtout insisté sur les phases de création et de maintien. L'abandon apparaît moins fréquemment dans leurs propos. Les différentes façons de faire mentionnées, non exhaustives, permettent d'illustrer la complexité et la variété du travail relationnel dans l'aide aux sans-abri. Une première section explore des pratiques liées à la mise en place des liens. Celles qui sont associées à leur maintien puis à leur abandon font l'objet de deux autres sections.

La création des liens durant l'aide aux sans-abri

La création de liens repose parfois sur le « hasard des dossiers communs » et sur « les affinités » (PU-I-R01)^{vii}. Elle ne va pas de soi et prend du temps : « Il ne faut pas s'attendre à avoir un lien significatif du jour au lendemain. C'est avec le temps. C'est avec des rencontres. C'est avec des mesures qu'on met en place, qui fonctionnent, qui fonctionnent moins bien, des ajustements qu'on fait, qui font que ça développe des relations. » (PU-I-R05). Étant donné le roulement élevé des praticiens communautaires et publics, elle peut s'avérer une phase fréquente : « Tout est tout le temps à recommencer » dans la mise en place de liens avec les remplaçants (PU-I-R10). Elle s'ancre dans des pratiques comme la connaissance, la personnalisation, l'évaluation ainsi que l'organisation des tâches et des rôles.

Pour se connaître, les intervenants de première ligne peuvent utiliser des stratégies relationnelles comme se présenter, discuter et expliquer leurs mandats, leurs rôles ainsi que fournir certains éléments biographiques de nature plus personnelle. Cela clarifie les perspectives d'autrui, leurs façons d'intervenir ou encore les règles de fonctionnement organisationnel, autant d'informations utiles à leurs contacts ultérieurs. Parfois, cette connaissance se produit selon des séquences. Une première séquence, c'est la connaissance interpersonnelle et des mandats suivie d'une clarification des attentes et des objectifs : « Il faut qu'il y ait un lien interpersonnel minimal pour être capable de dire aux gens : "Bien, moi j'ai mes attentes, mais j'aimerais connaître les vôtres puis j'aimerais ça que vous les partagiez." » (PU-I-R02). Cette connaissance interpersonnelle s'accomplit en déployant des savoirs de la civilité ordinaire. Un praticien la nomme « opération charme et séduction » qui consiste à « prendre le temps de donner la main aux gens, de sourire, de dire bonjour. » (PU-I-R27). Cela peut façonner un capital de sympathie et une réputation. Une seconde séquence consiste à prendre connaissance par contact téléphonique et se rencontrer par la suite. Certains praticiens privilégient un tel face-à-face pour démontrer un engagement face à autrui. Sous la forme des visites, il permet une bonne compréhension du contexte de travail d'autrui et l'élaboration d'attentes plus réalistes face à ce dernier. Ce travail de connaissance peut

vii. Le code PU-I-R01 signifie que cette répondante relève du secteur communautaire (PU), est une intervenante (I) et qu'elle est la première répondante (R) à avoir été interviewée. Tandis que les lettres (CO) réfèrent au secteur communautaire et (G) aux gestionnaires.

aussi s'avérer une personnalisation où les intervenants se lient avec une certaine intimité. Ils se connaissent et s'appellent par leurs prénoms. La question de l'amitié apparaît parfois comme une tension dans leurs propos. Pour un intervenant public, l'idée « Ce n'est pas d'en faire des amis, l'idée, c'est d'en faire des partenaires. » (PU-I-R02). Tandis que selon un gestionnaire communautaire, le registre de l'amitié décrit au mieux les « vrais » partenaires qui partagent des valeurs similaires et un lien comportant une certaine profondeur (CO-G-R18).

Les premiers contacts tissés entre les praticiens peuvent également constituer une occasion d'évaluation. Une intervenante publique mentionne : « Le jugement est important. Si c'est mon premier contact avec quelqu'un, je vais laisser aller un peu puis je vais voir qui est-ce que j'ai en avant de moi. » (PU-I-R07). Le jugement s'avère crucial. L'interlocuteur paraît passer un test où il faut « faire ses preuves » face à autrui : « Mais partout où tu passes il faut que tu fasses tes preuves ça c'est sûr. Les preuves se font en intervention. » (PU-I-R02). « Ce que tu fais avec la personne » permet de tisser des liens (PU-I-R27). Cette facette de la cause d'aider les sans-abri paraît rallier les intervenants.

Finalement, durant ces liens naissants, les répondants mentionnent qu'ils organisent leurs tâches et leurs rôles. Des intervenants publics et communautaires signalent qu'ils clarifient, lors de discussions, les tâches et les rôles de chacun. Ainsi, une praticienne publique indique qu'elle « facilite l'arrimage » avec le réseau sociosanitaire de personnes référées par un partenaire communautaire alors que ce dernier attire son attention sur certaines personnes lors de leurs visites d'*outreach* communes (PU-I-R01). Une autre intervenante tisse des liens, en posant des questions, une stratégie relationnelle : « Qu'est-ce que tu fais toi, qu'est-ce que moi je fais ? Qu'est-ce que la cliente veut que toi tu fasses, puis qu'est-ce qu'elle veut que moi je fasse ? » (PU-I-R08). Des ententes sur les rôles à accomplir peuvent émerger. D'autres arrangements portent sur l'alternance dans les discussions, les horaires à suivre ou les tâches à effectuer, de façon à considérer à tour de rôle les préoccupations d'autrui. Laisser une place à autrui et reconnaître sa contribution constituent deux façons de faire particulièrement appréciées par les intervenants, comme l'indique une praticienne publique : « Tu arrives avec tes préoccupations, tes besoins. Mais tu te dois d'être ouvert aux besoins de l'autre. Et permettre à l'autre de s'exprimer. Pour ensuite avoir un échange et en venir à un certain accord ou une compréhension de chacun son rôle, sa position. » (PU-I-R33). La logique du *care* et son souci pour autrui³³ semblent influencer

ces interactants. Selon certains répondants, les liens se développent et s'organisent grâce à une communication de nature honnête, intègre, ouverte, empreinte d'échanges réciproques et une confiance entre les praticiens. D'ailleurs, cette confiance peut se construire lors des interventions : « Puis des fois, on ne le sait pas, mais [la confiance] ça se bâtit, ça s'établit. C'est souvent quand on demande que la confiance s'établit. Bien plus que quand on offre. » (CO-I-R21). Une telle organisation et une telle communication contribuent aussi à la continuité des liens.

Le maintien des liens durant l'aide aux sans-abri

Le maintien des liens apparaît comme une préoccupation importante des répondants. La plupart des relations mentionnées apparaissent essentielles pour réaliser leurs tâches. Afin d'assurer leur continuité, des répondants développent des répertoires de contacts virtuels ou matériels et se fient à leurs collègues de travail pour s'échanger des contacts ou des conseils ainsi que se faire le relais d'organisations communautaires ou publiques qu'ils fréquentent davantage. Ils accomplissent aussi des pratiques comme l'organisation des tâches et des rôles, l'entretien et la réparation.

Certains intervenants publics signalent que l'organisation de leurs tâches et de leurs rôles est de nature peu formalisée et la qualifie d'« organisation non écrite » (PU-I-R32). Échanger des idées de façon franche et ouverte, respecter les rôles et les limites d'autrui, répondre à ses demandes ou à ses questions « même si ce ne sont pas des dossiers communs » (PU-I-R23) et partager des buts communs, comme la cause d'aider les sans-abri, constituent des dimensions de cette organisation. Cela se produit en discutant, en s'expliquant et en s'entendant sur ce qu'il y a à faire, tout en veillant à la confidentialité. Des ententes d'alternance lors de certaines visites d'*outreach* assurent une continuité : « Une fois sur deux on fait ma tournée si on peut dire. Une fois sur deux, on fait sa tournée dans leur secteur. » (PU-I-R01). Une entente de relais joue un rôle similaire : « On a l'infirmière de cette organisation [nom modifié] qui dit : « – OK, moi, je peux me déplacer n'importe où. J'y vais là, cette *shot* là. » (CO-I-R17). La poursuite de certains de ces liens repose également sur le respect de normes comme la réciprocité dans les interactions et les échanges de services (« c'est donnant-donnant », PU-I-R24), le « respect de ses engagements » (PU-I-R29), le non « dumping » (ou référence sauvage) ou encore « veiller à ne pas brûler son contact » (PU-I-R27). Le *care* y est à l'œuvre.

Les intervenants entretiennent fréquemment leurs relations. Les savoirs de la civilité ordinaire déjà mentionnés y participent. Par exemple, s'intéresser véritablement à autrui et prendre de ses nouvelles en posant des questions avant de procéder à une demande peuvent maintenir une relation de qualité (PU-I R10). Certains praticiens publics adoptent «un positionnement comme ressource» auprès de praticiens communautaires rencontrant des problèmes : ils répondent à leurs questions ou procèdent à une discussion de cas (PU-I-R02). Un tel support peut demeurer invisible pour les systèmes publics d'évaluation de la performance. S'il n'est pas lié à «un dossier commun ouvert», il ne compte pas comme intervention (PU-I-R07). L'aide peut aussi se distribuer entre les intervenants publics et communautaires pendant des réflexions interpersonnelles : «Ils [des intervenants publics] appellent pour consulter, juste à titre professionnel et non pas à propos d'une personne. "– Comment vous *dealez* avec ça vous autres?" Puis réfléchir. Souvent, ça se fait de façon informelle.» (CO-I-R21). Le jugement des intervenants tend à se distribuer et à devenir interorganisationnel et intersectoriel. Ces discussions de nature collégiale et égalitaire reposent sur un nivellement des statuts des praticiens et peuvent renforcer leurs liens, entre autres, en facilitant des apprentissages. La régularité des contacts par des appels téléphoniques ou des visites les solidifient : «Je pense que c'est important d'y aller sur une base régulière pour maintenir le contact, entretenir le contact.» (PU-I-R05).

Ces visites rendent aussi possible une réparation de liens affaiblis. Elles peuvent, à l'occasion, démontrer un engagement et une ouverture qui rassurent ou atténuent des tensions avec un partenaire. D'autres intervenants essaient de «trouver un objectif commun, au niveau des difficultés et des différences, je pense qu'on va être capable de travailler là-dessus» (PU-I-R07). Parfois, ils déploient une séquence de stratégies relationnelles, soit la négociation, l'explication puis la confrontation, pour rétablir une situation avec un partenaire : «Moi ça va toujours être en dernier recours que je vais le faire [confronter]. Je vais toujours être tenté dans un premier temps de négocier quelque chose puis justement d'expliquer pourquoi j'ai ce point de vue là.» (PU-I-R10). Cela permet d'assurer la continuité de liens importants. L'éducation et l'explication, pendant la défense de droits par exemple, peuvent rétablir des liens fragilisés par les stéréotypes ou les préjugés.

L'abandon des liens durant l'aide aux sans-abri

La construction des liens avec les partenaires ne va pas de soi. En plus des difficultés associées au contexte montréalais déjà mentionnées, les intervenants publics et communautaires se butent parfois à des praticiens méfiants ou « rigides » dans l'application des règlements et de leurs mandats. Les relations avec ces derniers peuvent ne jamais se développer. Les différences de perspectives quant à l'intervention et la diversité des règles et procédures organisationnelles nuisent parfois à l'élaboration et à la continuité des liens. Le *dumping* d'intervenants publics ou le manque de reconnaissance de la contribution communautaire font de même. Les reproches d'inaction, se faire « imposer des ordres » ou « se faire dire quoi faire » (PU-I-R05) entravent les liens. Toutes ces situations peuvent se conclure par une mise à distance puis un arrêt des relations. Cet arrêt ne s'accomplit pas toujours brutalement. Une intervenante publique signale comment cette interruption s'est produite avec un partenaire privilégié (PU-I-R01). Un abandon progressif s'est réalisé en modifiant les rôles des praticiens par la discussion et la mise en place d'ententes, comme garantir la continuité de la présence en affirmant qu'on ne laisse pas tomber le partenaire, réserver une plage horaire pour répondre à ses questions et se déplacer sur demande. Ce dernier arrangement était toujours valide au moment de la recherche. Ce retrait progressif ou « mise-en-dormance » se démarque par une logique du *care* et son souci d'autrui. Le tableau 1 esquisse les différentes phases du travail relationnel dans l'aide aux sans-abri et les façons de faire mentionnées par les répondants, sans en épuiser la réalité.

Conclusion

En discutant de leurs liens qui se déroulent bien, les intervenants publics et communautaires montréalais signalent la plupart des traits des liens « idéaux » tirés de la documentation. Ils en esquissent surtout la réalisation dans des conditions marquées par des difficultés et l'urgence d'agir. Ils prennent parfois le temps de s'approprier^{4, 5, 18, 21} et d'entretenir^{4, 5} des liens de différentes façons. Ces dernières ne constituent pas des recettes « définitives » promettant un résultat chaque fois identique. Elles s'avèrent être souvent un point de départ devant être adapté, par essais et erreurs, aux situations rencontrées. Ce travail relationnel et cette compétence d'organisation³⁴ demeurent souvent invisibles.

TABLEAU 1

Quelques dimensions du travail relationnel nécessaire aux partenariats dans l'aide aux sans-abri

	La création des liens	Le maintien des liens	L'arrêt des liens
Description	Ce qui rend possible l'établissement de nouveaux liens qui n'existent pas auparavant.	Ce qui permet d'assurer la continuité des liens.	Ce qui implique l'interruption des liens.
Les façons de faire	– La connaissance (rencontres ; séquence connaissance interpersonnelle et clarification des attentes ; déploiement de savoirs de civilité ordinaire ; séquence contact téléphonique et rencontre en face-à-face ; visites) – La personnalisation (connaissance plus intime et s'appeler par son prénom) ; – L'évaluation (test lors des premiers contacts ; faire ses preuves en intervention) ; – L'organisation des tâches et des rôles (clarification des rôles ; ententes d'alternance ; laisser une place à autrui ; reconnaître sa contribution ; communication honnête, ouverte, intègre ; élaboration de la confiance par des demandes).	– L'organisation des tâches et des rôles (ententes d'alternance et de relais ; respecter le rôle et les limites d'autrui ; être ouvert et répondre aux demandes d'autrui ; partager des objectifs communs) ; – L'entretien (déploiement des savoirs de civilité ordinaire ; positionnement comme ressource ; réflexions interpersonnelles ou discussions collégiales ; régularité des contacts téléphoniques ou en face-à-face) ; – La réparation (visites ; trouver un objectif commun ; séquence négociation, explication et confrontation).	– La mise à distance des liens difficiles ; parfois leur abandon. – La mise en dormance (retrait progressif par une organisation des rôles à l'aide d'ententes).
Les stratégies relationnelles	– Se présenter ; – Discuter ; – Expliquer ; – Poser des questions.	– Discuter ; – Expliquer ; – Poser des questions ; – Éduquer ; – Confronter.	– Discuter ; – Expliquer.
Éléments socio-culturels	– Les savoirs de la civilité ordinaire : dire bonjour, donner la main, sourire ; – La cause d'aider les sans-abri ; – La réputation et la confiance ; – La norme de réciprocité ainsi que la logique du <i>care</i> et son souci pour autrui.	– Les normes de réciprocité, de respect de ses engagements, de non – « dumping » et de ne pas « brûler » son contact ; – La cause d'aider les sans-abri ; – Les savoirs de la civilité ordinaire : dire bonjour, donner la main, sourire ; – La logique du <i>care</i> et son souci d'autrui.	– La logique du <i>care</i> et son souci d'autrui.

La nature peu formalisée de leurs relations rend possible des discussions et des questionnements³⁵ nécessaires à l'élaboration de « plans de match »¹⁶ flexibles et adaptés à la complexité des situations vécues des itinérants rencontrés. Ces stratégies relationnelles alimentent fréquemment leur jugement et peuvent leur procurer une flexibilité et une rétroaction, nécessaires à une intervention de qualité, à l'accessibilité des services ainsi qu'à leurs partenariats¹⁶. Ceux-ci ressemblent à des ordres locaux ne relevant pas de la logique hiérarchique et de la pensée mécaniste liée à la formalisation¹. Difficilement « rationalisables », ils s'ancrent dans des dimensions socioculturelles comme la cause d'aider, les ententes, les normes ou les valeurs liées à leur participation à diverses communautés d'intérêts, occupationnelles, professionnelles, de pratiques ou de réseaux de praticiens œuvrant dans le domaine de l'intervention auprès des itinérants^{1, 10}. En déployant ces éléments socioculturels pendant le tissage de leurs liens, les intervenants favorisent leur pérennité³⁶. De plus, cela rend souvent possible la réalisation des tâches quotidiennes, en misant sur des apprentissages, un jugement plus approfondi ou encore un nivellement des statuts inégaux des acteurs en présence^{16, 35}. Ces savoirs locaux et ces réseaux de relations peu formalisés leur permettent fréquemment de composer avec la complexité de l'intervention auprès des sans-abri¹⁶.

Comme nous l'apprend depuis plus de 50 ans la théorie des organisations^{1, 10}, la formalisation est loin de constituer la seule manière de faire face à une telle complexité. Des études ultérieures pourraient préciser la fréquence, les façons de réaliser ces partenariats, leurs impacts positifs et négatifs, et ainsi compléter le répertoire exploratoire de pratiques exposé au tableau 1, de même qu'affiner leur portée.

RÉFÉRENCES

- ¹ Dupuis, A. et Farinas, L. (2009). Le fonctionnement organique du système multiorganisationnel d'aide et de services aux sans-abri de Montréal. *Administration publique du Canada*, 52(1), 23-49.
- ² Fleury, M.-J., Grenier, G., Lesage, A., Ma, N. et Ngui, A.N. (2014). Network Collaboration of Organisations for Homeless Individuals in the Montreal Region. *International Journal of Integrated Care*, 14(1), URN:NBN:NL:UI:10-1-114770.
- ³ Simard, P., Noël, L., Baron, M. et Caron, J. (2003). La collaboration dans la pratique du travail de rue: l'expérience de Rouyn-Noranda. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 142-159.

- ⁴ LeMoine, E. (2016). Service Coordination for Homeless Pregnant Women in Toronto. Dans Nichols, N. et Doberstein, C. (dir.) *Exploring Effective Systems Responses to Homelessness* (p.132-152). Toronto: The Homeless Hub Press. Disponible à : <http://www.homelesshub.ca/systemsresponses>.
- ⁵ Grace, M., Coventry, L. et Batterham, D. (2012). The Role of Interagency Collaboration in “Joined-Up” Case Management. *Journal of Interprofessional Care*, 26(2), 141-149.
- ⁶ Neale, K., Buultjens, J. et Evans, T. (2012). Integrating Service Delivery in a Regional Homelessness Service System. *Australian Journal of Social Issues*, 47(2), 243-261.
- ⁷ Simpson, J. (2015). Police and Homeless Outreach Worker Partnerships: Policing of Homeless Individuals with Mental Illness in Washington, D.C. . *Human Organization*, 74(2), 125-134.
- ⁸ Spencer, W. J. (1993). Making “Suitable Referrals”: Social Workers’ Construction and Use of Informal Referral Networks. *Sociological Perspectives*, 36(2), 271-285.
- ⁹ Grenier, G., Fleury, M.-J., Imboua, A. et NGui, A. (2013). Portrait et dynamique des organismes desservant les personnes itinérantes ou à risque d’itinérance dans la région de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 119-141.
- ¹⁰ Demers, L., Dupuis, A. et Poirier, M. (2002). L’intégration des services passe-t-elle par des fusions d’établissements? *Santé mentale au Québec*, 27(2), 74-92.
- ¹¹ Strauss, A. (1993). *Continual Permutations of Action*. New York, NY: Aldine de Gruyter.
- ¹² Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M.-C., Lapante, J. et Choquet, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants: observations, réalités et contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 178-193.
- ¹³ Godrie, B., Fournier, A. et McAll, C. (2017). Repenser la marginalité sociale. L’accompagnement de personnes dites « marginalisées » par une équipe hors les murs». *Sciences et actions sociales*, (7) mis en ligne le 3 mai 2017, URL : <http://www.sas-revue.org/index.php/n-conception/40-n-7/varia-n7/107-repenser-lamarginalite-sociale>
- ¹⁴ McKeown, T. et Plante, M.-C. (2000). L’équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs de Montréal. Dans D. Laberge (dir.). *L’Errance urbaine* (p.391-402). Éditions MultiMondes: Ste-Foy.
- ¹⁵ Allen, C. (2003). Joined-Up Working, Welfare Professionalism and the Pursuit of the Pure Relationship: a Critical Encounter with the Sociology of Trust. *Housing, Theory and Society*, 20(1), 2-14.
- ¹⁶ Farinas, L. (2016). *La coordination interorganisationnelle en pratique: une exploration du travail relationnel de l’Équipe Itinérance et de ses partenaires*. (Thèse de doctorat, École nationale d’administration publique, Montréal, Canada). Disponible à : http://www.enap.ca/enap/14376/Theses_a_l%27ENAP.enap

- ¹⁷ Duval, M. et Fontaine, A. (2000). Lorsque des pratiques différentes se heurtent : les relations des travailleurs de rue et les autres intervenants. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 49-67.
- ¹⁸ Hurtubise, R. et Rose, M.-C. (2016). L'action intersectorielle clinique : l'expérience d'EMRII, une équipe mixte pour les personnes en situation d'itinérance. Dans Nichols, N. et Doberstein, C. (dir.) *Exploring Effective Systems Responses to Homelessness* (p.53-73). Toronto: The Homeless Hub Press. Disponible à : <http://www.homelesshub.ca/systemsresponses>.
- ¹⁹ Rowe, M., Hoge, M.A. et Fisk, D. (1998). Services for Mentally Ill homeless Persons: Street-Level Integration. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(3), 490-496.
- ²⁰ White, D., Jobin L., Mccann, D. et Morin, P. (2002). *Pour sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale*. Québec, Canada : Publications du Québec.
- ²¹ Girard, V., Bonin, J.P., Tinland, A., Farnarier, C., Pelletier, J.-F., Delphin, M., Rowe, M. et Simeoni, M. C. (2014). Mental Health Outreach and Street Policing in the Downtown of a Large French City. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37, 376-382.
- ²² Brown, K., Keast, R., Waterhouse, J., Murphy, G. et Mandell, M. (2012). Co-Management to Solve Homelessness: Wicked Solutions for Wicked Problems. Dans V. Pestoff, T. Brandsen et B. Verschuere (dir.). *New Public Governance, The Third Sector and Co-Production* (p. 211-226). New York, NY et Londres, R.-U. : Routledge.
- ²³ Alexander, E.R. (1995). *How Organisations Act Together: Interorganizational Coordination in Theory and Practice*. Amsterdam, Pays-Bas: Gordon and Breach Publishers.
- ²⁴ Rogers, D.L. et Whetten, D.A. (dir.). (1982). *Interorganizational Coordination: Theory, Research, and Implementation*. Ames: Iowa State University Press.
- ²⁵ Lipsky, M. (1980/2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, NY: Russel Sage Foundation.
- ²⁶ Maynard-Moody, S. et Musheno, M. (2012). Social Equities and Inequities in Practice. *Public Administration Review*, 72(Special issue), 16-23.
- ²⁷ Zelizer, V.A. (2012). How I became a relational economic sociologist and what does that mean?. *Politics & Society*, 40(2), 145-174.
- ²⁸ Giddens, A. (1987). *La constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*. Paris: Presses universitaires de France.
- ²⁹ Yin, R. K. (1989). *Case Study Research. Design and Method (vol. 5)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- ³⁰ Hurtubise, R. et Babin, P.-O. (2010). Les pratiques des équipes itinérance (113 p.). Sherbrooke, Canada: Université de Sherbrooke. Rapport de recherche disponible au www.cremis.ca.
- ³¹ Schwartz-Shea, P. et Yanow, D. (2012). *Interpretive Approaches to Research Design: Concepts and Processes*. New York, NY: Routledge.

- ³² Roy, S. et Hurtubise, R. (dir.). (2007). *L'itinérance en questions*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- ³³ Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. New York, NY : Routledge.
- ³⁴ Dujarier, M.-A. (2015). *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*. Paris, France : La Découverte.
- ³⁵ Cefaï, D. (2015). Outreach Work in Paris: A Moral Ethnography of Social Work and Nursing with Homeless People. *Human Studies*, 38(1), 137-156.
- ³⁶ Jones, C. et Lichtenstein, B. B. (2008). Temporary Interorganizational Projects: How Temporal and Social Embeddedness Enhance Coordination and Manage Uncertainty. Dans S. Cropper *et al.* (dir.). *The Oxford Handbook of Inter-Organizational Relations* (p.230-255). Oxford, NY : Oxford University Press.

Stratégies d'engagement, faisabilité et impact potentiel d'une intervention de groupe cognitive comportementale pour la psychose au sein d'une équipe de suivi intensif dans le milieu

Audrey Francoeur^a

Catherine Hache-Labelle^b

Crystal Samson^c

Martin Vézina^d

Tania Lecomte^e

RÉSUMÉ Objectifs Le but de cette étude pilote est de documenter les stratégies utilisées pour faciliter l'engagement des participants d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) à une thérapie cognitive comportementale pour la psychose (TCCp) de groupe offerte pour la première fois dans ce contexte, ainsi que de décrire la faisabilité de cette intervention auprès de ce type de clientèle et des intervenants impliqués.

Méthode Une TCCp de groupe de 24 rencontres a été mise en place. Les participants ont été recrutés parmi les deux équipes SIM de Laval. Différentes stratégies ont été élaborées et documentées afin de favoriser l'engagement à la thérapie des

-
- a. Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
 - b. Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
 - c. Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
 - d. Psychiatre, MD, FRCP, Chargé d'enseignement clinique, Université de Montréal, Cogestionnaire des équipes de suivi intensif dans le milieu – Direction programme santé mentale et dépendance (DPSMD), CISSS de Laval.
 - e. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal – Chercheuse senior, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM).

participants. Les participants ont rempli les questionnaires suivants : l'Échelle brève d'estime de soi ; l'Inventaire bref des symptômes psychiatriques ; l'Échelle de provisions sociales avant et après la thérapie.

Résultats Les données descriptives montrent que les stratégies faisant partie de la catégorie « Renforcements positifs » ont été les plus utilisées, étant suivies de près par les « Matériels et services » et ensuite par les stratégies visant à pallier les « Problèmes de mémoire ». Les participants se sont présentés en moyenne à 76 % des séances. Quatre participants sur huit ont eu une amélioration sur leur score global d'estime de soi, 3 se sont améliorés sur leur soutien social et 3 se sont améliorés au niveau de l'indice de sévérité globale des symptômes.

Conclusion L'information recueillie pourrait être très importante pour d'autres équipes de suivi intensif qui souhaiteraient effectuer une TCCp au sein de la clientèle ciblée. Celle-ci pourrait particulièrement en bénéficier en considérant qu'une TCCp de groupe pourrait diminuer l'isolement social et la marginalisation souvent vécus par les individus ayant des troubles mentaux graves.

MOTS CLÉS engagement, TCC, troubles psychotiques, suivi intensif

Engagement Strategies, Feasibility and Potential Impact of Group CBT for Psychosis Offered Within Assertive Community Treatment

ABSTRACT Objectives The study aims to document the strategies used to facilitate the engagement of participating receiving assertive community treatment (ACT) to a group cognitive-behavioral therapy for psychosis (CBTp) given for the first time in that context, and to describe the feasibility of this intervention with these consumers and the involved clinicians.

Methods A group CBTp of 24 sessions has been delivered. Participants were recruited from both teams ACT of Laval, Quebec. Different strategies were elaborated and documented in order to promote participants' engagement to the therapy. Participants had to fill in the following questionnaires: Self-Esteem Rating Scale – Short Form; Brief Symptom Inventory; and Social Provision Scale before and after the therapy.

Results The descriptive data show that the strategies from the *Positive reinforcement category* were the most used, closely followed by *Materials and services*, and then by the strategies that aim to compensate *Memory problems*. Participants showed up on average at 76% of the sessions. Four participants on eight had an improvement on their global self-esteem score, 3 improved on social support and 3 improved their global severity index of the BSI symptoms.

Conclusion The information gathered could be very important for other ACT teams that wished to carry out a CBTp among the targeted customer base. These consumers could particularly benefit from this group CBTp considering it could diminish social isolation and marginalization often lived by individuals with severe mental illness.

KEYWORDS assertive community team, CBT, psychosis, engagement

INTRODUCTION

Engagement à la thérapie

Les personnes ayant des troubles mentaux graves (TMG) ont souvent des difficultés à se présenter à leurs rendez-vous cliniques et à participer aux activités thérapeutiques suggérées, pour des raisons liées tantôt à leur symptomatologie, tantôt à un manque de ressources (p. ex. pas de billets d'autobus). En fait, près de la moitié des personnes recevant des traitements pour leur santé mentale ne vont pas les poursuivre à long terme¹.

Seulement quelques études se sont attardées aux stratégies utilisées pour améliorer la participation aux activités thérapeutiques et diminuer le taux d'abandon. Les stratégies répertoriées comprennent le rappel du rendez-vous², l'utilisation de nouvelles technologies³ et le travail sur l'alliance thérapeutique⁴. Il est possible que le choix et l'efficacité de ces stratégies varient en fonction du type de clientèle, du milieu et du type de thérapie proposé. Les équipes multidisciplinaires de suivi intensif dans le milieu (SIM) travaillent auprès d'individus qui présentent souvent de multiples problématiques, en plus d'un trouble mental grave, et pour qui l'engagement dans les services est particulièrement difficile.

Équipe de suivi intensif dans le milieu

Les équipes SIM sont multidisciplinaires et comprennent, entre autres, un psychiatre et des intervenants psychosociaux qui sont présents à l'extérieur des horaires traditionnels des cliniques. Selon les besoins, les individus qui reçoivent ce service peuvent bénéficier d'un contact quotidien, soit par le biais d'une visite brève liée à la livraison de leurs médicaments, soit pour offrir d'autres services (p. ex. accompagnement pour l'épicerie). Ultiment, comme décrit par le *Plan d'Action en Santé mentale du Québec*⁵, les équipes SIM visent à amener la personne à un niveau d'autonomie et de rétablissement suffisant pour être transférée à un service moins intensif.

Un des psychiatres des équipes SIM de Laval s'est intéressé à l'intégration d'interventions basées sur les données probantes, ayant les mêmes visées de rétablissement que leur équipe, auprès de la clientèle présentant un trouble mental grave au sein d'une équipe SIM. L'équipe a donc offert un premier groupe de Thérapie cognitive comportementale pour la psychose (TCCp).

Thérapie cognitive comportementale pour la psychose (TCCp)

La TCC est soutenue empiriquement par de multiples méta-analyses⁶ et la TCCp est recommandée par le guide de l'Association canadienne de psychiatrie pour le traitement de la schizophrénie⁷. En plus d'une formation plus brève pour l'équipe, la TCCp de groupe a été jugée préférable dans un contexte SIM, car elle permet aux participants souvent isolés de socialiser; elle peut être offerte en co-thérapie avec le soutien d'un pair aidant et elle favorise l'apprentissage interpersonnel.

La TCCp offre des outils aux participants afin de mieux comprendre et gérer leur santé mentale, et afin d'atteindre leurs objectifs et buts personnels⁸. Un pair aidant apporte un soutien et devient un modèle de rétablissement⁹.

Finalement, la TCCp de groupe qui a été offerte à Laval⁸ soutenait le rétablissement de plusieurs façons: par le soutien au projet de vie de chacun en ciblant les buts et objectifs personnels; par l'entraide dans un contexte groupal soutenu par un pair-aidant; et par le travail sur l'estime de soi et sur ses stratégies de gestion du stress et d'émotions difficiles.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude pilote était de cibler les stratégies utilisées par les équipes SIM pour faciliter la participation et l'engagement à la TCCp de groupe. Étant donné le faible taux de participation de cette population à différents types de traitements cliniques, tel que mis en lumière précédemment, et puisqu'à ce jour aucune autre étude n'a fait mention d'avoir offert la TCCp de groupe auprès de personnes suivies par une équipe SIM, nous souhaitons aussi décrire la faisabilité de cette intervention auprès de la clientèle et des intervenants impliqués.

MÉTHODE

Participants

Les intervenants des équipes SIM de Laval ont parlé du groupe à leurs clients. Pour l'étude pilote, l'équipe a proposé le groupe TCCp à 11 participants âgés de 40 à 61 ans, ayant consenti à participer à l'étude et recevant des services d'une des deux équipes SIM de Laval (huit hommes, trois femmes). L'étude a été approuvée par le Comité scien-

tifique et d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. Parmi ces participants, cinq avaient un diagnostic de trouble schizoaffectif et six un diagnostic de schizophrénie. La TCCp de groupe a été donnée par deux intervenantes de l'équipe SIM et un pair aidant, tous ayant été préalablement formés à l'intervention lors d'une formation intensive de deux jours.

Procédures et mesures

Les participants ont suivi une TCCp de groupe de 24 rencontres (1 heure/semaine) sur une période de six mois. Pour mesurer la faisabilité, le taux de présence aux rencontres a été mesuré et un taux plus sévère de 60 % et plus a été établi pour considérer l'intervention comme faisable, étant donné le seuil habituel en psychologie d'un peu plus de 50 %¹⁰. Les raisons d'absence ont été documentées, afin de déterminer si les absences étaient justifiables ou non. Pour ce qui est de favoriser l'engagement à la thérapie, une liste de stratégies a été élaborée en équipe avec les deux intervenantes des SIM de Laval animant le groupe et notre équipe. Chaque semaine, les deux intervenantes ont documenté les stratégies utilisées auprès de chaque participant sur une grille.

À titre informatif, les participants ont répondu à quatre questionnaires validés auprès de personnes avec un trouble mental grave, avant le début de la thérapie et à la fin de celle-ci, soit l'Échelle brève d'estime de soi (SERS-SF)¹¹, l'Inventaire bref des symptômes psychiatriques (*Brief Symptom Inventory*, BSI)¹², l'Échelle de provisions sociales (ÉPS)¹³ et un questionnaire sociodémographique.

Intervention

Le module est divisé en quatre thèmes principaux de six rencontres chacun : 1) Le stress : comment il influence ma vie ; 2) Vérifier les hypothèses et rechercher des alternatives ; 3) Les drogues, l'alcool et mes états d'âme ; et 4) *Coping* et compétence.

Analyses

Des analyses descriptives (fréquences) ont été utilisées pour documenter la participation aux rencontres, les stratégies d'engagement, ainsi que pour les changements de scores avant et après la thérapie sur les échelles de mesure.

RÉSULTATS

Le tableau 1 répertorie les différentes stratégies qui ont été utilisées. Les stratégies se divisent en quatre catégories, soit « Matériels et services », « Problèmes de mémoire », « Renforcements positifs » et « Stratégies à adopter si le participant a manqué la dernière rencontre ». Pour la catégorie « Matériels et services », les participants ont reçu une carte cadeau d'une valeur de 10 \$ dans un restaurant avant le début de la thérapie pour le temps passé à la participation à la recherche, ainsi qu'à la fin de celle-ci. Dans cette même catégorie, l'équipe a offert le remboursement des frais de transports en commun pour le déplacement et, dans certains cas, l'équipe est allée cueillir à leur domicile les participants pour lesquels le déplacement causait trop d'anxiété. Aussi, des collations et boissons étaient disponibles à toutes les séances et un dîner de groupe au restaurant a été offert à la fin de la thérapie, pour souligner la graduation du groupe. Pour ce qui est de la catégorie « Problèmes de mémoire », l'équipe du centre s'est assurée d'appeler les participants avant les séances et/ou de rappeler aux participants en personne la date de la prochaine séance de groupe. À la fin de chaque séance, un mémo pouvait être laissé aux participants comprenant l'heure et le jour de la prochaine séance de groupe. Des « Renforcements positifs » ont aussi été utilisés durant les séances. Les intervenantes étaient encouragées à souligner le progrès des participants et à encourager ceux qui participaient. Nous avons suggéré des phrases à utiliser afin de motiver et créer une relation positive avec le participant dès le départ, tel que : « J'ai hâte de faire la thérapie avec vous, ce sera ma première fois à moi aussi. » Pour les « Stratégies à adopter en cas d'absence », les intervenantes étaient encouragées à remercier le participant d'avoir prévenu pour son absence à l'une des séances si tel était le cas. Elles pouvaient aussi les aviser d'arriver plus tôt à la prochaine séance pour rattraper ce qu'ils avaient manqué. Les intervenantes pouvaient aussi utiliser des incitatifs liés aux buts personnels des participants tels que : « Je sais que vous avez mentionné vouloir des outils pour..., justement, nous allons travailler là-dessus la semaine prochaine », ou encore : « Les autres s'inquiétaient, car vous n'êtes pas venu. »

Les résultats portent sur neuf participants, deux abandons ayant eu lieu suite à la première rencontre. Tous les participants ont bénéficié de stratégies visant à pallier les « Problèmes de mémoire », au moins une fois, de même que de renforcements verbaux. Les stratégies faisant partie de la catégorie « Renforcements positifs » ont été les plus utili-

TABLEAU 1

Utilisation des différents types de stratégies

Stratégies		Nombre d'occurrences d'utilisation de la stratégie	Nombre de sujets auprès desquels la stratégie a été utilisée au moins une fois
Matériels/ services	A reçu une carte cadeau	18	9
	Rembourser les billets d'autobus	69	7
	Collations, breuvages durant la rencontre	216	9
	Dîner offert à la fin de la thérapie	9	9
	Aller les chercher en voiture	21	5
Problèmes de mémoire	Appeler avant leur rendez-vous	112	9
	Laisser mémos avec date et heure de la prochaine rencontre	24	4
	Remémorer la semaine même, en personne, la prochaine rencontre	33	7
Renforcements positifs	Encourager ceux qui participent	144	9
	Souligner les progrès	119	9
	Dire une phrase de ce type : « J'ai hâte de faire la thérapie avec vous, ce sera notre première fois à nous deux. »	5	3
	Dire une phrase de ce type : « J'ai hâte de vous y revoir la semaine prochaine. »	92	9
Stratégies à adopter si le participant a manqué la dernière rencontre	Remercier d'avoir prévenu (si c'est le cas)	2	1
	Aviser d'arriver plus tôt à la prochaine rencontre et prendre le temps de rattraper avec lui ce qu'il a manqué	0	0
	Argumentaire lié aux buts personnels (p. ex. Je croyais qu'il était important pour vous de travailler sur vous-même)	2	2
	« Les autres s'inquiétaient car vous n'êtes pas venu. »	1	1

TABLEAU 2
Score aux trois échelles (SERS-SR, ÉPS, BSI) de tous les participants au temps 0 et temps 1

Participants	Score global SERS-SR		Échelle provisions sociales		BSI : Indice de sévérité globale	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1
1	1	33	67	79	2.19	1.87
2	-3	11	77	76	2.4	2
3	35	29	67	69	1.11	1.34
4	21	34	63	79	1.72	1.75
5	3	n/a	64	n/a	3.6	n/a
6	37	33	71	71	1.45	1.57
7	3	10	67	66	1.53	1.57
8	-19	n/a	42	n/a	2.09	n/a
9	42	39	77	73	1.15	1.15
10	-5	n/a	72	n/a	2.77	n/a
11	27	24	63	61	1.36	1.23

sées, étant suivies de près par les « Matériels et services » et ensuite par les stratégies visant à pallier les « Problèmes de mémoire ». Les stratégies pour pallier une absence ont été peu utilisées, étant donné le faible taux d'absence.

Les individus se sont présentés en moyenne à 18 séances sur 24, soit 76 % de celles-ci. Parmi ceux ayant manqué des séances, les raisons étaient liées à des hospitalisations ou des rendez-vous médicaux.

À titre informatif, le tableau 2 présente les résultats aux trois questionnaires (SERS-SR, BSI et ÉPS) avant la thérapie (T0) et après la thérapie (T1). Les lignes en gris foncé correspondent aux individus pour lesquels nous n'avons pas les données au T1, tandis que les lignes en gris pâle correspondent aux participants présentant une amélioration de leur score à un test du T0 au T1. Sur les huit participants pour lesquels nous avons toutes les données, 75 % ont vu un changement de score sur au moins une des trois échelles.

DISCUSSION

Cette étude a voulu documenter les stratégies permettant de faciliter la participation aux séances. L'équipe clinique de notre étude croyait

qu'il serait très difficile d'intéresser les clients de leurs équipes SIM à participer au groupe. Ainsi, la liste de stratégies a été développée avant même le recrutement. Il est important de noter qu'à la grande surprise de plusieurs, un taux de participation élevé a été documenté. Plusieurs stratégies peuvent avoir favorisé la présence des participants aux séances de la thérapie, soit les stratégies de type « Matériel et services », les stratégies visant à pallier les « Problèmes de mémoire » ainsi que les « Renforcements positifs ». Les « Renforcements positifs » ont été les plus fréquemment utilisés par les intervenantes et semblent avoir contribué à faire en sorte que le groupe ait été perçu positivement par les participants. Toutefois, il nous est impossible de déterminer quelles stratégies favorisent plus ou moins l'engagement, et si celles-ci diffèrent selon le profil du participant. Des études avec des échantillons plus conséquents seraient nécessaires pour répondre à cette question.

L'étude visait aussi à établir la faisabilité de l'intervention au sein d'une équipe SIM, vu que ce contexte était nouveau et non documenté dans la littérature. La TCCp de groupe a bénéficié d'un faible taux d'abandon (18 %), ainsi qu'un haut taux de participation aux séances (76 %), dépassant notre limite établie (60 %), et mettant en lumière que l'engagement à la TCCp de groupe au sein d'une équipe SIM est tout à fait envisageable. Finalement, les raisons d'absence ont été considérées comme justifiables et non liées à une baisse de motivation ou d'intérêt, étant donné qu'elles concernaient des hospitalisations ou des rendez-vous médicaux.

Les résultats montrent une amélioration après la thérapie à au moins un des scores des différentes échelles (SERS-SR, BSI et ÉPS). Cependant, il n'est pas possible de conclure que l'amélioration n'est pas due au temps, puisqu'il n'y a pas de groupe contrôle. Cela s'avère néanmoins prometteur.

Quoiqu'il ne s'agisse que d'une étude pilote avec un petit échantillon, cette étude est la première à porter sur la TCCp de groupe auprès d'une clientèle provenant d'équipes de suivi intensif dans la communauté. La TCCp de groupe et les équipes SIM partagent les mêmes visées de rétablissement. Une équipe SIM souhaitant baser ses interventions de groupe sur les données probantes pourrait considérer offrir une TCCp de groupe dans son milieu. Il est toutefois important que l'étude soit répétée auprès de plusieurs équipes SIM avant de proposer des conclusions plus poussées.

RÉFÉRENCES

- ¹ Lal, S. et Malla, A. (2015). Service engagement in first-episode psychosis: Current issues and future directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(8), 341-345. doi: 10.1177/070674371506000802
- ² Mitchell, A. J. et Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in psychiatric treatment*, 13(6), 423-434. doi: 10.1192/apt.bp.106.003202
- ³ Ben-Zeev, D., Scherer, E. A., Gottlieb, J. D., Rotondi, A. J., Brunette, M. F., Achtyes, E. D., ... Mohr, D. C. (2016). mHealth for schizophrenia: Patient engagement with a mobile phone intervention following hospital discharge. *JMIR mental health*, 3(3), e34. doi: 10.2196/mental.6348
- ⁴ Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G. et Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. *Psychological medicine*, 45(11), 2365-2373. doi: 10.1017/S003329171500032X
- ⁵ Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020, Faire ensemble et autrement*, Québec, gouvernement du Québec, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- ⁶ Hofmann, Stefan G., et coll. « The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. » *Cognitive therapy and research*, 36.5(2012): 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- ⁷ Lecomte, T., Abidi, S., Garcia-Ortega, I., Mian, I., Jackson, K., Jackson, K. et Norman, R. (2017). Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in children and youth. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 648-655. doi: 10.1177/0706743717720195
- ⁸ Lecomte, T., Leclerc, C. et Wykes, T. (2016). *Group CBT for psychosis: A guidebook for clinicians*. Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press.
- ⁹ Provencher, H., Gagné, C., Legris, L., Harvey, D. et Lagueux, N. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté: points de vue de divers acteurs*. Québec: Canada, Université Laval.
- ¹⁰ Petznick, C. (2015). Evaluating the efficacy of an intervention to reduce the impact of stigma in adults with mood and/or anxiety disorders. (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (10156704).
- ¹¹ Lecomte, T., Corbière, M. et Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-esteem rating scale-short form. *Psychiatry research*, 143(1), 99-108. doi: 10.1016/j.psychres.2005.08.019
- ¹² Derogatis, L. R. et Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological medicine*, 13(3), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- ¹³ Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales: une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180. doi: 10.7202/032403

Les nouveaux défis de nos sociétés évolutives et modernes

Intervention en contexte de radicalisation menant à la violence : une approche clinique multidisciplinaire

Imen Ben-Cheikh^a

Cécile Rousseau^b

Ghayda Hassan^c

Mathieu Brami^d

Stéphane Hernandez^e

Marie-Hélène Rivest^f

RÉSUMÉ Ce manuscrit propose une première description d'un travail clinique spécialisé au regard de la radicalisation menant à la violence au Canada. Une équipe clinique multidisciplinaire rattachée à un programme de santé mentale et de soins

-
- a. M.D., FRCPC, psychiatre, CISSS de Laval, Département de psychiatrie, Université de Montréal – Membre de l'équipe RAPS (Recherche et action sur les polarisations sociales) du Centre de recherche SHERPA.
 - b. M.D., professeure titulaire, Département de psychiatrie, Division de psychiatrie sociale et culturelle, Université McGill - Directrice scientifique, Centre de recherche SHERPA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
 - c. Ph. D., professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM) - Directrice du réseau des praticiens canadiens en prévention de la radicalisation et de l'extrémisme violents (RPC-PREV) - Co-titulaire Chaire UNESCO en prévention de la radicalisation et de l'extrémisme violents - Chercheure et clinicienne, Centre de recherche SHERPA, équipe RAPS (Recherche et action sur les polarisations sociales).
 - d. Psychologue, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
 - e. M. Sc., travailleur social, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
 - f. M. Sc., travailleuse sociale, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

de première ligne à Montréal offre depuis juillet 2016 un service de consultation spécialisée pour soutenir des partenaires sur l'ensemble du territoire du Québec. Cet article décrit l'approche de l'équipe, l'organisation de l'offre de service et documente à travers des vignettes cliniques les principales catégories de problèmes sociaux et cliniques pour lesquels l'équipe fut sollicitée durant sa première année de fonctionnement. Nos observations préliminaires confirment la pertinence d'une évaluation pluridisciplinaire fondée sur une approche systémique du phénomène de la radicalisation violente, pour appréhender les différents facteurs sociaux, familiaux et individuels qui influencent les manifestations de ce phénomène, et déterminer la nature des interventions psychosociales et/ou psychiatriques pertinentes. La présentation des cas cliniques propose aux intervenants sociaux, communautaires et en santé mentale des pistes d'intervention et une compréhension du phénomène de radicalisation violente tel qu'il se présente dans les réseaux de la santé, de la protection de la jeunesse et de l'éducation au Québec.

MOTS CLÉS radicalisation violente, évaluation clinique, approche systémique, interventions psychosociales

Intervention in Context of Radicalization Leading to Violence: a Multidisciplinary Clinical Approach

ABSTRACT Objectives This manuscript provides a first description of a specialized clinical work addressing the radicalization leading to violence phenomenon in Canada. Since July 2016, a multidisciplinary clinical team attached to a mental health and primary care program in Montreal proposes specialized consultations to support partners across Quebec.

Methods This paper describes the clinical team approach, the consultation service organization and illustrates through clinical vignettes the main categories of social and clinical problems referred to the team during its first year of operation.

Results Our preliminary observations confirm the relevance of a multidisciplinary assessment based on a systemic approach to the phenomenon of violent radicalization to provide an understanding of the different social, family and individual factors associated and to formulate a psychosocial and/or psychiatric intervention plan.

Conclusion The presentation of clinical cases proposes to the social, community and mental health actors an understanding of the phenomenon of violent radicalization as it manifests in the health, youth protection and educational networks in Quebec and suggest intervention perspectives.

KEYWORDS violent radicalization, clinical evaluation, systemic approach, psychosocial interventions

1. Introduction

Face aux limites des approches sécuritaires, la prévention de la radicalisation violente est devenue un enjeu majeur dans les sphères sociales et de santé mentale¹. Au Québec, dans le cadre du plan d'action gouvernemental 2015-2018², le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-COIM), qui possède une expertise en intervention psychosociale en contexte interculturel, a été désigné pour penser une approche de soin qui réponde aux enjeux psychosociaux et de santé mentale liés à la radicalisation violente.

Alors que les recherches indiquent qu'il n'y a pas de profil type ni de trajectoire spécifique des individus qui se radicalisent de manière violente³, une évaluation clinique spécialisée en santé mentale permet d'appréhender la complexité de ce phénomène, et d'orienter les interventions pertinentes. Pour soutenir des partenaires sur l'ensemble du territoire du Québec, une équipe clinique rattachée au CIUSSS-COIM offre ainsi depuis juillet 2016 un service de consultation spécialisée au regard de la radicalisation menant à la violence.

Cet article a pour objectif de décrire l'approche de l'équipe, son offre de service et d'illustrer les principales catégories de situations cliniques pour lesquelles l'équipe fut sollicitée durant sa première année de fonctionnement. Il s'agit d'une première description d'un travail clinique d'une équipe spécialisée au regard de la radicalisation menant à la violence au Canada. La description des vignettes cliniques et leur discussion à travers une lecture multidisciplinaire et systémique proposent une meilleure compréhension du phénomène tel qu'il se présente au Québec, sensibilisent au risque de quiproquos culturels et offrent des pistes de solutions aux intervenants confrontés à cette problématique.

2. Approche clinique

L'approche de l'équipe combine plusieurs disciplines et perspectives provenant de la psychologie, de la psychiatrie, du travail social, de l'éducation et des sciences sociales.

Premièrement, la perspective psychodynamique donne accès à des outils cliniques qui visent le monde intrapsychique⁴ et permet une lecture des mécanismes pouvant être en jeu dans les processus de la radicalisation violente, comme l'impact des enjeux identitaires et des

besoins d'appartenance. Cette approche tient compte de mécanismes de défense polarisants tels que le clivage et la projection qui ne laissent pas de place à l'ambivalence, ou encore du rôle des fantasmes, des idéaux et des pulsions.

Les perspectives développementales et cognitive comportementale proposent quant à elles des grilles de lecture pour comprendre l'impact de troubles de l'attachement et du développement sur le comportement et la rigidité cognitive ou encore les processus d'endoctrinement. Elle offre aussi des outils spécifiques pour déconstruire certaines croyances⁵.

Sur un plan familial et sociétal plus large, l'approche systémique tient compte des dynamiques familiales et collectives, en particulier les relations entre les différents groupes sociaux. Cette perspective permet d'avoir accès à des outils cliniques au niveau familial qui facilitent le rétablissement des liens rompus⁶.

Enfin, pour aborder les dimensions culturelles et politiques de la radicalisation violente, l'équipe a aussi recours aux approches cliniques développées par l'ethnopsychiatrie⁷, la psychiatrie transculturelle⁸ et les courants latino-américains tenant compte de l'articulation entre l'espace thérapeutique et l'espace social et politique⁹.

3. Organisation de l'offre de service

Multidisciplinaire et diverse à différents niveaux (âge, genre, compétences linguistiques, approches théoriques et origines), l'équipe est composée d'une dizaine de cliniciens (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) appartenant aux directions santé mentale et soins de première ligne du CIUSSS-COIM, ainsi que des partenaires externes.

À travers une ligne d'appel directe ou via la ligne Info-Social (811), l'équipe est joignable rapidement pour des consultations concernant toute préoccupation associée au phénomène de radicalisation violente. Selon les besoins, une évaluation psychosociale, psychologique et/ou psychiatrique est effectuée. Le choix des intervenants tient compte des compétences linguistiques et de l'expérience de vie de chacun, pour faciliter le lien de confiance avec les individus concernés.

Dans un but de supervision et de formation continue, l'équipe se réunit deux fois par mois pour discuter des dossiers actifs.

En dehors des cas où une problématique de santé mentale sévère est présente, les individus concernés par un problème de radicalisation violente sont généralement rencontrés par des professionnels sur le

terrain, au niveau communautaire, scolaire ou dans des établissements de soins en première ligne. Pour éviter une stigmatisation liée aux services psychiatriques, les patients préfèrent souvent une prise en charge à ces niveaux. Or, les professionnels qui y exercent se sentent souvent démunis pour évaluer et prendre en charge des situations de radicalisation violente¹⁰, soulignant ainsi la nécessité d'une complémentarité entre les soins de proximité et les soins spécialisés.

Cette complémentarité peut s'effectuer à travers des évaluations spécialisées réalisées dans des structures de proximité en première ligne, une collaboration étroite entre les instances, avec possibilité de co-évaluations et de discussions de cas. L'équipe fait le lien avec les partenaires pertinents (établissements scolaires et de la santé, organismes communautaires, centres jeunesse, services de sécurité) et peut offrir des suivis familiaux ou individuels de courte durée pour soutenir et compléter ce que le milieu peut offrir.

Notre approche, qui allie services spécialisés et ancrage dans les milieux de vie, est en ce sens unique au Québec et se distingue d'autres organismes et services disponibles à Montréal ou ailleurs au Québec, qui ne s'adressent pas aux questions de santé mentale ou ne possèdent pas le réseau partenarial étendu qui caractérise nos services en première ligne.

Les situations observées par l'équipe sont très diverses s'articulant autour de quatre principales catégories illustrées à travers les vignettes suivantes.

4. Un éventail de situations cliniques

Diverses situations sont observées : 1) des cas de psychopathologie associée à un risque de radicalisation violente ; 2) des situations de quiproquos culturels ; 3) des cas de radicalisation violente en lien avec des organisations extrémistes, sans évidence de trouble psychiatrique sous-jacent ; 4) des cas de détresse psychologique liée à des actes haineux ou à des représentations médiatiques négatives ;

Afin de préserver strictement l'anonymat des individus et des familles, plusieurs informations ont été modifiées, sans toutefois altérer la logique clinique des cas présentés.

4.1 Problèmes de santé mentale et radicalisation violente : langage de détresse et canalisation des agirs

Les problèmes de santé mentale observés dans notre pratique couvrent un large spectre allant de troubles psychiatriques sévères, comme des troubles psychotiques ou des troubles du spectre de l'autisme, à des troubles de l'adaptation, des troubles de l'attachement et des troubles de la personnalité ou des traumatismes complexes avec des problèmes relationnels. Alors que l'automutilation et les tentatives de suicide font maintenant partie d'un vocabulaire de détresse familial, le discours associé à la radicalisation violente semble devenir pour certains patients un moyen puissant d'exprimer une détresse ou de mobiliser l'attention.

Nous présentons deux cas où un trouble psychiatrique s'associe à un risque de radicalisation violente.

Julien et l'obsession de pureté

Julien est un jeune de 20 ans, provenant d'une famille québécoise catholique. Il s'est converti à l'islam à 17 ans. L'équipe fut consultée pour une possibilité de radicalisation religieuse.

Julien souffre d'un trouble psychotique avec des obsessions sexuelles l'amenant à chercher des moyens de « purification ». Il rapporte que sa quête de pureté est partiellement soulagée par le recours à l'islam qui l'aide par exemple à éviter l'abus d'alcool. Il cherche toutefois à devenir « plus pur ». Il a coupé le contact avec sa famille et ses pairs. Sa connaissance de l'islam est faible et il utilise Internet pour s'informer. Ceci le rend particulièrement vulnérable à des interprétations erronées, prônant par exemple une pureté à travers le djihad ou la mort en « martyr ».

Au niveau communautaire, un suivi de type mentorat est suggéré pour soutenir Julien. Il s'agit d'une approche de proximité, centrée sur les besoins perçus prioritaires par le patient. Julien fut référé à un intervenant musulman pour favoriser l'alliance, l'orienter vers des références musulmanes fiables et l'encourager à s'engager dans des activités de bénévolat pouvant contribuer à soulager sa recherche de « pureté ». Enfin, un travail pour améliorer les relations familiales et diminuer les peurs autour de la sexualité est suggéré à l'équipe traitante.

Hussein, une désaffiliation radicale

Hussein est un jeune de 16 ans, issu d'une famille musulmane. Il s'identifie comme un Canadien athée. Il nous a été référé suite à des menaces de « tuer tous les musulmans » et des idées homicidaires

envers des pairs. Hussein souffre d'un syndrome d'Asperger et présente une rigidité cognitive caractéristique. Il évoque de manière répétée son refus d'appartenance à sa communauté d'origine et dénigre toute référence à l'islam, allant jusqu'à une identification aux suprémacistes blancs américains.

Plusieurs éléments de fragilité sont présents dans sa vie : absence du père depuis sa naissance, intimidation à l'école, et des conflits avec son frère en lien avec son refus catégorique d'adhérer à l'islam.

L'équipe a privilégié un suivi thérapeutique avec un psychologue non musulman pour favoriser l'alliance. La psychothérapie l'aide dans l'expression de sa souffrance, ainsi qu'à consolider son besoin identitaire d'individuation et de différenciation de sa famille, tout en s'adaptant aux demandes de celle-ci. Le suivi permet également de maintenir une vigilance face au risque hétéroagressif. Un lien avec l'école a permis de réintégrer Hussein dans un milieu soutenant et conscient des risques d'intimidation.

4.2 Situations de « quiproquos culturels » : les risques du profilage

Certaines suspicions de radicalisation violente se révèlent être des situations de quiproquos culturels. Ceci est d'autant plus fréquent que les préjugés et les peurs face à certains groupes ethniques et religieux sont en augmentation, alimentant des peurs chez le personnel des institutions d'éducation et de santé, et dans la population générale.

Sermad, « Allah est grand »

Sermad est un jeune de 14 ans, issu d'une famille musulmane originaire d'Asie du Sud. L'équipe fut contactée par l'école pour une potentielle radicalisation religieuse. Sermad a tenu des propos menaçants envers des pairs qui l'intimidaient. Après avoir vu une photo le montrant avec une arme de chasse à la main et la présence des mots « Allah est grand » sur son profil de réseau social, l'école a immédiatement avisé les forces de l'ordre et suspendu le jeune. Son arrestation devant le voisinage a causé chez la famille un profond sentiment de honte et de colère. Et, bien que les craintes se soient avérées infondées, Sermad a dû changer d'école, renforçant le sentiment d'injustice et de stigmatisation.

L'évaluation n'a montré aucun signe de radicalisation religieuse. Le père, un chasseur passionné, a initié ses enfants à la chasse. La photo de Sermad avec l'arme de chasse a été postée en ligne par son ami « pour faire une blague ». L'expression « Allah est grand » représentait pour Sermad simplement sa foi en Dieu.

En plus d'un soutien individuel et familial, notre équipe a offert une rencontre impliquant la commission scolaire pour faciliter l'accueil du jeune dans sa nouvelle école.

Cet exemple, loin d'être unique pour notre équipe, illustre les risques et les dommages associés au profilage ethnique et religieux. Dans ces situations, une évaluation suffisamment précoce peut généralement prévenir de tels quiproquos.

4.3 Radicalisation violente : les personnes en lien avec des organisations extrémistes et leurs familles

Notre équipe est sollicitée également pour des situations où il existe un lien établi avec des individus ou des organisations extrémistes, sans présence d'un trouble psychiatrique sévère. La demande concerne soit directement un individu pour lequel on vise à comprendre la trajectoire d'engagement et d'intervenir à ce niveau, soit sa famille qui a besoin de soutien ou d'un autre type d'intervention.

François, en quête d'une nouvelle filiation

François est un jeune de 22 ans, issu d'une famille de confession chrétienne. L'équipe fut consultée par l'entourage inquiet concernant une affiliation du jeune à un groupe néonazi aux États-Unis.

François fut rencontré par un psychiatre de notre équipe. Il ne présente pas de maladie mentale, mais présente un profil psychologique fragile, notamment des traits narcissiques. Il exprime un projet potentiel impliquant un réseau extrémiste.

L'histoire personnelle révèle des enjeux d'attachement au premier plan, une histoire d'abandon par la mère, des échecs académiques et professionnels et un déménagement à Montréal que François reproche profondément à ses parents.

Le choix de départ de François semble correspondre à la fois à un désir de rupture avec son passé notamment ses parents qui l'ont, à ses yeux, abandonné et une quête d'appartenance réparatrice avec un nouveau groupe de pairs.

Un soutien sous forme de mentorat par un intervenant de l'équipe a été offert pour répondre aux préoccupations de François, le soutenir dans une quête de retisser les liens avec sa famille, et sa société par une démarche de réorientation académique et professionnelle.

Marc, un adepte des jeux vidéo

Marc est un jeune de 13 ans, issu d'une famille québécoise catholique pratiquante. L'équipe fut consultée par l'école inquiète par des propos menaçants tenus par le jeune envers un professeur noir et la présence de croix gammées dessinées dans son agenda.

Marc a peu d'amis à l'école. Il passe beaucoup de temps sur Internet occupé par des jeux vidéo à travers lesquels il a développé un réseau d'amis virtuels, dont un groupe d'extrême droite.

L'évaluation révèle la présence de questionnements face à son orientation sexuelle, qu'il cache à sa famille par crainte de rejet. Son alliance avec l'extrême droite lui donne un sentiment d'appartenance à un groupe et augmente son estime de soi.

Un suivi psychologique lui a été offert pour aider à diminuer la souffrance liée aux enjeux sexuels et d'appartenance, et aider à canaliser les fantasmes de violence.

4.4 Détresse psychologique liée à des actes haineux et aux représentations médiatiques

Le contexte social entourant la radicalisation est associé à une augmentation des incidents et crimes haineux et à une circulation de représentations médiatiques négatives qui provoquent une détresse importante. Celle-ci se présente fréquemment en consultation même si le lien avec ce contexte n'est pas toujours reconnu.

5. Une clinique qui confirme la pertinence d'une approche multidisciplinaire et systémique

Même si l'équipe est consultée pour des situations cliniques plus critiques (dont nous souhaitons préserver la totale confidentialité et anonymat), celles rapportées ici illustrent la multiplicité des manifestations cliniques associées à ce phénomène social et confirment la pertinence d'une approche multidisciplinaire et systémique tenant compte d'un vaste éventail de facteurs sociaux, familiaux, et individuels qui influencent la radicalisation violente.

5.1 Facteurs sociaux

À travers des situations d'inégalités sociales ou d'ostracisme, la société a une responsabilité dans le développement de polarisations sociales, notamment entre groupes majoritaires et minoritaires.

Alors qu'on observe une tendance à la hausse des crimes haineux ciblant la religion ou l'origine ethnique¹¹, une souffrance sociale chez des individus innocents peut parfois nourrir des griefs envers la société d'accueil et augmenter le risque de radicalisation violente¹². Une recherche auprès de collégiens du Québec montre une association entre des expériences passées de violence ou de discrimination et le soutien à la radicalisation violente¹³. Pour certains, un sentiment d'injustice sociale et de victimisation vient légitimer le recours à la violence, notamment à des fins politiques, pouvant faire passer l'individu d'un statut de victime à un statut d'agresseur.

Des politiques sociales d'inclusion et d'intégration sont des éléments-clés favorisant la prévention de la radicalisation¹⁴. Par ailleurs, des stratégies pour mobiliser les jeunes Québécois dans une action citoyenne, comme celles pilotées par le centre de recherche SHERPA¹⁵ et le réseau des praticiens canadiens en prévention de la radicalisation et de l'extrémisme violent (RPC-PREV), pourraient augmenter la conscientisation des jeunes face à ce phénomène et favoriser leurs sentiments d'appartenance à la société.

5.2 Facteurs familiaux

Peu d'études à ce jour explorent le lien entre les rapports familiaux et la radicalisation violente. Toutefois, la famille peut jouer un rôle important de protection ou de vulnérabilisation face à un contexte social clivant. Quelques études soulignent que la relation parent-enfant peut influencer le risque de radicalisation chez les jeunes, notamment en présence de dynamiques familiales violentes ou dysfonctionnelles¹⁶ ou d'une idéologie extrémiste chez les parents¹⁷.

Nos observations vont dans ce même sens. Pour plusieurs cas, des enjeux d'attachement, des problèmes relationnels importants ou des histoires traumatiques non résolues ont pu jouer un rôle dans la trajectoire vers la radicalisation violente.

Suscitant souvent incompréhension et inquiétudes chez les proches qui craignent une radicalisation religieuse, la conversion à l'islam dans les sociétés occidentales pourrait être comprise parfois comme une recherche de cadre structurant ou une quête de différenciation par rapport à ses origines¹⁸. En fait, les motivations de conversion à l'islam sont très différentes d'un individu à un autre¹⁹ et seule une évaluation psychosociale complète permet d'en comprendre le sens pour un individu donné.

La conversion peut devenir un facteur de vulnérabilité face à la radicalisation religieuse lorsqu'elle se produit dans un processus rapide plutôt qu'un cheminement spirituel progressif, en cas d'une méconnaissance de l'islam²⁰ ou si Internet constitue la principale source d'information, pouvant alors jouer un rôle de vecteur de recrutement²¹.

Par ailleurs, notre expérience nous indique également que des dynamiques familiales protectrices constituent des leviers puissants pour la résolution de problématiques complexes.

Les facteurs de risque et de protection sociaux et familiaux s'associent à des facteurs individuels pour influencer la trajectoire d'un individu.

5.3 Facteurs individuels

Tel que souligné par plusieurs auteurs et observé dans le cadre de nos interventions, l'adhésion à des idéologies radicales répond dans plusieurs cas à un processus de désaffiliation/réaffiliation ou à une quête de sens associée à un besoin d'appartenance identitaire²². L'exclusion sociale ou un faible sentiment d'appartenance à sa famille, sa société ou son groupe d'origine peut engendrer un sentiment de vide identitaire qui peut augmenter le risque de radicalisation violente dans la mesure où l'individu peut chercher à combler ce vide en s'identifiant à un groupe perçu comme partageant une souffrance et des préoccupations similaires. Cette quête peut s'avérer fort complexe, comme le cas d'Hussein qui détourne sa rage contre ses origines et s'identifie, paradoxalement, aux suprémacistes blancs.

D'un point de vue psychopathologique, la majorité des individus qui se radicalisent ne présentent pas de maladie mentale sévère²³, mais des troubles psychiatriques sont retrouvés plus fréquemment chez les acteurs solitaires²⁴. Lorsque le jugement est fragilisé, certaines idées délirantes ou obsessionnelles peuvent trouver un écho dans un discours radicalisé, comme en témoigne la recherche de pureté de Julien. Dans les troubles du spectre autistique, comme chez Hussein, la rigidité cognitive rend plus difficile l'acquisition d'un esprit critique.

Nos observations cliniques vont dans le sens de certains écrits montrant que la présence d'une détresse psychologique associée à des expériences d'adversité sociale constitue un facteur de risque de radicalisation violente^{25, 26}. Une attention clinique aux dynamiques psychologiques et à la souffrance des individus (en particulier les traumatismes, ruptures, deuils et conflits) est donc essentielle pour protéger des jeunes vulnérables de la radicalisation violente ou les désengager.

6. Interventions psychosociales et psychiatriques

L'intervention en contexte de radicalisation violente est un champ en développement qui manque de données empiriques²⁷. Les pratiques d'intervention et de prévention décrites dans la littérature sont hétérogènes et leur efficacité n'est pas encore établie.

Nos observations préliminaires confirment la pertinence de développer un modèle qui favorise une alliance thérapeutique ainsi qu'une approche multidisciplinaire offrant un ensemble d'interventions au niveau individuel, familial et communautaire.

6.1 Au niveau individuel : l'établissement délicat d'une alliance

Le lien de confiance est essentiel pour la collaboration et l'efficacité de l'évaluation et du suivi. L'implication d'intervenants perçus comme crédibles du fait de leur expérience de vie ou de leurs connaissances de la langue ou de la religion facilite l'alliance. Le respect de la confidentialité, selon les lois en vigueur, est également essentiel pour ce lien de confiance. Des signalements hâtifs aux forces de l'ordre ou à la protection de la jeunesse peuvent ébranler l'alliance et provoquer un repli dommageable. Si les suspicions sont infondées, comme pour Sermad, elles peuvent être vécues comme une expérience de discrimination, et peuvent alors constituer un facteur de risque de radicalisation violente²⁸.

6.2 Au niveau familial et communautaire : retisser des liens

Les approches familiales et communautaires peuvent avoir un rôle protecteur contre la radicalisation violente²⁹. Les intervenants ciblent l'amélioration de la communication intrafamiliale et le renforcement des liens familiaux, en offrant des espaces où il est possible pour chacun de s'exprimer malgré les divergences. Lorsque les dynamiques familiales antérieures ou la rigidité cognitive ne permettent pas ou peu de rencontres verbales, les liens peuvent être rétablis autour de marqueurs symboliques du quotidien.

Par le développement de partenariats avec des organismes communautaires, nous proposons une collaboration avec des intervenants sur le terrain dans le but de favoriser la réinsertion sociale des individus concernés par une problématique de radicalisation violente.

Nous appuyons une approche intégrative qui encourage des activités communautaires permettant de briser l'isolement social, par exemple à travers des activités de bénévolat, des activités sociales afin

d'établir des liens protecteurs, ou des activités artistiques visant à exprimer la souffrance et la colère de façon contrôlée.

Enfin, le milieu scolaire, en offrant des espaces de paroles dans un climat d'inclusion et de confiance, pourrait jouer un rôle préventif en suscitant un sentiment d'appartenance envers la société.

7. Conclusion

Le phénomène de radicalisation violente est d'autant plus complexe que chaque cas est unique, impliquant une interaction dynamique entre plusieurs facteurs de risque et de protection à plusieurs niveaux³⁰. Une approche systémique posant un regard large sur l'ensemble des facteurs sociaux, familiaux et individuels, permet de cerner les causes sous-jacentes influant chaque cas particulier, et précise les interventions psychosociales pertinentes au cas par cas.

L'établissement d'un lien de confiance avec les individus et les familles est essentiel pour l'efficacité de l'évaluation et des interventions, soulignant l'importance de tenir compte de tous les facteurs pouvant influencer ce lien, incluant les éléments culturels.

Enfin, pour favoriser la réintégration sociale des individus, la démarche thérapeutique devrait promouvoir le développement de programmes de réadaptation sociale en partenariat avec des organismes communautaires.

Cette première description de l'expérience de l'équipe clinique du CIUSSS-COIM sera suivie d'évaluations plus systématiques concernant l'impact des interventions en termes d'évolution clinique et de trajectoires.

RÉFÉRENCES

- ¹ Ragazzi, F. (2017). Countering terrorism and radicalisation : Securitising social policy? *Critical Social Policy*, 37(2), 163-179.
- ² Ministère de l'Immigration, de la diversité et de l'inclusion. (2015). *Plan d'action gouvernemental 2015-2018 «La radicalisation au Québec: agir, prévenir, détecter et vivre ensemble»*. Repéré à : http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/PLN_Radicalisation.pdf
- ³ Gill, P., Horgan, J. et Deckert, P. (2014). Bombing Alone: Tracing the Motivations and Antecedent Behaviors of Lone-Actor Terrorists. *Journal of Forensic Sciences*, 59(2), 425-435.
- ⁴ Gabbard G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (5e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- ⁵ Chaloult L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale*. Montréal, Canada : Gaëtan Morin.
- ⁶ Balas L. L. (dir.). (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- ⁷ Moro M. R. (2010). *Nos enfants demain : pour une société multiculturelle*. Paris, France : Odile Jacob.
- ⁸ Kirmayer L.J., Guzder J. et Rousseau C. (2014). *Cultural Consultation Encountering the Other in Mental Health Care*. New York, NY : Springer.
- ⁹ Vinar M. (1989). *Exil et torture*. Paris, France : Denoël.
- ¹⁰ Ludot, M., El Hussein, M., Radjack, R. et Moro, M.R. (2017). Les réactions des professionnels face à la « radicalisation » des jeunes. Une étude exploratoire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.02.004>
- ¹¹ Statistique Canada (2017). *Les crimes haineux déclarés par la police au Canada, 2015*. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2017001/article/14832-fra.pdf>
- ¹² Argomaniz, J. et Lynch, O. (2017) : Introduction to the Special Issue: The Complexity of Terrorism – Victims, Perpetrators and Radicalization. *Studies in Conflict & Terrorism*, doi: 10.1080/1057610X.2017.1311101
- ¹³ Rousseau, C., Hassan, G., Lecompte, V., Oulhote, Y., El Hage, H., Mekki-Berrada, A. et Rousseau-Rizzi, A. (2016). *Le défi du vivre ensemble : Les déterminants individuels et sociaux du soutien à la radicalisation violente des collégiens et collégiennes au Québec*. Montréal, Canada : Centre de recherche SHERPA.
- ¹⁴ Centre international pour la prévention de la criminalité (CIPC) (2015). *Comment prévenir la radicalisation ? Une revue systématique*. Montréal, Canada. Repéré à : http://www.crime-prevention-intl.org/fileadmin/user_upload/Publications/2016/Rapport_Prevention_Radicalisation_2016.pdf
- ¹⁵ Institut du Nouveau Monde (2016). Projet pilote Vivre ensemble. Repéré à : <http://inm.qc.ca/blog/projet-pilote-vivre-ensemble/>
- ¹⁶ Pels, T. et De Ruyter D.J. (2012) The influence of education and socialization on radicalization: an exploration of theoretical presumptions and empirical research. *Child & Youth Care Forum*, 41(3), 311-325.
- ¹⁷ Grubben, G. (2006). Right-Extremist Sympathies among Adolescents in the Netherlands. Dans Rieker P., Schuster S., Glaser M. (dir.), *Prevention of Right-Wing Extremism, Xenophobia and Racism in European Perspective* (p. 48 – 66). La Haye, Pays-Bas. Center for the Prevention of Right-Wing Extremism and Xenophobia. Repéré à : http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/96_6736_Prevention_of_Right_Wing_Extremis_m.pdf
- ¹⁸ Ludot, M., Radjack, R. et Moro, M.R (2016). « Radicalisation djihadiste » et psychiatrie de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.08.003>

- 19 Mossière G. (2013). *Converties à l'islam, parcours de femmes au Québec et en France*. Montréal, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- 20 Khosrokhavar, F. (2014). *Radicalisation*. Paris, France: Maison des Sciences de l'Homme.
- 21 Ducol, B. (2015). *Devenir jihadiste à l'ère numérique. Une approche proces-suelle et situationnelle de l'engagement jihadiste au regard du Web*. Université de Laval. Repéré à : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/31398/31398.pdf>
- 22 Sieckelincx, S. et De Winter M. (2015). *Formers & families: Transitional journeys in and out of extremism in the UK, Denmark and The Netherlands*. Repéré à : https://www.ris.uu.nl/ws/files/15886833/end_report_formers_and_families_tcm126_610120.pdf
- 23 Bénézech, M. et Estano, N. (2016). À la recherche d'une âme: psychopathologie de la radicalisation et du terrorisme. *Annales Médico-Psychologiques*, 174 (4), 235-249.
- 24 Corner, E. et Gill, P. (2015). A false dichotomy? Mental illness and lone actor terrorism. *Law and Human Behavior*, 39, 23-34.
- 25 Borum, R. (2014). Psychological vulnerabilities and propensities for involvement in violent extremism. *Behavioral Sciences & the Law*, 32, 286-305.
- 26 Ducol, B. (2013). Les dimensions émotionnelles du terrorisme. *Revue canadienne des études supérieures en sociologie et criminologie*, 2, 89-102.
- 27 Centre international pour la prévention de la criminalité (CIPC) (2017). *Prévention de la radicalisation menant à la violence: une étude internationale sur les enjeux de l'intervention et des intervenants*. Montréal, Canada. Repéré à : http://www.crime-prevention-intl.org/fileadmin/user_upload/Publications/2017/Rapport_Radicalisation_Final_Aout2017.pdf
- 28 Hassan, G., Rousseau, C. et Moreau, N. (2013). Ethnic and religious discrimination: the multifaceted role of religiosity and collective self-esteem. *Trans-cultural Psychiatry*, 50(4), 475-492.
- 29 Weine, S., Horgan J., Robertson, C., Loue, S., Mohamed, A. et Noor, S. (2009). Community and family approaches to combating the radicalization and recruitment of Somali-American youth and young adults: A psychosocial perspective. *Dynamics of Asymmetric Conflict*, 2(3), 181-200.
- 30 Schmid A. P. (2013). *Radicalisation, de-radicalisation, counter-radicalisation: A conceptual discussion and literature review*. The International Centre for Counter-Terrorism (ICCT), La Haye, Pays-Bas. Repéré à : <https://www.icct.nl/download/file/ICCT-Schmid-Radicalisation-De-Radicalisation-Counter-Radicalisation-March-2013.pdf>

Utilisation problématique d'Internet et des jeux vidéo chez des étudiants en médecine

Hélène Givron^a

Joëlle Berrewaerts^b

Guy Houbeau^c

Martin Desseilles^d

■

RESUMÉ La dépendance à Internet et aux jeux vidéo aurait un impact sur les performances académiques et la santé mentale. Un autoquestionnaire en ligne a été proposé à tous les étudiants en médecine de première année de l'Université de Namur (Belgique). Il s'agissait de questions d'ordre sociodémographique, de l'échelle de stress perçu PSS 14 (*Perceived Stress Scale*), de l'*Internet Addiction Test* (IAT), du *Problem Video Game Playing* (PVP) et de l'échelle de dépression MADRS (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*). Notre méthodologie ne nous permet pas d'identifier des facteurs causaux, mais bien de mettre en lumière certains facteurs d'intérêt dans une population d'étudiants qui sera soumise lors de ses études et de sa future profession à l'utilisation intensive de ces technologies.

Selon l'IAT, 1% des étudiants présentent une dépendance à Internet et 24,4% ont un usage problématique occasionnel. D'après le PVP, 11,4% des étudiants jouant à des jeux vidéo sont des joueurs problématiques. Les données révèlent par

-
- Psychologue, assistante en doctorat, Département de Psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Belgique.
 - Ph. D., coordinatrice de recherche, Département de psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Belgique.
 - Responsable technique auprès du Département de psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Belgique.
 - M.D., M. Sc., Ph. D., professeur de psychologie médicale, directeur du Département de psychologie, Faculté de médecine, Université de Namur, Belgique.

ailleurs des scores significativement plus élevés d'usage problématique d'Internet et des jeux vidéo parmi les étudiants stressés, parmi les étudiants déprimés et parmi ceux ayant de mauvais résultats académiques. Nous attirons l'attention sur le débat nécessaire entre l'utilisation raisonnée et l'utilisation problématique des nouvelles technologies ainsi que sur la nécessité d'une prévention longitudinale dès l'entrée aux études.

MOTS CLÉS cyberaddiction, internet, jeux vidéo, stress, dépression, addiction à internet, trouble du jeu sur internet

Problematic Use of Internet and Video Games in Students in Medicine

ABSTRACT Dependence on the Internet and video games would have an impact on academic performance and mental health.

Objective Highlight some of the interest factors in a first-year medical student population who will be subjected during their studies and future to the intensive use of these technologies.

Method A self-questionnaire was proposed, from a free access link from February to March 2014, to all first-year medical students at the University of Namur in Belgium. It consisted of questions related to socio-demographic data, Perceived Stress Scale (PSS 14), the Internet Addiction Test (IAT), the Problem Video Game Playing (PVP) and the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

Results According to the Internet Addiction Test (IAT), 1% of the students are addicted to the Internet and 24,4% have occasional problematic use. According to Problem Video Game Playing (PVP), 11,4% of the students playing video games are problem gamblers. The data also show significantly higher scores for problematic use of the Internet and video games among stressed students, depressed students and those with poor academic performance.

Conclusion We draw attention to the necessary debate between the rational use and the problematic use of new technologies as well as the need for longitudinal prevention from the beginning of studies.

KEYWORDS cyberaddiction, internet, video games, stress, depression, internet addiction, internet gaming disorder

Introduction

La dépendance à Internet et aux jeux vidéo est un véritable problème dans la population étudiante, car elle a un impact sur les capacités cognitives et la santé mentale¹. Dans un premier temps, il est nécessaire de faire un état des lieux de la problématique et particulièrement parmi les étudiants en médecine qui auront à utiliser les nouvelles technolo-

gies de l'information et de la communication (NTIC), à la fois dans une perspective pédagogique au cours de leurs études et dans une perspective diagnostique et thérapeutique au cours de leur profession.

Depuis quelques années, l'usage problématique d'Internet – nommé « addiction à Internet » – fait l'objet d'une attention grandissante dans la littérature professionnelle. Cette addiction pourrait comprendre diverses problématiques vu la variété d'activités disponibles en ligne (jeux, réseaux sociaux, cybersexe, etc.). Les chercheurs semblent s'accorder sur le fait que l'usage problématique cause de la détresse ou a un impact négatif sur le fonctionnement de la personne dans des domaines importants de la vie^{2, 3, 4}. Selon certains auteurs⁵ « les expressions – cyberdépendance ou cyberaddiction – sont parfois employées de façon interchangeable pour désigner la situation des individus qui ont du mal à contrôler leur utilisation d'Internet au point de provoquer, d'entretenir ou d'amplifier un certain nombre de troubles de santé et de dysfonctionnements psychosociaux tels que la dépression, l'isolement social, une faible estime de soi, des conflits avec la famille et des difficultés scolaires ou professionnelles ». Par ailleurs, les troubles liés aux jeux sur Internet (*Internet Gaming Disorder*) sont répertoriés depuis peu dans la section 3 du DSM-5⁶.

Il est difficile d'estimer la prévalence réelle de l'addiction à Internet et aux jeux vidéo, car leur utilisation problématique n'est pas clairement définie et les données relatives à la prévalence dépendent notamment des instruments de mesure utilisés, de la manière de sélectionner les échantillons et de faire passer les questionnaires (*online* ou non)¹. Notons d'ores et déjà un probable biais de sélection dans les études basées sur des échantillons recrutés en ligne⁷.

Selon une revue de la littérature⁸, les études menées aux États-Unis et en Europe (publiées entre 2000 et 2009) indiquent un taux de prévalence d'addiction à Internet variant de 1,5 à 8,2 %. D'autres revues de la littérature incluant des études menées en Asie rapportent des taux plus étendus, allant de 0,3 à 38 %¹⁰. Deux autres études récentes, bien que portant sur des adolescents, nous semblent importantes à citer. La première, réalisée auprès d'adolescents européens, a révélé une prévalence de 5,2 % d'utilisation pathologique d'Internet pour les hommes et 3,9 % pour les femmes⁹. La deuxième, réalisée auprès de 4 000 adolescents canadiens, a indiqué une prévalence de 1,3 % d'adolescents souffrant d'une dépendance à internet avec des scores *cut-off* stricts (IAT moyen > 70). Avec un seuil d'inclusion > 50, 18 % des adolescents étaient considérés comme ayant un problème¹¹.

Chez les étudiants, les estimations de l'usage problématique d'Internet varient de 0 % à 26 % en Europe et aux États-Unis^{12, 13, 14} et de 3 % à 18 % dans d'autres parties du monde (Iran, Taïwan, Chine, Nepal)^{1, 15, 16, 17, 18}.

En ce qui concerne les jeux vidéo, certains auteurs¹⁹ estiment qu'entre 6 % et 19 % de la population a une addiction aux jeux vidéo. Une étude réalisée en Allemagne auprès d'étudiants âgés de 13 à 18 ans révélait une prévalence de 1,16 % de jeunes correspondant aux critères d'un trouble lié aux jeux sur Internet selon le DSM-5²⁰. Dans une étude²¹ portant sur 2 356 adolescents (11-18 ans), la prévalence des joueurs pathologiques était de 7,7 % en Espagne et de 14,6 % en Grande-Bretagne.

Les étudiants apparaissent donc comme un groupe particulièrement vulnérable vis-à-vis de l'addiction à Internet. Par ailleurs, plusieurs études ont observé des liens entre les symptômes dépressifs et l'usage problématique d'Internet^{1, 22}. Or, de nombreuses recherches ont mis en évidence des taux élevés de stress et de dépression parmi les étudiants en médecine²³. Il nous semblait donc intéressant d'étudier les problèmes d'addiction à Internet et aux jeux vidéo parmi les étudiants en médecine et de voir, entre autres, si ces problèmes étaient corrélés aux scores de stress et de dépression ainsi que de réussite universitaire. Cet article est également l'occasion de réfléchir à la balance avantages/inconvénients de l'utilisation de plus en plus fréquente de ces techniques dans la population cible de l'étude, c'est-à-dire les futurs médecins.

Méthode

Participants et procédure

Un autoquestionnaire a été proposé, sur base volontaire et non rémunérée, à tous les étudiants en médecine de 1^{re} année à l'université de Namur en Belgique, dans le cadre de leur cours de psychologie générale ($N = 690$). L'annonce a été réalisée en auditoire et par voie d'affiches. Le lien menant au questionnaire était en libre accès sur le « laboratoire virtuel » (site proposant régulièrement différents questionnaires aux étudiants). La récolte a été réalisée de février à mars 2014. Avant de remplir le questionnaire, il était demandé aux étudiants de lire et d'accepter le consentement à participer librement à cette étude. L'échantillon final est constitué de 210 étudiants (62 garçons et

148 filles). Nous avons donc un taux de participation de 30,4 %. L'âge moyen des étudiants ayant répondu est de 18,5 ans ($SD = 1$).

Récolte des données

Instruments de mesure

Le questionnaire en ligne était composé de questions portant sur des données sociodémographiques et des questionnaires présentés ci-dessous.

L'Internet Addiction Test (IAT)²⁴ est un autoquestionnaire qui estime dans quelle mesure Internet affecte différents aspects de la vie quotidienne d'une personne. Selon certains auteurs, l'IAT est le questionnaire le plus souvent utilisé pour diagnostiquer l'usage problématique d'Internet ou l'addiction à Internet²⁵. L'IAT comprend 20 items cotés sur une échelle de Likert à 6 points, allant de 1 «rarement» à 5 «toujours» avec 0 «ne s'applique pas». Le score varie de 20 à 100 ; un score plus élevé indiquant davantage de problèmes avec l'utilisation d'Internet. Young²⁴ suggère qu'un score compris entre 20 et 39 correspond à un utilisateur moyen qui garde un contrôle sur son utilisation d'Internet. Un score compris entre 40 et 69 signifie des problèmes fréquents dus à l'utilisation d'Internet, et un score compris entre 70 et 100 signifie qu'Internet est à l'origine de problèmes importants (qu'Internet interfère de manière significative avec la vie de l'utilisateur). Parallèlement, des auteurs²⁶ ont considéré comme «utilisation élevée» ceux qui avaient un score supérieur ou égal à 40 au IAT, indiquant des problèmes occasionnels ou fréquents dus à l'utilisation d'Internet, et comme «utilisation moyenne» ceux qui avaient un score inférieur à 40. Cependant, des chercheurs¹ utilisent parfois d'autres *cut-off scores* et considèrent que des scores de 20 à 49 représentent les utilisateurs moyens, des scores de 50 à 79 les utilisateurs ayant des problèmes occasionnels, des scores entre 80 et 100 correspondant aux utilisateurs dépendants. Parallèlement, selon Khazaal et coll.²⁷ un score supérieur ou égal à 50 suggère des problèmes fréquents dus à l'utilisation d'Internet. Cette échelle présente des qualités psychométriques satisfaisantes et a été validée en français²⁷. Toutefois, une analyse²⁵ a mis en évidence que la fiabilité de l'IAT était plus élevée chez les étudiants et probablement en Asie. En effet, les analyses ont montré que le continent de l'étude affecte de manière significative les résultats concernant la fiabilité, celle-ci diminuant lorsque le continent est l'Europe.

Le Problem Video Game Playing (PVP)¹⁹ est un autoquestionnaire permettant de mesurer les problèmes associés aux jeux vidéo. Ce questionnaire, composé de 9 items, intègre les dimensions suivantes : la préoccupation, la tolérance, la perte de contrôle, la poursuite, le manque, la fuite, les mensonges, les actes illégaux, les perturbations familiales et/ou scolaires. Il est composé de 9 items cotés sur une échelle dichotomique : 1 « oui », 2 « non ». Le score total se situe entre 0 et 9. Nous avons utilisé la traduction française²⁸, qui présente des qualités psychométriques satisfaisantes^{21, 29}. Nous avons considéré comme « joueurs problématiques » les étudiants ayant un score supérieur ou égal à 5 et comme « joueurs sociaux » ceux qui avaient un score inférieur à 5. En effet, selon plusieurs auteurs³⁰, ce *cut-off score* de 5 ou plus est le plus *ad hoc* pour classer les utilisateurs comme dépendants. Selon des auteurs²¹, le PVP est le seul instrument qui est capable d'évaluer la majorité des critères de l'*Internet Gaming Disorder* du DSM-5. Le PVP a été la première échelle validée pour mesurer l'utilisation problématique des jeux vidéo, développé pour détecter les abuseurs de jeux vidéo²¹.

L'échelle de stress perçu³¹ (PSS 14 – *Perceived Stress Scale* en 14 items) est un autoquestionnaire qui évalue l'importance avec laquelle des situations de la vie sont perçues comme stressantes. La PSS 14 utilisée dans cette étude comprend 14 items. Sept des 14 items sont considérés comme étant négatifs et les autres comme étant positifs et reflétant l'aide et l'auto-efficacité perçue. Pour chaque item, le sujet estime sa fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé) allant de « jamais » à « très souvent ». Chaque item est coté sur une échelle de type Likert à 5 points (de 0 à 4). Les scores sont obtenus en inversant les réponses aux items positifs (0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1, 4 = 0) et ensuite en additionnant tous les scores. Le score total varie de 0 à 56. Un score plus élevé indique un niveau plus important de stress. Cette échelle a été choisie du fait qu'il existe des valeurs comparatives dans la littérature et parce qu'elle porte sur le stress en général et non sur un type spécifique de stress. Cette échelle n'est pas un instrument diagnostique. De ce fait, il n'existe pas de scores permettant d'identifier des niveaux de stress « élevés », « moyens » ou « bas ». Il est seulement possible d'effectuer des comparaisons entre différents groupes ou d'autres échantillons. Des données normatives sur des échantillons représentatifs de la population américaine ont été publiées³². Ces données sont utilisées comme comparaison. Cette échelle présente des qualités psychométriques tout à fait satisfai-

santes^{31,32}. La fiabilité interne (alpha de Cronbach) de l'échelle sur un échantillon américain est de 0,78³². Les validités prédictives et discriminantes de l'échelle ont été démontrées dans plusieurs études qui lient le concept de stress mesuré à des conséquences de santé³².

La MADRS-S³³ est la version « patient » de l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) de 1979. Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de la sémiologie dépressive en 9 items. Chaque item est coté de 0 à 6. Le score maximal est de 54. Cette échelle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées suicidaires. Selon certains auteurs³⁴, la MADRS-S a de bonnes qualités psychométriques. La MADRS-S a une bonne corrélation à la fois avec l'échelle MADRS et l'inventaire de dépression de Beck. Comme noté dans un article³⁵, des scores de 12 à 20 sur la MADRS-S sont considérés comme indicatifs de dépression légère, et des scores supérieurs à 20 suggèrent une dépression modérée à sévère. Des scores au-dessus de 35 sont considérés comme sévères³⁶.

Analyse des données

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS, version 21 d'IBM.

Des tests T de Student ont été utilisés pour tester les différences dans les scores moyens d'usage problématique d'Internet et des jeux vidéo entre les deux sexes, les deux catégories d'âge, les niveaux d'étude de la mère et du père, et les deux statuts conjugaux, ainsi que des niveaux de stress, de dépression et de réussite universitaire. Des analyses de variance (ANOVA) à un facteur ont été utilisées pour tester les différences dans les scores moyens d'usage problématique d'Internet et des jeux vidéo en fonction du nombre de frères et sœurs, des niveaux de stress et de dépression.

Résultats

Les caractéristiques sociodémographiques des 210 étudiants ainsi que les résultats des scores d'usage problématique d'Internet et des jeux vidéo sont résumés dans le tableau 1.

TABLEAU 1
Scores moyens au IAT et au PVP en fonction des variables
sociodémographiques

	Fréquence (%)	IAT moyenne	95 % IC	P value	Fréquence (%) parmi joueurs	P value	PVP moyenne	95 % IC
Tous	210 (100 %)	40,7			70 (100 %)		2,5	
Sexe								
Filles	145 (70,7 %)	39,4	37,1, 41,7	0,037*	27 (38,6 %)	0,13	2,1	1,3, 2,8
Garçons	60 (29,3 %)	43,8	40,6, 47,1		43 (61,4 %)		2,7	2,2, 3,2
Âge								
17-19ans	187 (91,2 %)	39,9	38, 41,8	0,08	58 (82,9 %)	0,004*	2,2	1,8, 2,6
20-25ans	18 (8,8 %)	48,9	39, 58,9		12 (17,1 %)		3,75	2,3, 5,2
Situation familiale								
Parents ensemble	143 (69,8 %)	39,7	37,4, 42	0,11	49 (70 %)	0,38	2,6	2,1, 3,1
Parents pas ensemble	62 (30,2 %)	43	39,7, 46,4		21 (30 %)		2,2	1,4, 2,9
Niveau d'études de la mère								
Pas d'études supérieures	48 (23,4 %)	41,5	37, 46,9	0,66	24 (34,3 %)	0,12	2,9	2,1, 3,7
Études supérieures	157 (76,6 %)	40,5	38,4, 42,6		46 (65,7 %)		2,2	1,7, 2,7
Niveau d'études du père								
Pas d'études supérieures	56 (27,6 %)	37,6	34,4, 40,9	0,056	26 (37,7 %)	0,053	1,9	1,4, 2,5
Études supérieures	147 (72,4 %)	41,8	39,5, 44,1		43 (62,3 %)		2,7	2,2, 3,3
Nombre de frères et sœurs								
0 frère/sœur (enfant unique)	14 (6,8 %)	50,2	41,4, 59	0,04*	9 (12,9 %)	0,30	2,8	1, 4,5
1 frère/sœur	72 (35,1 %)	39,75	36,6, 42,9		26 (37,7 %)		2,1	1,6, 2,6
2 frères/sœurs	66 (32,2 %)	41,2	37,9, 44,6		20 (28,6 %)		3	2,1, 3,9
≥ 3 frères/sœurs	53 (25,9 %)	38,8	35,3, 42,4		15 (21,4 %)		2,3	1,3, 3,2
Statut conjugal								
Célibataires	141 (68,8 %)	41,7	39,4, 44	0,13	45 (64,3 %)	0,19	2,3	1,8, 2,7
En couple	64 (31,2 %)	38,6	35,1, 42		25 (35,7 %)		2,8	2,05, 3,6
Cohabitation la semaine								
Vit seul	42 (20,9 %)	43,7	38,9, 48,5	0,27	17 (25 %)	0,65	2,5	1,5, 3,5
Avec autres étudiants	89 (44,3 %)	39,8	37,1, 42,4		27 (39,7 %)		2,3	1,6, 3
Avec parents (et frères et sœurs)	70 (34,8 %)	40	36,8, 43,2		24 (35,3 %)		2,75	2,1, 3,4

* $p < 0,05$

Les activités sur Internet

Les activités que les étudiants ont sur Internet sont présentées dans le tableau 2. Les plus fréquentes sont : chercher des informations, chatter, et regarder des vidéos ou écouter de la musique.

TABLEAU 2
Fréquences de 8 activités sur Internet

	Rarement	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par semaine	Chaque jour	Plusieurs fois par jour
Chercher des informations	1 (0,5 %)	9 (4,3 %)	72 (34,3 %)	59 (28,1 %)	69 (32,9 %)
Chatter	22 (10,5 %)	24 (11,4 %)	52 (24,8 %)	46 (21,9 %)	66 (31,4 %)
Regarder des vidéos (p.ex. YouTube), écouter de la musique (p.ex. Spotify)	7 (3,3 %)	21 (10 %)	73 (34,8 %)	58 (27,6 %)	51 (24,3 %)
Lire/envoyer des mails	22 (10,5 %)	34 (16,2 %)	73 (34,8 %)	53 (25,2 %)	28 (13,3 %)
Télécharger (p.ex. musique, films, feuillets...)	55 (26,2 %)	70 (33,3 %)	53 (25,2 %)	17 (8,1 %)	15 (7,1 %)
Jouer à des jeux en ligne	141 (67,1 %)	25 (11,9 %)	21 (10 %)	11 (5,2 %)	12 (5,7 %)
Visiter des sites érotiques	167 (79,5 %)	23 (11 %)	16 (7,6 %)	4 (1,9 %)	0
Acheter sur Internet	176 (83,8 %)	32 (15,2 %)	2 (1 %)	0	0

L'usage problématique d'Internet

En prenant des *cut-off scores* stricts^{1, 27}, 1 % des étudiants peuvent être classés comme dépendants (score ≥ 80), et 24,4 % comme ayant des problèmes occasionnels (scores 50-79). A côté, 70,7 % sont des utilisateurs moyens (scores 20-49) (voir tableau 3).

- L'usage problématique d'Internet en fonction des différentes variables sociodémographiques (voir tableau 1)

Le score moyen d'usage problématique d'Internet est significative-ment plus élevé chez les garçons que chez les filles. De plus, les étu- diants n'ayant pas de frères et sœurs ont un score plus élevé que ceux ayant au moins 3 frères et sœurs. Le score moyen d'usage probléma- tique d'Internet ne varie pas de manière significative en fonction des autres variables sociodémographiques.

TABLEAU 3

Répartition du nombre et pourcentage d'étudiants dans les différentes catégories de dépendance à Internet en fonction de leur score au IAT, en prenant en compte des *cut-off scores* stricts

	Nombre	Pourcentage
Score 0-19	8	3,9
Score 20-49 (utilisateur moyen)	145	70,7
Score 50-79 (problèmes occasionnels)	50	24,4
Score 80-100 (utilisateur dépendant)	2	1

- Scores d'usage problématique d'Internet en fonction du niveau de réussite universitaire, de stress et de dépression (voir tableau 4)

Au niveau des résultats universitaires, les étudiants estimant être dans la moyenne inférieure ont un score significativement plus élevé d'usage problématique d'Internet que les étudiants estimant être dans la moyenne supérieure.

TABLEAU 4

Scores moyens au IAT et au PVP en fonction des résultats universitaires, du stress perçu et du score de dépression au MADRS-S

	Fréquence (%)	IAT moyenne	95 % IC	P value	Fréquence (%) parmi joueurs	P value	PVP moyenne	95 % IC
Résultats universitaires								
Moyenne inférieure (1-5)	112 (54,6%)	42,4	39,8, 45,08	0,05*	40 (57,1%)	0,12	2,75	2,2, 3,3
Moyenne supérieure (6-10)	93 (45,4%)	38,6	36, 41,3		30 (42,9%)		2,1	1,5, 2,7
Stress perçu (Cohen)								
Pas stressés (0-28)	110 (59,1%)	37,2	34,9, 39,5	<0,001**	35 (55,6%)	0,04*	2,03	1,6, 2,5
Stressés (29-52)	76 (40,9%)	46,3	43, 49,6		28 (44,4%)		3	2,2, 3,8
Score dépression (MADRS-S)								
Pas de dépression (0-11)	99 (50,8%)	35,1	32,9, 37,3	<0,001**	33 (50%)	0,004*	1,9	1,4, 2,4
Dépression légère (12-20)	76 (39%)	44,1	41,3, 46,9		24 (36,4%)		2,4	1,8, 2,9
Dépression modérée (21-35)	20 (10,3%)	49,4	41,6, 57,2		9 (13,6%)		3,9	2, 5,7
Dépression sévère (36-54)	0				0			

* $p < 0,05$
** $p < 0,001$

De plus, les étudiants ayant un stress perçu comme élevé ou très élevé et ceux ayant un score de dépression légère à modérée (au MADRS-S), ont un score significativement plus élevé d'usage problématique d'Internet.

L'usage problématique des jeux vidéo

64,3 % des étudiants ont déclaré ne pas jouer à des jeux vidéo. Parmi ceux jouant à des jeux vidéo, 11,4 % peuvent être considérés comme étant des joueurs problématiques et 88,6 % comme des joueurs sociaux (voir tableau 5).

TABLEAU 5

Nombre et pourcentage d'étudiants considérés comme joueur social ou joueur problématique en fonction de leur score au PVP

	Nombre	Pourcentage
Joueur social (score 0-4)	62	88,6
Joueur problématique (score 5-8)	8	11,4

- L'usage problématique des jeux vidéo en fonction des différentes variables sociodémographiques (voir tableau 1)

Le score moyen d'usage problématique des jeux vidéo est significativement plus élevé chez les étudiants plus âgés (20 ans ou plus) par rapport aux étudiants plus jeunes (17-19 ans). Le score moyen d'usage problématique d'Internet ne varie pas de manière significative en fonction des autres variables sociodémographiques.

- Scores d'usage problématique des jeux vidéo en fonction du niveau de réussite universitaire, de stress et de dépression (voir tableau 4)

Les étudiants ayant un stress perçu comme élevé ou très élevé et ceux ayant un score de dépression modérée (au MADRS-S) ont un score significativement plus élevé d'usage problématique des jeux vidéo.

Le stress perçu

En prenant comme référence l'échantillon de Cohen et Williamson (1988)³² pour lequel la moyenne des personnes âgées de 18 à 29 ans était de 21,1 ($SD = 70,2$), dans notre échantillon, 1,1 % des étudiants ont un score de stress pratiquement nul, 5,4 % rapportent un stress qu'on peut qualifier de très léger, 52,7 % ont un score de stress moyen, 25,3 % ont

TABLEAU 6

Répartition du nombre d'étudiants en fonction du score total qu'ils ont obtenu à l'échelle de stress perçu de Cohen.

(Effectif: nombre d'étudiants ayant obtenu un tel score total à l'échelle de stress perçu de Cohen).

	Nombre	Pourcentage
Score 0-6 (pas de stress)	2	1,1
Score 7-13 (stress léger)	10	5,4
Score 14-28 (dans la moyenne)	98	52,7
Score 29-35 (stress élevé)	47	25,3
Score 36-42 (stress très élevé)	23	12,4
Score 43-52 (extrêmement élevé)	6	3,2

un score de stress élevé; 12,4 % ont un score de stress très élevé et 3,2 % ont un score de stress extrêmement élevé (voir tableau 6).

Le niveau de dépression

Selon les sous-groupes couramment utilisés³⁵, 50,5 % des étudiants ont un score indiquant une absence de dépression, 38,8 % ont un score de dépression légère, 10,2 % ont un score de dépression modérée et 0,05 % (1 étudiant) a un score de dépression sévère (voir tableau 7).

TABLEAU 7

Répartition du nombre d'étudiants en fonction du score total qu'ils ont obtenu à l'échelle de dépression MADRS-S de Montgomery et Asberg.

(Effectif: nombre d'étudiants ayant obtenu un tel score total à l'échelle de dépression MADRS-S)

	Nombre	Pourcentage
Score 0-11 (pas de dépression)	99	50,5
Score 12-20 (dépression légère)	76	38,8
Score 21-35 (dépression modérée)	20	10,2
Score 36-54 (dépression sévère)	1	0,5

Discussion

Dans un échantillon de 210 étudiants en 1^{re} année de médecine, nous observons un taux de 1 % d'étudiants pouvant être considérés comme dépendants à Internet. Cette valeur est proche de celle observée dans

d'autres études portant sur des étudiants universitaires et ayant utilisé le même questionnaire¹, parfois dans des contextes différents : culturellement (tels que l'Iran³⁷ et le Népal¹⁸) ou en termes de population « adolescente »¹¹. D'autres études, utilisant d'autres questionnaires, observent une prévalence plus élevée parmi des étudiants, allant de 5,2 % à 19,6 %^{15, 16}.

Par ailleurs, nous observons un taux de 24,4 % d'étudiants ayant un usage problématique occasionnel d'Internet. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que d'autres études^{1, 37} qui observent des taux entre 4 et 5,4 %. Par contre, le taux est de 41,53 % dans une étude¹⁸ portant sur 130 étudiants en médecine népalais. Il faut noter que la comparaison entre les différentes études est difficile du fait des différences dans les outils utilisés, les *cut-off scores* pris en compte et les différences de contexte social et culturel.

Par rapport à l'usage problématique des jeux vidéo, nous observons 11,4 % de joueurs problématiques. Cette valeur est assez proche de ce qui a été observé dans des études ayant porté sur des adolescents et rapportant des taux entre 7,7 et 16 %^{21, 38, 39}.

Liens avec les variables sociodémographiques

Dans notre échantillon, les garçons obtiennent en moyenne des scores plus élevés d'usage problématique d'Internet que les filles.

Cette prépondérance masculine a été observée dans plusieurs autres études ayant porté sur des étudiants universitaires aux Etats-Unis¹³, en Grande-Bretagne¹², en Iran¹⁵ ou encore à Taïwan¹⁶. Toutefois, d'autres études, portant notamment sur des adolescents^{11, 40}, n'ont pas observé cette différence liée au genre. Quelques études observent même une prépondérance féminine. C'est le cas notamment dans une étude¹⁸ portant sur des étudiants en médecine népalais.

Quant à l'usage problématique des jeux vidéo, nous n'observons pas de différence significative de genre, contrairement à d'autres études qui observent une prépondérance masculine de cette problématique^{19, 21}.

Parmi les autres variables sociodémographiques, les étudiants n'ayant pas de frères et sœurs obtiennent des scores plus élevés au IAT que ceux ayant au moins trois frères et sœurs. Une manière d'interpréter ces données serait d'émettre l'hypothèse que durant leur enfance et leur adolescence, les enfants uniques avaient moins souvent des compagnons de jeu et ont de ce fait été plus tentés de passer du temps sur Internet pour se distraire, ce qu'ils garderaient comme habitude à l'âge adulte. On peut aussi penser que dans les familles nombreuses,

les enfants ont moins l'occasion d'aller sur Internet, car ils doivent se partager l'accès à l'ordinateur. Ceci risque toutefois de devenir moins vrai dans certaines familles aisées où chaque enfant dispose de son ordinateur ou de sa tablette. Une tout autre hypothèse serait que l'augmentation du nombre d'individus dans une fratrie permette aux enfants d'investir des relations et des échanges centrés sur autre chose que les NTIC, ce qui les protégerait éventuellement d'une addiction plus tard.

Nous n'observons pas de différence en fonction du niveau d'éducation des parents; contrairement à d'autres études dans lesquelles les comportements d'addiction à Internet étaient plus fréquents chez les adolescents qui avaient des parents avec un niveau moins élevé d'éducation⁴¹. Dans notre étude, une majorité d'étudiants ont leur père (72,4 %) et/ou leur mère (76,6 %) ayant un diplôme d'études supérieures ou universitaires. Le fait de ne pas voir de différence tient peut-être au fait que les étudiants à l'université ont un environnement social trop similaire, engendrant un échantillon avec une distribution biaisée, ne permettant pas de mettre en lumière une éventuelle corrélation significative entre le niveau socioculturel et l'addiction.

De même, nous n'observons pas de différence entre les étudiants vivant seuls et ceux vivant avec d'autres étudiants ou avec leurs parents contrairement à d'autres études, dans lesquelles le fait d'être dans une famille monoparentale était un des facteurs associés à l'addiction à Internet¹⁷ ainsi que le fait de vivre seul¹⁴. Enfin, nos étudiants célibataires ne sont pas plus souvent dépendants que ceux en couple, contrairement à une étude⁴².

Liens avec les résultats universitaires

Notre étude, comme d'autres^{14, 43}, montre que les étudiants ayant des résultats dans la moyenne inférieure ont un score plus élevé d'usage problématique d'Internet que ceux ayant des résultats dans la moyenne supérieure.

En revanche, les différences ne sont pas significatives en ce qui concerne l'usage problématique des jeux vidéo. Plusieurs auteurs^{38, 44} ont observé un lien entre l'usage problématique des jeux vidéo et des résultats scolaires plus bas chez des enfants et des adolescents. Par contre, des auteurs²⁹ n'ont pas observé cette corrélation négative chez des élèves de secondaire. Ces études ne concernaient toutefois pas de jeunes adultes. Afin de vérifier et de mieux comprendre l'impact de la dépendance aux jeux vidéo sur les résultats académiques, il serait utile de mener des études longitudinales.

Il est impossible de tirer des conclusions en termes de causalité sur la base de cette étude corrélationnelle. On sait toutefois que l'utilisation prolongée d'Internet et des jeux vidéo en soirée peut avoir des conséquences négatives sur le sommeil, ce qui pourrait impacter la qualité de la mémorisation et donc l'apprentissage. En effet, les écrans constituent une source lumineuse qui peut retarder l'endormissement⁴⁵.

Lien avec les niveaux de stress

Les étudiants stressés ont des scores plus élevés d'usage problématique d'Internet et de jeux vidéo que ceux qui ne sont pas stressés. Notons que le niveau de stress est assez élevé dans notre échantillon. Ce taux est similaire à celui observé dans une étude antérieure²³ réalisée sur 865 étudiants de première année de médecine de la même université. D'autres études ont également observé ce lien entre dépendance à Internet et niveaux de stress⁴⁰ ou d'anxiété¹⁷.

Lien avec les niveaux de dépression

Les étudiants déprimés ont des scores plus élevés d'usage problématique d'Internet et de jeux vidéo que ceux qui ne sont pas déprimés. Un tel lien a déjà été mis en évidence chez les étudiants dans d'autres études^{1, 17}.

Une relation bidirectionnelle pourrait exister entre l'utilisation pathologique d'Internet et des jeux vidéo et les troubles de l'humeur. C'est à la même conclusion qu'arrive le rapport de l'INSERM (2004).

Toutefois, selon une étude⁴⁶, les scores plus élevés de dépression et d'anxiété étaient des conséquences de l'addiction à Internet (et non des causes). De même, d'autres auteurs³⁸ indiquent que la dépression semble être une des conséquences du jeu pathologique.

De manière intéressante, des auteurs⁴⁷ ont montré que le fait de jouer avec les parents aux jeux vidéo est associé, chez les filles uniquement, à une diminution des symptômes de dépression et d'anxiété. Bien entendu, il ne s'agissait pas ici de joueuses pathologiques, mais cette étude montre que jouer à des jeux vidéo peut également avoir un impact positif sur la santé mentale. Ce bénéfice dépendrait du thème du jeu (guerre, sport...), des personnes avec qui on joue (seul, parents, amis, inconnus...) et de l'adéquation entre les personnes qui jouent entre elles et le thème. Ces résultats montrent qu'il faut distinguer l'utilisation d'un outil de l'intention pathologique éventuelle qui peut naître de cette utilisation. Les jeux vidéo et Internet sont des outils avec de nombreuses possibilités qui ne sont pas à négliger. Il est important

de faire la différence entre un usage important, mais constructif et un usage problématique d'Internet.

Limitations

Premièrement, la méthodologie utilisée ne permet pas de conclure à un lien de causalité entre l'usage problématique d'Internet et des jeux vidéo et le niveau de dépression. En effet, il n'est pas clair s'il s'agit d'une conséquence d'un état dépressif qui isole la personne et la fait entrer en relation avec des personnes virtuelles, ou la luminosité de l'appareil utilisé qui crée des déphasages des phases de sommeil créant une perturbation de l'humeur ou encore si c'est le contenu de ce qui est consulté sur Internet (ou du jeu vidéo) qui a un impact sur le contenu cognitif de la personne expliqué entre autres par l'effet Velten⁴⁸. Il serait utile de prévoir des études avec des méthodologies permettant de faire la part des choses. Par exemple, on pourrait imaginer une étude longitudinale avec une méthodologie « échantillonnage d'expériences » dans laquelle on suivrait, dans le temps, le taux de prévalence d'addiction et de dépression d'étudiants. Bien que coûteuse en temps, cette méthodologie pourrait – si l'échantillon est suffisamment grand – permettre de proposer des modèles d'analyses causaux. Deuxièmement, outre un potentiel biais de sélection⁷, le fait d'utiliser uniquement des questionnaires d'auto-évaluation en ligne peut faire en sorte de minimiser l'importance des problèmes d'addiction et exagérer les éléments positifs comme les notes scolaires obtenues. Quoique cela n'a pas l'air d'être le cas dans cette étude. En effet, les résultats scolaires autorapportés se présentent sous forme d'une distribution normale en U, ce qui correspond généralement à ce qu'on trouve quand on prend en compte les résultats scolaires réels. Mais il est possible que les étudiants aient minimisé leur usage problématique d'Internet et de jeux vidéo. Notons également que l'inverse pourrait être vrai (c.-à-d. une exagération de cet usage) puisque des auteurs ont mis à jour une potentielle « surpathologisation » associée à une approche confirmatoire dans le domaine de l'addiction à Internet précisément^{2, 49}. Il aurait dès lors été intéressant de réaliser des interviews cliniques afin de confirmer le diagnostic d'addiction à Internet et aux jeux vidéo. Troisièmement, comme il est dit dans l'introduction, l'usage d'Internet peut englober des problématiques très diverses, que nous ne pouvons préciser ici, n'ayant pas investigué la spécificité des activités réalisées en ligne par les étudiants. Enfin, une prudence reste de mise quant à l'interprétation

des données, car, bien que rapportés par de nombreuses études, les seuils d'usage problématique utilisés dans ce champ de recherche restent insuffisamment validés à l'heure actuelle¹¹.

Conclusion

En conclusion, nous voyons que l'addiction à Internet et aux jeux vidéo est un problème pour une certaine part de la population et les étudiants en médecine n'en sont pas épargnés. Nous observons un lien entre l'utilisation de ces technologies, un stress perçu et un score de dépression plus important, ainsi qu'une diminution des performances rapportées en lien avec l'utilisation problématique d'Internet. La question de la cause ou de la conséquence reste entière après cette étude étant donné qu'il s'agit d'une étude corrélationnelle.

Cet article pose également la question de l'utilisation de ces outils technologiques dans une discipline qui en bénéficie tant pour l'apprentissage des étudiants que pour la pratique professionnelle qu'elle soit diagnostique (consultation de base de données médicales par exemple) ou thérapeutique (récolte de données, encodage d'informations médicales, utilisation d'avatars ou de vidéos psychoéducatives par exemple), mais qui n'est pas sans conséquence potentiellement délétère telle que la souffrance psychique individuelle (révélée ou provoquée) et une déshumanisation du lien à l'autre par l'instantanéité et la dé-subjectivation des observations cliniques.

Remerciements

Nous remercions le Professeur Jean-Marc Triffaux pour sa relecture d'une version antérieure du manuscrit.

RÉFÉRENCES

- ¹ Christakis, D. A., Moreno, M. M., Jelenchick, L., Myaing, M. T. et Zhou, C. (2011). Problematic internet usage in US college students: a pilot study. *BMC Med*, 9, 77. doi: 10.1186/1741-7015-9-77
- ² Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., et coll. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*, 112(10), 1709-1715. doi: 10.1111/add.13763
- ³ Saunders, J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Curr Opin Psychiatry*, 30(4), 227-37.

- ⁴ Shaw, M. et Black, D. W. (2008). Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 22(5), 353-365.
- ⁵ Cartierre, N., Coulon, N. et Demerval, R. (2011). Validation d'une version courte en langue française pour adolescents de la Compulsive Internet Use Scale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(7), 415-419. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.06.003>
- ⁶ Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: auteur.
- ⁷ Khazaal, Y., van Singer, M., Chatton, A., Achab, S., Zullino, D., Rothen, S., et coll. (2014). Does self-selection affect samples' representativeness in online surveys? An investigation in online video game research. *J Med Internet Res*, 16(7): e164. doi: 10.2196/jmir.2759
- ⁸ Weinstein, A. et Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 36(5),277-83. doi: 10.3109/00952990.2010.491880
- ⁹ Durkee, T., Carli, V., Floderus, B., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Apter, A., et coll. (2016). Pathological Internet Use and Risk-Behaviors among European Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*, 13(3). 1-17. doi: 10.3390/ijerph13030294
- ¹⁰ Chakraborty, K., Basu, D. et Vijaya Kumar, K. G. (2010). Internet addiction: consensus, controversies, and the way ahead. *East Asian Arch Psychiatry*, 20(3), 123-132.
- ¹¹ Dufour, M., Brunelle, N., Tremblay, J., Leclerc, D., Cousineau, M.M., Khazaal, Y., et coll. (2016). Gender Difference in Internet Use and Internet Problems among Quebec High School Students. *Can J Psychiatry*, 61(10), 663-8.
- ¹² Niemz, K., Griffiths, M. et Banyard, P. (2005). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychol Behav*, 8(6), 562-570. doi: 10.1089/cpb.2005.8.562
- ¹³ Morahan-Martin, J. et Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior*, 16(1), 13-29. [http://dx.doi.org/10.1016/S0747-5632\(99\)00049-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0747-5632(99)00049-7)
- ¹⁴ Kubey, R. W., Lavin, M. J. et Barrows, J. R. (2001). Internet use and collegiate academic performance decrements: early findings. *Journal of Communication*, 51(2), 366-382. doi: 10.1111/j.1460-2466.2001.tb02885.x
- ¹⁵ Salehi, M., Norozi Khalili, M., Hojjat, S. K., Salehi, M. et Danesh, A. (2014). Prevalence of internet addiction and associated factors among medical students from mashhad, iran in 2013. *Iran Red Crescent Med J*, 16(5), e17256. doi: 10.5812/ircmj.17256
- ¹⁶ Tsai, H. F., Cheng, S. H., Yeh, T. L., Shih, C. C., Chen, K. C., Yang, Y. C. et Yang, Y. K. (2009). The risk factors of Internet addiction – a survey of university freshmen. *Psychiatry Res*, 167(3), 294-299. doi: 10.1016/j.psychres.2008.01.015

- 17 Ni, X., Yan, H., Chen, S. et Liu, Z. (2009). Factors influencing internet addiction in a sample of freshmen university students in China. *Cyberpsychol Behav*, 12(3), 327-330. doi: 10.1089/cpb.2008.0321
- 18 Pramanik, T., Sherpa, M. T. et Shrestha, R. (2012). Internet addiction in a group of medical students: a cross sectional study. *Nepal Med Coll J*, 14(1), 46-48.
- 19 Tejeiro-Salguero, R. A. et Moran, R. M. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97(12), 1601-1606.
- 20 Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Mossle, T. et Petry, N. M. (2015). Prevalence of Internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*, 110(5), 842-51.
- 21 Lopez-Fernandez, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T. et Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: Towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. *Computers in Human Behavior*, 41, 304-312. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2014.10.011>
- 22 Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Ugurlu, H. et Yildirim, F. G. (2013). Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 16(4), 272-278. doi: 10.1089/cyber.2012.0390
- 23 Berrewaerts, J. et Deseilles, M. (2015). État des lieux du stress et de la dépression chez les étudiants de 1re et 2e année de médecine. *Acta Psychiatrica Belgica*, 116(2), 16-26.
- 24 Young, K. S. et Rogers, R. C. (1998). The Relationship Between Depression and Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 1(1), 25-28. doi: 10.1089/cpb.1998.1.25
- 25 Frangos, C. C., Frangos, C. C. et Sotiropoulos, I. (2012). *A Meta-analysis of the Reliability of Young's Internet Addiction Test*. Paper presented at the Proceedings of the World Congress on Engineering.
- 26 Iacovelli, A. et Valenti, S. (2009). Internet addiction's effect on likeability and rapport. *Computers in Human Behavior*, 25(2), 439-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2008.10.006>
- 27 Khazaal, Y., Billieux, J., Thorens, G., Khan, R., Louati, Y., Scarlatti, E., . . . Zullino, D. (2008). French validation of the internet addiction test. *Cyberpsychol Behav*, 11(6), 703-706. doi: 10.1089/cpb.2007.0249
- 28 Bioulac, S., Arfi, L., Michel, G. et Bouvard, M. P. (2010). Intérêt de l'utilisation du questionnaire des problèmes associés aux jeux vidéo de Tejeiro (Problem Videogame Playing: PVP). Étude exploratoire chez des enfants présentant un TDA/H. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(8), 632-635. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2010.07.001>
- 29 Hart, G. M., Johnson, B., Stamm, B., Angers, N., Robinson, A., Lally, T. et Fagley, W. H. (2009). Effects of video games on adolescents and adults. *Cyberpsychol Behav*, 12(1), 63-65. doi: 10.1089/cpb.2008.0117

- 30 Adiele, I. et Olatokun, W. (2014). Prevalence and determinants of Internet addiction among adolescents. *Computers in Human Behavior*, 31, 100-110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.028>
- 31 Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24(4), 385-396.
- 32 Cohen, S. et Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- 33 Svanborg, P. et Asberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 89(1), 21-28.
- 34 Fantino, B. et Moore, N. (2009). The self-reported Montgomery-Asberg Depression Rating Scale is a useful evaluative tool in Major Depressive Disorder. *BMC Psychiatry*, 9, 26. doi: 10.1186/1471-244X-9-26
- 35 Hellsten, C., Sjöström, K. et Lindqvist, P. (2008). A 2-year follow-up study of anxiety and depression in women referred for colposcopy after an abnormal cervical smear. *BJOG*, 115, 212-218.
- 36 Snaith, R. P., Harrop, F. M., Newby, D. A. et Teale, C. (1986). Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *Br J Psychiatry*, 148, 599-601.
- 37 Naffise, M., Mohammad, A., Ahmad, P. B., Omid, R., Ayatollahi, A., Reza, B. et Fatemeh, A. B. (2013). The Prevalence Of Internet Addiction Among The Students Of Rafsanjan University Of Medical Sciences. *Asean Journal of Psychiatry*, 14(2), 109-116.
- 38 Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D. et Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127(2), e319-329. doi: 10.1542/peds.2010-1353
- 39 Gunuc, S. (2015). Relationships and associations between video game and Internet addictions: Is tolerance a symptom seen in all conditions. *Computers in Human Behavior*, 49, 517-525. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.03.063>
- 40 Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., Deng, X. et Hong, L. (2011). Problematic Internet Use in high school students in Guangdong Province, China. *PLoS One*, 6(5), e19660. doi: 10.1371/journal.pone.0019660
- 41 Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B.,... Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210-2222. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x
- 42 Dargahi, H. et Razavi, M. (2007). Internet addiction and its related factors in inhabitants. *Tehran. Payesh*, 6(3), 265-272.
- 43 Chou, C. et Hsiao, M.-C. (2000). Internet addiction, usage, gratification, and pleasure experience: the Taiwan college students' case. *Computers & Education*, 35, 65-80.

- ⁴⁴ Chiu, S. I., Lee, J. Z. et Huang, D. H. (2004). Video game addiction in children and teenagers in Taiwan. *Cyberpsychol Behav*, 7(5), 571-581.
- ⁴⁵ Wood, B., Rea, M. S., Plitnick, B. et Figueiro, M. G. (2013). Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression. *Appl Ergon*, 44(2), 237-240. doi: 10.1016/j.apergo.2012.07.008
- ⁴⁶ Dong, G., Lu, Q., Zhou, H. et Zhao, X. (2011). Precursor or sequela: pathological disorders in people with Internet addiction disorder. *PLoS One*, 6(2), e14703. doi: 10.1371/journal.pone.0014703
- ⁴⁷ Coyne, S. M., Padilla-Walker, L. M., Stockdale, L. et Day, R. D. (2011). Game on... girls: associations between co-playing video games and adolescent behavioral and family outcomes. *J Adolesc Health*, 49(2), 160-165. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.11.249
- ⁴⁸ Velten, E. (1968). A laboratory task for induction of mood states. *Behav Res Ther*, 6(4), 473-482.
- ⁴⁹ Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P. et Heeren, A. (2015a). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J Behav Addict*, 4(3), 119-23. doi: 10.1556/2006.4.2015.009

Utilisation de stimulants du système nerveux central chez les élèves du primaire suivis à l'école pour des troubles du comportement

Mélanie Lapalme^a

Caroline Temcheff^b

Stéphanie Boutin^c

Michèle Déry^d

RÉSUMÉ Les élèves du primaire référés aux services scolaires complémentaires pour des troubles du comportement constituent l'une des clientèles les plus visées par la prescription de stimulants du système nerveux central (SSNC) puisque nombre d'entre eux présentent un TDAH. Il existe cependant très peu d'information permettant d'établir jusqu'à quel point la prise de SSNC est associée au TDAH chez ces élèves ou si d'autres caractéristiques contribuent à accroître la probabilité d'utilisation des SSNC. L'étude a été menée auprès de 341 élèves suivis à l'école primaire pour des troubles du comportement (27,8 % de filles, âge moyen : 9,9 ans). Les symptômes du TDAH et d'autres troubles du comportement ont été évalués à l'aide d'un instrument diagnostique utilisé auprès d'un parent et d'un enseignant.

-
- a. Ph. D., Professeure agrégée, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke – Chercheure, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke.
 - b. Ph. D., Associate Professor, Department of Educational and Counselling Psychology, McGill University.
 - c. Ph. D., Postdoctoral Researcher, Department of Educational and Counselling Psychology, McGill University.
 - d. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke – Chercheure, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke.

L'étude montre que 39,9% des élèves prennent des SSNC et que, parmi les élèves qui n'ont pas de TDAH, près du tiers utilisent des stimulants. Les symptômes d'hyperactivité-impulsivité, les symptômes de trouble de l'opposition avec provocation, le groupe d'âge (6-8 ans), le statut socioéconomique (moyen-élevé) et le placement en classe spécial contribuent de manière unique à accroître la probabilité d'utiliser des SSNC. Ces résultats suggèrent donc que plusieurs caractéristiques autres que le TDAH peuvent jouer dans la décision de traiter les difficultés de ces enfants avec des SSNC. Ces résultats appellent à une meilleure évaluation du TDAH chez ces enfants de même qu'à un suivi longitudinal pour connaître les effets à long terme des SSNC sur leur adaptation scolaire.

MOTS CLÉS stimulants du système nerveux central, TDAH, troubles du comportement, trouble de l'opposition avec provocation, troubles des conduites, enfants d'âge scolaire primaire, services scolaires complémentaires

Central Nervous System Stimulant Use among Elementary School-Aged Children Receiving School-Based Mental Health Services for Conduct Problems

ABSTRACT Objectives Elementary school-aged children referred to school-based mental health services for conduct problems are commonly also prescribed central nervous system stimulants (CNSS), since many also suffer from comorbid ADHD. Nevertheless, there exists little information in the extant literature to determine to what degree the prescription of CNSS is associated with the presence of ADHD in these students or if other characteristics contribute to increasing the likelihood of CNSS use.

Methods The current study was carried out on a sample of 341 students receiving school-based mental health services for conduct problems (27.8% girls, mean age of 9.9 years). ADHD and conduct problem symptomatology was assessed using a structured diagnostic instrument administered to parents and teachers.

Results Results show that 39.9% of students were medicated using CNSS and that, among those who do not present ADHD symptomatology, approximately a third used CNSS. Age (6-8 years), socio-economic status (medium or high), placement in a special class for children with conduct problems, and symptoms of hyperactivity/impulsivity and oppositional defiant disorder all contributed unique variance in the prediction of utilisation of CNSS in this sample.

Conclusion These results suggest that there may be several characteristics other than the presence of ADHD that can contribute to the medical decision to treat child problems with CNSS. These findings also underscore the importance of more rigorous assessment of ADHD in these children as well as longitudinal follow-up studies to determine the long-term effects of CNSS on their educational performance and eventual educational attainment.

KEYWORDS central nervous system stimulants, ADHD, conduct problems, oppositional defiant disorder, elementary school-aged children, school-based mental health services

Depuis les années 1990, le recours à la médication pour traiter les problèmes de santé mentale chez les enfants est en hausse marquée, avec l'utilisation de stimulants du système nerveux central (SSNCⁱ) en tête de liste^{1,2}. Les SSNC sont le plus souvent utilisés pour traiter les symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)³, soit un trouble neuro-développemental caractérisé par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité⁴⁻⁶. Ces stimulants semblent aussi prescrits pour traiter les symptômes de troubles du comportement perturbateurs, dont le trouble de l'opposition avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC)^{1,7}, deux troubles qui peuvent s'observer en concomitance avec le TDAH. À l'école, les enfants qui présentent ces troubles (TDAH, TC ou TOP) font souvent l'objet de références pour recevoir des services scolaires complémentaires, comme les services psychoéducatifs⁸, et constitueraient une des clientèles les plus visées par la prescription de SSNC⁹.

L'utilisation des SSNC auprès des enfants ne fait toutefois pas consensus⁹⁻¹¹. D'un côté, puisque des conséquences scolaires et sociales négatives sont souvent associées au TDAH (faibles résultats scolaires, rejet des pairs, relations conflictuelles)⁹, la prise de SSNC apparaît justifiée considérant: a) son efficacité démontrée dans la gestion des symptômes du TDAH^{12,13}; b) l'efficacité moindre des traitements psychosociaux s'ils ne sont pas combinés à la prise de SSNC¹⁴; c) les pressions du milieu scolaire pour des changements comportementaux à court terme^{9,15}. D'un autre côté, l'utilisation de SSNC n'est pas sans effet secondaire. Si les plus communs sont une perte d'appétit et des difficultés de sommeil¹⁶, des effets graves faisant l'objet de mises en garde de Santé Canada ont aussi été rapportés: arrêt cardiaque, voire mort subite, idéations et comportements suicidaires^{17,18}. En outre, ces risques surviennent dans un contexte médical où le diagnostic de TDAH repose le plus souvent sur une appréciation subjective de la symptomatologie¹⁹, bien que les lignes directrices canadiennes visent

i. Comprenant le méthylphénidate commercialisé notamment sous l'appellation Ritalin.

plutôt l'utilisation d'un protocole d'évaluation standardisé multirépondants pour identifier les symptômes de l'enfant dans ses milieux familial et scolaire²⁰.

La crainte d'une surutilisation des SSNC ou d'une utilisation non justifiée par le portrait clinique de l'enfant soulevée par ces enjeux^{11, 21} peut particulièrement s'appliquer pour les enfants qui sont suivis à l'école pour des troubles du comportement puisque les médecins rapportent souvent prescrire une médication sous la pression exercée par le milieu scolaire¹⁵. Or, il n'y a que peu d'informations relatives à la fréquence d'utilisation des SSNC chez ces élèves. De telles informations constitueraient une première étape vers l'amélioration de l'adéquation des traitements et du portrait clinique de ces enfants. Cette étude vise à établir la fréquence d'utilisation des SSNC au sein d'un échantillon d'élèves suivis à l'école primaire pour des troubles du comportement et recrutés entre 1999 et 2004. L'étude vise aussi à déterminer les caractéristiques diagnostiques, individuelles et scolaires associées à la prise de SSNC chez ces enfants.

Fréquence d'utilisation des SSNC chez les enfants et présence d'un TDAH

La fréquence de la consommation des SSNC chez les enfants au Québec a fait l'objet de relativement peu d'études au cours des 20 dernières années bien que ce type de recherche ait été reconnu «à prioriser»²². Cependant, une étude pancanadienne de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)²³, sur la prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH entre avril 2014 et mars 2015, conclut que c'est au Québec que la prévalence est la plus élevée : le taux d'utilisation chez les personnes de 0 à 25 ans y est de 6,44 % comparativement à 2,39 % dans le reste du Canada. Cet écart important est expliqué tant par la gratuité des médicaments pour les enfants inscrits au régime public d'assurance médicaments du Québec que par des diagnostics de TDAH possiblement trop hâtifs ou des suivis médicaux insuffisants. Les taux rapportés dans cette étude pour les enfants québécois d'âge scolaire primaire sont aussi parmi les plus élevés et varient de 3,98 % à 13,97 %. Des données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) vont dans le même sens et suggèrent que la consommation régulière de SSNC à l'âge scolaire primaire s'observe à des fréquences élevées, avec des taux allant de 1,5 % à 8,6 % chez des enfants âgés de 6 à 10 ans²⁴. D'autres

données se rapportant, cette fois, aux adhérents de moins de 18 ans à l'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec montrent que la prise de SSNC est associée à un diagnostic de TDAH dans près de 60 % des cas²⁵.

Si ces données reflètent le lien entre la présence du TDAH et la prise de SSNC, elles indiquent également que la prescription de ces stimulants n'est pas uniquement fonction du TDAH. Des constats semblables ont été faits dans de vastes enquêtes populationnelles au Canada²⁶ ou aux États-Unis²⁷, montrant que de 20 % à 50 % des utilisateurs de SSNC ne satisfont pas aux critères du TDAH selon une évaluation auprès du parent ou de l'enseignant. Ces mêmes pourcentages s'observent dans des échantillons d'enfants référés pour divers problèmes de santé mentale en clinique médicale^{28, 29} quoique la proportion d'utilisateurs de SSNC soit plus élevée dans ce type d'échantillons cliniques (de 27 % à 45 % d'utilisateurs).

À notre connaissance, l'étude de Mattison, Rundberg-Rivera et Michel³⁰ est l'une des rares à avoir porté sur cette question chez les enfants suivis pour des troubles du comportement à l'école. Cette étude menée auprès de 77 jeunes de 11 à 14 ans fréquentant une école spécialisée à New York indique que 33,8 % prennent des SSNC. Les auteurs mentionnent qu'une majorité d'élèves sous SSNC ont un TDAH sans toutefois préciser le pourcentage. À l'instar des autres études, l'étude de Mattison et coll. suggère aussi que d'autres caractéristiques de l'enfant peuvent rendre compte de la prise de SSNC.

Caractéristiques associées à la prise de SSNC

Deux types de caractéristiques ont particulièrement été mis en lien avec la prise de SSNC chez les enfants, soit la nature des difficultés comportementales présentées et les caractéristiques sociodémographiques. Des études suggèrent que la prise de stimulants est plus fréquente chez les enfants dont le TDAH est du sous-type inattentif comparativement au sous-type hyperactif/impulsif^{30, 31}. Par exemple, Tremmery et coll.³¹ observent que les enfants sous SSNC ont plus de symptômes d'inattention que les enfants qui ne sont pas sous SSNC, alors que ces deux groupes ne se différencient pas sur le nombre de symptômes d'hyperactivité. Par ailleurs, la cooccurrence d'un TOP ou des symptômes de ce trouble et des symptômes du TDAH est associée à une probabilité accrue d'être sous SSNC²⁷. Tremmery et coll.³¹ observent, aussi, un lien marginalement significatif entre la prise de

stimulants et la cooccurrence du TC, mais ce lien s'est avéré non significatif dans l'étude d'Angold, Erkanli, Egger et Costello²⁷.

La prescription de SSNC a beaucoup été étudiée en relation avec l'âge et le sexe des enfants et le statut socioéconomique (SSÉ) des familles. C'est ainsi qu'être d'âge scolaire primaire a souvent été relié à une probabilité plus élevée d'être sous SSNC qu'être d'âge préscolaire ou à l'adolescence^{26-28, 32}. Des études montrent aussi que l'usage de médicaments pour le TDAH est plus fréquent chez les enfants provenant de familles aisées^{27, 33, 34}. Il faut vérifier si une telle association s'observe au Québec où l'accès aux services médicaux est universel. Quant au sexe de l'enfant, les études montrent tantôt une probabilité plus élevée de prise de SSNC pour les garçons^{27, 32}, bien que des résultats non significatifs soient aussi rapportés^{28, 31}.

Objectifs de l'étude

Peu d'études se sont intéressées aux caractéristiques associées à la prise de SSNC chez les enfants d'âge scolaire primaire qui ont des troubles du comportement perturbateurs, que cela concerne la nature des troubles (TDAH, TOP, TC) ou d'autres caractéristiques individuelles ou sociales. Dans le contexte d'une augmentation du recours aux SSNC chez les enfants de ce groupe d'âge²⁶ et des risques potentiels associés à cette utilisation, il est important de pouvoir disposer de données sur les taux d'utilisation de SSNC parmi les enfants les plus susceptibles de prendre une telle médication et les caractéristiques associées à cette utilisation. Le premier objectif est d'établir la fréquence de l'utilisation de SSNC chez des élèves suivis à l'école pour des troubles du comportement en fonction de la présence et des sous-types du TDAH, tel que rapporté par l'enseignant ou le parent. Un second objectif est d'identifier, au-delà des symptômes de TDAH (inattention et hyperactivité/impulsivité), les caractéristiques comportementales (symptômes du TOP, symptômes du TC) et individuelles (sexe, âge, SSÉ) associées à la prise de SSNC. À titre exploratoire, la scolarisation en classe spéciale, comme indice de difficultés comportementales importantes pouvant être associées à la prise de SSNC, sera étudiée.

Méthode

Sélection des participants

L'échantillon est composé de 341 élèves (27,8 % de filles) qui reçoivent des services scolaires complémentaires à l'école primaire pour des troubles du comportement (âge moyen = 9,9 ans; é.t. = 1,83 an). Les élèves ont été recrutés entre 1999 et 2004 dans trois commissions scolaires de l'Estrie et de la Montérégie à partir des listes des élèves recevant ces services complémentaires. Les troubles du comportement devaient être le principal problème identifié sur ces listes et les enfants devaient vivre avec au moins un de leur parent. Les filles ont été légèrement suréchantillonnées. Le taux de participation a été de 62,3 % ($n = 362$). L'échantillon recruté s'est avéré représentatif de la population initialement ciblée sur l'ensemble des données que les directions des écoles ont pu fournir sans nuire à l'anonymat des élèves non participants, incluant la répartition des élèves dans les niveaux scolaires et le taux d'élèves scolarisés en classe spéciale. Les informations sur la nature des difficultés comportementales des enfants en provenance à la fois des parents et des enseignants ont pu être obtenues pour 341 élèves. Les données rapportées dans la présente étude portent donc sur ces 341 élèves.

Mesures

Stimulants du système nerveux central. L'utilisation de SSNC par l'élève a été établie auprès des parents à l'aide d'un item de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ)³⁵. L'item permet de déterminer si l'enfant a consommé des médicaments de prescription au cours de la semaine précédant l'évaluation à partir d'une liste de onze catégories de médicaments, incluant la catégorie « Médicaments de type *Ritalin* (comme *Dexedrine*, *Concerta*, etc.) ». Le parent avait aussi la possibilité de mentionner tout autre médicament consommé par l'enfant dans la dernière semaine. Si le parent n'était pas certain du type de médicament consommé, l'évaluateur demandait à voir le médicament afin d'écrire son nom et, éventuellement, le faire classer dans une catégorie par un expert. Tout enfant ayant pris des médicaments de type *Ritalin* dans la dernière semaine a été identifié dans l'étude comme un utilisateur de SSNC.

TDAH et comportements perturbateurs. Le *Diagnostic Interview Schedule for Children – Revised* (DISC 2.25)³⁶, version française de Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et St-Georges (1998), a été passé séparément aux parents et aux enseignants pour détecter la présence et le nombre de symptômes du TDAH, du TOP et du TC manifestés par les élèves au cours des six mois précédents l'évaluation. Il s'agit d'un instrument diagnostique, développé à partir des critères du DSM-III-R³⁷. La version française du DISC 2.25 comporte de bonnes propriétés psychométriques³⁸. Ce questionnaire a été légèrement modifié pour qu'il englobe aussi les symptômes et critères figurant dans le DSM-IV-TR⁵ pour les troubles ciblés. Les valeurs de *kappa* calculées entre les versions DSM-III-R et DSM-IV-TR du questionnaire montrent une bonne correspondance pour les sections se rapportant au TDAH, au TOP et au TC : les *kappa* varient de 0,67 à 0,90 lorsque l'enseignant est l'informateur et de 0,65 à 0,88 lorsqu'il s'agit du parent⁸. Conformément aux critères du DSM-IV-TR, un élève a été reconnu avec un TDAH de type inattentif si le répondant (parent ou enseignant) rapportait six symptômes ou plus de la catégorie « inattention », mais moins de six symptômes de la catégorie « hyperactivité-impulsivité ». Inversement, un TDAH de type hyperactif-impulsif a été reconnu lorsque l'élève manifestait six symptômes ou plus de la catégorie « hyperactivité-impulsivité », mais moins de six symptômes de la catégorie « inattention ». Les élèves présentant au moins six symptômes de chaque catégorie étaient identifiés avec le type mixte. En raison de la faible prévalence du type hyperactif-impulsif dans l'échantillon ($n < 30$), ce type a été regroupé avec le type mixte dans les analyses. Toujours aux fins des analyses, nous avons distingué le nombre de symptômes agressifs et non agressifs du TC.

Autres caractéristiques. Les informations sur l'âge et le sexe de l'enfant, le type de classe fréquentée (ordinaire ou spécialisée) et le statut socioéconomique de la famille (SSÉ) ont toutes été recueillies auprès des parents. L'âge des élèves a été regroupé en trois catégories (6-8 ans; 9-10 ans; 11-13 ans) suivant les trois cycles d'enseignement au primaire. Les données sur le SSÉ ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire de l'EQSMJ³⁵ sur le revenu familial, la scolarité et le statut d'emploi. Ces informations ont été utilisées pour calculer un indice de SSÉ en 8 points³⁹, où 8 représente le SSÉ le plus faible. L'indice a été dichotomisé pour identifier deux niveaux de SSÉ : faible (de 6 à 8) et moyen/élevé (de 1 à 5).

Déroulement

Les parents ont été rencontrés à domicile par un interviewer formé à la passation des questionnaires. Un seul parent par famille a été rencontré (celui qui s'occupe le plus des soins et de l'éducation de l'enfant). Les parents ont signé un formulaire de consentement les informant des objectifs de l'étude et des risques et bienfaits reliés à leur participation. Les parents donnaient également leur consentement écrit pour que nous contactions l'enseignant de leur enfant. Les enseignants ont été contactés pour participer à la recherche sur une base volontaire. Ces procédures ont reçu l'aval du comité éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Analyses

Des analyses statistiques unidimensionnelles (test de khi-carré) ont été réalisées afin d'examiner si la prise de SSNC est associée à la présence du TDAH (selon les parents ou les enseignants). Une analyse de régression logistique binaire a été réalisée pour identifier, au-delà des symptômes du TDAH, les autres caractéristiques comportementales et individuelles associées à la prise de SSNC. Les symptômes de TDAH ont été contraints dans le modèle et les autres variables ont été sélectionnées avec une méthode pas-à-pas ascendante. Cette méthode s'avère appropriée lorsque le but de l'analyse est uniquement l'identification de prédicteurs d'un phénomène à des fins pratiques⁴⁰.

Résultats

L'analyse révèle que 39,9 % des élèves de l'échantillon font usage de SSNC. Le tableau 1 montre la répartition de ces utilisateurs selon qu'ils aient ou non un TDAH et selon les deux informateurs.

Peu importe l'informateur, le pourcentage d'utilisateurs de SSNC est plus élevé en présence du TDAH. Cette différence est significative lorsque le parent est l'informateur (utilisateurs parmi les élèves avec TDAH = 50 %; utilisateurs parmi les élèves sans TDAH = 32,5 %; $p < 0,01$) et, aussi, lorsque la présence du TDAH est considérée selon l'un ou l'autre des informateurs (utilisateurs parmi les élèves avec TDAH = 42,1 %; utilisateurs parmi les élèves sans TDAH = 27,5 %; $p < 0,01$). Chez les élèves identifiés avec un TDAH, ceux qui présentent le type hyperactif/impulsif ou mixte sont légèrement plus nombreux à prendre

TABLEAU 1
Fréquence de l'utilisation de SSNC selon la présence
et le type de TDAH

Présence de TDAH	N	Utilisation SSNC		χ^2 (<i>dl</i> = 1)
		Non %	Oui %	
Selon informateur parent :				
Sans TDAH	197	67,5	32,5	9,92**
Avec TDAH	144	50,0	50,0	
• <i>type inattentif</i>	36	55,6	44,4	0,59
• <i>type hyperactif/impulsif ou mixte</i>	108	48,1	51,9	
Selon informateur enseignant :				
Sans TDAH	150	61,3	38,7	0,87
Avec TDAH	191	59,2	40,8	
• <i>type inattentif</i>	96	61,5	38,5	0,42
• <i>type hyperactif/impulsif ou mixte</i>	95	56,8	43,2	
Selon informateurs parent ou enseignant :				
Sans TDAH	92	70,7	29,3	5,83*
Avec TDAH	249	56,2	43,8	
• <i>type inattentif</i>	85	65,9	34,1	4,90*
• <i>type hyperactif/impulsif ou mixte</i>	164	51,2	48,8	

Note. SSNC : stimulants du système nerveux central ; TDAH : trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité.

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

des SSNC que les élèves du type inattentif. Cette différence est significative lorsque la présence du TDAH est considérée dans l'analyse selon l'un ou l'autre des informateurs (utilisateurs du type hyperactif-impulsif ou mixte = 48,8 % ; utilisateurs du type inattentif = 34,1 % ; $p < 0,05$). Ces différentes données montrent donc un lien entre l'utilisation de SSNC et la présence d'un TDAH, en particulier lorsque ce trouble est de type hyperactif-impulsif ou mixte. Elles montrent aussi qu'une portion substantielle d'élèves sans TDAH (de 29,3 % à 38,7 % selon les informateurs) prend des SSNC.

Les résultats de la régression logistique binaire pas-à-pas effectuée pour identifier, au-delà des symptômes du TDAH, d'autres variables associées à la prise de SSNC sont présentés au tableau 3. Le tableau 2 fournit les statistiques descriptives.

TABEAU 2
Données descriptives des caractéristiques des élèves selon l'utilisation des SSNC

Caractéristiques des élèves	N		Utilisation SSNC	
			Non (n = 205)	Oui (n = 136)
Groupe d'âge ^a				
• 6-8 ans	84	%	50,0	50,0
• 9-10 ans	115	%	65,2	34,8
• 11-13 ans	142	%	62,0	38,0
Genre ^b				
• garçons	246	%	58,9	41,1
• filles	95	%	63,2	36,8
Scolarisation ^c				
• classe ordinaire	244	%	63,1	36,9
• classe spéciale	97	%	52,6	47,4
SSÉ ^d				
• faible	185	%	67,0	33,0
• moyen/élevé	156	%	51,9	48,1
Nb de symptômes (selon parent)				
• TDAH (inattention)	341	M (é.t.)	4,8 (2,8)	5,6 (2,5)
• TDAH (hyperactivité/impulsivité)	341	M (é.t.)	3,8 (2,7)	5,4 (2,6)
• TOP	341	M (é.t.)	2,4 (2,6)	3,8 (2,6)
• TC (agression)	341	M (é.t.)	0,3 (0,7)	0,6 (0,9)
• TC (non agressifs)	341	M (é.t.)	0,5 (0,8)	0,7 (1,0)
Nb de symptômes (selon enseignant)				
• TDAH (inattention)	341	M (é.t.)	5,3 (2,9)	4,8 (2,9)
• TDAH (hyperactivité/impulsivité)	341	M (é.t.)	3,8 (2,7)	3,7 (2,9)
• TOP	341	M (é.t.)	2,5 (2,4)	2,6 (2,8)
• TC (agression)	341	M (é.t.)	0,6 (0,9)	0,6 (0,9)
• TC (non agressifs)	341	M (é.t.)	0,9 (1,1)	0,8 (1,1)

Note. SSNC : stimulants du système nerveux central; SSÉ : statut socioéconomique; TDAH = trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité; TOP = trouble de l'opposition avec provocation; TC = trouble des conduites. ^aLe niveau 11-13 ans est la catégorie de référence (codée 0) par rapport aux deux autres catégories codées 1. ^b garçons = 1; filles = 0. ^c classe spéciale = 1; classe ordinaire = 0. ^d faible = 1; moyen/élevé = 0.

Les résultats du premier bloc d'analyse (voir le tableau 3) montrent que les symptômes du TDAH rendent compte de 11 % de la variance dans la prise de SSNC. Le nombre de symptômes d'hyperactivité-impulsivité rapportés par le parent est, cependant, la seule variable à contribuer significativement au modèle de régression. Le deuxième bloc d'analyse montre que quatre autres variables ont une contribution unique: le nombre de symptômes de TOP (tels qu'identifiés par le parent), être scolarisé en classe spéciale, appartenir au groupe d'âge des 6-8 ans et vivre dans une famille de SSÉ faible. À l'exception du SSÉ faible, toutes ces variables sont associées à une probabilité accrue

TABLEAU 3
Résultats de l'analyse de régression logistique sur la probabilité
d'utiliser des SSNC (N = 341)

Variable dans l'équation	χ^2 (test omnibus)	χ^2 (Homer et Lemeshow)	R^2 de Nagelkerke	β (é.t.)	Wald (d.l.= 1)	Exp (β)	IC (95 %)
Bloc 1	28,6***	5,8	0,11				
Variables contraintes dans le modèle							
• Nb sympt. inattention (parent)				-0,00 (0,06)	0,00	0,96	0,90 – 1,12
• Nb sympt. hyperactivité/ impulsivité (parent)				0,21 (0,06)	15,05***	1,24	1,11 – 1,38
• Nb sympt. inattention (enseignant)				-0,05 (0,05)	1,17	0,95	0,86 – 1,04
• Nb sympt. hyperactivité/ impulsivité (enseignant)				-0,03 (0,05)	0,27	0,98	0,88 – 1,07
Bloc 2	54,2***	8,2	0,20				
Variables contraintes dans le modèle							
• Nb sympt. inattention (parent)				-0,00 (0,06)	0,00	1,00	0,89 – 1,12
• Nb sympt. hyperactivité/ impulsivité (parent)				0,15 (0,06)	6,26*	1,16	1,03 – 1,31
• Nb sympt. inattention (enseignant)				-0,04 (0,05)	0,59	0,96	0,87 – 1,06
• Nb sympt. hyperactivité/ impulsivité (enseignant)				-0,04 (0,05)	0,66	0,96	0,87 – 1,06
Variables sélectionnées pas à pas							
• Nb. sympt. TOP (parent)				0,14 (0,05)	7,94**	1,15	1,05 – 1,28
• Fréquentation de la classe spéciale vs ordinaire				0,59 (0,27)	4,63*	1,80	1,05 – 3,08
• Groupe d'âge					7,76*		
- 6-8 ans vs 11-13 ans				0,67 (0,32)	4,43*	1,05	1,01 – 3,66
- 9-10 ans vs 11-13 ans				-0,24 (0,29)	0,70	0,79	0,45 – 1,38
• SSÉ faible vs moyen/ élevé				-0,76 (0,25)	9,41**	0,47	0,29 – 0,76

Note. TOP = trouble de l'opposition avec provocation; SSÉ: statut socioéconomique.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

de prendre des SSNC. Par contre, un SSÉ faible réduit cette probabilité comme l'indique la valeur négative du coefficient (β) calculé pour cette variable (tableau 3).

L'ensemble de ces variables permet d'expliquer 20 % de la variance dans la prise de SSNC. Ce modèle permet de classer correctement 78 % des élèves qui n'utilisent pas de SSNC, mais seulement 49 % des utilisateurs de SSNC (pourcentages non montrés en tableau). L'aire sous la courbe ROC étant de 0,73, le pouvoir discriminant du modèle peut cependant être jugé acceptable⁴¹. Il est à noter que ni le sexe de l'enfant, ni les symptômes de TDAH, de TOP ou de TC identifiés par l'enseignant ne contribuent à la prédiction de la prise de SSNC chez les élèves.

Discussion

L'étude a été réalisée afin d'identifier la fréquence d'utilisation et les caractéristiques associées à l'utilisation des SSNC chez des élèves du primaire recevant des services scolaires spécialisés pour des troubles du comportement, soit un des groupes les plus susceptibles de se voir prescrire des SSNC³³. Outre la rareté des études réalisées dans ce type d'échantillon³⁰, la présente étude vient pallier certaines limites en portant sur un nombre considérable d'enfants suivis pour des troubles du comportement à l'école et en incluant un nombre relativement élevé de filles. Ces enfants sont d'âge scolaire primaire, ce qui permet d'étudier la prise de SSNC à la période où les enfants sont particulièrement susceptibles d'y être initiés. De plus, comme recommandé par la CADDRA²⁰, pour établir la présence du TDAH, l'étude a eu recours à un instrument diagnostique reconnu et à deux informateurs pouvant rapporter les comportements de l'enfant dans ses deux principaux milieux de vie, soit à la maison et à l'école.

L'étude montre que 40 % des enfants suivis à l'école primaire pour des troubles du comportement prennent des SSNC. Ces données se rapprochent des taux de Garland et coll.²⁸ et Mattison et coll.³⁰ rapportés aussi pour des échantillons cliniques. Ce taux est comparable pour les garçons (41 %) et pour les filles (37 %). Si, dans les études populationnelles, la proportion de garçons sous SSNC était plus élevée que la proportion de filles sous SSNC^{3, 25, 26, 42}, nos résultats appuient plutôt ceux de Garland et coll.²⁸ qui suggèrent que lorsque les difficultés présentées par les enfants sont suffisamment importantes pour faire l'objet d'une référence aux services spécialisés, tant les filles que les garçons sont susceptibles d'utiliser des SSNC.

Parmi les enfants identifiés avec un TDAH, un peu moins de la moitié prennent des SSNC (44 %), la prise de stimulants étant plus élevée lorsque le TDAH est du type hyperactif/impulsif ou mixte (49 %) que du type inattentif (34 %). D'ailleurs, les symptômes d'hyperactivité/impulsivité, du moins tel que rapportés par les parents, sont les seuls symptômes du TDAH à demeurer associés à une probabilité accrue d'utiliser des SSNC au côté des autres caractéristiques individuelles et scolaires des enfants. Ces symptômes du TDAH s'avèreraient donc des déterminants dans la prise de SSNC chez les enfants suivis à l'école primaire pour des troubles du comportement. Certaines études concluent plutôt que les symptômes d'inattention sont davantage reliés à la prise de SSNC^{30, 31}, ce qui peut être dû au fait que, dans ces études, la contribution des symptômes d'inattention a été analysée indépendamment des symptômes d'hyperactivité/impulsivité. L'on peut penser qu'en contexte scolaire, les enfants hyperactifs et impulsifs sont plus susceptibles de perturber le bon déroulement de la classe, comparativement aux enfants dont le TDAH se manifeste surtout par des symptômes d'inattention, ce qui pourrait entraîner une pression plus forte sur les parents pour rechercher une prescription de SSNC pour leur enfant.

Cependant, le pourcentage d'enfants qui utilisent la médication stimulante sans avoir de TDAH est élevé, tant dans la population générale que dans les échantillons cliniques²⁶⁻²⁹. Dans notre échantillon, ce sont environ 30 % des élèves qui prennent des SSNC sans être identifiés avec un TDAH. Sur ce plan, notre étude a permis de vérifier la contribution des troubles perturbateurs dans l'explication de la prise de SSNC. Si les symptômes du TC ne sont pas associés à la prise de stimulants, un nombre élevé de symptômes du TOP, tels que rapportés par le parent, est relié à une probabilité accrue d'être sous SSNC. Ces deux résultats rejoignent ceux d'Angold et coll.²⁷. Il est possible que le cumul des difficultés comportementales présentées par les enfants, particulièrement l'ajout des symptômes de TOP à ceux des symptômes d'hyperactivité/impulsivité, motive la prise de SSNC. En effet, dans ces cas, la prise de médication a souvent pour objectif de réduire l'irritabilité, l'explosivité et l'impulsivité afin que les enfants soient plus réceptifs aux traitements psychosociaux^{43, 44}.

En plus des difficultés comportementales, l'étude met en évidence que l'utilisation des SSNC est plus fréquente chez les enfants du groupe des 6-8 ans comparativement au groupe des 11-13 ans, ce qui appuie l'idée qu'une médication est recherchée pour les enfants dès le premier

cycle du primaire. Dans la mesure où l'entrée à l'école augmente les demandes de l'environnement quant au contrôle des comportements et l'accomplissement de tâches structurées⁴⁵, elle devient un contexte particulièrement sensible à la détection des difficultés de comportement de l'enfant. La prise de SSNC peut alors être perçue comme un moyen de réduire ces difficultés dès le début de la scolarité et éviter à l'enfant des sanctions disciplinaires²⁶. De plus, en cohérence avec les écrits^{27, 33, 34}, l'étude confirme que les enfants provenant de familles de SSÉ faible ont une probabilité moindre de prendre des SSNC. Angold et coll.²⁷ interprètent ce résultat comme un effet protecteur, dans la mesure où les enfants de faible SSÉ qui n'ont pas de TDAH apparaissent moins à risque de prendre des SSNC lorsque ce n'est pas justifié. Ce résultat pourrait aussi illustrer que les parents de SSÉ moyen-élevé, étant plus scolarisés, soient particulièrement préoccupés par la réussite scolaire de leur enfant et plus favorables à la médication pour réduire les manifestations comportementales indésirables qu'il peut avoir en classe.

Enfin, l'étude explorait le rôle du placement scolaire et montre que la scolarisation en classe spéciale est associée à une probabilité accrue d'utiliser des SSNC. En fait, nos données illustrent que la moitié des enfants qui ont des troubles du comportement et qui sont principalement scolarisés en classe spéciale prend ces médicaments. Si ce résultat peut contribuer à illustrer l'impact de la sévérité des difficultés comportementales dans la décision d'utiliser des SSNC pour l'enfant, il est possible, aussi, qu'à l'origine, la prise de ces médicaments ait été recherchée par les parents pour éviter ce placement à leur enfant ou le retarder. Le fait que le placement scolaire contribue, au-delà des symptômes du TDAH, à l'utilisation des SSNC suggère que la perspective d'un placement en classe spéciale est un incitatif à l'utilisation des SSNC alors que ceux-ci ne sont pas indiqués. La classe spécialisée étant une ressource encore bien présente dans les écoles – 22,5 % des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage étaient scolarisés dans ces classes au Québec selon les dernières statistiques publiées par le ministère en 2016⁴⁶ – d'autres études doivent être menées pour confirmer ce lien et vérifier les motifs de prise de SSNC chez ces élèves. Ceci est important compte tenu des effets secondaires potentiels de ces médicaments, et du risque élevé d'une surutilisation ou d'une utilisation non justifiée chez les enfants qui sont identifiés à l'école avec des troubles du comportement.

Limites et recommandations

Les résultats de l'étude doivent être interprétés dans le cadre de certaines limites; la principale étant que notre échantillon ait été recruté entre 1999 et 2004. Il est alors possible que les résultats obtenus dans l'étude ne reflètent plus la situation actuelle dans les écoles primaires québécoises. Depuis le début des années 2000, en effet, plusieurs initiatives visant une meilleure connaissance du TDAH et de meilleures pratiques d'évaluation et de diagnostic se sont succédées, dont le plan d'action conjoint sur le TDAH des réseaux québécois de l'éducation et de la santé et services sociaux^{47, 48}, les lignes directrices de la CADDRA pour l'évaluation²⁰, ou le projet de Loi 21 pour l'encadrement des pratiques professionnelles au Québec. Il existe aussi de nouvelles médications pour aider l'enfant à contrôler ces difficultés. De telles initiatives ont pu avoir comme effet de renforcer le lien entre la présence d'un TDAH et l'utilisation des médicaments spécifiques à ce trouble, dont principalement les psychostimulants. Les données rapportées par l'INESS⁴⁹ sur les jeunes de moins de 25 ans suggèrent, cependant, que parmi les utilisateurs de médicaments spécifiques au TDAH inscrits au régime public d'assurance médicaments du Québec, environ 30 % n'avaient pas de diagnostic de TDAH, que ce taux soit calculé dans l'année 2006-2007 ou l'année 2014-2015. De même, en 2006-2007, 35 % des jeunes avec un diagnostic (à vie) de TDAH ont été traités avec un médicament spécifique au TDAH, alors que 36 % l'ont été en 2014-2015. Bien sûr, ces taux ont été observés dans une population différente de celle retenue dans notre étude et ne peuvent être utilisés comme points de comparaison en dépit de leurs apparentes similarités avec ceux que nous avons observés dans notre échantillon. Ces données n'en suggèrent pas moins une grande stabilité de ces taux dans le temps. En outre, elles confirment que la médication psychostimulante, notamment celle à longue action, est toujours parmi les plus utilisés pour le TDAH. Il demeure clair, néanmoins que d'autres études doivent être menées auprès d'élèves du primaire suivis à l'école pour des troubles du comportement pour établir jusqu'à quel point les médicaments spécifiques au TDAH sont encore utilisés hors indication chez ces élèves.

Parmi les autres limites de l'étude, mentionnons que l'utilisation de SSNC est un phénomène sensible à la région où se déroule l'étude^{3, 25, 26}. Ainsi, la généralisation des résultats se trouve limitée au Québec. Enfin, les études longitudinales démontrent que la prise de SSNC n'est pas stable dans le temps^{25, 50}. Le caractère transversal de notre étude ne

permet pas de déterminer la stabilité de la prise de SSNC auprès des enfants de l'échantillon, ce qui permettrait d'exclure, par exemple, les enfants pour lesquels la médication a été testée à des fins de diagnostic différentiel et qu'elle a ensuite été retirée par absence d'effet (possiblement par absence de TDAH). Des études longitudinales permettraient non seulement de documenter la stabilité de la médication, mais aussi l'évolution du TDAH et des troubles du comportement suite à la prise de médication. Une évaluation des effets de la prise de SSNC sur l'évolution du TDAH et du TOP, par exemple, permettrait éventuellement de déterminer des règles claires pour guider la prise de décision concernant la médication.

Dans l'ensemble, donc, l'étude suggère que plusieurs caractéristiques autres que le TDAH peuvent jouer dans la décision de traiter avec des SSNC les enfants qui sont identifiés en milieu scolaire avec des troubles du comportement. Ces résultats appellent encore à une meilleure évaluation de la présence du TDAH chez ces enfants de même qu'à un suivi longitudinal pour connaître les effets à long terme des SSNC sur leur adaptation scolaire.

RÉFÉRENCES

- ¹ Comer, J. S., Olfson, M. et Mojtabai, R. (2010). National trends in child and adolescent psychotropic polypharmacy in office-based practice, 1996-2007. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1001-1010.
- ² Zito, J. M., Safer, D. J., DosReis, S., Gardner, J. E., Magder, L., Soeken, K., ... Riddle, M. A. (2003). Psychotropic practice patterns for youth: A 10-year perspective. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(1), 17-25.
- ³ Zuvekas, S. H. et Vitiello, B. (2012). Stimulant medication use in children: A 12-year perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 169(2), 160-166. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030387
- ⁴ American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4^e éd.). Washington, DC: auteur.
- ⁵ American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4^e éd., text rev.). Washington, DC: auteur.
- ⁶ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5^e éd.). Washington, DC: auteur.
- ⁷ Martin, A., Van Hoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T. et Scahill, L. (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut Medicaid managed care. *Psychiatric Services*, 54(1), 72-77. doi: 10.1176/appi.ps.54.1.72

- ⁸ Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 49(11), 769-775.
- ⁹ Mayes, R., Bagwell, C. et Erkulwater, J. (2008). ADHD and the rise in stimulant use among children. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(3), 151-166. doi: 10.1080/10673220802167782
- ¹⁰ Lafortune, D. et Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents: prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche [Regulation of psychotropic drugs to children and teenagers: Prevalence, policies, practices and tracks of research]. *Canadian Psychology/ Psychologie canadienne*, 47(3), 155-169. doi: 10.1037/cp2006006
- ¹¹ Vitiello, B. (2007). Research in child and adolescent psychopharmacology: Recent accomplishments and new challenges. *Psychopharmacology*, 191(1), 5-13. doi: 10.1007/s00213-006-0414-3
- ¹² Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., ... Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders: A systematic review and European treatment guideline. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(8), 476-495. doi: 10.1007/s00787-006-0549-0
- ¹³ Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., ... Cooper, T. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1284-1293. doi: 10.1097/01.chi.0000235077.32661.61
- ¹⁴ van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J. et Emmelkamp, P. M. G. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 783-800. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.007
- ¹⁵ Parens, E. et Johnston, J. (2008). Understanding the agreements and controversies surrounding childhood psychopharmacology. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(5). doi: 10.1186/1753-2000-2-5
- ¹⁶ Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D. et Gorman, D. A. (2015). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. Part 1: Psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 60(2), 42-51.
- ¹⁷ Gouvernement du Canada. (2013). Rappels et avis de sécurité – Nouvelles mises en garde à propos de troubles cardiaques rares associés aux médicaments pour traiter le THADA. Récupéré de http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2006/13107a-fra.php?_ga=2.134479857.1637091798.1497280185-1077370674.1496932093

- 18 Santé Canada. (2015). Résumé de l'examen de l'innocuité – Méthylphénidate – Suicidalité. Récupéré de <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/reviews-examens/methylphenidate-fra.php>
- 19 De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E. et Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858-900. doi: 10.1037/a0038498
- 20 Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). (2011). *Lignes directrices canadiennes sur le TDAH, troisième édition*. Toronto, Canada: CADDRA.
- 21 Lafortune, D., Gagné, M.-P. et Blais, É. (2012). De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants [From rational use to optimal use of psychotropic drugs among children]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(1), 69-76. doi: 10.1016/j.neurenf.2011.05.002
- 22 Collin, J., Doucet, H., Lafortune, D., Monnais, L., Otero, M., Blanc, M.-È. et Proulx, M. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel: recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Québec, Canada: Le Conseil de la santé et du bien-être.
- 23 Tremblay, É., Daigle, J.-M., Turgeon, M., Breton, M.-C. et Bouchard, S. (2017). *Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins*. Québec, Canada: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- 24 Galéra, C., Pingault, J.-B., Michel, G., Bouvard, M.-P., Melchior, M., Falissard, B.,... Côté, S. M. (2014). Clinical and social factors associated with attention-deficit hyperactivity disorder medication use: Population-based longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 205(4), 291-297. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141952
- 25 Comité de revue de l'utilisation des médicaments. (2001). *Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité*. Québec, Canada: gouvernement du Québec.
- 26 Brault, M.-C. et Lacourse, É. (2012). Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactivity disorder medications and diagnosis among Canadian preschoolers and school-age children: 1994-2007. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 57(2), 93-101.
- 27 Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L. et Costello, E. J. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(8), 975-984. doi: 10.1097/00004583-200008000-00009
- 28 Garland, A. F., Brookman-Frazee, L. et Gray, E. (2013). The role of parent characteristics in community-based medication treatment for children with disruptive behavior problems. *Community Mental Health Journal*, 49(5), 507-514. doi: 10.1007/s10597-012-9514-1

- 29 Kube, D. A., Petersen, M. C. et Palmer, F. B. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder: Comorbidity and medication use. *Clinical Pediatrics*, 41(7), 461-469. doi: 10.1177/000992280204100702
- 30 Mattison, R. E., Rundberg-Rivera, V. et Michel, C. (2014). Psychotropic medication characteristics for special education students with emotional and/or behavioral disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(6), 347-353. doi: 10.1089/cap.2013.0073
- 31 Tremmery, S., Buitelaar, J. K., Steyaert, J., Molenberghs, G., Feron, F. J. M., Kalf, A. C., ... Jolles, J. (2007). The use of health care services and psychotropic medication in a community sample of 9-year-old schoolchildren with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(5), 327-336. doi: 10.1007/s00787-007-0604-5
- 32 Charach, A., Cao, H., Schachar, R. et To, T. (2006). Correlates of methylphenidate use in Canadian children: A cross-sectional study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 51(1), 17-26. doi: 10.1177/070674370605100105
- 33 Pavkov, T. W. et Walrath, C. M. (2008). Clinical and non-clinical characteristics associated with medication use among children with serious emotional disturbance. *Journal of Child and Family Studies*, 17(6), 839-852.
- 34 Simon, A. E., Pastor, P. N., Reuben, C. A., Huang, L. N. et Goldstrom, I. D. (2015). Use of mental health services by children ages six to 11 with emotional or behavioral difficulties. *Psychiatric Services*, 66(9), 930-937. doi: 10.1176/appi.ps.201400342
- 35 Valla, J. P., Breton, J. J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-George, M., ... Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans. Rapport synthèse [Quebec Child Mental Health Survey regarding youths 6 to 14 years old. Synthesis report]*. Québec, Canada: Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.
- 36 Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P. W., Cohen, P., Placentini, J., Davies, M., ... Regier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children – Revised version (DISC–R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 643-650. doi: 10.1097/00004583-199305000-00023
- 37 American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* (3e éd., révisée). Washington, DC: auteur.
- 38 Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C. et St-Georges, M. (1998). Diagnostic interview schedule for children (DISC-2.25) in Quebec: Reliability findings in light of the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174. doi: 10.1097/00004583-199811000-00016
- 39 Toupin, J. (1993). *Échelle de statut socio-économique*. Sherbrooke, Québec: Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- 40 Menard, S. (2002). *Applied logistic regression analysis* (2^e éd.). London, Royaume-Uni: Sage.

- 41 Hosmer, D. W. et Lemeshow, S. (2000). *Interpretation of the fitted logistic regression model, in applied logistic regression* (2^e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/0471722146.ch3
- 42 Cohen, D., Clapperton, I., Gref, P. et Tremblay, Y. (1999). *Déficit d'attention/hyperactivité: perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants*. Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- 43 d'Ambrogio, T. et Speranza, M. (2012). Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent [Psychopharmacological approach to behavioral disorders in children and adolescents]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(1), 52-61. doi: 10.1016/j.neurenf.2011.10.010
- 44 Lloyd, B. P., Torelli, J. N. et Symons, F. J. (2016). Issues in integrating psychotropic and intensive behavioral interventions for students with emotional and behavioral challenges in schools. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 24(3), 148-158.
- 45 Massé, L., Desbiens, N. et Lanaris, C. (2014). Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Éd.), *Les troubles du comportement à l'école. Prévention, évaluation et intervention* (2^e éd., p. 6-18). Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- 46 Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (2016). *Statistiques de l'éducation. Éducation préscolaire, enseignement primaire et secondaire*. Québec, Canada: gouvernement du Québec.
- 47 Ministère de l'Éducation, ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de la Famille et de l'Enfance (2000). *TDAH trouble de déficit de l'attention/hyperactivité: agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes: plan d'action*. Québec, Canada: ministère de l'Éducation.
- 48 Ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *TDAH trouble de déficit de l'attention/hyperactivité: agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes: document de soutien à la formation: connaissances et interventions*. Québec, Canada: gouvernement du Québec.
- 49 Turgeon, M., Breton, M.-C., Guay, H. et Bouchard, S. (2017). *Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins: revue systématique sur les recommandations de bonne pratique quant à l'usage optimal des médicaments spécifiques au traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et annexes complémentaires*. Québec, Canada: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- 50 Romano, E., Baillargeon, R. H., Fortier, I., Wu, H.-X., Robaey, P., Zoccolillo, M. et Tremblay, R. E. (2005). Individual change in methylphenidate use in a national sample of children aged 2 to 11 years. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 50(3), 144-152.

Attachement amoureux, symptômes dépressifs et comportements suicidaires en contexte de rupture amoureuse

Audrey Brassard^a

Marianne St-Laurent Dubé^b

Kristin Gehl^c

Tania Lecomte^d

RÉSUMÉ Les ruptures amoureuses et les divorces sont de plus en plus fréquents en Occident. La rupture d'une relation amoureuse est une épreuve difficile qui génère une détresse émotionnelle importante. Certains individus vivant une rupture peuvent même poser un geste suicidaire. Le lien entre la rupture amoureuse et le comportement suicidaire est bien documenté, mais d'autres facteurs de risque sont moins connus. La présente étude a investigué le rôle des insécurités d'attachement amoureux (anxiété d'abandon, évitement de l'intimité) dans la survenue des symptômes dépressifs et des comportements suicidaires (pensées et tentatives) à la suite d'une rupture. Pour ce faire, 50 adultes ayant vécu une rupture amoureuse dans les six derniers mois ont été recrutés auprès d'organismes d'aide ainsi que dans la communauté. Un doctorant formé en crise suicidaire a administré verbalement des échelles validées d'attachement amoureux, de symptômes dépressifs et de comportements suicidaires lors d'une entrevue individuelle. Les résultats des analyses de régression multiple ont montré que l'anxiété d'abandon des adultes

-
- a. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Sherbrooke.
 - b. D. Ps., psychologue clinicienne.
 - c. B.A., Étudiante, Département de psychologie, Université de Sherbrooke.
 - d. Ph. D., Professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal – Chercheuse seniore, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM).

vivant une rupture est liée à davantage de symptômes dépressifs, ainsi qu'à la sévérité et l'intensité des idées suicidaires. Ces effets demeurent lorsque l'utilisation du réseau social est contrôlée. L'évitement de l'intimité n'est pas lié à ces variables. Des pistes d'évaluation et d'intervention sont proposées.

MOTS CLÉS rupture amoureuse, divorce, suicide, comportement suicidaire, attachement amoureux, symptômes dépressifs

Romantic Attachment and Post Breakup Depression Symptoms and Suicidal Behaviour

ABSTRACT Objectives This study investigated the associations among romantic attachment insecurities (anxiety, avoidance) and depressive symptoms and suicidal behaviour (suicidal ideas, suicide attempts) following a romantic breakup. The moderating role of gender in these associations was also examined.

Methods A sample of 50 French-Canadian adults who experienced a breakup in the last six months were recruited through publicity in the community and help centers (e.g., suicidal prevention centers, community crisis centers). A doctoral student verbally administered validated measures of romantic attachment (Lafontaine *et al.*, 2016), depressive symptoms (Beck, Steer & Brown, 1996), and suicidal behaviours (Posner *et al.*, 2009).

Results Results from hierarchical regression analyses revealed that attachment-related anxiety – but not avoidance – was significantly related to higher levels of post breakup depressive symptoms and suicidal ideas (severity and intensity), even after controlling for attachment-related avoidance and social support. Gender did not moderate these associations.

Conclusion This study highlights the importance of attachment theory to understand post break-up adjustment. The findings emphasize the preponderant role of attachment-related anxiety in the development of depressive symptoms and suicidal ideas, which should be assessed when adult patients seek help after a breakup. Limitations of the study and future research are discussed.

KEYWORDS break-up, divorce, suicide, suicidal behaviour, attachment, depression

Introduction

La séparation et le divorce figurent parmi les événements les plus stressants et les plus difficiles qu'une personne peut vivre dans sa vie¹. La détresse émotionnelle qui y est associée peut affecter la santé mentale de plusieurs façons^{2,3}, pouvant notamment mener à un épisode dépressif majeur, voire à un comportement suicidaire⁴.

Certains auteurs⁵⁻⁷ suggèrent que l'attachement amoureux modulerait l'ajustement émotionnel à une rupture amoureuse. Mikulincer

et Shaver⁸ expliquent qu'une personne ayant un attachement sécurisé serait plus apte à chercher des solutions, demander du réconfort à ses proches et utiliser des stratégies variées pour apaiser sa détresse qu'une personne présentant un attachement insécurisé. Or, aucune étude recensée n'a porté spécifiquement sur l'attachement amoureux comme prédicteur du comportement suicidaire en contexte de rupture amoureuse.

Attachement

La théorie de l'attachement amoureux propose une compréhension des relations amoureuses en considérant les liens affectifs développés par la personne au cours de sa vie⁹. Les représentations d'attachement d'une personne proviennent principalement des interactions vécues avec l'adulte qui prenait soin d'elle à l'enfance, sa figure d'attachement initiale. Pour une majorité de personnes, les représentations de soi et des autres (positives ou négatives) développées dans l'enfance demeuraient relativement stables au cours de la vie, même si pour certains, des expériences ou des relations significatives peuvent les modifier¹⁰.

Bien qu'il soit possible de conceptualiser l'attachement en styles, Brennan, Clark et Shaver¹¹ proposent un modèle bidimensionnel de l'attachement permettant de rendre compte plus fidèlement des différences individuelles dans l'attachement. Le modèle comporte deux dimensions ou insécurités d'attachement mesurées sur un continuum : l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. L'anxiété d'abandon se caractérise par une sensibilité au rejet et à l'abandon reposant sur une image négative de soi comme ayant peu de valeur. Devant une menace individuelle ou relationnelle, la stratégie primaire du système d'attachement consiste à rechercher une proximité auprès d'une figure d'attachement. Or, lorsque cette stratégie ne suffit plus, la stratégie secondaire typique de l'anxiété d'abandon est l'hyperactivation du système d'attachement. Elle amène l'individu à demander de la réassurance et des contacts excessifs, à questionner l'amour des autres, en plus d'amplifier la gravité des menaces et son incapacité à y faire face. L'hyperactivation réduit la capacité de réguler les affects négatifs, entretenant la détresse, et ce, même après que la menace eut disparu⁸.

L'évitement de l'intimité représente un sentiment d'inconfort envers l'intimité émotionnelle et une valorisation de l'autonomie reposant sur la perception que les autres ne sont pas dignes de confiance¹¹. La stratégie secondaire associée, la désactivation du système d'attachement, vise à minimiser le recours à autrui, en plus d'ignorer tout

sentiment négatif susceptible d'activer le système d'attachement⁸. Des degrés faibles d'anxiété et d'évitement correspondent à la sécurité d'attachement.

Les insécurités d'attachement contribuent à vivre les émotions de façon non congruente, par la négation, la suppression, la rumination ou l'exagération, ce qui nuit à la capacité d'adaptation⁸. Plus l'anxiété d'abandon est élevée, plus la personne amplifie sa détresse et son besoin d'aide. Des stratégies inadéquates de régulation émotionnelle en découlent, l'attention étant centrée sur l'émotion d'insécurité, d'anxiété et de détresse plutôt que la recherche de solutions^{2, 12}. L'évitement de l'intimité est plutôt lié à des stratégies visant à ne pas ressentir les affects négatifs, ne permettant ni de les traiter ni de les réguler saine-ment. Des études montrent que malgré une moindre détresse en apparence, une intensification des signes physiologiques indicateurs de stress est présente chez les individus plus évitants lors de la présentation de scénarios relationnels conflictuels¹³. Berant, Mikulincer et Florian¹⁴ suggèrent que ce désengagement émotionnel fonctionne pour des stress mineurs, mais serait insuffisant pour un stress sévère et persistant.

Attachement et rupture. Certaines études ont porté sur les liens entre l'attachement amoureux et la détresse émotionnelle découlant de l'adaptation à la rupture⁷. La rupture semble particulièrement souffrante chez les personnes présentant des insécurités d'attachement : elle concrétise l'issue que craint l'individu plus anxieux face à l'abandon, confirmant sa peur du rejet et sa faible valeur, alors qu'elle représente la fin inévitable de la relation pour celui qui évite l'intimité, confirmant que l'autre n'est pas digne de confiance. À cet effet, l'étude de Sbarra³ révèle que les personnes présentant un attachement sécurisé (faibles degrés d'anxiété et d'évitement) ont un meilleur rétablissement post-rupture en comparaison aux personnes présentant des insécurités d'attachement ; la diminution de leur tristesse et leur colère serait expliquée par leur capacité à accepter la rupture.

Plusieurs études révèlent un lien entre l'anxiété d'abandon et la détresse post-séparation. L'étude de Davis et coll.⁵, réalisée auprès de 5 000 adultes, révèle que plus l'anxiété d'abandon est élevée, plus la détresse émotionnelle découlant de la rupture amoureuse est grande. D'autres études ont montré que les étudiants présentant un degré plus élevé d'anxiété d'abandon^{15, 16} étaient les plus bouleversés à la suite d'une rupture amoureuse, lorsque comparés aux étudiants présentant de l'évitement de l'intimité ou un attachement sécurisé.

Il ne semble toutefois pas y avoir de consensus quant au lien entre l'évitement de l'intimité et la détresse émotionnelle post-séparation. Toutefois, certaines stratégies d'adaptation utilisées laissent supposer l'existence d'une souffrance post-rupture. En effet, des études soulignent que les personnes présentant un niveau élevé d'évitement de l'intimité utilisent la consommation d'alcool et de drogue comme stratégies d'adaptation à la suite d'une rupture, changent d'emploi afin d'éviter le contact avec l'ex-partenaire⁵, en plus de s'isoler socialement davantage comparativement aux personnes à l'attachement sécurisé².

Dépression et comportements suicidaires

La rupture amoureuse est un important facteur de risque de la dépression majeure¹⁷. Roter mann¹⁸ rapporte que les Canadiens ayant vécu une rupture amoureuse présentent un risque quatre fois plus élevé de vivre un épisode dépressif, comparativement aux adultes en couple. Certaines caractéristiques de la rupture nuanceraient l'intensité des symptômes dépressifs, ceux-ci étant plus élevés lorsque la rupture est plus récente, que la relation était jugée importante ou qu'il y a présence de trahison¹⁹.

La dépression majeure est un facteur de risque reconnu du comportement suicidaire²⁰. Parmi les différents comportements suicidaires, les « idées suicidaires » correspondent au fait de penser à se donner la mort alors que « les tentatives de suicide » sont des actes intentionnels dans le but de s'enlever la vie, mais qui n'aboutissent pas à la mort^{22, 21}. Dans la présente étude, les idéations et les tentatives de suicide sont regroupées sous le titre de « comportements suicidaires ».

Bien que le suicide résulte de la combinaison de plusieurs facteurs, la rupture amoureuse constitue un important facteur de risque²²⁻²⁴. Une étude néo-zélandaise, réalisée auprès de 70 patients ayant eu des comportements suicidaires, révèle que 86 % des femmes et 85 % des hommes mentionnaient une rupture amoureuse ou un conflit relationnel ayant précipité les gestes suicidaires²⁵. Une méta-analyse dénombre 53 études documentant le lien entre la rupture et les comportements suicidaires de 1966 à 2008⁴. Parmi elles, une étude finlandaise²² portant sur les difficultés vécues dans les trois mois précédant le suicide révèle que la rupture amoureuse est le facteur de risque le plus prévalent autant chez les hommes (69 %) que chez les femmes (60 %).

Les six premiers mois suivant une rupture seraient les plus critiques²⁶. Selon certaines études, la prévalence des comportements suicidaires serait similaire chez les hommes et les femmes lors de

ruptures^{13, 28}, alors que des études suggèrent que les hommes seraient plus à risque^{19, 29}.

Attachement, dépression et comportements suicidaires

Quelques études ont documenté un lien entre l'anxiété d'abandon et les tentatives de suicide^{30, 31}. Lizardi et coll.³¹ ont étudié 524 adultes souffrant de dépression majeure, où le degré d'anxiété d'abandon est lié à une plus grande probabilité d'avoir commis une tentative de suicide dans le passé. Les résultats de Levi-Belz, Gvion, Horesh et Apter³² suggèrent pour leur part que tant l'anxiété d'abandon que l'évitement de l'intimité sont liés à la plus grande sévérité et dangerosité des gestes suicidaires. Grunebaum et coll.³³ ont observé auprès de 136 adultes souffrant de dépression majeure que seul l'évitement était relié aux tentatives de suicide. Malgré ces résultats divergents, il appert que les comportements suicidaires semblent plus élevés en présence d'insécurités d'attachement. Bien que les études sur les comportements suicidaires et l'attachement considèrent les symptômes dépressifs, aucune n'intègre le contexte particulier de la rupture, où la perte de la figure d'attachement est particulièrement susceptible d'activer les insécurités d'attachement et les pensées suicidaires.

Objectifs et hypothèses

La présente étude vise à explorer les liens entre les insécurités d'attachement (anxiété, évitement), les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires (idées et tentatives) en contexte de rupture amoureuse. De façon exploratoire, l'effet du genre sur ces liens est également exploré. La première hypothèse propose qu'en contexte de rupture amoureuse, il y ait un lien positif entre l'anxiété d'abandon, les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires. La seconde hypothèse postule l'existence d'un lien positif entre l'évitement de l'intimité, les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires post-ruptures. Les différences hommes-femmes dans les liens entre ces variables sont aussi examinées, mais aucune hypothèse ne peut être formulée.

Méthode

Participants et déroulement

L'échantillon compte 50 participants volontaires, qui devaient être âgés d'au moins 18 ans et avoir vécu une rupture amoureuse dans les six derniers mois d'une relation qu'ils jugeaient significative (voir tableau 1). Il est constitué de 31 femmes (62 %) et 19 hommes (38 %) québécois, âgés de 19 à 76 ans ($M = 31,00$; $ÉT = 12,31$) et ayant complété en moyenne 16,94 ($ÉT = 3,89$) années de scolarité. Ils ont été recrutés par le biais d'affiches apposées sur des babillards (p. ex. cafés, universités), d'annonces sur les réseaux sociaux et d'invitations dans les organismes d'aide psychologique (centre de prévention de suicide, centre psychologique, organisme communautaire). Cinquante-sept volontaires ont contacté la coordonnatrice (courriel, téléphone), qui les conviait à une rencontre de 45 à 60 minutes. Parmi eux, six se sont désistés et une personne était non éligible (taux de participation : 87,7 %). La rencontre a eu lieu dans un local fermé (université, bibliothèque) ou au domicile des participants, provenant de quatre régions du Québec : Estrie ($n = 22$), Québec ($n = 16$), Montérégie ($n = 3$), Montréal ($n = 7$). Quatre questionnaires étaient administrés verbalement par une des deux doctorantes impliquées dans le projet, qui a été approuvé par le Comité

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Variables	<i>n</i>	%
Occupation		
Emploi	38	76,0
Sans emploi	12	24,0
Revenu		
0 à 24 999 \$	25	50,0
25 000 à 34 999 \$	12	24,0
35 000 à 49 999 \$	6	12,0
50 000 \$ et plus	7	14,0
Enfant avec l'ancien partenaire (oui)	7	14,0
Statut conjugal		
Célibataire	34	68,0
En couple avec un nouveau partenaire	7	14,0
Cohabite avec un nouveau partenaire	1	2,0
Fréquentations avec ancien partenaire	1	2,0
Fréquentations avec nouveau partenaire	7	14,0

d'éthique de la recherche de l'Université de Sherbrooke. Plusieurs mesures ont permis d'assurer la sécurité des participants pouvant présenter une dangerosité suicidaire (entrevue en personne, réévaluation des idées suicidaires en fin d'entrevue, bottin de ressources remis aux participants).

Instruments

Un questionnaire sociodémographique (p. ex. sexe, âge, scolarité, revenu, occupation, statut conjugal) incluant certains aspects liés à la rupture (p. ex. sexe du partenaire, initiateur de la rupture, durée de la relation, temps écoulé depuis la séparation) a été administré. Des antécédents (p. ex. suivi thérapeutique antérieur) et habitudes de vie (p. ex. consommation d'alcool) ont également été évalués. De plus, un item mesurait l'utilisation du réseau social lors de difficultés en quatre options (réseau auquel la personne se réfère, bon réseau sans oser l'interpeller, réseau pas très utile, absence de réseau).

Attachement amoureux. La version française abrégée en 12 items du *Experiences in Close Relationships* (ECR-12)³⁴ évalue les deux dimensions de l'attachement amoureux : anxiété d'abandon et évitement de l'intimité. Chaque dimension est évaluée au moyen de six items selon une échelle Likert en sept points allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Chaque score est formé de la moyenne des items, un score élevé représentant un niveau élevé d'insécurité. La validité factorielle de l'ECR-12 a été établie auprès de cinq vastes échantillons d'adultes de la population générale et clinique³⁴. Au sein de cet échantillon, la cohérence interne est adéquate pour l'anxiété ($\alpha = 0,86$) et l'évitement ($\alpha = 0,81$).

Symptômes dépressifs. La version française du *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II)³⁵ mesure les comportements et les manifestations de symptômes dépressifs. Une échelle de sévérité variant entre 0 et 3 permet la cotation des 21 items, le score de chacun étant additionné afin de calculer le score global de dépression. Au sein du présent échantillon, la cohérence interne est adéquate ($\alpha = 0,87$).

Comportements suicidaires. La version française du *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (CSSRS)³⁶ évalue l'historique suicidaire au moyen de 17 items, répartis dans quatre sections. Les questions de la présente recherche ont ciblé les six derniers mois. La première section inclut cinq items dichotomiques de type « oui/non » qui sont additionnés pour obtenir un score de « sévérité » des idées suicidaires (0 à 5). La deuxième section compte cinq items répondus au moyen

d'une échelle variant de 0 à 5, un score élevé reflétant une plus grande « intensité » des idées suicidaires (score de 0 à 25). La troisième section contient quatre items dichotomiques de type « oui/non », évaluant l'absence ou la présence de « gestes suicidaires » (score de 0 à 4). La dernière section, évaluant le degré d'atteinte physique et la létalité du geste suicidaire, n'a pas été utilisée dans la présente recherche. Dans cette étude, la cohérence interne est adéquate pour les échelles de sévérité ($\alpha = 0,83$) et d'intensité ($\alpha = 0,91$) des idées suicidaires ainsi que pour la présence de gestes suicidaires ($\alpha = 0,91$).

Résultats

Analyses préliminaires

Selon les analyses descriptives, la relation visée par la rupture était majoritairement de type hétérosexuel (98 %). Les participants avaient été en couple pendant 4 ans en moyenne ($\bar{ET} = 4,31$). La décision de mettre un terme à la relation provenait de l'ex-partenaire (56 %), du participant (26 %) ou d'une décision commune (18 %). Lors de l'étude, le temps écoulé depuis la rupture variait entre 2 et 25 semaines ($M = 12,56$; $\bar{ET} = 7,45$). De plus, 52 % auraient vécu la rupture comme étant inattendue et 42 % ont rapporté un élément de trahison (p. ex. mensonge, infidélité). Seuls quatre participants avaient des enfants de cette union. Certains ont rapporté vivre des difficultés légales (10 %) ou financières (24 %) découlant de la rupture.

Lors de l'étude, 46 % de l'échantillon était en suivi psychologique et 19 % rapportait prendre des médicaments (motifs physiques ou psychologiques). Aussi, 80 % des répondants avaient déjà consulté un professionnel en relation d'aide et 32 % des participants avaient déjà reçu un diagnostic de dépression par le passé. Le nombre de consommations hebdomadaires d'alcool variait de 0 à 38 ($M = 5,37$; $\bar{ET} = 7,31$). Ils considéraient avoir un bon réseau social auquel ils se réfèrent (74 %), avoir un réseau social, mais ne pas oser l'utiliser (18 %), avoir un réseau social peu utile (4 %) ou encore ne pas avoir un bon réseau social (4 %).

Les analyses descriptives révèlent que 31 des 50 participants rapportent des symptômes dépressifs jugés légers (28 %), modérés (22 %) ou sévères (12 %), 29 participants ont rapporté des idées suicidaires et 4 ont commis un geste suicidaire dans les six derniers mois. Le tableau 2 montre que la variable sévérité des idées suicidaires a subi une transformation (racine carrée) pour suivre une distribution normale, mais celle

TABLEAU 2
Statistiques descriptives et corrélations entre les variables à l'étude

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Anxiété d'abandon		0,225	0,444**	0,464**	0,529**	0,224
2. Évitement de l'intimité			0,155	0,094	0,132	0,193
3. Symptômes dépressifs				0,406**	0,432**	0,231
4. Sévérité des idées suicidaires ¹					0,929***	0,459**
5. Intensité des idées suicidaires						0,567**
6. Gestes suicidaires ²						
<i>M</i>	4,32	2,12	16,86	1,28	7,34	-
<i>ÉT</i>	1,45	0,97	9,21	1,55	7,09	-
Asymétrie	-0,26	0,92	0,44	1,22	0,35	-
Kurtose	-0,79	0,39	-0,35	0,51	-1,00	-

** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.
¹ La variable a subi une transformation par la racine carrée pour atteindre la normalité de la distribution.
² La variable a été dichotomisée (0 = aucun geste; 1 = au moins un geste).

des gestes suicidaires a été retirée des analyses, car trop faiblement endossée. Les corrélations préliminaires entre les variables à l'étude (tableau 2) appuient la pertinence de procéder aux analyses principales.

Des analyses de variance multivariées ont évalué la pertinence de contrôler pour certaines variables catégorielles (initiateur de la rupture, sexe, réseau social, statut conjugal actuel). Seule la variable dichotomisée de l'utilisation du réseau social (oui, non) distingue les trois variables à l'étude, $F(1,48) = 3,01, p = 0,040, \eta^2 = 0,164$. Le réseau social explique un pourcentage de la variance des symptômes dépressifs (12,2 %), de la sévérité des idées suicidaires (9,9 %) et de l'intensité des idées suicidaires (10,8 %) justifiant son contrôle lors des analyses principales.

Analyses principales

Trois analyses de régression multiple hiérarchique, présentées au tableau 3, ont été réalisées pour examiner le rôle simultané des insécurités d'attachement (étape 2) pour chaque variable (symptômes dépressifs, sévérité des idées suicidaires, intensité des idées suicidaires), en contrôlant pour le réseau social (étape 1). La grandeur de l'effet est calculée par la corrélation semi-partielle au carré (sr^2), reflétant le pourcentage de variance unique expliqué par chaque prédicteur.

TABLEAU 3

Analyses de régression multiple hiérarchique prédisant les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires

Variables prédictives	Symptômes dépressifs		Sévérité des idées suicidaires		Intensité des idées suicidaires	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Étape 1	0,122		0,099		0,108	
Utilisation du réseau		0,349**		0,314*		0,329*
Étape 2	0,116		0,199		0,006	
Utilisation du réseau		0,212		0,142		0,192
Anxiété		0,362*		0,480***		0,404**
Évitement		0,022		-0,010		-0,044
R^2 total	0,238		0,297		0,247	
R^2 ajusté	0,188		0,247		0,198	

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Les résultats de la première analyse révèlent que le modèle explique 23,8 % de la variance des symptômes dépressifs, $F(3,46) = 4,79$, $p = 0,006$. Précisément, seule l'anxiété d'abandon est positivement reliée aux symptômes dépressifs, expliquant 10,9 % de la variance unique de ces symptômes. Plus la personne a un degré élevé d'anxiété d'abandon, plus elle rapporte des symptômes dépressifs.

Les résultats de la deuxième analyse révèlent que les trois variables expliquent 29,7 % de la variance de la sévérité des idées suicidaires, $F(3,46) = 6,48$, $p = 0,001$. L'anxiété d'abandon est reliée positivement à la sévérité des idées suicidaires et explique 19,5 % de sa variance unique. Plus l'anxiété d'abandon est élevée, plus grande est la sévérité des idées suicidaires.

Les résultats de la troisième analyse révèlent que les trois variables expliquent 24,7 % de la variance de l'intensité des idées suicidaires, $F(3,46) = 5,03$, $p = 0,004$. L'anxiété d'abandon est positivement liée à l'intensité des idées suicidaires et explique 13,8 % de sa variance unique. Plus l'anxiété d'abandon est élevée, plus grande est l'intensité des idées suicidaires.

Effet du genre. Afin d'explorer l'effet modérateur du genre, trois régressions multiples hiérarchiques ont été réalisées. L'utilisation du

réseau (étape 1), les variables sexe, anxiété d'abandon (centrée) et évitement de l'intimité (centré) ont été entrées dans le modèle (étape 2). Les termes d'interaction (anxiété X sexe; évitement X sexe) ont été introduits à la dernière étape. Les résultats révèlent l'absence d'effet modérateur du sexe dans les liens unissant les insécurités d'attachement aux symptômes dépressifs et aux comportements suicidaires post-rupture.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les liens entre les insécurités d'attachement, les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires, en contexte de rupture amoureuse. L'étude vérifiait aussi de façon exploratoire l'effet du genre sur ces liens.

Anxiété d'abandon

Les résultats obtenus appuient la première hypothèse et montrent qu'en contrôlant pour l'utilisation du réseau social, le degré d'anxiété d'abandon est relié à davantage de symptômes dépressifs et d'idées suicidaires chez les adultes ayant vécu une rupture. Ces résultats sont cohérents avec la théorie de l'attachement, suggérant que les personnes plus anxieuses sur le plan de l'attachement ont un fort besoin de proximité et de réassurance envers l'être aimé⁹, que la séparation peut amplifier en hyperactivant le système d'attachement. Inconsciemment, la vulnérabilité et le besoin d'aide peuvent être exagérés dans l'espoir de retrouver la sécurité affective et le réconfort de l'ex-partenaire^{2, 12}. Celui-ci n'étant plus disponible, la personne se retrouve seule avec cette souffrance amplifiée. Une récente étude suggère que les personnes qui présentent davantage d'anxiété d'abandon tendent à surinvestir leur partenaire amoureux, accordant une place centrale à la relation de couple³⁷. La rupture peut alors paraître insurmontable, d'autant plus qu'elles ne se sentent généralement pas en mesure d'y faire face². Dans la présente étude, la difficulté des personnes plus anxieuses à gérer la solitude et l'abandon découlant de la rupture semblent se traduire par l'apparition de symptômes dépressifs et de pensées suicidaires.

Les présents résultats corroborent aussi ceux des études révélant un lien entre l'anxiété d'abandon^{5, 16, 38} et la détresse émotionnelle post-séparation. Des auteurs proposent que les mauvaises stratégies d'adaptation ou de régulation des émotions des personnes plus anxieuses sur

le plan de l'attachement expliqueraient l'intensité de leur détresse post-rupture^{2, 38}. En effet, les gens au style anxieux utiliseraient des stratégies d'adaptation négatives telles que les pensées auto défaitistes, le repli sur soi², la culpabilisation⁵ ainsi que les ruminations et les regrets³⁹. Davis et coll.⁵ ont aussi relevé des stratégies d'adaptation telles la consommation de drogues et d'alcool ainsi que de la recherche d'aide auprès des pairs. Les symptômes dépressifs et les pensées suicidaires associées à l'anxiété d'abandon chez les participants de la présente étude, au-delà de l'utilisation du réseau social, pourraient potentiellement s'expliquer par l'utilisation de stratégies d'adaptation négatives.

Évitement de l'intimité

La seconde hypothèse, postulant que l'évitement de l'intimité serait lié à davantage de symptômes dépressifs et de comportements suicidaires en contexte de rupture amoureuse, n'a pas été soutenue chez les participants de cette étude. Cette absence de lien peut notamment s'expliquer par une certaine variance commune entre l'anxiété d'abandon, l'utilisation du réseau social et l'évitement, qui ont été examinés conjointement dans les analyses. Il est possible que la faible taille et la représentativité de l'échantillon, qui présentait des scores relativement faibles d'évitement de l'intimité, aient limité la possibilité d'établir des liens significatifs. Il se peut également que les personnes avec un niveau élevé d'évitement de l'intimité vivent effectivement moins intensément la rupture⁵. Aussi, la majorité des participants de la présente étude n'étant pas mariés, il est possible que les degrés d'attachement et d'engagement dans leur relation n'aient pas été suffisamment élevés pour générer des symptômes dépressifs ou des idéations suicidaires en post-rupture. D'ailleurs, les études non spécifiques à la rupture ne font pas consensus quant aux liens entre l'évitement de l'intimité et les comportements suicidaires, certaines proposant une dérégulation émotionnelle découlant d'un stress sévère et d'autres ne rapportant pas de lien significatif^{31, 40}.

Rôle du genre

La présente étude n'a pas montré d'effet modérateur du genre dans les liens unissant les insécurités d'attachement, les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires post-rupture. Bien que ceci puisse être attribuable au nombre insuffisant de participants, ce résultat soutient les résultats obtenus de certaines études^{13, 28}. Ce résultat contredit toutefois celui obtenu par la méta-analyse d'Evans, Scourfield

et Moore⁴¹ qui rapporte un plus grand risque suicidaire pour les hommes que les femmes en contexte de séparation.

Implications

Au plan clinique, cette étude révèle le rôle prépondérant de l'anxiété d'abandon dans les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires post-rupture des adultes. Il apparaît ainsi pertinent d'évaluer les insécurités d'attachement en début de suivi thérapeutique en contexte de rupture amoureuse. Le questionnaire ECR-12 utilisé dans cette étude est une mesure valide et brève³⁴ permettant aux intervenants de rapidement évaluer les insécurités d'attachement des adultes. Chez les personnes au degré élevé d'anxiété d'abandon, les résultats suggèrent aussi la pertinence d'évaluer régulièrement les symptômes dépressifs et les pensées suicidaires. Au plan scientifique, cette étude est la première à documenter les liens entre les insécurités d'attachement, les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires dans le contexte particulier de la rupture amoureuse. Ce contexte est d'autant plus pertinent à étudier étant donné que la perte de la figure d'attachement réactive les représentations d'attachement (p. ex. sentiment de ne pas mériter l'amour ou perception que les autres ne sont pas dignes de confiance)⁷.

Limites et pistes de recherche future

Bien que cette étude ait considéré plusieurs variables confondantes potentielles (p. ex. sentiment de trahison, consommation, réseau social) et utilisé des questionnaires valides au plan psychométrique, l'administration verbale des mesures peut avoir induit une certaine désirabilité sociale. Or, la passation verbale était de mise pour évaluer le risque suicidaire et assurer la sécurité des participants. Cette procédure a aussi permis de limiter les valeurs manquantes et de favoriser la compréhension du participant.

Au plan méthodologique, la mesure du réseau social à partir d'un seul item représente une limite. La faible taille échantillonnale (faible puissance statistique) et la surreprésentation des femmes scolarisées limitent la généralisation des résultats. Toutefois, la variabilité des expériences au sein de l'échantillon, combinant des étudiants, des adultes de la population générale et ceux de centres d'intervention, milite en faveur de sa représentativité. Par ailleurs, peu de participants ayant posé un geste suicidaire, cette étude n'a pas permis d'examiner les liens entre l'attachement et les tentatives réelles de suicide. Des

recherches futures pourraient cibler un plus grand nombre de participants, dont ceux de la population clinique.

Le devis de recherche corrélationnel transversal limite également la possibilité de conclure à des liens de causalité. Les relations sont interprétées de manière bidirectionnelle, bien qu'une direction soit proposée au regard des écrits scientifiques. Des études longitudinales pourraient évaluer les trajectoires d'adaptation à la rupture des individus nouvellement séparés. Les études futures devraient aussi explorer les mécanismes explicatifs des liens entre l'attachement, les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires post-rupture, notamment la régulation émotionnelle, la mentalisation ou la résilience. Des variables modératrices, comme le soutien social ou l'impression de trahison, pourraient également être évaluées.

RÉFÉRENCES

- ¹ Scully, A. J., Tosi, H. et Banning, K. (2000). Life event checklists: Revisiting the Social Readjustment Rating Scale after 30 years. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 864-876. doi: 10.1177/00131640021970952
- ² Birnbaum, G. E., Orr, I., Mikulincer, M. et Florian, V. (1997). When marriage breaks up: Does attachment style contribute to coping and mental health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 643-654. doi: 10.1177/0265407597145004
- ³ Sbarra, D. A. (2006). Analyses of sadness and anger predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 298-311. doi: 10.1177/0146167205280913
- ⁴ Ide, N., Wyder, M., Kolves, K. et De Leo, D. (2010). Separation as an important risk factor for suicide: A systematic review. *Journal of Family*, 31, 1689-1718. doi: 10.1177/0192513 X10365317
- ⁵ Davis, D., Shaver, P. R. et Vernon, M. L. (2003). Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 871-884. doi: 10.1177/0146167203 029007006
- ⁶ Sbarra, D. A. et Ferrer, E. (2006). The structure and process of emotional experience following nonmarital relationship dissolution: Dynamic factor analyses of love, anger, and sadness. *Emotion*, 6, 224-238. doi: 10.1037/1528-3542.6.2.224
- ⁷ Feeney, B. C. et Monin, J. K. (2016). Divorce through the lens of attachment theory. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment* (3^e éd., pp. 941-965). New York, NY : Guilford.
- ⁸ Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change, second edition*. New York, NY : Guilford Press.

- ⁹ Hazan, C. et Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- ¹⁰ Pinquart, M., Feubner, C. et Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachment from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development*, 15, 189-218.
- ¹¹ Brennan, K. A., Clark, C. L. et Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY: Guilford.
- ¹² Lopez, F. G., Mitchell, P. et Gormley, B. (2002). Adult attachment orientations and college student distress: Test of a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 79, 460-467.
- ¹³ Kim, Y. (2006). Gender, attachment, and relationship duration on cardiovascular reactivity to stress in a laboratory study of dating couples. *Personal Relationships*, 13, 103-114. doi: 10.1111/j.1475-6811.2006.00107.x
- ¹⁴ Berant, E., Mikulincer, M. et Florian, V. (2001). The association of mothers' attachment style and their physiological reactions to the diagnosis of infant's congenital heart disease. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 208-232.
- ¹⁵ Feeney, J. A. et Noller, P. (1992). Attachment Style and Romantic Love: Relationship Dissolution. *Australian Journal of Psychology*, 44, 69-74. <http://dx.doi.org/10.1080/00049539208260145>
- ¹⁶ Fagundes, P. C. (2012). Getting over you: Contributions of attachment theory for post-breakup emotional adjustment. *Personal Relationships*, 19, 37-50. doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01336.x
- ¹⁷ Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley J. R. et Lewinsohn, M. P. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 606-614.
- ¹⁸ Rotermann, M. (2007). Rupture conjugale et dépression subséquente. *Rapport sur la santé*, 18, 35-46.
- ¹⁹ Field, T., Diego, M., Pelaez, M., Deeds, O. et Delgado, J. (2009). Breakup distress in university students. *Adolescence*, 44, 705-727.
- ²⁰ Oquendo, M. A., Halberstam, B. et Mann, J. J. (2003). Risk factors for suicidal behavior: Utility and limitations of research instruments. Dans M. B. First (Éd.), *Standardized evaluation in clinical practice* (pp. 103-130). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- ²¹ Mishara, B. L. et Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Montréal, QC: Paramètres.
- ²² Heikkinen, M., Aro, H., & Lonnqvist, J. (1992). Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 489-494.

- 23 Kolves, K., Sisask, M., Anion, L., Samm, A et Varnik, A. (2006). Factors predicting suicide among Russians in Estonia in comparison with Estonians: Case-control study. *Croatian Medical Journal*, 47, 869-877.
- 24 Kolves, K., Varnik, A., Schneider, B., Fritze, J. et Allik, J. (2006). Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Social Science & Medicine*, 62, 2887-2896.
- 25 Cupina, D. (2009). Life events, gender and suicidal behaviors in the acute community setting. *Australasian Psychiatry*, 17, 233-236.
doi: 10.1080/10398560802680746
- 26 Kolves, K., Ide, N. et De Leo, D. (2012). Fluctuations of suicidality in the aftermath of a marital separation: 6-month follow-up observations. *Journal of Affective Disorders*, 142, 256-263. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.036
- 27 Kim, M., Hong, S., Lee, S., Kwak, Y., Lee, C., Hwang, S., ... Shin, J. (2006). Suicide risk in relation to social class: A national register-based study of adult suicides in Korea, 1999-2001. *International Journal of Psychiatry*, 52, 138-151.
- 28 Leenaars, A. et Lester, D. (1998). Social factors and mortality from NASH in Canada. *Journal of Crisis Intervention and Suicide*, 19, 73-77.
- 29 Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 254-261.
- 30 Gormley, B. et McNiel, D. E. (2009). Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 272-281. doi: 10.1007/s10608-009-9267-5
- 31 Lizardi, D., Grunebaum, M. F., Burke, A., Stanley, B., Mann, J. J., Harkavy-Friedman, J. et Oquendo, M. (2011). The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 295-300.
- 32 Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N. et Apter, A. (2013). Attachment patterns in medically serious suicide attempts: The mediating role of self-disclosure and loneliness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43, 511-522.
doi: 10.1111/sltb. 12035
- 33 Grunebaum, M., Galfalvy, H., Mortenson, L., Burke, A., Oquendo, M. et Mann, J. (2010). Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 123, 123-130.
- 34 Lafontaine, M-F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R. et Johnson, S. M. (2016). Selecting the best items for a short-form Experiences in Close Relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32, 140-154. doi: 10.1027/1015-5759/a000243
- 35 Beck, A., Steer, R. et Brown, G. (1996). *Manuel du BDI-II: Inventaire de dépression de Beck* (2^e éd.) San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- 36 Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., ... Mann, J. (2009). *The Columbia Suicide Severity Rating Scale*. Repéré à: http://cssrs.columbia.edu/scales_cssrs.html

- ³⁷ Brassard, A., Brault-Labbé, A., Gasparetto, K., Péloquin, K. et Shaver, P. R. (2017). A new perspective on the associations between romantic attachment and couple commitment. Manuscrit soumis pour publication.
- ³⁸ Sprecher, S., Felmlee, D., Metts, S., Fehr, B. et Vanni, D. (1998). Relationship factors associated with distress following the breakup of a close relationship. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 791-809. doi: 10.1177/0265407598156005
- ³⁹ Saffrey, C. et Ehrenberg, M. (2007). When thinking hurts: Attachment, rumination, and postrelationship adjustment. *Personal Relationships*, 14, 351-368. doi: 10.1111/j. 1475-6811.2007.00160.x
- ⁴⁰ Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, L. I. et Pilkonis, P. A. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 592-607. doi:10.1521/ sul.2008.38.5.592
- ⁴¹ Evans, R., Scourfield, J. et Moore, G. (2014). Gender, relationship breakdown and suicide risk: A review of research in Western countries. *Journal of Family Issues*. Publication en ligne. doi: 10.1177/0192513X14562608

Le dossier du présent numéro a été coordonné
par Catherine Briand et Emmanuel Stip

ÉDITORIAL

Catherine Briand

MOSAÏQUE

Les enjeux du dispositif actuel de soins et services en santé mentale

*Marie-Josée Fleury, Guy Grenier, Jean-Marie Bamvita,
Catherine Vallée, Lambert Farand et François Chiocchio.*
Évaluation du *Plan d'action en santé
mentale (2005-2015)* : intégration et
performance des réseaux de services

Karl Turcotte et Bernadette Dallaire. Croire, s'impliquer,
s'attacher : perspectives d'intervenants d'unités
de longue durée en psychiatrie sur l'expérience
d'accompagnement vers le rétablissement

Luc Farinas. Tisser des liens pour aider des sans-abri :
des relations de première ligne en action

*Audrey Francoeur, Catherine Hache-Labelle, Crystal Samson,
Martin Vézina et Tania Lecomte.* Stratégies d'engagement,
faisabilité et impact potentiel d'une intervention de
groupe cognitive comportementale pour la psychose
au sein d'une équipe de suivi intensif dans le milieu

Les nouveaux défis de nos sociétés évolutives et modernes

*Imen Ben-Cheikh, Cécile Rousseau, Ghayda Hassan,
Mathieu Brami, Stéphane Hernandez
et Marie-Hélène Rivest.* Intervention en contexte
de radicalisation menant à la violence :
une approche clinique disciplinaire

*Hélène Givron, Joëlle Berrewaerts, Guy Houbeau
et Martin Desseilles.* Utilisation problématique
d'Internet et des jeux vidéo chez des étudiants
en médecine

*Mélanie Lapalme, Caroline Temcheff, Stéphanie Boutin
et Michèle Déry.* Utilisation de stimulants du système
nerveux central chez les élèves du primaire suivis
à l'école pour des troubles du comportement

*Audrey Brassard, Marianne St-Laurent Dubé, Kristin Gehl
et Tania Lecomte.* Attachement amoureux, symptômes
dépressifs et comportements suicidaires en contexte
de rupture amoureuse

Université 
de Montréal

 Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

25 \$ (19 €)
87^e numéro

ISBN 978-2-9817335-0-4



9 782981 733504