

# Psy

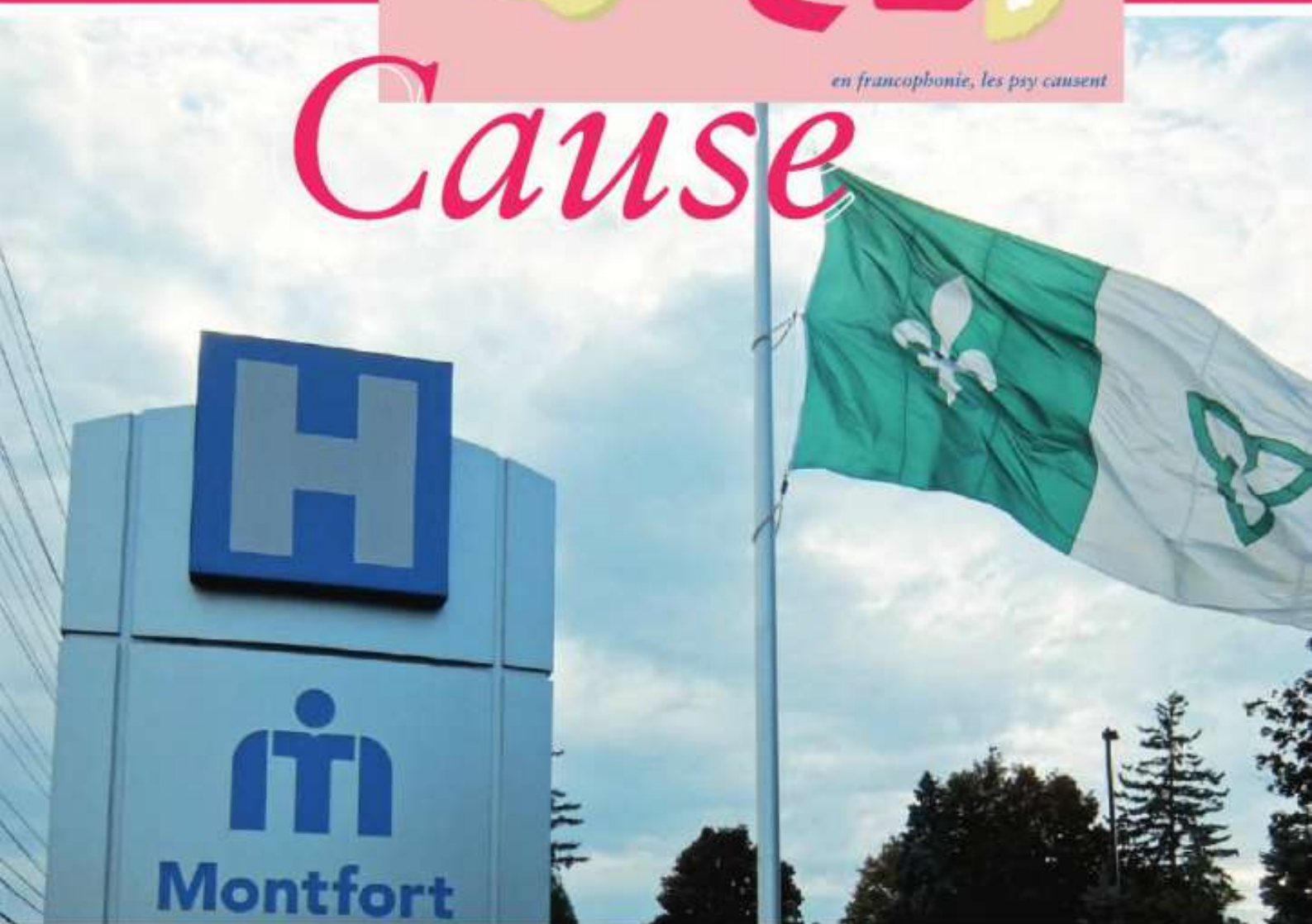
Psy Cause 71

1<sup>er</sup> quadrimestre 2016



*en francophonie, les psy causent*

# Cause





## Sommaire

<b>Psy Cause I : Cahier franco-ontarien</b>	
Introduction au dossier.....	3
<b>Comorbidité entre maladies chroniques et problèmes de santé mentale fréquents :</b>	
<b>Différences entre francophones et anglophones</b>	
Jean Grenier, Dominique Gosselin, Paul Samuel Greenman, Anifa Kalay, Marie-Hélène Chomienne, Aubin Nzokem, Salomon Fotsing, Pascal Imbeault, Malek Batal, Louise Bouchard .....	8
<b>L'accès aux services psychiatriques des Franco-Ontariens serait-il limité ?</b>	
Raymond Tempier, El Mostafa Bouattane, John Hirdes .....	16
<b>Évaluation du trouble de stress post-traumatique (TPST) en contexte transculturel :</b>	
<b>revue de la littérature et tentative de conceptualisation des enjeux primordiaux à considérer en psycho-pathologie</b>	
Jean-Phillippe E Daoust, Steffie Grail, Catherine Juéry, Malik Ait Aoudia .....	20
<b>Outil de dépistage pour troubles concomitants : traduction canadienne-française et études des propriétés psychométriques du Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS)</b>	
Jean-Phillippe E Daoust, Gilles Fleury .....	34
<b>Psy Cause II : Le « bloc » Psy Cause Canada au cinquantième congrès de l'AMPQ à Mont Tremblant, le 3 juin 2016 .....</b>	<b>48</b>
<b>Se détruire pour exister : le paradigme de la psychopathologie moderne</b>	
Philippe Jeammet .....	50
<b>Psy Cause III : Œuvres d'ateliers à médiation créatrice</b>	
Œuvres présentées par Thierry Lavergne et proposées par Geneviève Dindart .....	60
<b>Psy Cause IV : Deux articles africains .....</b>	<b>63</b>
<b>Aspects ethnoculturels de la maladie mentale du sujet âgé en Afrique subsaharienne : l'exemple de la République Centrafricaine</b>	
André Tabo, Anselme Djidonou, Grégoire Magloire Gansou, Saliou Salifou, Pascal Mbelessa, Alain Mouanga, Caleb Grégoire Kette, Simlawa Kolou Dassa, Covi Mathieu Tognidé, René Gualbert Ahyi .....	63
<b>Autopsie ontogénétique des souffrances psychologiques de deux sœurs jumelles monozygotes atteintes de troubles mentaux</b>	
Kouadio Raymond N'guessan, Etobo Innocent Ahounou, Affidié Worla Amichia, Brahim Samuel Traoré, Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena .....	68

# Psy Cause

# 71

Janvier-Avril 2016  
Revue quadrimestrielle

Dr J.-P. Bossuat  
3 rue de la Balance - 84000 Avignon

Site web : <http://www.psychocause.info>

Prix du numéro : 20€

Infographie : Antidote Solutions Graphiques  
06 79 80 14 35  
Imprimeur : MC Caractère - Avignon 84  
04 90 27 08 09

ISSN 1245-2394



Avec ce premier des trois numéros référencés sur l'année 2016, notre revue poursuit avec les dossiers géographiques. Après le Sénégal puis le Japon, la communauté francophone de l'Ontario est l'aïeule d'un « Cahier franco ontarien ». Dans cette Province canadienne à 96% anglophone, à Ottawa même, capitale de la Confédération, la proportion des francophones atteint 15% et jusqu'à 43% à Iroquois Falls, une petite ville du Nord Est. Cette communauté a son drapeau et son hôpital francophone : l'Hôpital Universitaire Montfort à Ottawa, lieu de notre congrès international d'octobre 2013.

En seconde partie, nous publions la communication du Pr Philippe Jeammet « Se détruire pour exister : paradigme de la psychopathologie moderne. » L'AMPQ (Association des Médecins Psychiatres du Québec) offrait le 3 juin 2016, lors de son cinquantième congrès annuel à Mont Tremblant, un « bloc » à notre toute jeune section nationale Psy Cause Canada fondée en septembre 2015. Ce bloc consistait en une présentation de Psy Cause et cette conférence du Pr Philippe Jeammet invité par l'intermédiaire de notre section canadienne. Laquelle avait retenu ce thème dont la réflexion qu'il suscite est tout à fait dans l'esprit des fondamentaux de notre revue. Hélas, elle est à même de nous interpeler quant aux motivations mortifères des auteurs des attentats sanglants qui rythment, ces dernières années, la vie de notre monde. Avec ces deux premières parties, ce sont deux composantes de la communauté francophone canadienne qui sont représentées dans ce N°71 : minoritaire dans l'Ontario et majoritaire au Québec.

Ce numéro, pour la première fois, concrétise l'un des objectifs de la cellule « Art, création et thérapie » fondée dans Psy Cause au lendemain de notre troisième congrès annuel au Château de Rochemore : la publication d'œuvres convoquant une émotion artistique et réalisées lors d'activités psychothérapeutiques à médiation créatrice. En fin de numéro, nous avons un espace de publication hors thématique qui ouvre la possibilité d'expression.

L'année 2016 est, pour notre revue/association francophone, celle de la reconnaissance de notre positionnement international. Ce numéro représente, dans la diversité de ses articles, un instantané de l'étape actuelle. Persiste un décalage entre la période couverte par cette publication et la date de parution, consécutif à des changements au niveau de l'édition et de la fabrication en 2015, décalage qui sera peu à peu annulé.

Le 1 septembre 2016

*Jean Paul Boisnat et Thierry Lavergne*

# Cahier franco-ontarien

Le principe de ces « cahiers » est de consacrer une partie du numéro à des articles d'un pays particulièrement mis en valeur. Ici, nous avons rassemblé quatre articles qui nous ont été adressés par des auteurs de la minorité linguistique francophone dans la Province canadienne de l'Ontario et tout particulièrement de la capitale de la Confédération canadienne : Ottawa.

Le recensement de 2011 notait la présence d'un peu moins d'un demi million de francophones sur les presque treize millions d'habitants de l'Ontario. À Ottawa même ce recensement décompte un peu plus de cent quarante mille francophones pour une population de huit cent mille habitants. La minorité francophone ontarienne est d'importance, et très significative pour la Province voisine du Québec avec ses six millions de francophones sur huit millions d'habitants. L'Ontario s'est administrativement déclaré bilingue, ce qui se retrouve au niveau des documents administratifs, des enseignes des magasins et des bâtiments officiels. Dans la vie quotidienne, l'usage possible du français dépend des contextes. Il est donc utile que les services publics soient accessibles aux francophones dans leur langue comme aux autres.

À Ottawa, l'Hôpital Montfort est au cœur de cette question. Le drapeau vert et blanc frappé de la fleur de lys flotte à l'entrée de l'établissement de soins. Juste devant un monument commémoratif de la lutte contre la fermeture de cet hôpital francophone, laquelle a mobilisé tant les francophones qui défendaient leur hôpital, que de nombreux anglophones qui refusaient une décision vécue par eux comme un appauvrissement à la fois technique et culturel de leur Province. Le « Monument de la Francophonie », raconte :

*« Le 24 février 1997, la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario recommande la fermeture de Montfort. La réaction de la communauté francophone est immédiate et on rejette en bloc la fermeture du seul hôpital universitaire francophone de l'Ontario. Un branle-bas de combat s'ensuit. Sous la direction de Michelle de Courville Nicol, présidente du conseil d'administration de l'Hôpital, Gisèle Lalonde, anciennement maire de Vanier, et de Gérard Savoie, président-directeur général de l'hôpital, la communauté s'engage dans une lutte en règle.*

*Sous la direction de Gisèle Lalonde, un mouvement de solidarité S.O.S. Montfort voit le jour. Sa devise « Montfort fermé ? Jamais ! » retentit à travers la province et rassemble la communauté franco-ontarienne. Le 22 mars 1997, 10 000 francophones et francophiles se réunissent au Centre municipal d'Ottawa pour manifester leur appui à la sauvegarde de l'Hôpital Montfort. Les discours enflamment la foule qui brandit des milliers de drapeaux franco-ontariens. Ce drapeau devient un puissant outil de sensibilisation, un symbole de la lutte de Montfort et de la population franco-ontarienne.*

*S.O.S. Montfort décide de combattre la recommandation de la Commission de la Commission en engageant une poursuite judiciaire. De nombreux événements se succèdent, au fil des mois et des années : création du « fonds de résistance » constitué pour payer les coûts du recours en justice, lettres d'appui, signature d'une pétition par 125 000 personnes, chaîne humaine, des briques pour Montfort... Le mouvement S.O.S. Montfort a également obtenu des appuis importants des forces vives de la francophonie canadienne.*

*Le 7 décembre 2001, la Cour d'appel de l'Ontario confirme le jugement de la Cour divisionnaire du 29 novembre 1999. Elle conclut que « le rôle institutionnel plus large de Montfort comprend notamment celui de maintenir la langue française, de transmettre la culture francophone et de favoriser la solidarité au sein de la minorité franco-ontarienne. » En plus de donner toute sa force à la Loi sur les services en français, le jugement déclare que cette Loi est quasi constitutionnelle, c'est-à-dire qu'elle prédomine sur toutes les lois adoptées par l'Assemblée législative, et il donne à Montfort et à la communauté des leviers juridiques et historiques.*

*Le grand ralliement du 22 mars 1997 demeure un événement marquant pour l'ensemble de la communauté franco-ontarienne, qui témoigne ainsi de son acharnement et*



*Le drapeau franco-ontarien flotte à l'entrée de l'Hôpital Montfort.  
Photo Psy Cause : Ottawa, le 20 septembre 2013.*

*de son ardeur à défendre ses droits. Le mouvement S.O.S. Montfort a permis de regrouper les personnes d'expression française de l'Ontario autour d'une cause commune. L'événement a profondément marqué l'histoire des Franco-Ontariens et restera à jamais gravé dans la mémoire collective de cette communauté. La rue menant à l'Hôpital a d'ailleurs été rebaptisée l'avenue du 22 mars pour souligner cet événement historique. »*

Cet établissement hospitalier emblématique avait été choisi par Psy Cause pour y tenir notre congrès international de 2013. Notre revue s'engageait dans une orientation résolument francophone. Après un congrès au Cambodge en 2012 qui concrétisait les bases de ce nouveau cap, notre équipe, recomposée début 2013 avec ce nouvel objectif, œuvrait avec des professionnels du département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort (pleinement CHU depuis juin 2013) pour réaliser une manifestation scientifique ouvrant notre présence en terre canadienne francophone. Montréal soutenait résolument ce projet en la personne des Prs François Borgeat et Emmanuel Stip. Sur place à Ottawa, deux des auteurs dans ce « cahier » franco-ontarien, le psychiatre Raymond Tempier et le psychologue Jean Philippe E Daoust, tous deux professeurs à l'Université d'Ottawa, jouèrent un rôle important dans la réussite de ce congrès par ailleurs soutenu par le Pr Jean Roy, vice doyen de la Faculté de médecine d'Ottawa, directeur du Bureau des Affaires Francophones. Lors de son discours introductif, le directeur de l'Hôpital Universitaire Montfort, le Dr Bernard Leduc, faisait un récit détaillé de la « bataille de Montfort », qui avait mobilisé pendant plusieurs années la communauté franco-ontarienne et les (nombreux) anglophones solidaires de cette dernière. Et concluait : « la recommandation de fermeture de l'hôpital destiné aux soins des francophones en Ontario a été annulée et l'existence de cet établissement est inscrite dans le marbre de la loi. » Il ajoutait que ce n'était pas seulement la question de la francophonie qui avait mobilisé les anglophones, mais aussi le niveau d'excellence des soins prodigués en ce lieu.

Le thème de notre colloque Psy Cause (du 4 au 6 octobre 2013) était « Minorités culturelles et Santé mentale ». L'enjeu de la minorité linguistique est fortement présent parmi les professionnels franco-ontariens de la psy. Près de trois années après notre congrès à l'Hôpital Montfort, quelques articles ont été adressés par des pys de cette communauté à notre revue. Ils constituent ce cahier franco-ontarien pour lequel il n'y a pas eu de consigne thématique. Il est facile de repérer, dans les deux premiers textes, que la problématique linguistique est au premier plan. Tandis que dans les deux suivants, elle est sous jacente. La composition de ce petit dossier ne traduit que le choix d'auteurs de faire appel à une revue francophone internationale pour publier des travaux scientifiques. Ce choix donne un aperçu d'une approche ontarienne francophone pluridisciplinaire de professionnels qui ont en commun d'intervenir ou d'être intervenu à l'Hôpital Montfort.

Pendant ce temps, à Montréal, le 19 septembre 2015, était fondée la section Psy Cause Canada, au sein de laquelle le Pr Raymond Tempier, co-organisateur du congrès Psy Cause d'Ottawa, se proposait alors pour coordonner la dynamique franco-ontarienne. Ce « Cahier Franco Ontarien » en est la première réalisation. Il est un apport précieux dans le cadre d'un projet canadien de Psy Cause qui conjugue des spécificités francophones multiples.

Le premier article étudie la prévalence de comorbidité entre certaines maladies physiques chroniques et de santé mentale, en prenant compte de la variable linguistique. L'approche statistique épidémiologique met en évidence quelques différences qui semblent principalement en rapport avec des déterminants sociaux plus défavorables dans la minorité francophone. Mais elle pointe une nécessité de développer l'accès au soin dans sa langue : « pouvoir s'exprimer dans la langue de son choix est important non seulement dans le contexte de la santé physique, mais aussi dans le contexte de la santé mentale, spécialement quand les problèmes de santé mentale sont enchevêtrés avec la maladie physique. » L'auteur principal de cet article, Jean Grenier, exerce le métier de psychologue à l'Hôpital Montfort.

Le second article est rédigé par un psychiatre de l'Hôpital Montfort, le Pr Raymond Tempier. Le département de psychiatrie lui confie la tâche de « booster la recherche », ce qui comprend celle de « pousser pour des articles », nous a-t-il confié. Il effectue des missions de consultations dans le Nord Est de l'Ontario dans les localités voisines de Matheson et de Iroquois Falls situées à mi distance entre les grands lacs et la baie d'Hudson, non loin de l'Abitibi québécois, à un peu moins de mille kilomètres d'Ottawa. Ces missions entrent dans le cadre du « Programme psychiatrique francophone du nord de l'Ontario ». La minorité francophone y est importante à raison de 43% des 5000 habitants d'Iroquois Falls et de 32% des 2400 habitants de Matheson.

Cette expérience a donné l'idée au Pr Raymond Tempier de rédiger, avec deux autres auteurs concernés par cette question, un article sur l'accès aux services psychiatriques des Franco Ontariens. Ce travail a examiné les contacts de patients francophones hospitalisés avec des psychiatres dans un contexte de soins aigus psychiatriques dans l'ensemble des services psychiatriques de l'Ontario. Il en ressort la mise en évidence d'une « possible inégalité d'accès aux services psychiatriques des Franco-Ontariens. » Les auteurs ajoutent : « le défi politique pour cette province officiellement bilingue est donc de savoir comment assurer un accès équitable à des services de santé mentale pour des Francophones en particulier, lorsque leur nombre est faible. » Ce qui est le cas dans le Nord Est de l'Ontario par exemple.

Ces deux premiers articles pointent donc l'intérêt en psychiatrie d'avoir des soins dans sa langue et la nécessité de développer un accès aux soins en langue française dans une Province officiellement bilingue.

Les troisième et quatrième articles ont le même auteur principal, un psychologue clinicien qui enseigne à l'université d'Ottawa, le Dr Jean Philippe E Daoust. Le troisième article est une revue de la littérature (71 références en anglais, une seule en français) autour de l'évaluation du Trouble de Stress Post-Traumatique en contexte transculturel. Ecrire en français en Ontario sur cette thématique est en soi une démarche alors qu'il s'agit pour l'évaluateur d'« approcher l'Autre, différent de nous, comme sujet avec son propre système de valeurs, sa propre culture et sa propre réalité. » Le quatrième article est un travail de mise à disposition de la communauté franco ontarienne et plus généralement canadienne française, en langue française, d'un outil développé dans le contexte anglophone : « *outil de dépistage pour troubles concomitants : Traduction canadienne-française et études des propriétés psychométriques du Global Appraisal of Individual Needs.* »

Au total, ce « cahier » met en valeur, au delà de la réponse à un besoin, l'existence d'une recherche et d'une réflexion clinique en langue française dans le contexte franco ontarien.

Jean Paul Bossuat



Masheon (Nord Est de l'Ontario), le 25 avril 2016.  
Photo de Raymond Tempier.



Jean Grenier

Dominique Gosselin

Paul Samuel  
Greenman

Marie-Hélène  
Chomiene

Pascal Imbeault

Malek Batal

Louise Bouchard

## Comorbidité entre maladies chroniques et problèmes de santé mentale fréquents : Différences entre francophones et anglophones

**Auteurs :** Jean Grenier<sup>1</sup> (Auteur responsable pour la correspondance), Dominique Gosselin<sup>2</sup>, Paul Samuel Greenman<sup>3</sup>, Anifa Kalay<sup>4</sup>, Marie-Hélène Chomiene<sup>5</sup>, Aubain Nzokem<sup>6</sup>, Salomon Fotsing<sup>7</sup>, Pascal Imbeault<sup>8</sup>, Malek Batal<sup>9</sup>, Louise Bouchard<sup>10</sup>

**Résumé :** L'étude examine la prévalence de comorbidité entre certaines maladies physiques chroniques et de santé mentale, en prenant compte de la variable linguistique. Les données sont tirées du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (n=31518). Les anglophones (95%) et les francophones (5%) sont identifiés à travers un algorithme considérant la langue maternelle, celle de conversation, de l'entrevue et préférée lors de l'enquête. Les prévalences de six troubles de santé mentale et de six maladies chroniques ont été pondérées avec la méthode bootstrap et rapportés pour chaque groupe linguistique. Des modèles de régression logistique estiment la présence des troubles de maladies mentales en fonction des maladies chroniques. Fibromyalgie, arthrite, maladies cardiaques et bronchites chroniques sont plus fréquentes chez les francophones, qui présentent aussi une prévalence plus élevée de stress, de phobie sociale et d'insomnie. Indépendamment de la langue, il existait un risque plus élevé de rapporter des comorbidités en santé mentale en présence des maladies chroniques considérées. Les francophones sont plus à risque que les anglophones de rapporter l'insomnie en présence de maladies cardiaques ainsi que la dépression en présence de fibromyalgie. La taille de l'échantillon des francophones ne permettait pas parfois de déceler une différence significative avec la population générale ou avec le groupe anglophone. Le dépistage des maladies mentales chez les patients souffrant de maladies chroniques est essentiel. Les différences entre les groupes linguistiques doivent être explorées dans le cadre d'échantillons plus représentatifs.

**Mots clés :** comorbidité, maladie chronique, santé mentale, langue, groupes minoritaires.

**Summary :** The study examines prevalence of comorbidity between certain chronic diseases and mental health problems in light of a linguistic variable. We used data from the Canadian Community Health Survey cycle 1.2 (n=31518). Anglophones (95%) and Francophones (5%) were identified by an algorithm considering mother tongue; language commonly used in conversation, language of interview and preferred language. Prevalences were weighted and bootstrapped. They were described for francophones and anglophones. Presence of mental disorders according to chronic diseases was estimated using logistic regression models. Fibromyalgia, arthritis, heart disease and chronic bronchitis were more common among Francophones, who also had a higher prevalence of stress, social phobia and insomnia. Regardless of the language, there was an increased likelihood of reporting comorbid mental health disorders in the presence of chronic physical diseases. Francophones were more likely than Anglophones to report insomnia in the presence of heart disease and depression in the presence of fibromyalgia. Small Francophone sample sizes did not allow for significant differences with the general population or Anglophones. Screening for mental disorders in patients with chronic diseases is essential. Larger studies with more representative sample sizes are needed to better explore differences between Francophones and Anglophones.

**Keywords :** Comorbidity, chronic illness, mental health, language, minority groups.

1- Auteur responsable pour la correspondance. Psychologue. Professeur adjoint au département de Médecine familiale, Université d'Ottawa. Co-directeur – Unité de recherche en soins primaires de l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort. Clinicien-chercheur au Centre C.-T.-Lamont de recherche en soins de santé primaires de l'Institut de recherche Élisabeth-Bruyère.

713, chemin Montréal Bureau 1D-157, Ottawa, Ontario, K1K 0T2. Numéro de téléphone : 613 074 36-4621 poste 6005. Courriel : jgrenier@uottawa.ca

2- Candidate au Ph.D en psychologie clinique. Université d'Ottawa.

3- Psychologue. Professeur. Université du Québec en Outaouais. Département de psychoéducation et de psychologie. Chercheur. Institut de recherche de l'Hôpital Montfort (IRHM).

4- Coordonnatrice de Recherche-Chercheuse. Unité de recherche en soins primaires de l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort. Professeur auxiliaire au département d'épidémiologie de l'Université d'Ottawa.

5- Médecin. Professeur-adjoint au département de médecine familiale et au département d'épidémiologie. Co-directrice Unité de recherche en soins primaires. Institut de Recherche Hôpital Montfort(IRHM).

La comorbidité entre les maladies chroniques et les problèmes communs de santé mentale comme la dépression et l'anxiété est bien documentée (Leucht, Fountoulakis, 2006, 411), (Rodriguez, Thankam, 2007), (Huang et al., 2009, 401). Cette relation se décline sur plusieurs plans. Il s'agit en effet d'une relation réciproque, dans le sens que la présence de l'un favorise la survenue de l'autre. Sur un autre plan, la présence d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété peut affecter l'évolution de la maladie physique chronique et le taux de mortalité (Qureshi et al., 2009, 87), (Buskila, Cohen, 2007, 333). Finalement, leur association a des effets néfastes décuplés, non seulement sur la qualité de vie du patient, mais aussi sur les coûts des services de santé (Canadian Mental Health Association, 2007). Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette association (Canadian Mental Health Association, 2007): un mécanisme biologique perturbateur, des conditions de vulnérabilité engendrées par la maladie ou encore un environnement social défavorable.

Ceci dit, la langue est un déterminant de la santé peu étudié lorsqu'il s'agit de sa relation avec les problèmes de santé mentale et les maladies chroniques. Pourtant, l'effet de l'aspect linguistique sur la santé est très pertinent dans le contexte des deux langues officielles du Canada. La langue est un élément fondamental de la relation patient-professionnel de santé ; ceci est d'autant plus vrai dans la prise en charge des patients souffrant de maladies mentales (Bouchard et al., 2009, 36). En outre, l'utilisation des services de santé est considérable pour les patients souffrant de maladies chroniques et de troubles de la santé mentale. L'existence bien documentée de barrières linguistiques à l'intérieur du système de soins a créé un différentiel de santé favorable envers le groupe linguistique en position majoritaire, notamment en terme d'accès aux services, la qualité des soins, les droits des patients, l'efficacité de la communication médecin-patient et la santé en elle-même (Bouchard et al., 2009, 36), (Bowen, 2000, 1).

Sur un autre plan, la plupart de ces études se sont limitées à un seul problème ou aspect isolé de la santé. Ce constat reflète la tendance actuelle du système de santé à dichotomiser la santé physique et psychologique, nuisant ainsi à l'intégration et la continuité des services médicaux et de santé mentale.

En vue d'améliorer l'accès aux services de santé en français au Canada, et plus particulièrement d'inciter à une meilleure prise en charge des maladies physiques chroniques qui se présentent souvent en comorbidité avec des problèmes

de santé mentale, il est essentiel de mieux connaître la prévalence de ces comorbidités, ainsi que toute interaction potentielle avec l'appartenance aux deux langues officielles du Canada.

Nous n'avons pas connaissance d'études antérieures prenant en compte cet amalgame de facteurs. Notre étude tente de combler ces lacunes en ayant comme objectif d'examiner, chez les francophones vivant en situation minoritaire et les anglophones majoritaires, la prévalence de problèmes communs de santé mentale se présentant en comorbidité avec certaines maladies chroniques.

## Méthodes

### Source des données

Les données ont été tirées du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada, 2003). Ce cycle intitulé « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - santé mentale et bien-être » a mesuré des éléments en rapport avec la santé mentale des Canadiens, notamment la prévalence de certains troubles mentaux, leur fardeau, ainsi que l'utilisation des services de santé mentale en regard des besoins perçus. Cette enquête sur la santé mentale vise la population âgée de 15 ans et plus, vivant dans les dix provinces. Sont exclus : les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes et la population vivant en établissement. Ces exclusions représentent environ 2 % de la population cible (Statistique Canada, 2003).

### Variables d'intérêt

Pour les fins de cette étude, nous nous sommes limités aux troubles communs de santé mentale. Six troubles ont donc été retenus comme variables dépendantes : la dépression, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, l'état de stress post-traumatique, l'insomnie primaire et le stress. Le tableau 1 présente la définition de chacun de ces troubles tel que décrit dans le questionnaire du cycle 1.2 de l'ESCC (Statistique Canada, 2002).

De même, six maladies chroniques ont été retenues comme variables indépendantes : les maladies cardiaques, la bronchite chronique, le diabète, la fibromyalgie, l'arthrite et le cancer. La variable cancer a cependant été retirée lors de l'analyse en raison de données insuffisantes. Le tableau 2 présente la question correspondant à chaque maladie chronique dans le questionnaire du cycle 1.2 de l'ESCC (Statistique Canada, 2003).

6- Statisticien. Service de performance et d'évaluation, Postes Canada, Ottawa (Ontario).

7- Chargé de cours au département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa. Chargé de cours au département de sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.

8- Professeur agrégé à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

9- Professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

10- Professeure titulaire. Département de sociologie et d'anthropologie. Université d'Ottawa.

## Analyse

Les prévalences des maladies chroniques et des troubles de la santé mentale ont été calculées et pondérées avec la méthode bootstrap. Les résultats sont rapportés pour chaque groupe linguistique. Des modèles de régression logistique ont été élaborés pour estimer la présence de chacun des troubles de santé mentale en fonction de chacune des maladies chroniques. Les rapports de cote (RC) avec intervalle de confiance (IC) à 95% sont rapportés. L'analyse a été conduite en utilisant le système SAS 9.2 ([www.sas.com](http://www.sas.com))

## Résultats

Un total de 31 518 participants a répondu au questionnaire du cycle 1.2 de l'ESCC (ce qui représente environ 18 millions de sujets dans la population) dont 95% d'anglophones et 5% de francophones. Le nombre de participants est variable selon le croisement effectué. Le tableau 3 rapporte les caractéristiques démographiques des répondants du cycle 1.2 de l'ESCC en fonction de la langue. La majorité des répondants francophones sont des hommes alors que les répondants anglophones sont majoritairement des femmes. La plupart des participants sont âgés de 25 à 45 ans. Il y a plus de francophones que d'anglophones dans les quartiles de revenus bas et moyens. La majorité des répondants vivent en milieu urbain, bien qu'il y ait plus de francophones que d'anglophones vivant en milieu rural. Près de la moitié des francophones ont un niveau d'études post-secondaires et universitaire contre 42% chez les anglophones.

Le tableau 4 représente la prévalence des troubles de santé mentale et des maladies chroniques en fonction de la langue. Seuls les participants ayant répondu aux questions retenues (tableaux 1 et 2) sont pris en compte. Pour ce qui est des troubles de santé mentale, les francophones présentent une prévalence plus élevée que les anglophones pour le stress, la phobie sociale et l'insomnie. La prévalence de fibromyalgie, arthrite, maladies cardiaques et bronchite chronique est plus élevée chez les francophones que chez les anglophones.

Le tableau 5 présente les rapports de cote ajustés avec intervalle de confiance à 95% en fonction de la langue. Seuls les rapports de cote significatifs chez les francophones et/ou les anglophones sont commentés :

Les francophones ayant des maladies cardiaques sont 6.5 fois plus à risque de souffrir d'insomnie que ceux qui n'ont pas de maladies cardiaques et 2.1 fois plus à risque de rapporter vivre un niveau élevé de stress. Parallèlement, les anglophones ayant des maladies cardiaques sont 2.9 fois plus à risque que ceux sans maladies cardiaque de rapporter souffrir d'insomnie. Aussi, les francophones ayant des maladies cardiaques sont deux fois plus à risque de rapporter de l'insomnie que les anglophones sans maladies cardiaques.

Les anglophones souffrant de diabète ont 1.2 fois plus de risque de rapporter vivre du stress que ceux ne souffrant

pas de diabète. L'échantillon des francophones souffrant de diabète n'est pas assez grand pour des fins d'analyses statistiques.

Les francophones atteints de bronchite sont 3.0 fois plus à risque de rapporter vivre du stress que ceux non atteints de bronchite. Les anglophones atteints de bronchite sont pour leur part 3.2 fois plus à risque de souffrir de dépression que ceux non atteints de bronchite, 2.6 fois plus à risque de souffrir de phobie sociale, 2.3 fois plus à risque de rapporter du stress, et presque 4 fois plus à risque de souffrir d'insomnie. Il fut impossible de trouver des différences significatives pour ces mêmes troubles chez les francophones en raison de la taille de l'échantillon.

Les francophones souffrant de fibromyalgie sont 4.1 fois plus à risque de rapporter de la dépression que ceux ne souffrant pas de fibromyalgie. Le risque pour la dépression est à peu près le même chez les anglophones souffrant de fibromyalgie versus ceux ne souffrant pas de fibromyalgie. Aussi, les anglophones souffrant de fibromyalgie ont 3.1 fois plus de risque de rapporter un niveau de stress élevé par rapport à ceux ne souffrant pas de fibromyalgie. Les francophones avec de l'arthrite sont 3.1 fois plus à risque de souffrir d'insomnie que les francophones ne vivant pas avec de l'arthrite. Les anglophones avec de l'arthrite sont 2.7 fois plus à risque de souffrir d'insomnie que les anglophones ne vivant pas avec de l'arthrite, 1.5 fois plus à risque de souffrir de dépression, et 1.5 fois plus à risque de vivre un niveau de stress élevé.

## Discussion

Cet article compare la relation entre cinq maladies physiques chroniques et sept problématiques de santé mentale communément rencontrées en cabinet médical chez les francophones et anglophones canadiens, en faisant une analyse secondaire des données du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les résultats préliminaires appuient l'observation générale à savoir que la présence d'une maladie physique chronique augmente le risque de développer un problème de santé mentale.

Dans tous les cas de maladies chroniques considérés dans nos analyses, nous avons pu identifier qu'au moins un des deux groupes linguistiques à l'étude était plus susceptible que la population générale à rapporter une ou plusieurs comorbidités en santé mentale. La taille de l'échantillon francophone était trop petite dans certains cas pour pouvoir déceler une différence significative avec la population générale ou avec le groupe de répondants anglophones. Nous sommes donc plus limités quant aux observations auprès de cet échantillon de francophones comparativement aux anglophones.

Les résultats en fonction de la langue sont particulièrement intéressants dans le contexte des maladies cardiaques et de la douleur chronique. Indépendamment de la langue, les Canadiens souffrant de maladies cardiaques sont plus à

risque que la population générale de souffrir d'insomnie ; les francophones cardiaques étant un peu plus de deux fois plus à risque que les anglophones cardiaques. Indépendamment de la langue, les Canadiens souffrant de fibromyalgie sont plus à risque que la population générale de souffrir de dépression ; ce risque est une fois plus élevée chez les francophones que les anglophones.

### **Insomnie et maladies cardiovasculaires**

Il a été rapporté que l'insomnie augmente le risque de développer des maladies cardiovasculaires ainsi que la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires (Spiegelhalter et al., 2010,71). L'insomnie est aussi liée aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires dont, plus particulièrement, l'hypertension et une fréquence cardiaque au repos élevée (Spiegelhalter et al., 2010,71). Certaines études montrent que le risque de développer une maladie cardiovasculaire est jusqu'à environ 4 fois plus élevé chez des patients souffrant d'insomnie ; ce risque étant comparable pour certains facteurs de risque classiques des maladies cardiovasculaires tels que l'hypertension, l'obésité ou le diabète (Spiegelhalter et al., 2010,71). La survenue d'insomnie post-infarctus a aussi été rapportée (Sabourin, 2011, 33) chez des patients hypertendus (Uchimura, 2001,2275) ou souffrant de coronaropathie (Cross et al., 201, 753). L'insomnie pourrait donc être considérée à la fois comme un facteur de risque des maladies cardiovasculaires et un facteur aggravant pour les patients souffrant déjà de maladies cardiovasculaires. Certains auteurs suggèrent déjà aux praticiens d'inclure le thème du sommeil et de l'insomnie au counselling sur les habitudes de vie (Redline, Foody, 2011, 2049).

### **Bronchite chronique et stress**

Le bien-être psychologique a été décrit comme l'un des meilleurs indicateurs de la qualité de vie des patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) (Hynninen et al., 2005, 429). Le stress psychologique est aussi pointé comme un facteur prédisposant de la survenue de dépression chez les patients souffrant de MPOC (Couillard et al., 2010, 204), ainsi que de l'exacerbation des MPOC. Ces données suggèrent que le suivi des problèmes communs de santé mentale comme la dépression et l'anxiété devrait faire partie de la prise en charge des patients avec bronchite chronique. Certains auteurs ont même recommandé que le dépistage de symptômes de troubles mentaux fasse partie de la pratique courante dans la prise en charge des patients souffrant de MPOC (Cafarella et al., 2012, 627). De nombreuses barrières existent dans la détection et la prise en charge des problèmes communs de santé mentale via plusieurs stratégies telles l'éducation et la modification de comportements ainsi que des traitements plus sophistiqués fondés sur la pratique factuelle et démontrés comme étant efficaces. Ceci dit, il a aussi été avancé que des modifications au système de santé, un meilleur accès à des ressources sur la santé mentale et plus de recherche sur la santé mentale dans le contexte des MPOC pourraient être pertinents (Maurer et al. 2008, S43). Une étude canadienne a rapporté que les patients souffrant de bronchite chronique étaient jusqu'à deux fois plus à risque de rapporter une détresse mentale que ceux n'en souffrant pas (Pahwa, Karunanayake, 2009, 84). Nos résultats sont très consistants avec cette observation.

*Dans l'aile droite, le Département de Psychiatrie de l'Hôpital Monfort.  
Photo Psy Cause, mars 2013.*



## Fibromyalgie et dépression

La dépression a un effet néfaste sur la qualité de vie, sur le fonctionnement physique et la réadaptation (Lange, Petermann, 2010, 326). Selon une étude américaine, la prévalence des maladies mentales et de la dépression en particulier était très élevée chez les patients souffrant de fibromyalgie. Les auteurs suggèrent d'adapter la prise en charge en fonction de ces résultats (Wolfe et al., 1990).

Les rapports de cote de notre étude sont plus élevés que ceux obtenus d'une étude canadienne rapportant la relation entre fibromyalgie et dépression (Fuller-Thomson et al., 2012, 853). Cependant, cette étude était basée sur le cycle 1.1 de l'ESCC.

Arthrite et insomnie

Il a été décrit que les patients souffrant d'arthrite rapportaient plus de troubles du sommeil que la population générale ( Belt et al. , 2009, 35). Une étude norvégienne, avec un échantillon d'environ 50 000 personnes, a avancé qu'environ 25% de patients souffrant d'arthrite rapportait une dépression ( Sivertsen et al., 2009, 109). Les rapports de cote observés dans notre étude sont similaires à ceux de cette étude. Une autre étude avance que plus de la moitié des personnes souffrant d'insomnie rapportait une douleur chronique liée entre autres à l'arthrite ( Taylor et al., 2007, 213).

## Autres implications

### Déterminants sociaux de la santé

Malgré la petite taille d'échantillon de répondants francophones, nous avons pu détecter des rapports de cote simultanément pour les francophones et les anglophones. Dans certains cas, comme l'insomnie chez les répondants cardiaques et la dépression chez les répondants souffrant de fibromyalgie, les rapports de cotes étaient alors plus élevés chez les francophones. L'inégalité en termes de risque accru de développer de l'insomnie et de la dépression chez les répondants francophones souffrant respectivement de maladies cardiaques et de fibromyalgie comparativement à leurs homologues anglophones serait-elle reliée à des déterminants sociaux ? L'association canadienne de santé mentale-Ontario (CMA) cite trois principaux déterminants de la santé mentale : l'inclusion sociale, l'accès aux ressources économiques et l'absence de discrimination et de violence (Canadian Mental Health Association, 2008). Les francophones vivant en situation minoritaire présentent des indicateurs négatifs en rapport avec ces déterminants ; ils ont souvent un statut socio-économique inférieur à la moyenne majoritaire et un sentiment d'appartenance inférieur à celui des anglophones (Picard, Allaire, 2005). En termes de discrimination et violence, le concept de violence symbolique ou « l'action posée par le groupe linguistique dominant pour forcer la minorité linguistique à parler la langue dominante... » ( Nexus Santé, 2011) pourrait aussi potentielle-

ment avoir un rôle à jouer. Plus de recherche et de données substantielles seront nécessaires pour essayer d'expliquer le risque accru chez les francophones en situation minoritaire.

### Organisation des services de santé

Le risque accru de troubles de santé mentale en lien avec la présence de maladies physiques chroniques souligne l'importance de considérer la présence, en soins primaires, de professionnels de la santé mentale détenant l'expertise d'établir un diagnostic de santé mentale. Il convient néanmoins, dans un processus de diagnostic différentiel, de distinguer entre trouble d'ajustement normal au fait de vivre avec une maladie chronique et un trouble de l'humeur ou d'anxiété proprement dit. Il importe également de souligner l'importance d'augmenter l'accès à des traitements appropriés et éprouvés comme étant efficaces pour les problèmes communs de santé mentale, tels les troubles d'anxiété, la dépression et l'insomnie chronique ; ceci inclut à la fois les traitements pharmacologiques et les psychothérapies fondées sur la pratique factuelle. L'accès à des services de santé dans la langue de son choix est aussi primordial ; c'est à travers la langue que nous exprimons nos malaises et discutons de la prise en charge thérapeutique et des changements d'habitudes de vie avec notre professionnel de la santé. Pouvoir s'exprimer dans la langue de son choix est important non seulement dans le contexte de la santé physique, mais aussi dans le contexte de la santé mentale, spécialement quand les problèmes de santé mentale sont enchevêtrés avec la maladie physique.

### Limites

Les résultats ne nous permettent pas de confirmer un lien de causalité entre maladies chroniques et troubles mentaux. La petite taille de l'échantillon francophone peut avoir limité la détection d'autres différences en plus de limiter la généralisation des conclusions et est allée à l'encontre d'analyses distinctes chez les hommes et les femmes. Des études de cohortes veillant à une meilleure représentativité des minorités francophones dans l'échantillonnage pourraient pallier à ce problème. Des études ultérieures devraient explorer les différences entre les deux sexes et prendre en considération les tranches d'âge avec un échantillon suffisamment représentatif.

### Conclusion

La santé mentale et la santé physique ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. Les professionnels de la santé doivent être vigilants eu égard la santé mentale des personnes souffrant de maladies physiques chroniques. Le dépistage des maladies mentales chez les patients souffrant de maladies chroniques semble essentiel puisque la comorbidité a des conséquences sur la qualité de vie et le pronostic de la maladie. Les francophones et les anglophones souffrant de maladies chroniques sont plus à risque de développer des

troubles mentaux. Les francophones vivant en situation minoritaire sont potentiellement plus à risque que leurs homologues anglophones dans le cas des maladies cardiaques et l'insomnie ainsi que dans le contexte de la fibromyalgie et la dépression. Puisque les déterminants sociaux influencent la santé mentale, ils devraient être considérés, non seulement au moment du dépistage et de la prise en charge, mais aussi au niveau des stratégies de prévention dans le contexte de santé publique.



À l'entrée de l'Hôpital Montfort. Photo Pry Cause, mars 2013.

## Tableaux :

TABLEAU 1 : Définition des troubles examinés tels que décrits dans le questionnaire du cycle 1.2 de l'ESCC.

### COMORBIDITÉ MALADIES CHRONIQUES ET SANTÉ MENTALE

	Définitions
<b>Dépression</b>	<p><b>Nom de la variable :</b> DEPBDDY</p> <p>Tous les critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI sont remplis pour l'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois. Le répondant a déclaré (1) remplir les critères pour le épisode dépressif majeur au cours de la vie, (2) avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois qui ont précédé l'interview, et (3) une détresse cliniquement significative ou une altération de son fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p>
<b>Trouble panique</b>	<p><b>Nom de la variable :</b> PADBDDY</p> <p>Tous les critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI sont remplis pour un trouble panique au cours des 12 derniers mois. Le répondant a déclaré (1) remplir les critères de trouble panique au cours de la vie, (2) avoir eu une attaque de panique au cours des 12 mois qui ont précédé l'interview, et (3) avoir éprouvé une détresse émotionnelle importante durant une attaque de panique au cours des 12 mois qui ont précédé l'interview.</p>
<b>Phobie sociale</b>	<p><b>Nom de la variable :</b> SOPBDPY</p> <p>Tous les critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI pour la phobie sociale au cours des 12 mois qui ont précédé l'interview. Les répondants qui remplissent les critères déclarent : (1) remplir les critères de phobie sociale au cours de la vie, (2) avoir craint ou évité une ou plusieurs situations sociales ou de performance au cours des 12 mois qui ont précédé l'interview et (3) avoir éprouvé une détresse cliniquement significative ou une altération de leur fonctionnement social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants.</p>
<b>Agoraphobie</b>	<p><b>Nom de la variable :</b> AGPBDPY</p> <p>Le répondant remplit tous les critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI pour l'agoraphobie au cours des 12 derniers mois. Le répondant a déclaré remplir les critères d'agoraphobie au cours de la vie et avoir eu peur ou évité les situations agoraphobiques au cours des 12 mois qui ont précédé l'interview.</p>
<b>État de stress post-traumatique</b>	<p><b>Nom de la variable :</b> CCC_Q311</p> <p>Souffrez-vous du syndrome de stress post-traumatique ?</p> <p>1 Oui                      2 Non</p>
<b>Insomnie</b>	<p><b>Nom de la variable :</b> GEN_Q04</p> <p><b>Avez-vous des problèmes à vous endormir ou à rester endormi(e)?</b></p> <p>1-Jamais 2-Rarement 3-Parfois 4-La plupart du temps 5-Tout le temps NSP; R</p> <p><b>Nom de la variable :</b> GEN_Q05</p> <p><b>Votre sommeil est-il réparateur?</b></p> <p>1-Jamais 2-Rarement 3-Parfois 4-La plupart du temps 5-Tout le temps NSP; R</p> <p><b>Décision :</b></p> <p>GEN_Q04 : 1, 2, 3 = 0 = absence d'insomnie - 4, 5 = 1 = présence d'insomnie ou</p> <p>GEN_Q05 : 4, 5, = 0 = absence d'insomnie - 1, 2, 3 = 1 = présence d'insomnie</p>
<b>Stress</b>	<p><b>Nom de la variable :</b> GEN_Q07</p> <p><b>Pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont :</b></p> <p>1-Pas du tout stressantes ? 2-Pas tellement stressantes ? 3-Un peu stressantes ?</p> <p>4-Assez stressantes ? 5-Extrêmement stressantes ? NSP; R</p> <p><b>Décision :</b></p> <p>1, 2, 3 = 0 = absence de stress - 4, 5 = 1 = présence de stress</p>

TABLEAU 2 : Maladies chroniques et questions correspondantes dans le questionnaire du cycle 1.2 de l'ESCC.

Maladies Chroniques	Questions
Maladies cardiaques	Nom de la variable : CCC_Q121 Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ? 1 Oui 2 Non
Bronchite chronique	Nom de la variable : CCC_Q091A Êtes-vous atteint(e) de bronchite chronique ? 1 Oui 2 Non
Diabète	Nom de la variable : CCC_Q101 Êtes-vous atteint(e) du diabète ? 1 Oui 2 Non
Fibromyalgie	Nom de la variable : CCC_Q041 Souffrez-vous de fibromyalgie ? 1 Oui 2 Non
Arthrite	Nom de la variable : CCC_Q051 Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme, sauf la fibromyalgie ? 1 Oui 2 Non
Cancer	Souffrez-vous d'un cancer ?

TABLEAU 3 : Caractéristiques démographiques des répondants en fonction de la langue (n=31 518)

VARIABLES DÉMOGRAPHIQUES	GROUPE LINGUISTIQUE	
	ANGLOPHONE	FRANCOPHONE
<b>Sexe</b>		
Homme	49,22	50,71
Femme	50,78	49,29
<b>Age</b>		
15-<25	15,72%	11,68%
25-<45	40,1%	36,05%
45-<65	28,7%	33,84%
65+	15,48% 1	8,42%
<b>Revenu</b>		
QUART/REV + BAS	9,24%	11,41%
QUART/REV BAS-M	19,97%	20,48%
QUART/REV MOY-É	35,28%	34,63%
QUART/REV + ÉLE	35,51%	33,47%
<b>Éducation</b>		
Baccalauréat /Certificat universitaire suivant un Baccalauréat	23,55%	31,53%
Études postsecondaires/Professionnels/Certificat universitaire	19,81%	19,06%
Gradué du secondaire/pas d'études postsecondaires	9,04%	7,55%
Secondaire non terminé	47,6%	41,86%
<b>Milieu de résidence</b>		
Urbain	81,52%	68,6%
Rural	18,48%	31,4%

TABLEAU 4 : Prévalence (%) des troubles de santé mentale et des maladies chroniques en fonction de la langue

TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	GROUPE LINGUISTIQUE	
	ANGLOPHONE	FRANCOPHONE
Dépression	4,82	4,48
Trouble panique	1,59	1,59
Phobie sociale	3,36	3,37
Agoraphobie	0,65	0,62
État de stress post-traumatique	1,19	0,79
Insomnie	1,63	2,8
Stress	24,78	26,06
<b>MALADIES CHRONIQUES</b>	<b>ANGLOPHONE</b>	<b>FRANCOPHONE</b>
Maladies cardiaques	5,27	7,15
Emphysème ou de bronchopneumopathie chronique obstructive	1,38	1,27
Bronchite chronique (fait-il reporter les 2 ?)	3,18	3,81
Diabète	4,91	4,79
Fibromyalgie	1,58	2,16
Arthrite	18,87	21,38
Cancer	2,02	1,85

TABEAU 5 : Rapports de cote (avec intervalle de confiance) pour la régression logistique des troubles de santé mentale chez les personnes souffrant de maladies chroniques en fonction de la langue

	Dépression		Phobie sociale		Trouble panique		Agoraphobie		ESPT		Insomnie		Stress	
	Franco	Anglo	Franco	Anglo	Franco	Anglo	Franco	Anglo	Franco	Anglo	Franco	Anglo	Franco	Anglo
Maladies cardiaques	1,4 (0,6-3,3)	1,2 (0,9-1,7)	1,2 (0,1-10,5)	0,7 (0,5-1,0)	4,6 (0,5-47,6)	1,3 (0,8-2,0)	DI	NR	DI	1,2 (0,7-1,9)	6,5* (2,7-15,3)	2,9* (2,1-4,0)	2,1* (1,3-3,5)	1,1 (0,9-1,3)
Bronchite chronique	2,4 (0,3-20,4)	3,2* (2,5-4,1)	2,2 (0,06-85,8)	2,6* (1,8-3,6)	DI	NR	DI	NR	DI	NR	3,5 (0,5-25,0)	3,8* (2,6-5,5)	3,0* (1,7-5,3)	2,3* (1,9-2,8)
Fibromyalgie	4,1** (1,18-14,32)	3,8* (2,8-5,2)	DI	DI	NR	DI	NR	DI	NR	DI	NR	2,4	3,1* (0,7-8,0)	2,3-4,2
Diabète	1,2 (0,1-12,0)	1,0 (0,7-1,4)	DI	NR	DI	NR	DI	NR	DI	NR	DI	NR	1,1 (0,6-2,0)	1,2* (1,0-1,5)
Arthrite	1,4 (0,8-2,3)	1,5* (1,3-1,8)	NR	NR	NR	NR	DI	NR	NR	NR	3,1* (1,5-6,5)	2,7* (2,2-3,5)	1,2 (0,9-1,7)	1,5* (1,3-1,6)

ESPT - État de stress post-traumatique - F - francophone - A - anglophone - \* - p < 0,05 - \*\* - p < 0,10 - DI - données insuffisantes - NR - non retenu

## Références

- BELT, N.K., KRONHOLM, E., KAUPPI, M.J., 2009, Sleep problems in fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*, 27, no 1, 35-41.
- BOUCHARD, L., GABOURY, I., CHOMIENNE, M.H., GILBERT, A., DUBOIS, L., 2009, La santé en situation linguistique minoritaire, *Health Policy*, IV, no 4, 36-42.
- BOWEN S., 2001, Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Rapport préparé pour Santé Canada. Santé Canada, Ottawa
- BUSKILA, D., COHEN, H., 2007, Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current pain and headache reports*, 11, no 5, 333-338.
- CAFARELLA, P.A., EFFING, T.W., USMANI, Z.A., FRITH, E.A., 2012, Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A literature review. *Respirology*, 17, no 4, 627-638.
- Canadian Mental Health Association., 2008, Mental Health Promotion in Ontario: A Call to Action. Ottawa: Canadian Mental Health Association. Canadian Mental Health Association, Ottawa. Sur internet: [http://ontario.cmha.ca/public\\_policy/mental-health-promotion-in-ontario-a-call-to-action/](http://ontario.cmha.ca/public_policy/mental-health-promotion-in-ontario-a-call-to-action/) (Consulté le 11 août 2014).
- Canadian Mental Health Association., 2008, The relationship between mental health, mental illness and chronic physical conditions. Canadian Mental Health Association, Ottawa. Sur internet: [http://ontario.cmha.ca/public\\_policy/the-relationship-between-mental-health-mental-illness-and-chronic-physical-conditions/](http://ontario.cmha.ca/public_policy/the-relationship-between-mental-health-mental-illness-and-chronic-physical-conditions/) (Consulté le 11 août 2014).
- COUILLARD, A., MUTR, J.F., VEALR, D., 2010, COPD recent findings: Impact on clinical practice. *COPD*, 7, no 3, 204-213.
- CROSS, N.J., McCRAE, C.S., SMITH, K.M., CONTI, J.B., SEARS, S.F., 2010, Comparison of actigraphic and subjective measures of sleep in implantable cardioverter defibrillator and coronary artery disease patients. *Clinical cardiology*, 33, no 12, 753-759.
- FULLER-THOMSON, E., NIMIGON-YOUNG, J., BRENNENSTUHL, S., 2012, Individuals with fibromyalgia and depression: Findings from a nationally representative Canadian survey. *Rheumatology international*, 32, no 4, 853-862.
- HUANG, K.L., TZENG-JI, C., CHOU, Y.H., BAI, Y.M., 2009, Comorbidity of cardiovascular diseases with mood and anxiety disorder: A population based four-year study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63, no 3, 401-409.
- HYNNINEN, K.M., BRETTVE, M.H., WIBORG, A.B., PALLESEN, S., NORDHUS, L.H., 2005, Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of psychosomatic research*, 59, no 6, 429-443.
- LANGER, M., PETERMANN, E., 2010, Influence of depression on fibromyalgia: A systematic review. *Schmerz*, 24, no 4, 326-333.
- LEUCHT, S., FOUNTOLAKIS, K., 2006, Improvement of the physical health of people with mental illness. *Medical comorbidity. Current Opinion in Psychiatry*, 19, no 4, 411-412.
- MAURER, J., REBBAPRAGADA, V., BORSON, S., GOLDSTEIN, R., KUNIK, M.E., YOHANNES, A.M., et al., 2008, Anxiety and depression in COPD: Current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest*, 134, no 4 (Suppl), S43-S56
- Nexus Santé., 2011, Collaborer avec les francophones en Ontario : de la compréhension du contexte à l'application des pratiques prometteuses. Guide. Nexus Santé, Toronto. Sur internet: [http://www.reseaux.ca/images/Resources/francophones\\_guide\\_French.pdf](http://www.reseaux.ca/images/Resources/francophones_guide_French.pdf) (Consulté le 11 août 2014)
- PAHWA, P., KARUNANAYAKE, C.P., 2009, Modeling of longitudinal polychotomous outcome from complex survey data-application to investigate an association between mental distress and non-malignant respiratory diseases. *BMC medical research methodology*, 9, 84.
- PICARD, L., ALLAIRE G., 2005, Second Report on the Health of Francophones in Ontario, The Public Health Research, Education and Development (PHRED) Program and the Institut francoontarien.
- QURESHI, S.U., PYNE, J.M., MAGRUDER, K.M., SCHULZ, P.E., KUNIK, M.E., 2009, The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: a systematic review. *The Psychiatric quarterly*, 80, no 2, 87-97.
- REDLINE, S., POODY, J., 2011, Sleep Disturbances: Time to Join the Top 10 Potentially Modifiable Cardiovascular Risk Factors?. *Circulation*, 124, no 19, 2049-2051.
- Rodriguez C., Thanlam S., 2007, The interplay of comorbidity among patients with medical illness and mental illness: a sociological perspective. Réunion annuelle de l'American Sociological Association, New York.
- SABOURIN, G., 2011, Insomnia after an infarction? A Quebec team contributes an explication. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 8, no 2, 33.
- SIVERTSEN, B., KROKSTAD, S., ØVERLAND, S., MYKLETUN, A., 2009, The epidemiology of insomnia: Associations with physical and mental health: The HUNT-2 study. *Journal of psychosomatic research*, 67, no 2, 109-116.
- SPIEGELHALDER, K., SCHOLTES, C., RIEMANN, D., 2010, The association between insomnia and cardiovascular disease. *Nature and science of sleep*, 2, 71-78.
- Statistique Canada., 2002, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Cycle 1.2. Spécifications des variables dérivées (VD). Fichier de microdonnées à grande diffusion. Statistique Canada, Ottawa. Sur Internet: [http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/document/5015\\_D8\\_T9\\_V1-fra.pdf](http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/document/5015_D8_T9_V1-fra.pdf) (Consulté le 11 août 2014)
- Statistique Canada., 2003, Renseignements contextuels pour la diffusion des données. Statistique Canada, Ottawa. Sur internet: [http://www23.statcan.gc.ca/concepts/health-sante/cycle1\\_2/context-fra.html](http://www23.statcan.gc.ca/concepts/health-sante/cycle1_2/context-fra.html) (Consulté le 11 août 2014)
- Statistique Canada., 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cycle 1.2. Santé mentale et bien-être. Statistique Canada, Ottawa. Sur Internet: [http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/instrument/5015\\_Q1\\_V1-fra.pdf](http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/instrument/5015_Q1_V1-fra.pdf) (Consulté le 11 août 2014)
- TAYLOR, D.J., MALLORY, L.J., LICHTSTEIN, K.L., DURRENCE, H.H., RIEDEL, B.W., BUSH, A.J., 2007, Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*, 30, no 2, 213-218.
- UCHIMURA, N., 2011, Hypertension and insomnia. *Nihon Rinsho*, 69, no 12, 2275-2281.
- WOLFE, F., SMYTHE, H.A., YUNUS, M.B., BENNETT, R.M., BOMBARDIER, C., GOLDENBERG, D.L., et al., 1990, The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33, no 2, 160-172.



Raymond Tempier El Mostafa Bouattane John Hirdes

## L'accès aux services psychiatriques des Franco-Ontariens : serait-il limité?

**Auteurs :** Raymond Tempier<sup>1</sup>, El Mostafa Bouattane<sup>2</sup>, John Hirdes<sup>3</sup>

**Correspondant :** Dr Raymond Tempier, Professeur titulaire de psychiatrie, Université d'Ottawa, Psychiatre consultant, Hôpital Montfort, Ottawa, Ontario, Canada  
raymondtempier@montfort.on.ca

**Résumé :** nous savons que l'accès aux services des personnes de minorités culturelles et linguistiques est en général plus difficile que la population majoritaire. Nous avons voulu examiner l'accès aux services psychiatriques des Franco-Ontariens.

Nous avons donc examiné les contacts de patients francophones hospitalisés avec des psychiatres dans un contexte de soins aigus psychiatriques dans l'ensemble des services psychiatriques de l'Ontario. Nous avons utilisé une banque de données provinciale qui collecte le RAI-MH qui permet de mesurer un certain nombre d'indicateurs socio-démographiques, cliniques et administratifs.

Il en ressort que la plupart des patients francophones ont moins de contacts avec les psychiatres que les anglophones et cela ne dépend pas de l'âge, du sexe, de la région de provenance, du diagnostic ou de la dangerosité. Ces résultats montrent un manque d'équité dans l'accès aux services de psychiatres. Un accès plus équitable pour les Francophones demeure encore un défi pour le gouvernement de l'Ontario.

**Mots clés :** Franco-Ontariens, Minorités linguistiques, Services psychiatriques, Hospitalisations psychiatriques, Visites de psychiatre.

**Abstract :** we know that access to services for people of cultural and linguistic minorities is generally more difficult than the majority population. We wanted to examine access to mental health services for Franco-Ontarians.

We therefore examined contacts of hospitalized Francophone patients with psychiatrists in the context of psychiatric acute care across psychiatric services in Ontario. We used a provincial database that collects the RAI-MH an instrument that measures a number of socio-demographic, clinical and administrative indicators. It shows that most Francophone patients have less contact with psychiatrists than Anglophones and it does not depend on age, sex, region of origin, diagnosis or dangerousness. These results show a lack of equity in access to psychiatric services. More equitable access for Francophones remains a challenge for the Government of Ontario.

**Keywords :** Franco-Ontarians, Linguistic minorities, Psychiatric services, Psychiatric Hospitalizations, Psychiatrists visits.

1- Professeur titulaire de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa, Canada.

2- Administrateur, Hôpital Montfort, Ottawa, Canada

3- Professeur titulaire, School of Public Health and Health systems, Univ. de Waterloo, Waterloo, Canada.



*Le centre de consultations d'Iroquois Falls (Nord Est de l'Ontario), le 26 avril 2016. Photo de Raymond Tempier.*

## **I. Introduction**

L'accès aux services de santé mentale et de traitement optimal peut être un problème pour les minorités linguistiques et culturelles dans de nombreux pays. Parmi les populations ethniques des États-Unis, il existe une grande variation dans l'accès aux soins de santé mentale (Harris et al. 2005). Lorsqu'on examine l'accès aux services de santé mentale des Francophones au Canada, y compris au Québec, la plupart des Francophones souffrant de troubles mentaux ne recherchent pas de traitement (Tempier et al. 2010). Cependant, les Francophones Canadiens sont plus susceptibles de consulter des professionnels de santé mentale que les Européens, à l'exception des psychiatres qui sont plus consultés en Europe.

La faible compréhension de l'anglais et de la culture dominante anglo-saxonne ont été les principaux obstacles à l'accès aux services de santé mentale des Canadiens d'origine asiatique (Li et Browne, 2000). Un des meilleurs prédicteurs d'abandon de services est la différence de langue entre thérapeutes et clients (Flaskerud. 1986).

Aucune étude canadienne à notre connaissance n'a évalué de façon spécifique, le rapport entre la langue parlée de patients hospitalisés en psychiatrie et celle des psychiatres. Nous avons donc décidé d'étudier cette question, car savoir si le niveau ou la qualité des services de santé mentale reçus varie en fonction de l'appartenance à un groupe linguistique minoritaire demeure une question importante dans

un souci de planification et d'équité des services rendus. Nous avons donc pris comme exemple, l'hospitalisation en psychiatrie en soins aigus. Le principal objectif de notre étude était de comparer l'expérience des patients hospitalisés à partir de trois groupes linguistiques (français, anglais et parlant d'autres langues) en ce qui concerne les contacts journaliers avec des psychiatres hospitaliers dans les 3 premiers jours suivant l'admission en milieu psychiatrique. Cela comprenait toutes les hospitalisations psychiatriques volontaires et involontaires.

## **II. Méthodes**

Nous avons examiné l'accès aux psychiatres par groupe linguistique chez tous les patients hospitalisés en psychiatrie en Ontario entre 2005 et 2013, à l'aide d'une analyse secondaire de données faisant partie de la base de données de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). L'échantillon de l'étude se composait de 269,740 admissions en psychiatrie en Ontario, dont 4.259 admissions de personnes ayant le français comme langue de préférence. L'instrument de collecte de données a été le RAI MH ou Resident Assessment Inventory-Mental Health utilisé dans tous les services psychiatriques adultes de l'Ontario (Hirdes et al, 2002a; Martin et Hirdes 2009 ). Le RAI-MH comprend plus de 300 items cliniques et démographiques ainsi que des échelles d'évaluation validées, etc. Ce questionnaire est complété par des professionnels dans le cadre de leur pratique clinique habituelle. La fiabilité et la validité du RAI-MH ont été établies (Hirdes et al, 2002b; Martin

et al, 2009; Hirdes et al, 2008; Jones et al, 2010; Perlman et al, 2013; Gibbons et al, 2008; Chan et al, 2014). Notre variable dépendante était constituée par le nombre de contacts d'un psychiatre, basée sur des contacts quotidiens d'au moins 15 minutes. Les variables indépendantes comprenaient les raisons d'admission, l'âge, le sexe, la langue de préférence, la région de provenance, le type de patient et le diagnostic. En outre, trois échelles cliniques ont été utilisées pour identifier les patients dangereux pour eux-mêmes (une description détaillée de ces échelles est disponible dans Hirdes et al, 2011). La variable linguistique est basée sur la langue que la personne préfère généralement utiliser pour communiquer au quotidien.

L'approbation éthique pour les analyses secondaires de données a été obtenue au Bureau d'éthique de la recherche de l'Université de Waterloo, en Ontario.

Des analyses bi-variées ont été effectuées ainsi que des tests de chi carré pour différentes variables démographiques et cliniques. Un modèle de régression logistique a été utilisé pour examiner les effets indépendants de la langue sur l'accès à un psychiatre, après ajustement pour certaines variables potentielles de confusion. Compte tenu de la grande taille de l'échantillon, les niveaux de co-variables retenus dans le modèle de signification a été fixé à une valeur de  $p \leq 0,0001$  (pour une analyse plus détaillée de la méthode et des résultats, se reporter à l'article de Tempier et coll., 2015).

### III. Résultats

Le nombre de patients admis dans les hôpitaux de l'Ontario qui préfèrent utiliser le français est plutôt faible, à l'exception de 2 des 14 régions ou réseaux sanitaires 1). La région Champlain, correspondant à Ottawa et à l'Est de l'Ontario, et 2) Le réseau du Nord-Est, comprenant les villes de North Bay, Sault Ste Marie, Sudbury et Timmins. Le nombre total des Francophones en Ontario est d'environ 4,8%. Dans le Réseau Local Intégré de Services de Santé (RLISS) de Champlain, 20,1% utilisent le français et 23,3% dans le RLISS du Nord-Est (Recensement du Canada 2011). Mais, dans la plupart des régions de l'Ontario, les patients qui ont préféré utiliser le français représentent moins de 1% des admissions.

Les troubles de l'humeur et schizophréniques sont comparables dans les deux populations anglophones et francophones. Cependant, un plus faible pourcentage de patients francophones utilise des substances psychotropes par rapport aux anglophones. Les pourcentages de patients admis en raison de comportements dangereux étaient comparables entre groupes linguistiques. Les patients francophones étaient beaucoup moins susceptibles de voir des psychiatres quotidiennement, résultats significatifs à  $p < 0,0001$ . Après ajustement pour plusieurs variables dont la dangerosité, l'âge, le sexe, le diagnostic, la région sanitaire d'appartenance, les patients préférant parler le français avaient beaucoup moins de chances de contacts quotidiens avec un psychiatre (ratio de cote = 0,37).

### IV. Discussion et conclusion

Notre étude est la première à examiner l'accès ou le contact avec des psychiatres pour des patients qui parlent français, comparés à ceux qui parlent anglais ou d'autres langues, au cours des trois premiers jours d'une hospitalisation psychiatrique aiguë dans les services psychiatriques de l'Ontario, entre 2005 et 2013. Elle montre qu'il y a moins de visites de psychiatres pour les patients francophones. Elle comporte certaines limites dont le fait qu'on ignore combien de psychiatres en Ontario sont à l'aise pour communiquer en français. Aussi, certains francophones sont bilingues et ont pu être classés dans le groupe anglophone. On sait, par notre pratique, que, dans beaucoup de services psychiatriques de l'Ontario, les patients francophones ont tendance à parler l'anglais avec les médecins.

Il faut donc être prudent avant de tirer des conclusions définitives devant un phénomène complexe. Ces résultats demandent à être répliqués pour d'autres intervenants de santé mentale, voire éventuellement d'autres provinces canadiennes. Ces visites de psychiatres doivent être considérées comme un indicateur, mais ne reflètent pas l'ensemble de la prise en charge par une équipe multidisciplinaire. Pour vérifier si une norme inférieure de soins est associée à l'appartenance à une minorité linguistique, ces analyses doivent être reproduites avec d'autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire de santé mentale (infirmières, travailleurs sociaux, etc.).

Néanmoins, cette étude démontre une possible inégalité d'accès aux services psychiatriques des Franco-Ontariens. Le défi politique pour cette province officiellement bilingue est donc de savoir comment assurer un accès équitable à des services de santé mentale pour des Francophones en particulier, lorsque leur nombre est faible. Il est important de valider avec d'autres recherches si, en fait, l'inégalité d'accès pourrait avoir un lien direct avec des soins de moindre qualité. Avec l'introduction des nouvelles méthodes de réforme du financement des hôpitaux de l'Ontario, le gouvernement cherche toujours à réduire les coûts des services. Mais la considération de l'égalité d'accès aux services pour les minorités pourrait permettre d'alléger et de contrôler certains coûts du système de santé et doit faire partie de l'équation entre rationalisation des coûts et accès pour tous au système de santé.



Masbeson (Nord Est de l'Ontario), le 25 avril 2016. Photo de Raymond Témplier.

## Bibliographie

1. R. Témplier, E. Bouattane, J. Hirdes. Access to psychiatrists by French-speaking patients in Ontario Hospitals: 2005 to 2013. *Healthcare Management Forum* 2015, Vol. 28(4) 167-171.
2. Harris KM, Edlund MJ, Larson S. Racial and ethnic differences in the mental health problems and use of mental healthcare. *Med Care*. 2005; 43(8):775-784.
3. Témplier R, Vasiliadis HM, Gilbert F, et al. Comparing mental health of Francophones in Canada, France, and Belgium 12-month and lifetime rates of mental health service use (par 2). *Can J Psychiatry*. 2010; 55(5): 295-304.
4. Li HZ, Browne AJ. Defining mental illness and accessing mental health services: perspectives of Asian Canadians. *Can J Commun Ment Health*. 2000;19(1):143-159.
5. Snowden LR, Cheung FK. Use of inpatient mental health service by members of ethnic minority groups. *Am Psychol*. 1990; 45(3):347-355.
6. Whitley R, Kirmayer J, Groleau D. Understanding immigrants reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(4):205-209.
7. Langille D, Rainham D, Kisely S. Is Francophone language status associated with differences in the health services use of Rural Nova Scotians? *Can J Public Health*. 2012; 103(1): 65-68.
8. Flaskerud JH. The effects of culture compatible intervention on the utilization of mental health services by minority clients. *Commun Ment Health J*. 1986; 22(2):127-141.
9. Hirdes JP, Smith TF, Rabinowitz T, et al. The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter rater reliability and convergent validity. *J Behav Health Serv Res*. 2002; 29(4):419-432.
10. Martin L, Hirdes JP. Mental health needs and service use in Ontario. *Healthcare Management Forum*. 2009; 22(1): 40-46.
11. Martin L, Hirdes JP, Morris JN, Montague P, Rabinowitz T, and Fries BE. Validating the Mental Health Assessment Protocols (MHAPs) in the Resident Assessment Instrument Mental Health (RAI-MH). *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16(7):646-653.
12. Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, et al. Reliability of the inter RAI suite of assessment instruments: a 12 country study of an integrated health information system. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(1): 277.
13. Jones K, Perlman CM, Hirdes JP, Scott T. Screening cognitive performance with the Resident Assessment Instrument for Mental Health Cognitive Performance Scale. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(11):736-740.
14. Perlman CM, Hirdes JP, Barbaree H, et al. Development of mental health quality indicators (MHQis) for inpatient psychiatry based on the inter-RAI mental health assessment. *BMC Health Services Res*. 2013; 13(1):15.
15. Gibbons C, Dubois S, Ross S, et al. Using the Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH) to determine levels of care for individuals with serious mental illness. *J Behav Health Serv Res*. 2008; 35(1):60-70.
16. Chan CL, Lai CK, Chi I. Initial validation of the Chinese Inter-RAI Mental Health in people with psychiatric illness. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014; 18(3):182-189.
17. Hirdes JP, Curtin Telegdi N, Mathias K, et al. Inter-RAI Mental Health Clinical Assessment Protocols (CAPs) for Use With Community and hospital-Based Mental Health Assessment Instruments. Version 9.1. Washington, DC: inter-RAI; 2011.
18. Statistics Canada, Minister of Industry, 2012, Catalog no. 98-314-X201100, October. Retrieved from : [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as/as/98-314\\_x/98\\_314](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as/as/98-314_x/98_314)



Jean-Philippe É.  
Daoust

Steffie Grail

Catherine Juéry

Malik Ait Aoudia

## Évaluation du trouble de stress post-traumatique (TPST) en contexte transculturel : revue de la littérature et tentative de conceptualisation des enjeux primordiaux à considérer en psycho-pathologie

**Auteurs :** Jean-Philippe É. Daoust<sup>1</sup>, Steffie Grail<sup>2</sup>, Catherine Juéry<sup>3</sup>, Malik Ait Aoudia<sup>4</sup>

**Résumé :** L'intérêt grandissant des praticiens et des chercheurs, au cours de ces dernières années, pour les aspects transculturels en psychotraumatologie, a permis l'émergence d'une importante littérature critique sur les évaluations et les prises en charges cliniques des troubles psychotraumatiques. En fait, les évaluations élaborées à partir des nosographies réflexives actuelles tendent à se décentrer de la norme occidentale et encouragent l'évaluation et la prise en charge du psycho-traumatisme au travers d'un prisme culturel. C'est dans cette optique que cet article tente de questionner la symptomatologie traumatique au regard du système de valeurs de l'individu (culture, idiomes, croyances, etc.), composante essentielle d'une part de la compréhension des enjeux psychiques chez les patients victimes de traumatisme(s). D'autre part, il est également question de s'interroger sur l'impact du biais de l'évaluateur (stéréotypes, connaissances, antécédents traumatiques, etc.) quant à l'issue de l'évaluation psychiatrique et/ou psychologique du psycho-traumatisme. Ainsi, il semble intéressant et même judicieux de réfléchir autour de la conception d'un outil transculturel d'évaluation du psycho-traumatisme et de ses effets, prenant en compte à la fois la symptomatologie caractéristique du bénéficiaire de soins et la subjectivité de l'évaluateur. En prenant appui sur une revue de la littérature assez exhaustive, certains enjeux considérés primordiaux dans l'évaluation du psycho-traumatisme sont ici synthétisés dans une perspective transculturelle.

**Mots clés :** trouble de stress-post-traumatique ; trauma ; transculturelle ; évaluation ; psychologie et psychiatrie.

**Summary :** In recent years, there seems to be a growing interest from professionals and researchers in the field for the question of the transcultural psycho-traumatology. In fact, current thinking tends to decentralize from the western standard and encourage the assessment and management of psychological trauma through a cultural prism. With this in mind, this article attempts to investigate the psycho-traumatic symptomatology under the system values of the individual (culture, languages, beliefs, etc.); an essential component of the understanding of mental issues among patients who are victims of trauma(s). Moreover, it is also essential to question the impact of assessor's bias (stereotypes, knowledge, history of trauma, etc.) in light of the outcome of the psychiatric and psychological assessment of the psycho-traumatism. Therefore, it seems interesting and worth thinking around the design of a trauma assessment transcultural tool and its effect, taking into account both the characteristic symptoms of the care recipient and subjectivity of the assessor. Building on a fairly comprehensive review of the literature, some issues considered paramount in the assessment of psychological trauma are synthesized.

**Keywords :** posttraumatic stress disorder; trauma; transcultural perspective; psychiatric assessment.

1- Dr Jean-Philippe É. Daoust – Psychologue clinicien et professeur de psychiatrie et d'éducation à l'Université d'Ottawa – 206-745 chemin d'Aylmer, Gatineau, Québec, J9H 0B8 – jpdoust@uottawa.ca

2- Mme Steffie Grail – Psychologue clinicien – 206-745 chemin d'Aylmer, Gatineau, Québec, J9H 0B8 – steffie.grail@gmail.com

3- Mme Catherine Juéry – Ergothérapeute en santé mentale et doctorante en psychologie – 206-745 chemin d'Aylmer, Gatineau, Québec, J9H 0B8 – cjuery@vidotron.ca

4- M. Malik Ait Aoudia – Psychologue clinicien et doctorant en psychologie – 131 rue de Saussure 75017 Paris - aitaoudiam@gmail.com

Les troubles psycho-traumatiques, classés jusqu'à récemment parmi les troubles anxieux, sont aujourd'hui reconnus et répertoriés dans le manuel Diagnostiques et Statistiques des troubles Mentaux DSM-5 (APA, 2013) comme une entité clinique à part entière regroupant six catégories de troubles pouvant survenir dans les contextes de psycho-traumatisme et/ou de stress. Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) est de loin la forme la mieux connue et la plus diagnostiquée par les professionnels de la santé mentale. Cependant, le DSM, qui a été élaboré sur des bases conceptuelles a-théoriques, présente, dans nombre de cas, des limites nosographiques catégorielles importantes, qui peuvent être à l'origine de sous-diagnostic de troubles bien réels, voir même générer des situations de non accès au soin pour des personnes qui pourtant présentent des souffrances cliniquement significatives.

Par ailleurs et dans certains contextes culturels, les réactions psycho-traumatiques, qui occasionnent des souffrances individuelles, se complexifient dans des systèmes de codification culturelle menant à une forme de résilience « forcée », où les individus sont contraints d'apprendre, par des processus de résignation acquise, à fonctionner avec leur symptôme et souffrance.

Des six catégories de troubles liés aux traumatismes et au stress du DSM-5, laquelle correspondrait aux conséquences psychologiques des violences conjugales ? Est-il possible de parler de TSPT chez cette femme, victime de violences verbales sous forme d'insultes répétées par son conjoint, durant plus de quinze années et qui présente une symptomatologie spécifique du trouble, sans correspondre au premier critère du DSM-5 (APA, 2013) relatif à l'exposition à la mort ou à des menaces de mort, à des blessures graves, ou encore à de la violence sexuelle ? Qu'elle évaluation proposée pour cet homme, menacé de mort dans son pays et réfugié dans un pays d'accueil où il aura fallu presque quatre ans avant qu'il puisse accéder à des services en santé mentale, qui, bien loin d'exposer le contenu manifeste d'un vécu traumatique, souligne sa chance d'être ici en vie, et qui, sans correspondre à tous les critères du TSPT se plaint de douleurs somatiques intenses ? Et pourquoi n'est-il pas question d'un TSPT comme hypothèse diagnostique pour cet homme, sorti depuis quelques jours d'un centre de traitement du virus Ebola, qui rapporte une fatigue intense associée à des douleurs articulaires et musculaires, et qui attribue sa situation actuelle d'être sans toit et sans argent au rejet dont il est victime par sa propre communauté ?

Autant de questions pour autant de bénéficiaires de soins qui ne correspondent pas, à proprement parler, à une somme de critères diagnostiques permettant l'évaluation précise d'un trouble. Mais cela signifie-t-il qu'il faut se contenter de faire une évaluation parcellaire ou approximative des personnes qui consultent ou même, pire encore, renoncer à l'évaluation formelle des bénéficiaires de soins ? Il semble que non.

Le DSM-5, dans une partie spécifique liée aux aspects culturels et intitulée « cultural formation », fournit un cadre de travail pour l'évaluation des caractéristiques culturelles liées à un problème de santé mentale (i.e. comment

il est relié à un contexte culturel et social et à une histoire donnée). Il est également question dans cette analyse, de différencier culture, race et ethnie. Toujours selon le DSM-5, la culture est un système ouvert et dynamique de savoirs, de concepts et de pratiques apprises et transmises à travers les générations. La race, quant à elle, correspond à un construit culturel de l'identité qui divise l'humanité en groupes sur la base de traits physiques (apparence externe) et de caractéristiques intrinsèques (composantes internes comme par exemple les gènes) (APA, 2013). En ce qui a trait à l'ethnie, il est aussi question d'un construit culturel de l'identité mais servant cette fois-ci à définir les communautés (avec une histoire, une géographie, une langue ou une religion commune) (APA, 2013).

En complément à la position du DSM-5, il semble falloir différencier les notions d'interculturel et de transculturel. Pour Clanet (1993), le terme interculturel renvoie à des notions de réciprocité dans les échanges et de complexité dans les relations entre cultures. Il y a donc là, affaire de rencontres, du fait qu'il n'existe pas une culture mais des cultures. Par opposition au terme interculturel qui décrit des phénomènes issus du contact entre plusieurs systèmes culturels relativement autonomes, le terme transculturel (ou trans-culturalité) s'applique à des identités culturelles plurielles. Comme le suggère le préfixe trans, la vision transculturelle se situe au-delà des cultures.

Il est donc question dans cet article, malgré une mixité grandissante dans la société actuelle, de se questionner sur l'intégration des aspects transculturels dans l'évaluation et la prise en charge thérapeutique des bénéficiaires de soins victimes de psycho-traumatisme(s).

## *Méthodologie*

C'est dans le cadre de la création et de la validation exploratoire d'un nouvel outil d'évaluation transculturelle du psycho-traumatisme (Biyong, Daoust, Tempier & Grail, en préparation), qu'une réflexion a été entamée dans le domaine de la psycho-traumatologie transculturelle.

Il a été tout d'abord question de procéder à la recension des divers outils psychométriques existants pour l'évaluation du psycho-traumatisme et de ses effets, dans le but de mettre en relief toutes les composantes culturelles prises en compte, de même que celles qu'il serait intéressant de développer.

Cette recension a permis de retracer 78 outils d'évaluation (voir Tableau 1) permettant alors une mise en évidence des points essentiels à considérer en relation avec le TSPT ou au contraire certaines limites dans l'évaluation actuellement proposées, et particulièrement la prise en compte des aspects transculturels. À noter que les critères de recherche ont été restreints aux outils relatifs à l'histoire traumatique et à ceux en lien avec les symptômes du TSPT (quantité et sévérité) et ce, dans le contexte d'une évaluation chez les adultes seulement. Il est à noter ici qu'une attention toute particulière a été portée pour la recension des outils actuellement disponibles en langue française.

**TABLEAU 1 - Inventaire des outils psychométriques validés pour l'évaluation du psycho-trauma chez l'adulte**

N°	Outils psychométriques	Auteur(s)	Année	Mesure de Construit	Format	Adaptation française
1	ABS (Aftermath of Battle Scale)	King & al.	2003	Exposition aux conséquences de combats	Sous-échelle du DRRRI-2 Auto-questionnaire	Non
2	AFQ (Accident Fear Questionnaire)	Kuch, Cox & Drenfeld	1995	Symptomatologie traumatique liée à un accident de voiture	Auto-questionnaire	Non
3	ASDI (Acute Stress Disorder Interview)	Bryant, Harvey, Dang & Sackville	1998	État de stress aigu	Entrevue structurée	Non
4	ASDS (Acute Stress Disorder scale)	Beyant, Moulds & Guthrie	2000	État de stress aigu	Auto-questionnaire	Non
5	BTI (Brief Trauma Interview)	Schnurr, Vielhauer & Weathers	1995	Histoire traumatique	Entrevue structurée	Non
6	BTQ (Brief Trauma Questionnaire)	Schnurr, Vielhauer, Weathers & Finkel	1999	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Non
7	BTSI (Brief Trauma Screening Interview)	Brewin	2002	Histoire traumatique	Entrevue semi-structurée	Non
8	CAPS (Clinician Administered PTSD Scale)	Blake & al.	1990	Symptomatologie traumatique Fonctionnement social et professionnel	Version I et II Version DSM 5 Entrevue structurée	Oui
9	CDS-7 (Current Dissociation Scale - 7)	Scott & Stradling	1997	Dissociation traumatique	Auto-questionnaire	Non
10	CES (Combat Exposure scale)	Keane, Fairbank, Caddell, Zimering, Taylor & Mora	1989	Exposition aux combats	Sous-échelle du DRRRI-2 Auto-questionnaire	Non
11	DAPS (Detailed Assessment of Posttraumatic Stress)	Briere	2001	Symptomatologie traumatique	Entrevue structurée	Non
12	DEQ (Distressing Events Questionnaire)	Kubany, Leisen, Kaplan & Kofly	2000	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
13	DES-II (Dissociation Experience scale)	Bernstein, Carlson & Purnam	1993	Dissociation	Auto-questionnaire	Oui
14	DRRI-2 (Deployment Risk and Resilience Inventory 2)	Vogt, Smith, King & King	2012	Risques reliés au déploiement Facteurs de résilience	Suite de 17 échelles	Non
15	DTIS (Davidson Trauma scale)	Davidson	1997	Symptomatologie traumatique	Auto-Questionnaire	Oui
16	ELS (Evaluation of Lifetime Stressors)	Krinsley & al.	1993	Histoire traumatique	Entrevue structurée	Non
17	HI (Humiliation Inventory)	Harding & Luchetta	1999	Impact de la dérision, de la dégradation et de la dévalorisation	Auto-Questionnaire	Non
18	HLSS (Holmes Life Stress Scale)	Holmes	1976	Histoire traumatique	Auto-Questionnaire	Non
19	HTQ (Harvard Trauma Questionnaire)	Monica & al.	1992	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Oui
20	IES-R (Impact of Events Scale - Revised)	Horowitz	1979	Symptomatologie traumatique État de stress aigu	Auto-questionnaire	Oui
21	LASC (Los Angeles Symptom Checklist)	King	1995	Symptomatologie traumatique	Auto-Questionnaire	Oui
22	LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5)	Weathers & al.	2013	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Non
23	LEC-5-1 (Life Events Checklist for DSM-5 - Interview)	Weathers & al.	2013	Histoire traumatique	Auto-Questionnaire	Non
24	LEQ (Life Events Questionnaire)	Bugha & al.	1985	Histoire traumatique - Version adulte	Auto-questionnaire	Non
25	LEQ-SF (Life Events Questionnaire - Short Form)	Maclan & Pearlman	1992	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Non
26	LSC-R (Life Stressor Checklist-Revised)	Wolfe & al.	1997	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Oui
27	MINI (Mini International Neuropsychiatric interview)	Leclercq & Sheehan	1990	Symptomatologie traumatique	Entretien structuré	Oui
28	MPSS-SR (Modified PTSD Symptom Scale)	Falsetti, Resnick, Resick & Kilpatrick	1993	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Oui
29	MS-PTSD (Mississippi Scale - related PTSD)	Keane, Caddell & Taylor	1988	Symptomatologie traumatique	Auto-Questionnaire	Non
30	NDQ (Nightmare Distress Questionnaire)	Belicki	1992	Cauchemars	Auto-questionnaire	Oui (validation en cours) *
31	NWSEH (National Women's Study Event History)	Kilpatrick, Resnick, Saunders & Best	1996	Histoire traumatique	Sous-section du PSEI Entrevue structurée	Non
32	PC-PTSD (Primary Care - PTSD Screen)	Prins & al.	1999	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Oui (non validée)
33	PCL-5 (PTSD Checklist Scale - DSM 5)	Weathers & al.	2014	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Oui (validation en cours) *
34	PCL-C (PTSD Checklist Scale - Civilian version)	Weathers, Litz, Herman	1993	Symptomatologie traumatique	Version civile, militaire ou spécifique Auto-questionnaire	Oui
35	PCIT (Posttraumatic Cognitions Inventory)	Foa & al.	1999	Cognitions suite au traumatisme	Entrevue structurée	Non
36	PDEQ (Peritraumatic Dissociation Experience Questionnaire)	Birmes & al.	2003	Dissociation péri-traumatique	Auto-questionnaire	Oui
37	PDI (Peritraumatic Distress Inventory)	Brunet & al.	2001	Dérresse péri-traumatique	Auto-questionnaire	Oui
38	PDS (Posttraumatic stress Diagnostic Scale)	Foa	1996	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Oui
39	Penn Inventory for PTSD	Hammarberg	1992	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
40	PPSTD-R (Purdue PTSD Scale - Revised)	Lauterbach & Vrana	1996	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
41	PSEI (Potential Stressful Events Interview)	Kilpatrick, Resnick & Freedy	1996	Histoire traumatique	Entrevue structurée	Non
42	PSQI-A (Pittsburgh Sleep Quality Index - Addendum for PTSD)	Buyse & al.	1989	Troubles du sommeil post-traumatique	Auto-questionnaire	Oui
43	PSS (PTSD and Suicide Screener)	Briere	2001	Risque de suicide suite au traumatisme	Auto-questionnaire	Non

N°	Outils psychométriques	Auteur(s)	Année	Mesure de Construit	Format	Adaptation française
44	PSS (PTSD Symptoms Scale)	Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum	1993	Symptomatologie traumatique	Entrevue structurée	Oui
45	PSS-I (PTSD Symptoms Scale- Interview)	Foa	1993	Symptomatologie traumatique	Entrevue structurée	Non
46	PTSD-8	Hansen & al.	2010	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
47	PTSD-I (PTSD Interview)	Watson, Juba, Manifold, Kuvcala & Anderson	1991	Symptomatologie traumatique	Entrevue structurée	Oui
48	PTSS (Post-Traumatic Symptom Scale)	Holen	1990	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
49	R-CMS (Revised Civilian Mississippi Scale for PTSD)	Norris & Perilla	1996	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
50	SASRQ (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire)	Cardena, Koopman, Classen & Spiegel	2000	État de stress aigu Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Oui
51	SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV)	First, Spitzer, Gibbon & Williams	1996	Symptomatologie traumatique selon le DSM-IV	Entrevue structurée	Oui
52	SCL-90-R (Symptom Checklist - 90 - Revised)	Derogatis & Melisaratos	1983	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
53	SIDES (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress-NOS)	Pelcovitz & al.	1997	Symptomatologie traumatique (PTSD complexe)	Entrevue structurée	Non
54	SIDES-SR (Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress-NOS)	Spinazzola & al.	2001	Symptomatologie traumatique (PTSD complexe)	Auto-questionnaire	Non
55	SIP (Structured Interview for PTSD)	Davidson, Smith & Kudler	1989	Symptomatologie traumatique	Entrevue structurée	Non
56	SLESQ-R (Stressful Life Events Screening Questionnaire - Revised)	Goodman, Corcoran, Turner, Yuan & Green	1998	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Non
57	SPAN (Startle, Physiological arousal, Anxiety and Numbness)	Churchill & Davidson	1999	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
58	SPRINT (Short Post-Traumatic Stress Rating Interview)	Connor & Davidson	2001	Détresse post-traumatique Besoin de traitement	Auto-Questionnaire	Non
59	SPTSS (Screen for Posttraumatic Stress Symptoms)	Carlson	1997	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Non
60	SRE (Schedule of Recent Experience)	Holmes	1981	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Non
61	SRIP (Self-Rating Inventory for Posttraumatic Stress disorder)	Hovens	1994	Symptomatologie traumatique (PTSD complexe)	Auto-questionnaire	Non
62	SSS (Short Screening Scale of PTSD)	Breslau	1999	Symptomatologie traumatique	Auto-Questionnaire	Non
63	TAA (Trauma Assessment for Adults)	Resnick, Falsetti, Kilpatrick & Freedy	1996	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Oui
64	TAQ (Traumatic Antecedents Questionnaire)	Herman, Perry & van der Klok	1989	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Non
65	TES (Traumatic Events Scale)	Lauterbach & Vrana	1994	Histoire traumatique	Auto-Questionnaire Version civile ou militaire	Non
66	THQ (Trauma History Questionnaire)	Green	1996	Histoire traumatique	Auto-questionnaire	Oui
67	THS (Traumatic History Screen)	Carlson, Palmieri, Smith, Kimmerling, Ruzek & Burling	2005	Histoire traumatique	Auto-Questionnaire	Non
68	TLEQ (Trauma Life Events Questionnaire)	Kulhany & al.	2000	Histoire traumatique	Auto-Questionnaire	Non
69	TMI-PS (Traumatic Memory Inventory - Post Script version)	Hopper & van der Klok	2001	Mémoire traumatique	Entrevue structurée	Non
70	TOP 8 (Treatment Outcome PTSD Scale)	Davidson & Colket	1997	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Oui (non validée)
71	TRGI (Trauma related Guilt Inventory)	Kulhany & al.	1996	Culpabilité relative au trauma	Auto-Questionnaire	Non
72	TRNS (Trauma Related Nightmare Survey)	Davis, Wright & Borntraeger	2001	Cauchemars traumatiques	Auto-Questionnaire	Non
73	TRSI (Trauma Related Shame Inventory)	Kulhany & al.	1996	Honte relative au trauma	Auto-Questionnaire	Non
74	TSC-40 (Trauma Symptom Checklist - 40)	Elliot & Briere	1992	Symptomatologie traumatique	Auto-Questionnaire	Oui
75	TSF (Traumatic Scene Form)	Hopper & van der Klok	2001	Perception du trauma	Auto-Questionnaire	Non
76	TSI (Trauma Symptom Inventory)	Briere	1995	Symptomatologie traumatique	Auto-questionnaire	Oui
77	TSQ (Trauma Screening Questionnaire)	Brewin & al.	2002	Symptomatologie traumatique	Auto-Questionnaire	Oui
78	TSS (Traumatic Stress Schedule)	Norris	1990	Histoire traumatique	Entrevue semi-structurée	Non

\* Processus de traduction et de validation en cours par une équipe francophone internationale : Ali Aoudia, Daoust, Grail, Juéry et al. (2015 ; En cours).

En complément de la recension des outils psychométriques, une revue de la littérature existante dans le domaine a été effectuée et ce, afin de pouvoir bien comprendre et situer les enjeux spécifiques aux composantes culturelles dans l'évaluation du psycho-traumatisme en général et du TSPT en particulier.

Aux vues d'un nombre considérable d'articles existants au sujet du traumatisme d'une part et du transculturel d'autre part, il a été décidé de restreindre la recherche via une association de mots clés dans la base de données Pubmed / Medline. Les termes de recherche furent choisis en fonction de leur adéquation avec la problématique à l'étude et une

certaine volonté d'innovation. Voici le petit algorithme de recherche qui a été utilisé :

- 1) trauma AND transcultural
- 2) trauma AND transcultural AND symptoms
- 3) trauma AND transcultural AND assessment
- 4) trauma AND cultural AND assessment AND psychiatry

Certains articles jugés pertinents pour cette recherche ont également été ajoutés à la revue de la littérature au fil de l'avancée dans la recension (par exemple, via la consultation des références de certains articles clés). Ainsi, 127 articles ont été répertoriés et brièvement revus pour analyse de la pertinence.

Suite à ce premier niveau d'analyse, 56 articles ont été retenus, lus et synthétisés sous forme de tableau multiaxial (voir Tableau 2). Ce travail de synthèse a alors permis de mettre en évidence certains aspects qui apparaissent nécessaires à prendre en compte dans la poursuite de la réflexion sur l'évaluation transculturelle du psycho-traumatisme et/ou du TSPT. En plus de quelques informations de base, le Tableau

2 fait état d'un bref résumé du contenu pertinent de l'article recensé dans le cadre de la présente étude ; de même que les construits qui s'en dégagent et qui semblent applicables soit directement aux bénéficiaires de soins (le patient évalué > P) ou aux professionnels de la santé qui les évaluent (l'évaluateur > E).

**TABLEAU 2 - Revue de la littérature en lien avec les concepts « trauma, transculturel, évaluation et psychiatrie » (articles pertinents seulement)**

N°	Titre	Auteur(s)	Année	Bref résumé de l'article	Construits applicables au bénéficiaires de soins (Patient > P)	Adaptation applicables au professionnels de la santé (Évaluateur > E)
1	Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture	Mollica & al.	1990	Les réfugiés survivants de multiples traumatés et tortures peuvent être aidés par des soins psychiatriques. Ceci dit et bien que la symptomatologie générale s'améliore, beaucoup de symptômes somatiques persistent.	Somatisation (P1)	Connaissance du trauma (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2)
2	Assessment of life stress events : 'The ecology and measurement of traumatic stress disorder	Miller, Kamchenko & Krasnianski	1992	Perspective transculturelle du processus de mentalisation du trauma. (approche pharmacologique et psychothérapeutique)	Culture de référence (P2)	Connaissance de la culture (E2) Connaissance du trauma (E2)
3	'The Harvard Trauma Questionnaire : Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and post-traumatic stress disorder in Indochinese refugees	Mollica & al.	1992	Importance de connaître les symptômes traumatiques reliés à la culture pour adapter les outils d'évaluations.	Symptomatologie transculturelle (P1)	Connaissance de la culture (E2) Connaissance du trauma (E2) Choix des outils (E2)
4	Variations in therapeutic interventions for Cambodian and Chilean refugee survivors of torture and trauma : A pilot study	Morris & al.	1993	Adaptation de l'intervention thérapeutique en fonction de l'emphase mise sur la divulgation de l'expérience traumatique.	Histoire traumatique du pays (P3) Perception et interprétation du trauma (P1/P2)	Biais de l'évaluateur (E3) Connaissance du trauma (E2) Cadre de référence théorique (E2)
5	'Taranism, dancing mania and demonopathy : The anthro-political aspects of « mass psychogenic illness »	Bartholomew	1994	Biais de l'évaluateur > Les codes de conduites différent selon la culture.	Symptomatologie ésotérique (P1)	Stéréotypes (E3) Connaissance de la culture (E2) Capacités d'adaptation (E1) Capacité d'intersubjectivité (E1)
6	'The cultural context of anxiety disorders	Kirmayer, Young & Hayton	1995	Dans la psychiatrie contemporaine, la constellation « blessures, douleur, peur, anxiété, mémoire et imagination » est liée au TSPT.	Symptomatologie transculturelle (P1) Peur (P1) Blessure (P1) Mémoire traumatique (P1)	Connaissance du trauma (E2) Capacités d'adaptation (E1)
7	Modification of CAPS-1 for diagnostic of PTSD in Afghan refugees	Malekzai & al.	1996	Traduction et accommodation culturelle du CAPS.	Langue (P2)	Adaptation des outils (E2)
8	Multiple forms of stress in Cambodian adolescent refugees	Sack, Clarke & Seeley	1996	Malgré le long intervalle de temps depuis les événements traumatiques (guerre) les jeunes réfugiés et leurs parents rapportent leurs expériences de manière très cohérente.	Histoire traumatique du pays (P3) Mémoire traumatique (P1)	Connaissance du trauma (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2)
9	Complex posttraumatic stress disorder : An exploratory investigation of PTSD and DESNOS among Dutch war veterans	Jongedijk & al.	1996	DESNOS = symptomatologie plus large que le TSPT > entités toutes deux fréquemment rapportées par les vétérans.	Symptomatologie traumatique (P1) Histoire traumatique personnelle (P1)	Connaissance du trauma (E2)
10	'The impact of the Holocaust on the second generation : Norwegian Jewish Holocaust survivors and their children	Major	1996	Chez les enfants de survivants de l'Holocauste = syndrome de seconde génération > une certaine vulnérabilité psychologique en lien avec la perspective trans-générationnelle (pas de pathologie descriptible).	Dimension trans-générationnelle (P3)	Connaissance de l'histoire du pays (E2)
11	Psychological trauma, physical health and somatization	Ng & Norwood	2000	Relation entre trauma, santé physique et somatisation.	Somatisation (P1)	Choix des outils (E2) Connaissance du trauma (E2)
12	Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 post-conflict settings	Jong & al.	2001	Identification des facteurs de risques spécifiques pour chaque pays > importance des différences contextuelles	Culture de référence (P2) Histoire traumatique du pays (P3)	Connaissance de l'histoire du pays (E2)

N°	Titre	Auteur(s)	Année	Bref résumé de l'article	Construits applicables au bénéficiaires de soins (Patient > P)	Adaptation applicables au professionnels de la santé (Évaluateur > E)
13	Harvard Trauma Questionnaire Urdu translation : The only cross-culturally validated screening instrument for the assessment of trauma and torture and their sequelae	Halepota & Wasif	2001	Trauma et tortures laissent une cicatrice permanente sur les survivant(e)s > séquelles physiques, psychologiques et sociales. Harvard Trauma Questionnaire > seul instrument d'évaluation des séquelles du trauma et de torture validé trans-culturellement.	Blessures / Séquelles (P1) Histoire traumatique personnelle (P1) Histoire traumatique du pays (P3)	Connaissance de l'histoire du pays (E2) Connaissance du trauma (E2) Choix des outils (E2)
14	When immigration is trauma : Guidelines for the individual and family clinician	Foster	2001	Différenciation des stressors endémiques à l'expérience d'immigration en général vs les stressors de migration qui participent au trauma Recommandations concernant l'évaluation des immigrants ayant des problèmes de santé mentale.	Idiomes de détresse (P2) Langue (P2) Parcours migratoire (P3)	Connaissance de l'histoire du pays (E2) Connaissance du trauma (E2) Capacité d'intersubjectivité (E1)
15	Neuropsychological issues in the assessment of refugees and victims of mass violence	Weinstein, Fucetola & Mollica	2001	Certains symptômes psychiatriques (TSPT et dépression) chez les réfugiés et les victimes de violence de masse pourraient être secondaires aux traumas cérébraux.	Symptomatologie transculturelle (P1) Blessures (P1)	Choix des outils (E2)
16	The importance of cultural assessment	Sharma & Smith	2002	Importance de l'évaluation culturelle dans les soins prodigués aux patients.	Peurs et préoccupations (P1)	Capacités d'adaptation (E1) Capacités relationnelles (E1) Connaissance de la culture (E2)
17	Nursing in the Native American culture and historical trauma	Strubers & Lowe	2003	Le traumatisme historique est un fait significatif dans la communauté amérindienne qui affecte la santé mentale et le milieu social > stratégies culturellement appropriées.	Histoire traumatique du pays (P3)	Capacités d'adaptation (E1) Connaissance de l'histoire
18	Characteristics of addictions in Bosnia and Herzegovina A review of prevention programs	Mehic-Basara	2003	L'utilisation d'alcool et de drogues reste un gros problème social > fuite de la réalité et des difficultés sociales.	Addictions (P1) Histoire traumatique du pays (P3) Parcours migratoire (P3) Contexte social (P2)	Connaissance du trauma (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2)
19	The Mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes	Fox	2003	Besoin de développer des instruments d'évaluation sensibles aux africains. Expérience traumatique des réfugiés si complexe qu'une seule étiquette diagnostique est insuffisante.	Parcours migratoire (P3) Symptomatologie transculturelle (P1) Histoire traumatique du pays (P3)	Développement des outils (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2)
20	Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools - Survey in Cape Town and Nairobi	Sedar & al.	2004	Différences du taux de TSPT pour une même exposition traumatique au cours de la vie > différence attribuable au genre (et autres variables reliées au trauma).	Genre (P1) Symptomatologie transculturelle (P1) Histoire traumatique du pays (P3)	Connaissance de la culture (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2)
21	Do South African former detainees experience post-traumatic stress ? Circumventing the demand characteristics	Kagee	2004	Dimension transculturelle du TSPT > symptômes ≠ DSM (aujourd'hui of psychological assessment TSPT représente une conceptualisation occidentale).	Symptomatologie transculturelle (P1)	Choix des outils (E2) Connaissance du trauma (E2) Capacités d'adaptation (E1)
22	DESNOS in three post conflict settings : assessing cross-cultural construct equivalence	de Jong & al.	2005	Construit transculturel du DESNOS > non stable. Dimension transculturelle du TSPT > symptômes culturellement spécifiques.	Symptomatologie transculturelle (P1)	Connaissance du trauma (E2) Choix des outils (E2)
23	Trauma and cumulative adversity in women of a disadvantaged social location	Kubiak	2005	Augmentation du TSPT avec chaque trauma (effet de cumul). Augmentation de la prédiction du TSPT avec l'ajout de stressors chroniques > importance de la position sociale.	Histoire traumatique personnelle (P1) Contexte culturel (P2) Position sociale (P2)	Connaissance du trauma (E2)
24	Dream and the dead	Mestre	2006	La vision onirique des morts et son interprétation sont importantes dans le travail thérapeutique transculturel.	Langue (P2) Idiomes (P2) Parcours migratoire (P3) Rêves (P1)	Capacités relationnelles (E1) Capacités d'adaptation (E1) Capacité d'intersubjectivité (E1)

N°	Titre	Auteur(s)	Année	Bref résumé de l'article	Construits applicables au bénéficiaires de soins (Patient > P)	Adaptation applicables au professionnels de la santé (Évaluateur > E)
25	Cultural sensitivity : Making trauma assessment and treatment plans culturally relevant	Bryant & Njenga	2006	Interventions efficaces dans un contexte occidental mais pas forcément adaptées au contexte Asiatique (tsunami de 2004) > communication important entre religieux et patients > adaptation professionnels de santé, leaders aux communautés locales.	Contexte culturel (P2) Religion (P2) Réseau communautaire (P2) Idiomes (P2) Perception santé mentale (P2)	Capacités relationnelles (E1) Capacités d'adaptation (E1) Capacité d'intersubjectivité (E1) Connaissance de la culture (E2)
26	Practitioner review : Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma	Ehnholt & Yuk	2006	Manque de lignes directrices dans l'évaluation du trauma des jeunes réfugiés.	Parcours migratoire (P3) Histoire traumatique du pays (P3)	Connaissance de l'histoire du pays (E2) Connaissance du trauma (E2)
27	Culture, power, and practice in a psychosocial program for survivors of torture and refugee trauma	McKinney	2007	Maintien des relations de pouvoir traditionnel au sein des professions de la santé mentale > manque d'ouverture.	Parcours migratoire (P3)	Connaissance du trauma (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2)
28	Cultural sensitivity in screening adults for a history of childhood abuse : Evidence from a community sample	Thombs & al.	2007	Différenciation de la punition physique de l'abus physique > importance des facteurs culturels dans l'histoire du patient.	Perception du trauma (P2) Réseau familial (P2) Culture de référence (P2)	Capacité d'intersubjectivité (E1) Connaissance de la culture (E2)
29	An evaluation of the measurement equivalence of the Childhood Trauma Questionnaire - Short form across gender and race in a sample of drug-abusing adults	Thombs & al.	2007	Le terme « abus » est plus facilement endossé par les femmes que par les hommes Perception de l'abus physique différente selon la culture.	Genre (P1) Culture de référence (P2) Perception et interprétation du trauma (P1/P2)	Choix des outils (E2)
30	Screening for depression and PTSD in a Cambodian population unaffected by war	Silove & al.	2007	Les instruments de dépistages permettent d'éliminer les cas non pathologiques ; alors que les entretiens structurés permettent d'établir un diagnostic.	Symptomatologie traumatique (P1)	Choix des outils (E2)
31	Factor structure of PTSD symptoms among West and Central African refugees	Rasmussen Smith & Keller	2007	Dimension transculturelle du TSPT > symptômes « DSM (sensations somatiques : se toucher sous et/ou sur le cuir chevelu « crawling », chaleur intense dans le corps ou la tête, soudains mouvements du cœur « heart flying out »).	Symptomatologie transculturelle (P1) Idiomes de détresse (P2) Parcours migratoire (P3)	Choix des outils (E2) Connaissance de la culture (E2) Connaissance du trauma (E2) Capacité d'intersubjectivité (E1) Capacités d'adaptation (E1)
32	The Harvard Trauma Questionnaire : Adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and post-traumatic stress disorder in Iraqi refugees	Shoeb, Weinstein & Mollica	2007	Dimension transculturelle du TSPT > symptômes « DSM (chez les réfugiés irakiens > « Dayeg » : rumination, pauvre concentration, manque d'initiative, ennui, vertiges, insécurité / « Qalbak maqhood » : cœur comprimé, tristesse, anxiété / « Asabi » : irritabilité, nervosité / « Nafak Doeyoga » et Makhnook » : constriction dans la poitrine, respiration difficile / « Nafseetak ta'abana » : âme fatiguée, dépression).	Symptomatologie transculturelle (P1) Idiomes de détresse (P2) Stigmatisation (P2) Religion (P2)	Choix des outils (E2) Connaissance de la culture (E2) Connaissance du trauma (E2) Capacité d'inter-subjectivité (E1) Capacités d'adaptation (E1)
33	The experience of « mental trauma » and its transcultural application	von Peter	2008	Trauma relatif aux représentations culturelles.	Environnement (P3) Structure sociale (P2) Idiomes de détresse (P2)	Capacités d'adaptation (E1) Connaissances de la culture (E2) Capacité d'intersubjectivité (E1)
34	Nightmares, neurophenomenology and the cultural logic of trauma	Kirmayer	2009	Interprétation des rêves = reflet des systèmes de valeurs culturelles par la communauté (P2)	Rêves / Cauchemars (E1) Perception santé mentale (P2) Système de valeurs (P2)	Connaissance du trauma (E2) Capacité d'inter-subjectivité (E1)
35	Rehabilitating torture survivors	Sjilund & al.	2009	Importance portée aux composantes contextuelles pour assurer le succès du processus de réhabilitation des réfugiés ayant survécus aux tortures.	Histoire traumatique du pays (P3) Somatisation (P1) Parcours migratoire (P3) Réseau familial (P2) Réseau social (P2) Culture de référence (P2)	Capacités d'adaptation (E1) Connaissance de la culture (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2)
36	The relationship between somatization and post-traumatic symptoms among immigrants receiving care services	Aragona & al.	2010	Somatisation = possible signe de symptômes post-traumatiques non reportés.	Somatisations (P1)	Connaissance du trauma (E2)

N°	Titre	Auteur(s)	Année	Bref résumé de l'article	Construits applicables au bénéficiaires de soins (Patient > P)	Adaptation applicables au professionnels de la santé (Évaluateur > E)
37	A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard Trauma Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief-Revised : Are we measuring complicated grief or post-traumatic stress ?	O'Connor & al.	2010	« Un deuil compliqué » pourrait s'apparenter au TSPT dans le DSM.	Deuils / Pertes (P1) Symptomatologie traumatique (P1)	Connaissance du trauma (E2)
38	Immigration, trauma, living difficulties and psychopathology : A preliminary study in a primary setting	Carner & al.	2011	Niveau de détresse influencé par le nombre de traumas pré-migratoires et le parcours migratoire.	Parcours migratoire (P3) Histoire traumatique du pays (P3)	Capacités d'adaptation (E1) Connaissance de la culture (E2) Capacité d'intersubjectivité (E1)
39	Defining and delimiting trauma-related dissociation : A view from cultural psychiatry	Kirmayer	2011	Dissociation vue comme un processus social pouvant servir à transmettre la nature et l'intensité de la détresse traumatique.	Dissociation (P1) Symptomatologie ésotérique (P1) Idiomes de détresse (P2) Perception et interprétation du trauma (P2)	Connaissance de la culture (E2) Connaissance du trauma (E2) Capacité d'intersubjectivité (E1)
40	« My head is like a bag full of rubbish » : Concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants	Maier & Straub	2011	Dimension transculturelle du TSPT > symptômes « DSM. Le trauma des migrants est multifactoriel et psychosocial.	Symptomatologie transculturelle (P1) Idiomes de détresse (P2) Perception de la santé mentale par la communauté (P2) Parcours migratoire (P3)	Connaissance de la culture (E2) Connaissances du trauma (E2)
41	Reliability and validity of the Korean version of the Childhood Trauma Questionnaire - short form for psychiatric outpatients	Kim & al.	2011	Validité de la traduction Coréenne du Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).	Langue (P2)	Choix des outils (E2)
42	Posttraumatic idioms of distress among Darfur refugees : Houtan and Magnum	Rasmussen & al.	2011	Dimension transculturelle du TSPT > symptômes culturellement spécifiques > conceptualisation d'une classe de symptômes parallèle au construit occidental.	Symptomatologie transculturelle (P1) Idiomes de détresse (P2) Invalidité fonctionnelle (P1)	Choix des outils (E2) Capacité d'inter-subjectivité (E1)
43	Bakbat (broken courage) : The development and validation of the inventory to measure basket, a Cambodian trauma-based cultural syndrome distress	Chhim	2012	Validation d'un inventaire de détresse Cambodgien Dimension transculturelle du TSPT > symptômes culturellement spécifiques.	Symptomatologie transculturelle (P1)	Connaissance du trauma (E2) Choix des outils (E2)
44	PTSD and key somatic complaints and cultural syndromes among rural Cambodians : The results of a needs assessment survey	Hinton & al.	2012	Questionnaire sensible à la culture pour l'évaluation des effets du trauma chez les réfugiés Cambodgiens > Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (SSI).	Somatisations (P1) Idiomes de détresse (P2) Histoire traumatique du pays (P3) Symptomatologie transculturelle (P1)	Connaissance de la culture (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2) Connaissance du trauma (E2) Choix des outils (E2)
45	Local responses to trauma : Symptom, affect, and healing	Hinton, Kirmayer	2013	Dimension transculturelle du TSPT > symptômes « DSM. Compréhension du processus thérapeutique local.	Rituels de guérison (P2) Médecine traditionnelle (P2)	Capacités d'adaptation (E1) Connaissance de la culture (E2) Capacité d'inter-subjectivité (E1)
46	Bakbat (broken courage) : A trauma-based cultural syndrome in Cambodia	Chhim	2013	Bakbat : la peur qui suit une situation de détresse ou de danger pour la vie > trauma en soi > « courage cassé ». Dimension transculturelle du TSPT > symptômes spécifiques « DSM 5 (spécifiques au Bakbat).	Idiomes de détresse (P2) Histoire traumatique du pays (P3) Symptomatologie transculturelle (P1)	Capacités d'adaptation (E1) Connaissance du trauma (E2)
47	The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic : The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI)	Hinton & al.	2013	Questionnaire sensible à la culture pour l'évaluation des effets du trauma chez les réfugiés Cambodgiens > Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI) Dimension transculturelle du TSPT > symptômes spécifiques « DSM 5 (vertiges, étourdissements, maux de têtes, penser beaucoup, peur de mourir, etc.).	Somatisations (P1) Idiomes de détresse (P2) Histoire traumatique du pays (P3) Symptomatologie transculturelle (P1)	Connaissance de la culture (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2) Connaissance du trauma (E2) Choix des outils (E2)

N°	Titre	Auteur(s)	Année	Bref résumé de l'article	Construits applicables au bénéficiaires de soins (Patient > P)	Adaptation applicables au professionnels de la santé (Évaluateur > E)
48	A cross cultural validation of the Clinician Administered PTSD Scale for children and adolescents in a Dutch population	Diehle & al.	2013	Aucune validation transculturelle du CAPS-CA jusqu'à ce moment > validation de la version allemande du CAPS-CA.	Langue (P2)	Choix des outils (E2)
49	Trauma and posttraumatic stress disorder in transcultural patients with chronic pain	Berger, Piralic-Spizl, Alger	2014	Effet cumulatif du trauma sur la douleur chronique.	Histoire traumatique personnelle (P1) Somatisation (P1) Parcours migratoire (P3)	Connaissance du trauma (E2)
50	Traumatized refugees : Morbidity, treatment and predictors of outcome	Buhmann	2014	Les patients réfugiés souffrent de nombreuses comorbidités psychiatriques et somatiques > le TSPT n'explique pas tout.	Somatisations (P1) Comorbidités psychiatriques (P1)	Capacités d'adaptation (E1) Connaissance du trauma (E2)
51	Comparing the validity of the self-reporting questionnaire and the Afghan symptom checklist : Dysphoria, aggression, and gender in transcultural assessment of mental health	Rasmussen & al.	2014	Outils d'évaluation fondés sur la culture > capture d'éléments supplémentaires (d'autant plus pour les femmes).	Genre (P1) Symptomatologie transculturelle (P1)	Choix des outils (E2) Connaissance de la culture (E2)
52	A comparison of Israeli Jewish and Arab women's birth perceptions	Halperin, Sarid & Cwikel	2014	Différences de perception de l'accouchement selon les ethnies > prise en compte pour augmenter la satisfaction et minimiser la « traumatisation ».	Langue (P2) Religion (P2) Système des valeurs (P2) Perception et interprétation du trauma (P1/P2)	Capacités d'adaptation (E1) Connaissance de la culture (E2)
53	Patient experienced continuity of care in the psychiatric healthcare system a study including immigrants, refugees and ethnic	Danes Jensen & al.	2014	Préoccupations spécifiques aux immigrants et réfugiés dans un cadre de continuité des soins.	Perception de la santé mentale par la communauté (P2) Stigmatisation (P2) Parcours migratoire (P3)	Connaissance de la culture (E2) Connaissance de l'histoire du pays (E2) Capacités d'adaptation (E1) Capacité d'intersubjectivité (E1)
54	Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss	Nickerson & al.	2014	Type particulier d'expériences et de stressors des réfugiés (trauma de masse) > prédicteur de la symptomatologie spécifique.	Deuils / Pertes (P1) Parcours migratoire (P3) Histoire traumatique du pays (P3) Dimension transgénérationnelle (P3)	Connaissance de l'histoire du pays (E2) Connaissance du trauma (E2)
55	When psychiatrists are forced to deal with religion in daily practice	Moussaoui	2014	Importance de prendre en compte la religion et les croyances du patient dans la compréhension et le traitement de sa symptomatologie.	Religion (P2) Symptomatologie ésotérique (P1)	Connaissance de la religion (E2) Stéréotypes (E3)
56	Psycho-trauma, psychosocial adjustment, and symptomatic post-traumatic stress disorder among internally displaced persons Kaduna, Northwestern Nigeria	Lucef Sheikh & al.	2014	Recommandation d'une intervention psychosociale structurée dans le camp de Kaduna, pour améliorer les conditions de vie et traiter le trauma.	Histoire traumatique du pays (P3) Contexte social (P2)	Connaissance de l'histoire du pays (E2) Connaissance du trauma (E2)

### Principaux résultats en lien avec la revue de la littérature

La littérature existante au sujet de l'évaluation transculturelle du psycho-traumatisme, montre que la dimension culturelle fait couler beaucoup d'encre et suscite un intérêt non négligeable chez les psychologues et les psychiatres (et dans d'autres disciplines connexes) et ce, depuis de nombreuses années. A titre d'exemple et comme le souligne de nombreux articles, il est nécessaire de mettre à jour les enjeux migratoires et donc de comprendre et de s'adapter au mieux aux bénéficiaires de soins. Pour cela, il semble de mise de dire qu'il n'est pas possible de demander à un individu de se plier à des normes, des habitudes, des croyances, des idiomes de pensée et d'expression qui ne correspondent en rien à ce qu'il a appris et à ce qu'il connaît (Rasmussen et

al., 2011). En fait, les peurs et les préoccupations des individus varient selon leur histoire (Sharma & Smith, 2002) et de différents autres paramètres. Il est donc important de comprendre que le bénéficiaire de soins se présente au professionnel avec une perception et une compréhension des faits (et donc du psycho-trauma) relatives à son propre système de références (Kirmayer, 2011) ; système construit en fonction de divers facteurs (pays d'origine, ethnie, culture, religion, etc.) qui lui sont propres.

Il s'agit donc ici de comprendre l'identité culturelle de l'individu comme un aspect essentiel, bien trop souvent négligé (Berger et al., 2014), dans une évaluation psychiatrique et/ou psychologique dite traditionnelle (et en particulier dans l'évaluation du psycho-traumatisme). Il est à noter ici que ces spécificités qui font l'identité de

l'individu, l'amènent également à se questionner sur les symptômes qu'il peut présenter. En effet, il paraît évident que la compréhension des symptômes prend une tournure différente une fois que la dimension culturelle est prise en compte comme un facteur venant avoir un impact sur l'expression de la souffrance (von Peter, 2008). C'est pourquoi il apparaît essentiel de rester ouvert et de développer sans cesse nos capacités d'intersubjectivité ; c'est-à-dire, approcher l'Autre, différent de nous, comme sujet avec son propre système de valeurs, sa propre culture et sa propre réalité.

À ce sujet, certains auteurs mentionnent d'ailleurs très bien à quel point l'évaluateur peut venir influencer l'évaluation du psycho-traumatisme à son insu et ainsi amener des biais importants (Bartholomew, 1994). En fait, l'évaluateur possède aussi son propre système de références, sa propre histoire, sa propre culture, ses propres croyances... et donc sa propre perception de « la normalité » et de « l'anormalité », particulièrement en ce qui a trait à la santé mentale. L'évaluateur a également une certaine vision de la culture du bénéficiaire de soins qui vient le consulter et va donc être amené à porter un certain jugement sur cette culture et sur le clash qu'il peut y avoir entre cette culture et la sienne (ou peut-être pire encore mais de façon plus insidieuse, sur l'absence de clash du fait d'appartenir à la même culture). L'évaluateur va donc se construire, sans même s'en rendre compte, une opinion subjective (plus ou moins positive ou encore négative) sur le bénéficiaire de soins et ainsi interférer dans une certaine mesure dans l'évaluation en cours ; qu'elle soit psychiatrique et/ou psychologique. Il convient donc d'être prudent et de prendre en compte les recommandations faites dans de nombreux articles scientifiques qui traitent de la question ; recommandations que cet article tente de mieux opérationnaliser.

La revue de la littérature permet aussi de constater que le développement de ressources adaptées d'un point de vue culturel reste un enjeu majeur à prendre en compte dans les prochaines années. En effet et malgré l'intérêt grandissant pour le domaine et les nombreuses études jusqu'ici mises en œuvre (voir entre autres, Miller et al., 1992 ; Sharma & Smith, 2002 ; McKinney, 2007), il n'est pas rare de constater que les membres de la communauté scientifique soulignent la nécessité d'approfondir les réflexions amorcées et de les utiliser à des fins pratiques de développement d'outils standardisés plus adéquats au multiculturalisme actuel (Fox, 2003 ; Byant & Njenga, 2006).

Plus spécifiquement, de nombreux auteurs soulignent la nécessité de prendre en compte le contexte transculturel dans l'évaluation du traumatisme et de ses conséquences (von Peter, 2008 ; Rasmussen et al., 2011). Certains ont même mis en lumière des aspects spécifiques dans la symptomatologie traumatique de telle ou telle ethnie (ou culture) afin d'adapter les outils existants ou de développer un outil plus adéquat à l'évaluation de certaines populations. Par exemples, Malekzai et ses collaborateurs (1996) ont adapté le CAPS-1 pour le rendre applicable aux réfu-

giés Afghan alors que Shoeb, Weinstein & Mollica (2007) ont adapté le HTQ pour une utilisation auprès des réfugiés Iraquiens. Rasmussen, Smith & Keller (2007) ont, quant à eux, mis à jour une symptomatologie spécifique pour les réfugiés d'Afrique de l'ouest et d'Afrique centrale. Finalement, Chhim (2012) a développé un inventaire de détresse spécifique aux Cambodgiens.

Il est bon de saluer ici ces initiatives qui viennent se décentrer de la norme occidentale (construite par et pour les occidentaux) et d'encourager la continuité de telles avancées pour développer la compréhension des enjeux plus spécifiques à chaque région, ethnie ou culture. C'est en poursuivant ces recherches que le piège du « prêt à porter » pourra petit à petit laisser place à une réelle adaptation aux bénéficiaires de soins et ce, dans leur meilleur intérêt (et idéalement viser du « sur mesure » applicable à tous et chacun).

Ceci dit, il importe de souligner qu'aucun auteur ne semble avoir mis de l'avant jusqu'à présent l'importance de développer un outil qui permettrait une évaluation du psycho-traumatisme pour tous via une certaine souplesse et universalité. Il s'agirait alors d'inclure, dans un outil transculturel, des aspects propres à la psychiatrie occidentale mais également ceux non pris en compte dans le DSM-5 (comme par exemple, les croyances) et de travailler autour des aspects culturels, sociaux et historiques des bénéficiaires de soins. C'est dans cette optique que la présente réflexion s'est construite pour finalement s'ancrer autour de deux axes fondamentaux de questionnement :

- Le culturel et le transculturel dans la symptomatologie psycho-traumatique : dans quelle mesure est-il possible de comprendre les symptômes au-delà du DSM-5 ?
- Le biais du professionnel : en quoi l'évaluateur peut-il venir influencer la compréhension du trauma et le diagnostic inhérent ?

### *Opérationnalisation de la réflexion*

Bien qu'il soit possible de retracer de nombreuses traductions et/ou adaptations des outils d'évaluation occidentaux pour le psycho-traumatisme, il semble aujourd'hui nécessaire de réfléchir à la création d'un outil prenant en compte, dans son fondement même, le système de valeur de l'individu quel qu'il soit et ce, tant du côté du bénéficiaire de soins que de l'évaluateur.

C'est dans cette optique que le présent article s'inscrit en prenant appui sur un travail assez exhaustif de revue de la littérature existante et aussi sur notre pratique clinique personnelle et engagée auprès de victimes de psycho-traumatismes. L'objectif est de tenter de répertorier les composantes à prendre en compte dans l'évaluation du psycho-traumatisme et ce, dans une perspective transculturelle. Pour ce faire, il a été tenté de mettre en évidence les composantes propres à l'individu évalué (le bénéficiaire de soins ou le patient – P) et celles appartenant davantage au professionnel de la santé (l'évaluateur ; dimension externe au patient – E).

Ainsi, il a pu être mis en lumière trois grandes dimensions inhérentes aux patients (P1, P2 et P3) et donc relevant du bénéficiaire de soins en tant que tel (voir Figure 1). Il a également été possible de constater que le jugement de l'évaluateur doit être envisagé comme un élément clé à prendre considération dans l'évaluation psycho-traumatologique ou l'analyse clinique des bénéficiaires de soins.

C'est ainsi qu'il a été possible d'identifier trois grandes dimensions externes (E1, E2 et E3) aux bénéficiaires de soins et pouvant venir influencer l'issu de l'évaluation psychiatrique et/ou psychologique (voir Figure 2).

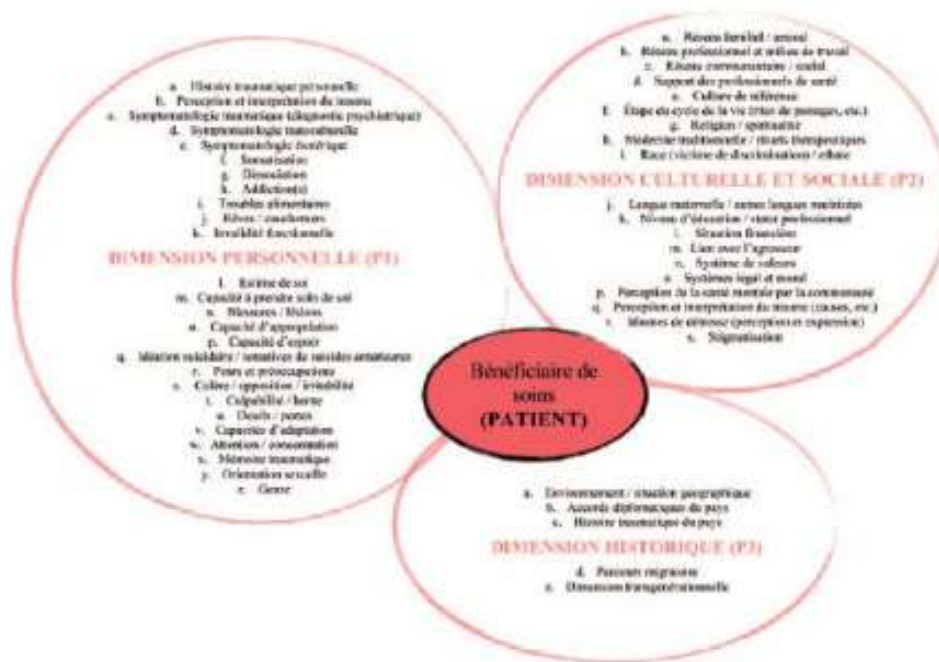


Figure 1 – Dimensions à considérer dans l'évaluation transculturelle du psycho-trauma (voies inhérentes aux bénéficiaires de soins ou patients)

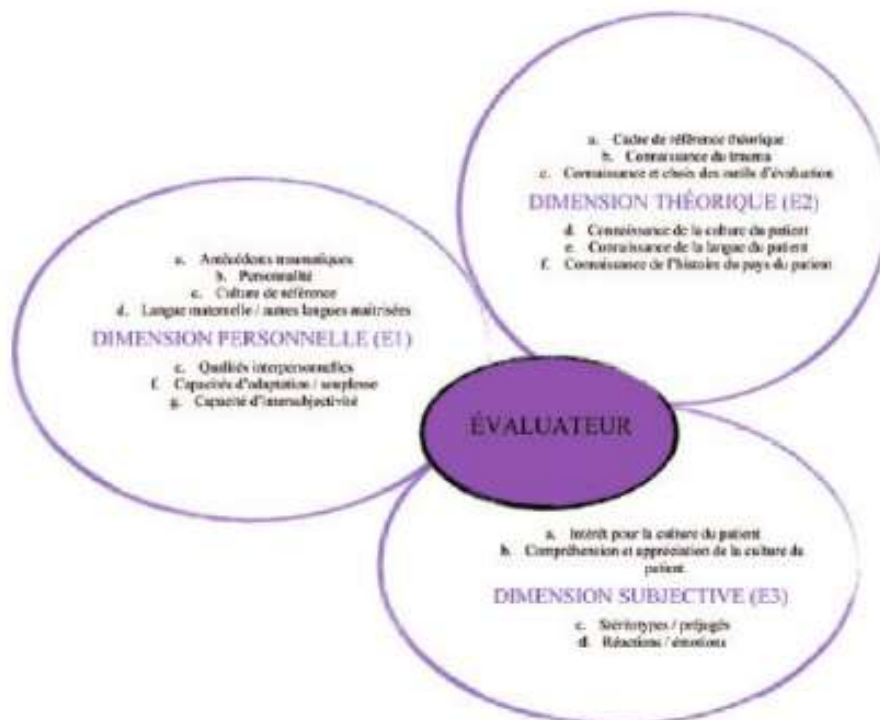


Figure 2 – Dimensions à considérer dans l'évaluation transculturelle du psycho-trauma (voies inhérentes aux professionnels de la santé ou évaluateurs)

Il est à noter que malgré une tentative précautionneuse d'apporter un maximum d'éléments à considérer dans l'évaluation du psycho-traumatisme, les présents auteurs n'ont aucunement la prétention de proposer une liste exhaustive. Néanmoins, il semble qu'il soit possible de mettre en évidence différents aspects qui, jusqu'à présent, n'étaient pas ou peu pris en compte dans l'évaluation du psycho-traumatisme (bien que leur importance soit pourtant soulignée dans le DSM-5 par exemple) et qui mériteraient une attention toute particulière dans un processus ultérieur de mise en forme d'un nouvel outil d'évaluation.

La première dimension propres aux patients a été intitulée « P1 - Personnelle » et se rapporte aux caractéristiques spécifiques de l'individu, à l'évènement traumatique en lui-même et à tout ce qui en découle comme conséquences. Ces dimensions personnelles sont : (a) l'histoire traumatique personnelle, (b) la perception et l'interprétation du traumatisme, (c) la symptomatologie traumatique et/ou le diagnostic psychiatrique de type DSM-5, (d) la symptomatologie transculturelle (non répertoriée dans la conceptualisation psychiatrique traditionnelle et conceptualisée sous le vocable de syndrome culturel dans le DSM-5), (e) la symptomatologie ésotérique (sorcellerie, possession, perte de l'âme, colère divine, magie noire, etc.), (f) la somatisation et les maux physiques, (g) la symptomatologie dissociative et la dissociation comme telle, (h) les addiction(s) en termes de substances (alcool, drogues, médicament, nicotine, caféine, etc.) et/ou de comportement (jeu pathologique, sites Internet, Facebook, jeux vidéo, téléphone intelligent, magasinage, chirurgie plastique, bronzage, cosmétique, sexualité, pornographie, sports, loisirs par exemple la lecture, travail, popularité, prestige, etc.), (i) les troubles alimentaires, (j) les mauvais rêves et les cauchemars, (k) l'invalidité fonctionnelle, (l) l'estime de soi, (m) la capacité à prendre soin de soi, (n) les blessures et les lésions, (o) la capacité d'appropriation (manque de contrôle, impuissance, passivité, etc.), (p) la manque d'espoir ou le désespoir, (q) l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide antérieures, (r) les peurs et les préoccupations, (s) la colère, l'opposition et l'irritabilité, (t) la culpabilité et la honte, (u) les deuils et les pertes, (v) les capacités d'adaptation, (w) le manque d'attention et de concentration, (x) la mémoire traumatique, (y) l'orientation sexuelle et finalement (z) le genre. Certaines de ces composantes peuvent être considérées dans un pôle négatif (difficulté ou absence) ou un pôle positif (absence de difficulté ou présence). À cela s'ajoute, et il s'agit d'une limite de la présente étude, il faudrait aussi envisager un processus évaluatif qui tienne compte de leçons apprises de la psychologie positive (par exemple et en termes (a) de sagesse et connaissance : curiosité, jugement critique ouverture d'esprit, sens de la mesure, (b) courage : bravoure, persévérance, intégrité, honnêteté, vitalité, (c) amour : gentillesse, capacité d'attachement intime, intelligence sociale, (d) justice : esprit de citoyenneté, impartialité, équité, (e) modération : humilité, maîtrise de soi, prudence, mansuétude et clémence et finalement, (f) transcendance : reconnaissance, optimisme, spiritualité et détermination.

Une seconde dimension propres aux patients a été désignée sous la dénomination « P2 - Culturelle et sociale » et a trait à l'environnement humain entourant le bénéficiaire de soins ; de même qu'aux caractéristiques spécifiques de sa communauté. Ces dimensions culturelles et sociale sont : (a) le réseau et support familial et/ou amical, (b) le réseau professionnel et le milieu de travail, (c) le réseau communautaire et social, (d) le support en provenance des professionnels de santé, (e) la culture de référence de l'individu, (f) l'étape du cycle de sa vie (rites de passage, période de son développement, etc.), (g) la religion et la spiritualité, (h) la médecine traditionnelle et les rituels thérapeutiques, (i) la race et l'ethnie, (j) la langue maternelle et les autres langues maîtrisées, (k) le niveau d'éducation et le statut professionnel, (l) la situation financière, (m) le lien avec l'agresseur (passé, actuel et futur), (n) le système de valeurs, (o) le système légal et moral, (p) la perception de la santé mentale par la communauté et les proches, (q) la perception et l'interprétation du trauma par la communauté et les proches, (r) les idiomes de détresse et finalement, (s) la stigmatisation.

Une dernière dimension propres aux patients a été intitulée « P3 - Historique » et se rapporte aux composantes suivantes : (a) l'environnement et la situation géographique, (b) les accords diplomatiques antérieurs, actuels et futurs du pays, (c) l'histoire traumatique du pays, (d) le parcours migratoire de l'individu mais aussi de sa communauté (victime de racismes, accès aux soins, pertes diverses, etc.) et finalement, (e) la dimension transgénérationnelle à un niveau familial mais également communal (par exemple, les traumatismes de masse : génocide, esclavage, etc.).

Maintenant et en ce qui a trait au professionnel qui procède à l'évaluation du bénéficiaire de soins, la première dimension identifiée a aussi été désignée sous l'appellation « E1 - Personnelle ». Cette dimension se rapporte aux caractéristiques identitaires de l'évaluateur à savoir, (a) ses antécédents traumatiques, (b) sa personnalité, (c) sa culture de référence en contraste ou non avec sa culture d'accueil, (d) sa langue maternelle et ses autres langues maîtrisées, (e) ses qualités interpersonnelles et sa capacité d'empathie, (f) ses capacités d'adaptation et sa souplesse et finalement, (g) sa capacité d'intersubjectivité.

La deuxième dimension propre à l'évaluateur a été intitulée « E2 - Théorique » et est en lien avec ses connaissances et ses références. Ces composantes concernent, (a) le cadre de référence théorique, (b) la connaissance des enjeux psychiques liés au traumatisme, (c) la connaissance et le choix des outils d'évaluation, (d) la connaissance de la culture du patient, (e) la connaissance de la langue du patient et finalement, (f) la connaissance de l'histoire du pays du patient.

La dernière dimension est appelée « E3 - Subjective » et se rapporte aux pensées de l'évaluateur face au patient à savoir : (a) son intérêt pour la culture du patient, (b) sa compréhension et son appréciation de la culture du patient, (c) ses stéréotypes et ses préjugés et finalement, (d) ses réactions et émotions (culpabilité, sentiment d'impuissance, etc.).

## Conclusion

La clinique du psycho-traumatisme renvoie à la notion d'impensable (im-pensable) et il est pourtant nécessaire pour l'évaluateur et éventuellement le thérapeute de mettre des mots sur les maux. Il lui faut en fait penser (panser) la souffrance à laquelle il est confronté pour parvenir à une certaine mentalisation amenant le patient à se re-définir au regard d'un vécu difficilement appropriable. Mais cela peut-il se faire sans prendre en compte, dans le fondement même de la relation avec le patient, ce qui le définit ? Il semble que re-placer le patient dans une position de sujet, nécessite de comprendre ce qui l'inscrit dans ce monde au-delà de son récit traumatique, et donc de saisir les aspects personnels, culturels, sociaux et historiques qui fondent son identité.

C'est dans cette optique qu'il nous paraît important de penser l'évaluation du psycho-traumatisme et de ses conséquences au-delà des symptômes spécifiques au Trouble de Stress Post-Traumatique (DSM-5) et de s'intéresser aux symptômes qui lui sont moins directement reliés (symptômes non spécifiques, ésotériques, etc.) afin de ne pas tomber dans l'erreur d'une évaluation de type « prêt-à-porter » (traduction et adaptation d'un questionnaire occidental par exemple), mais de tendre au contraire au plus près d'une évaluation de type « sur mesure ». Autrement dit, il faut s'attendre à faire des ajustements dans notre pratique quotidienne et ne pas chercher à prétendre que la médecine occidentale, faite par et pour les occidentaux, peut s'ériger comme la norme universelle faisant foi d'une bonne évaluation psychiatrique et/ou psychologique.

De plus, il semble essentiel pour l'évaluateur et encore plus le thérapeute d'avoir un questionnement constant sur sa clinique, d'aller au-delà des symptômes manifestes et de toujours chercher à prodiguer les meilleurs soins à ceux

qui viennent le consulter. Autrement dit, le professionnel doit adopter une dynamique intersubjective et soustraire son propre système de référence (sans l'évincer de l'équation) pour mettre en saillance celui du patient. Ceci est d'autant plus vrai que la clinique du professionnel c'est « lui ! », c'est ce qu'il pense, c'est ce en quoi il croit, c'est la manière dont il colore le monde avec son vécu et ses idéaux ; il est donc nécessaire de se décentrer de ce qu'il connaît pour approcher l'Autre au plus près de sa propre réalité. C'est dans ce sens qu'il serait intéressant d'inclure la dimension subjective de l'évaluateur dans l'évaluation clinique du patient, voire même dans l'outil d'évaluation lui-même (aspect non pris en compte dans les outils psychométriques existants).

À noter qu'il paraît important de se questionner sur les limites de cet aspect culturel afin de définir quels sont les situations que l'on pourrait qualifier d'« universellement psycho-traumatiques ». En effet, il semble qu'il ne soit possible de concevoir le transculturel qu'au travers des interdits fondamentaux permettant le vivre ensemble et qu'une acceptation inconditionnelle de certaines situations, sous couvert d'une appartenance culturelle spécifique, serait une erreur éthique sans précédent.

En conclusion, il apparaît opportun de citer Norman Sartorius (chercheur émérite pour les Nations-Unies) qui souligne avec justesse qu'il n'existe aujourd'hui plus de culture identifiable puisque la culture dite verticale est peu à peu remplacée par une culture transversale (mixité, métissage, migrations, etc.). C'est donc dans ce sens qu'il serait judicieux de réfléchir autour de la conception d'un outil transculturel d'évaluation du psycho-traumatisme et de ses effets, prenant en compte à la fois la symptomatologie caractéristique du patient et la subjectivité de l'évaluateur.

*<sup>1</sup> Notre position se veut en accord avec la mise en application des manuels de traitement à l'américaine mais transcende cette vision pour placer l'intervention thérapeutique au-delà d'une simple technique. Il nous apparaît que c'est dans des relations que l'être humain se construit et c'est dans des relations correctrices qu'il pourra espérer trouver son rétablissement psycho-traumatique.*

## Bibliographie

Aragona, M., Catino, E., Pucci, D., Carrer, S., Colosimo, F., Lafuente, M., Mazzetti, M., Maisano, B. & Geraci, S. (2010). The relationship between somatization and post-traumatic symptoms among immigrants receiving care services. *Journal of Traumatic Stress, 23* (5), 615-622.

Bartholomew, R. E. (1994). Tarantism, dancing mania and demonopathy: The anthropological aspects of « mass psychogenic illness ». *Psychological Medicine, 24* (2), 281-306.

Bartholomew, R.E. (1994). Tarantism, dancing mania and demonopathy : the anthropological aspects of « mass psychogenic illness ». *Psychological Medicine, 24* (2), 281-306.

Berger, M., Piralic-Spitzl, S. & Aigner, M. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in transcultural patients with chronic pain. *Neuropsychiatric, 28* (4), 185-191.

Berger, M., Piralic-Spitzl, S. & Aigner, M. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in transcultural patients with chronic pain. *Neuropsychiatric, 28* (4), 185-191.

Bryant, R.A. & Njenga, F.G. (2006). Cultural sensitivity : making trauma assessment and treatment plans culturally relevant. *The Journal of clinical psychiatry, 67* (2), 74-79.

Bryant, R.A. & Njenga, F.G. (2006). Cultural sensitivity: Making trauma assessment and treatment plans culturally relevant. *Journal of Clinical Psychiatry, 67* (Suppl. 2), 74-79.

Buhmann, C.B. (2014). Traumatized refugees: Morbidity, treatment and predictors of outcome. *Danish Medical Bulletin, 61* (8), B4871.

Carrer, S., Meuti, V., Catino, E., Pucci, D., Lafuente, M., Colosimo, F., Aragona,

M., Mazzetti, M., Maisano, B. & Geraci, S. (2011). Immigration, trauma, living difficulties and psychopathology: A preliminary study in a primary setting. *Rivista di psichiatria, 46* (2), 129-139.

Chhim, S. (2012). Baksoat (broken courage): The development and validation of the inventory to measure basket, a Cambodian trauma-based cultural syndrome distress. *Culture, Medicine and Psychiatry, 36* (4), 640-659.

Chhim, S. (2012). Baksoat (broken courage): the development and validation of the inventory to measure basket, a Cambodian trauma-based cultural syndrome distress. *Culture, Medicine and Psychiatry, 36* (4), 640-659.

Chhim, S. (2013). Baksoat (broken courage): A trauma-based cultural syndrome in Cambodia. *Medical Anthropology Quarterly, 32* (2), 160-173.

Clanet, C. (1993). **Introduction aux approches interculturelles et en sciences humaines, Toulouse Presses Universitaires du Mirail.**

de Jong, J.T., Komproe, I.H., Spinazzola, J., van der Kolk, B.A. & Van Ommeren, M.H. (2005). DESNOS in three post conflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress, 18* (1), 13-21.

de Jong, J.T., Komproe, I.H., Van Ommeren, M.H., El Masri, M., Araya, M., Khalid, N., van De put, W. & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and post-traumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association, 286* (5), 555-562.

Diehle, J., de Roos, C., Boer, F. & Lindauer, R.J. (2013). A cross cultural validation of the Clinician Administered PTSD Scale for children and adolescents in a Dutch

- population. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 4.
- Ehnholt, K.A. & Yule, W. (2006). Practitioner review : Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (12), 1197-1210.
- Foster, R.P. (2001). When immigration is trauma: Guidelines for the individual and family clinician. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (2), 153-170.
- Fox, S.H. (2003). The Mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. *Transcultural Psychiatry*, 40 (4), 488-506.
- Fox, S.H. (2003). The Mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. *Transcultural Psychiatry*, 40 (4), 488-506.
- Halepota, A. A. & Wasif, S. A. (2001). Harvard Trauma Questionnaire Urdu translation: The only cross-culturally validated screening instrument for the assessment of trauma and torture and their sequelae. *Journal of Pakistan Medical Association*, 51 (11), 285-290.
- Halperin, O., Sarid, O. & Cwikel, J. (2014). A comparison of Israeli Jewish and Arab women's birth perceptions. *Midwifery*, 30 (7), 853-861.
- Hinton, D.E. & Kirmayer, L.J. (2013). Local responses to trauma: Symptom, affect, and healing. *Transcultural Psychiatry*, 50 (5), 607-621.
- Hinton, D.E., Hinton, A.L., Eng, K.T. & Choung, S. (2012). PTSD and key somatic complaints and cultural syndromes among rural Cambodians: The results of a needs assessment survey. *Medical Anthropology Quarterly*, 26 (3), 383-407.
- Hinton, D.E., Kredlow, M.A., Pich, V., Bui, E., & Hoffmann, S.G. (2013). The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic : The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI). *Transcultural Psychiatry*, 50 (3), 347-370.
- Jensen, N.K., Johansen, K.S., Kastrup, M., Krasnik, A. & Norredam, M. (2014). Patient experienced continuity of care in the psychiatric healthcare system - a study including immigrants, refugees and ethnic danes. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 11 (9), 9739-9759.
- Jongedijk, R.A., Carlier, I.V., Scherelder, B.J. & Gersons, B.P. (1996). Complex posttraumatic stress disorder : An exploratory investigation of PTSD and DESSOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 577-586.
- Kagee, A. (2004). Do South African former detainees experience post-traumatic stress ? Circumventing the demand characteristics of psychological assessment. *Transcultural Psychiatry*, 41 (3), 323-336.
- Kim, D., Park, S.C., Yang, H. & Oh, D.H. (2011). Reliability and validity of the Korean version of the childhood trauma questionnaire - short form for psychiatric outpatients. *Psychiatry Investigation*, 8 (4), 305-311.
- Kirmayer, L.J. (2009). Nightmares, neurophenomenology and the cultural logic of trauma. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33 (2), 323-331.
- Kirmayer, L.J. (2011). Defining and delimiting trauma-related dissociation: A view from cultural psychiatry. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12 (4), 465-468.
- Kirmayer, L.J. (2011). Defining and delimiting trauma-related dissociation: a view from cultural psychiatry. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12 (4), 465-468.
- Kirmayer, L.J., Young, A. & Hayton, B.C. (1985). The cultural context of anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3), 503-521.
- Kubiak, S.P. (2005). Trauma and cumulative adversity in women of a disadvantaged social location. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (4), 461-465.
- Maier, T. & Straub, M. (2011). « My head is like a bag full of rubbish »: Concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants. *Qualitative Health Research*, 21 (2), 233-248.
- Major, E.E. (1996). The impact of the Holocaust on the second generation: Norwegian Jewish Holocaust survivors and their children. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 441-454.
- Malekzai, A.S., Niazi, J.M., Paige, S.R., Hendricks, S.E., Fitzpatrick, D., Leuschen, M.P. & Millimet, C.R. (1996). Modification of CAPS-1 for diagnostic of PTSD in Afghan refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (4), 891-898.
- Malekzai, A.S., Niazi, J.M., Paige, S.R., Hendricks, S.E., Fitzpatrick, D., Leuschen, M.P. & Millimet, C.R. (1996). Modification of CAPS-1 for diagnostic of PTSD in Afghan refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (4), 891-898.
- McKinney, K. (2007). Culture, power, and practice in a psychosocial program for survivors of torture and refugee trauma. *Transcultural Psychiatry*, 44 (3), 482-503.
- McKinney, K. (2007). Culture, power, and practice in a psychosocial program for survivors of torture and refugee trauma. *Transcultural Psychiatry*, 44 (3), 482-503.
- Mehic-Basara, N. (2003). Characteristics of addictions in Bosnia and Herzegovina - a review of prevention programs. *Medical Archives*, 57 (5-6), 23-28.
- Mestre, C. (2006). Dream and the dead. *Santé Mentale au Québec*, 31 (2), 97-107.
- Miller, T.W., Kamenchenko, P. & Krasniasnski, A. (1992). Assessment of life stress events : the etiology and measurement of traumatic stress disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 38 (3), 215-227.
- Miller, T.W., Kamenchenko, P. & Krasniasnski, A. (1992). Assessment of life stress events : the etiology and measurement of traumatic stress disorder. *International journal of social psychiatry*, 38 (3), 215-227.
- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S. & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire : Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and post-traumatic stress disorder in indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (2), 111-116.
- Mollica, R.F., Wyshak, G., Lavelle, J., Truong, T., Tor, S. & Yang, T. (1990). Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture. *American Journal of Psychiatry*, 147 (1) 83-88.
- Morris, O., Silove, D., Manicavasagar, V., Bowles, R., Cunningham, M. & Tarn, R. (1993). Variations in therapeutic interventions for Cambodian and Chilean refugee survivors of torture and trauma : A pilot study. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 27 (3), 429-435.
- Moussanai, D. (2014). When psychiatrists are forced to deal with religion in daily practice. *World Psychiatry*, 13 (2), 203-204.
- Ng, V. Norwood, A. (2000). Psychological trauma, physical health and somatisation. *Annals of the Academy of Medicine*, 29 (5), 658-664.
- Nickerson, A., Liddell, B. J., Maccallum, F., Steel, Z., Silove, D. & Bryant, R. A. (2014). Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry*, 14, 106.
- O'connor, M., Løsgaard, M., Shevlin, M. & Guldin, M.B. (2010). A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard Trauma Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief-Revised: Are we measuring complicated grief or post-traumatic stress ? *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (7), 672-679.
- Rasmussen, A., Katoni, B., Keller, A.S. & Wilkinson, J. (2011). Posttraumatic idioms of distress among Darfur refugees : Hozan and Magnum. *Transcultural psychiatry*, 48 (4), 392-415.
- Rasmussen, A., Katoni, B., Keller, A.S. & Wilkinson, J. (2011). Posttraumatic idioms of distress among Darfur refugees : Hozan and Magnum. *Transcultural psychiatry*, 48 (4), 392-415.
- Rasmussen, A., Smith, H. & Keller, K.S. (2007). Factor structure of PTSD symptoms among West and Central African refugees. *Journal of traumatic stress*, 20 (3), 271-280.
- Rasmussen, A., Smith, H. & Keller, K.S. (2007). Factor structure of PTSD symptoms among West and Central African refugees. *Journal of traumatic stress*, 20 (3), 271-280.
- Rasmussen, A., Ventevogel, P., Sancilio, A., Eggerman, M. & Panter-Brick, C. (2014). Comparing the validity of the self-reporting questionnaire and the Afghan symptom checklist : Dysphoria, aggression, and gender in transcultural assessment of mental health. *BMC Psychiatry*, 14, 206.
- Sack, W.H., Clarke, G.N. & Seeley, J. (1996). Multiple forms of stress in Cambodian adolescent refugees. *Child development*, 57 (1), 107-116.
- Seedat, S., Nyamai, C., Vythilingum, B. & Stein, D. J. (2004). Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools. Survey in Cape Town and Nairobi. *British Journal of Psychiatry*, 184, 169-175.
- Sharma, S.B. & Smith, M.K. (2002). The importance of cultural assessment. *SCI nursing*, 19 (4), 177-180.
- Sharma, S.B. & Smith, M.K. (2002). The importance of cultural assessment. *SCI nursing*, 19 (4), 177-180.
- Sheikh, T.L., Mohammed, A., Agunbiade, S., Ike, J., Ebiti, W.N. & Adekeye, O. (2014). Psycho-trauma, psychosocial adjustment, and symptomatic post-traumatic stress disorder among internally displaced persons Kaduna, Northwestern Nigeria. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 127.
- Shoeb, M., Weinstein, H. & Mollica, R. (2007). The Harvard Trauma Questionnaire : Adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and post-traumatic stress disorder in Iraqi refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 53 (5), 447-463.
- Shoeb, M., Weinstein, H. & Mollica, R. (2007). The Harvard Trauma Questionnaire : adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and post traumatic stress disorder in Iraqi refugees. *International journal of social psychiatry*, 53 (5), 447-463.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Mollica, R., Thai, M., Khiek, D., Lavelle, J. & Tor, S. (2007). Screening for depression and PTSD in a Cambodian population unaffected by war. *Journal of Nervous Mental Disease*, 195 (2), 152-157.
- Sjölund, B.H., Kastrup, M., Montgomery, E. & Persson, A.L. (2009). Rehabilitating torture survivors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41 (9), 689-696.
- Struthers, R. & Lowe, J. (2003). Nursing in the Native American culture and historical trauma. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (3), 257-272.
- Thombs, B.D., Bennett, W., Ziegelstein, R.C., Bernstein, D.P., Scher, D.P. & Forde, D.R. (2007). Cultural sensitivity in screening adults for a history of childhood abuse : Evidence from a community sample. *Journal of Internal General Medicine*, 22 (3), 368-373.
- Thombs, B.D., Lewis, C., Bernstein, D.P., Medrano, M.A. & Hanch, J.P. (2007). An evaluation of the measurement equivalence of the Childhood Trauma Questionnaire - Short form across gender and race in a sample of drug-abusing adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (4), 391-398.
- von Peter, S. (2008). The experience of « mental trauma » and its transcultural application. *Transcultural psychiatry*, 45 (4), 639-651.
- von Peter, S. (2008). The experience of « mental trauma » and its transcultural application. *Transcultural psychiatry*, 45 (4), 639-651.
- Weinstein, C.S., Fucetola, R. & Mollica, R. (2011). Neuropsychological issues in the assessment of refugees and victims of mass violence. *Neuropsychology Review*, 11 (3), 131-141.



Jean-Philippe É.  
Daoust

Gilles Fleury

## Outil de dépistage pour troubles concomitants : traduction canadienne-française et études des propriétés psycho- métriques du Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS)

**Auteurs :** Jean-Philippe É. Daoust<sup>1</sup>, Gilles Fleury<sup>2</sup>

**Résumé :** Le présent article vise la traduction et la validation canadienne-française du Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS). La version française a été intitulée Échelle Globale des Besoins Individuels – Dépistage bref (EGBI-DB). Le processus de traduction du GAIN-SS a été effectué selon une procédure multi-méthodes : (a) traduction/retraduction, (b) traduction de type comité, (c) étude de la validité apparente, (d) validation sommaire d'une version bilingue de l'instrument et finalement, traduction et adaptation du matériel complémentaire. Le processus de validation empirique de l'instrument a été effectué à l'aide à quatre étude permettant une évaluation : (a) de la validité de construit, (b) de la fidélité temporelle et (c) la validation concomitante et divergente. En conclusion, il semble que l'EGBI-DB possède de bonnes propriétés psychométriques en termes de fidélité et de la validité. Par conséquent, les franco-ontariens et plus largement les francophones peuvent désormais bénéficier d'un outil de dépistage des troubles concomitants disponible dans leur langue et validé empiriquement.

**Mots clés :** troubles concomitants, santé mentale, toxicomanie, dépistage, traduction française, validation franco-ontarienne.

**Abstract :** This article aimed at the French-Canadian translation and validation of the Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener (GAIN-SS). The French version was titled Échelle Globale des Besoins Individuels – Dépistage bref (EGBI-DB). The GAIN-SS translation was conducted in a multi-method process: (a) translation / back-translation (b) committee type translation, (c) face validity, (d) short validation of a bilingual version of the instrument and finally, translation and adaptation of the additional material. The empirical validation process of the instrument was performed using four study allowing evaluation of: (a) construct validity, (b) test-retest fidelity and (c) concurrent and divergent validity. In conclusion, it seems that EGBI-DB has good psychometric properties in terms of fidelity and validity. Therefore, the Franco-Ontarian and more broadly French speaking professionals can now benefit from a screening tool for concurrent disorders available in their language and empirically validated.

**Keywords :** concurrent disorder, Mental Health, addiction, screening tool, French translation, Franco-Ontarian Validation.

1- Dr Jean-Philippe É. Daoust : psychologue, Département de psychiatrie, Faculté de médecine – Université d'Ottawa (Ontario, Canada), Faculté d'éducation Université d'Ottawa (Ontario, Canada).

2- Dr Gilles Fleury : psychiatre, Département de psychiatrie, Faculté de médecine – Université d'Ottawa (Ontario, Canada).

Adresse de correspondance : Dr Jean-Philippe É. Daoust, Psychologie et Consultation Outaouais, 206-745 chemin d'Aylmer, Gatineau, Québec, J9H 0B8; jpdoust@uottawa.ca

Remerciements : Dr Mathieu Dufour, psychiatre, Dr Simon Beaudry, docteur en psychologie et Mme Valérie Lemieux, assistante de recherche.



Vue ouest d'Ottawa depuis la tour du Parlement. Photo Psy Casue, octobre 2013.

## Introduction

Tout individu ayant recours à des services de santé mentale et/ou de toxicomanie devrait faire l'objet d'un dépistage des troubles concomitants (Kessler, 2004 ; Minkoff, 2001 ; Rush et al., 2008 ; Santé Canada, 2002 ; Society of Biological Psychiatry, 2004). Ce type de dépistage est nécessaire puisque les troubles concomitants (problème de santé mentale jumelé à un usage problématique de substance) sont souvent difficiles à identifier (Santé Canada, 2002) et peuvent avoir un impact important sur les soins de santé. Or, un bon dépistage permet un accès rapide et uniforme aux services tout en minimisant les coûts (CAMH, 2002).

Ceci est d'autant plus important car la prévalence des troubles concomitants est élevée chez la population ayant des problèmes de santé mentale (Drake et al., 2004) et possiblement même sous-estimée (Rush et al., 2008). De surcroît, des évidences provenant d'une étude de Green, Drake, Brunette, & Noordsy (2007) suggèrent que les individus aux prises avec un trouble de santé mentale sévère et qui consomment des substances bénéficient moins des traitements offerts et présentent un taux de rechute et de réadmission en milieu hospitalier plus élevés que les individus qui n'ont pas de problème de consommation de substances (Green et al., 2007).

Le dépistage au sens large est un processus d'évaluation qui permet d'identifier la présence ou l'absence d'un trouble potentiel, et détermine lorsqu'une évaluation plus appro-

fondie est nécessaire. Dans le contexte des troubles concomitants, le dépistage permet aux cliniciens d'identifier et de différencier les individus qui sont atteints d'un trouble de santé mentale et/ou d'un trouble d'usage de substances afin de les référer au type de service et de traitement appropriés (Sacks, 2008).

Il est important de noter que le processus de dépistage ne cherche pas nécessairement à identifier le type et/ou la gravité d'un trouble, mais cherche plutôt à savoir si un individu est susceptible d'avoir un trouble et de là, indique si une évaluation supplémentaire est nécessaire. Dans certains cas, un instrument de dépistage peut suggérer la gravité du problème (p.ex., légère, modérée ou sévère) ainsi que la fréquence et la temporalité des symptômes si les seuils critiques (ou cliniques) de l'outil ont été validés pour une utilisation spécifique dans une population donnée (Sacks, 2008).

Étant donné que le traitement intégré fait partie des meilleures pratiques pour le traitement des troubles concomitants, il est approprié de chercher à offrir un outil de dépistage qui intègre les composantes de santé mentale et de l'utilisation problématique de substance (Santé Canada, 2002). C'est-à-dire qu'un dépistage intégré devrait être utilisé pour décrire l'interrelation entre les troubles de santé mentale et de la toxicomanie, chacun considéré dans le contexte de l'autre (Sacks, 2008). De toute évidence, les tentatives de traitement de la toxicomanie chez les personnes atteintes de troubles mentaux, et vice versa, doivent

commencer par la reconnaissance et le dépistage du problème (Santé Canada, 2002).

L'objectif de la présente étude vise à offrir un outil de dépistage des troubles concomitants pour les francophones; ce qui était peu ou pas disponible jusqu'à présent. Le tout se situe dans un contexte plus large où il y a une sensibilisation grandissante aux répercussions des barrières linguistiques sur l'état de santé de la population et sur l'importance d'offrir des services de qualité dans la langue maternelle du bénéficiaire de soins (Bowen, 2001). Cette réalité est particulièrement importante dans le contexte de la santé mentale où des subtilités dans l'expression et la compréhension du langage peuvent avoir un impact significatif (Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés, 1988 ; Nyman, 1991 ; Trauer, 1995 ; Stuart et al., 1996 ; Roberts & Crockford, 1997).

Ainsi, il semblait essentiel de s'assurer que les francophones de l'Ontario et de partout ailleurs puissent bénéficier de services de qualité et disponibles dans leur langue maternelle. Dans le contexte de la présente étude, le tout s'articule autour du dépistage des troubles de santé mentale et d'utilisation problématique de substance. Plus précisément, les auteurs s'intéressaient à vérifier si la version franco-ontarienne du Global Appraisal of Individual Needs – Short Screener (GAIN-SS), un outil de dépistage bien connu aux États-Unis, a les qualités nécessaires pour être utilisé de façon efficace pour être utilisé avec confiance en français.

### ***Le dépistage des troubles concomitants***

Le GAIN-SS est un dérivé de l'outil d'évaluation GAIN pour lequel d'importants travaux ont été menés en Illinois aux États-Unis. Le GAIN est basé sur des données probantes et prend assise sur une approche bio-psycho-sociale. Son administration doit être effectuée par un(e) professionnel(le) formé(e) et compétent(e) et ce, en recourant à plus de 100 sous-échelles qui permettent la correspondance avec le DSM-IV-TR (APA, 2000). La durée d'administration du GAIN varie habituellement entre 1 et 2 heures ; ce qui nécessite un investissement de temps important.

Puisque ce luxe clinique n'est évidemment pas accessible à tous, les auteurs du GAIN ont développé différentes versions du GAIN dont le GAIN-SS, qui constitue une version courte et mettant l'emphase sur le dépistage des troubles concomitants et non sur le diagnostic.

### ***Brève description du GAIN-SS***

Dennis, Chan et Funk (2006) ont démontré qu'en ce qui concerne les adolescents et les adultes, le GAIN-SS a : (a) une bonne consistance interne pour le dépistage global, (b) une corrélation importante avec les échelles du GAIN, (c) est très sensible pour identifier les personnes avec un trouble et finalement, (d) a une excellente spécificité pour discriminer les personnes qui n'avaient pas de trouble.

En fait, le GAIN-SS permet le dépistage standardisé et rapide de plusieurs problèmes de santé mentale et de toxicomanie selon quatre (4) grandes dimensions : (a) les problèmes internalisés tels que la dépression, l'anxiété et le sommeil, (b) les problèmes externalisés comme l'attention, l'impulsivité et les troubles de conduites, (c) les problèmes de substance(s) en lien avec l'alcool et la drogues et finalement (d) les problèmes de crime et de violence.

L'utilisation du GAIN-SS est actuellement conçue et validée pour la population clinique et générale âgé entre 12 et 65 ans et ce, dans le contexte où son administration peut être réalisée sous forme d'entrevue clinique ou de questionnaire auto-révéle ; le tout ayant une durée approximative de 20 minutes et de 10 minutes, respectivement. Les bénéfices de cet outil sont nombreux et entre autres, il facilite l'orientation vers les services cliniques hospitaliers ou communautaires appropriés et permet l'évaluation rapide du suivi tout en favorisant l'intervention précoce et en minimisant les ressources et le personnel requis.

Pour chacun des items du GAIN-SS, un choix de réponses est disponible et s'effectue via une échelle mesurant un aspect temporel et non une intensité de symptômes comme c'est habituellement le cas pour ce type d'outils psychométriques. Les choix de réponse temporelle s'échelonnent comme suit : (0) jamais, (1) il y a 1 an ou plus, (2) au cours des 2 à 12 derniers mois et finalement (3) au cours du dernier mois.

Dans ce contexte, le nombre de « 3 » est utilisé comme indice de référence du dernier mois où certaines problématiques seraient présentes et à investiguer davantage alors que le nombre de « 2 » et de « 3 » est utilisé pour identifier les gens qui ont probablement été aux prises avec des difficultés dans la dernière année. Le nombre de « 1, 2 et 3 » est, quant à lui, utilisé comme mesure de la sévérité symptomatique au cours de la vie de l'individu.

De par sa nature même, il est important de noter que le GAIN-SS peut parfois produire des résultats qualifiés de « faux positifs » ; c'est-à-dire qu'une prise de décision à l'effet de poursuivre l'investigation et/ou de référer un cas évalué est mise en place à tort puisqu'elle n'était pas nécessaire en réalité. Ce type d'erreur est prévisible et acceptable dans le contexte d'un dépistage. Par contre, un autre type d'erreurs, dite « faux négatifs » est à éviter du fait qu'un individu dans le besoin serait considéré à tort comme ne nécessitant pas de service alors qu'en réalité il en aurait besoin.

Bien que le GAIN-SS ait une grande utilité clinique, il était jusqu'à tout récemment uniquement disponible en anglais et en espagnol.

## ***Processus de traduction et de validation du GAIN-SS***

La présente section vise à faire un survol des principales étapes inhérentes au processus de traduction et de validation du GAIN-SS, outil qui a été intitulé : l'Échelle Globale des Besoins Individuels – Dépistage bref (EGBI-DB). Ces étapes sont les suivantes :

1. Travail de réflexion et de conceptualisation du projet de recherche (revue de la littérature, discussions et échanges, identification d'outils psychométriques potentiels, etc.) et sélection du GAIN-SS comme outil à traduire et valider ;
2. Obtention du droit d'utilisation du GAIN-SS auprès de Chestnut Health Systems (concepteur américain du GAIN-SS) via l'achat d'une licence ;
3. Obtention de l'autorisation officielle auprès de Chestnut Health Systems pour traduire en français le GAIN-SS et valider la traduction ;
4. Préparation et dépôt d'une demande auprès du Comité de recherche de l'Hôpital Montfort et obtention de l'autorisation éthique pour procéder au projet de recherche ;
5. Traduction du GAIN-SS selon une procédure multi-méthodes :

### **a. Processus de traduction – retraduction**

La traduction du GAIN-SS s'est d'abord effectuée via un processus de traduction (de l'anglais au français et ce, en considérant une traduction maison effectuée par un groupe d'individus intéressés par les troubles concomitants et indépendants des présents chercheurs) et de retraduction (du français à l'anglais). La version anglaise ainsi obtenue fut alors comparée à la version originale anglaise (VOA) ; un processus itératif qui a permis de développer une première version française de l'instrument. L'ensemble de cette démarche a été effectué par un premier sous-comité de professionnels bilingues en provenance du laboratoire de recherche des auteurs (psychologue, assistante de recherche et ergothérapeute).

### **b. Processus de traduction de type comité**

Puis, cette première version a été retravaillée dans le contexte d'une méthode de traduction de type comité (Brislin et al., 1973) où deux experts dans le domaine des troubles concomitants (deuxième sous-comité : psychiatre et psychologue) en sont arrivés à une deuxième version française.

### **c. Processus de validation apparente**

De là, cette version a été présentée à différents acteurs du système de santé et indépendants du groupe de recherche (N = 18 : 4 psychiatres, 1 psychologue, 1 travailleuse sociale, 1 infirmière, 1 gestionnaire, 1 secrétaire-réceptionniste, 2 doctorantes en psychologie, 2 clients hospitalisés en santé mentale, 2 clients d'un programme de santé mentale

externe et 3 individus issus de la population générale) et ce, afin d'obtenir leur opinion sur la validité apparente de l'instrument. Quelques modifications ont alors été apportées ; ce qui a permis d'en arriver à une troisième version française.

### **d. Processus de validation sommaire d'une version bilingue de l'instrument**

Par la suite, une version bilingue et hybride de l'instrument a été créée en intercalant de façon aléatoire les 4 items du GAIN-SS et de l'EGBI-DB (20 anglais et 20 français) ; le tout dans le but de pouvoir identifier des biais linguistiques et/ou culturels qui seraient dus à la traduction. Ce questionnaire combiné a été par la suite présenté à des individus bilingues (N = 12) et issus de la population générale. Leurs réponses aux questions anglaises et françaises ont été systématiquement comparées (par un troisième sous-comité : assistante de recherche et psychologue) ; un processus qui a permis d'identifier et de corriger au moins trois ambiguïtés importantes dans la traduction.

### **e. Obtention de la version francophone du GAIN-SS à savoir : l'EGBI-DB**

Ultimement, l'ensemble du processus de traduction a permis de créer une version francophone du GAIN-SS. Afin d'en vérifier la pertinence au niveau des propriétés psychométriques, des analyses de la fidélité et de la validité ont été par la suite effectuées.

### **f. Traduction et adaptation du matériel complémentaire**

Afin de favoriser une utilisation optimale de l'EGBI-DB, le matériel nécessaire à sa passation a aussi été traduit et adapté au contexte franco-ontarien.

### **6- Processus de validation empirique de l'instrument :**

#### **g. Afin d'être en mesure d'évaluer les qualités psychométriques de l'EGBI-DB, il fallait tout d'abord être en mesure de recruter des participants issus de différents milieux.**

Étant donné le contexte d'un outil de dépistage, il a été décidé dès le départ, qu'il serait bénéfique de recruter des participants en provenance non seulement de la population générale mais aussi de différents milieux cliniques (gens recevant déjà des services ou potentiellement dans le besoin). Pour ce faire, divers moyens ont été utilisés. En ce qui a trait à la population dite « générale », les participants ont surtout été recrutés grâce à l'envoi de courriels, l'utilisation d'un site Internet conçu à cette fin et des sollicitations diverses lors, par exemple, d'un salon public d'information ou d'une formation offerte au grand public. En ce qui concerne la population dite « clinique », les participants ont été recrutés à l'Hôpital Montfort (Ottawa, Ontario, Canada) ou dans des sites associés (Équipe Communautaire de Traitement Intensif ou ECTI d'Ottawa, cliniques médicales, centre de traitement des toxicomanies, etc.).



Vue est d'Ottawa depuis la tour du Parlement. Photo Psy Cause, octobre 2013.

**h. Afin d'obtenir le consentement libre et éclairé** des participants des formulaires spécifiques ont été conçus.

**i- Dans le but de répondre aux exigences de la validation empirique**, un quadruple protocole de recherche a par la suite été mise en place :

i. Étude 1 - Passation de l'EGBI-DB et récolte d'informations sociodémographiques. Il s'agit ici de la condition de base servant surtout à une évaluation de la validité de construit (analyse factorielle) ;

ii. Étude 2 – Passation de l'EGBI-DB à deux moments dans le temps afin de vérifier la fidélité temporelle de l'outil ;

iii. Étude 3 – Passation de l'EGBI-DB et d'une série d'autres outils psychométriques francophones, reconnu et déjà validés. Bien qu'en apparence facile à effectuer, le choix des outils complémentaires s'est avéré plutôt difficile étant données différentes contraintes de langue, de temps et de coût en terme de rapport qualité/prix. En dernière analyse, ce fut les versions françaises des mesures auto-révélees suivantes qui furent sélectionnées :

- Psychiatric Symptom Index (PSI-29; Ilfeld, 1976)
- General Well Being Scale (GWBS-14; Dupuy, 1978)
- Outcome Measure (OQ-45; Lambert et al., 1996)
- Emotion Scale (ES-16; Diener & Emmons, 1984)
- Satisfaction with Life Scale (SWLS-5; Diener et al. 1985)

iv. Étude 4 – Passation de l'EGBI-DB par un professionnel de la santé mentale (psychologue et résident en psychiatrie) avec entrevue complémentaire selon l'entrevue diagnostique Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0).

**j- Dans le cadre de la vérification des propriétés psychométrique de l'EGBI-DB**, il a été décidé de vérifier le tout dans des conditions permettant le plus possible de tester les limites d'utilisation de l'instrument auprès de population plus vulnérables comme des patients hospitalisés en psychiatrie et/ou présentant des troubles psychiatriques sévères et persistants :

v. Ainsi, l'étude 4D a été réservée aux personnes fréquentant les services externes de santé mentale de l'Hôpital Montfort et de son service associé, l'ECTI d'Ottawa. Les participants ont été sélectionnés au hasard selon la fréquentation des établissements entre les mois de février 2010 et septembre 2010 et les disponibilités des professionnels de la santé devant réaliser les entrevues.

vi. L'étude 2 a, quant à elle, été offerte à des personnes fréquentant les services internes et externes de santé mentale de l'Hôpital Montfort, les services internes de la Maison fraternité (centre de traitement des toxicomanies) et à quelques personnes issues de la population générale. La perspective de devoir suivre les gens dans le temps a probablement été la condition la plus contraignante de la présente étude.

vii. Les Études 1 et 3 ont été offertes autant à des personnes issues de la population générale qu'à des individus fréquentant des milieux cliniques (urgence hospitalière, services internes et externes de santé mentale en milieu hospitalier, cabinet de médecine familiale). La mise en place, l'encadrement et la réalisation d'un projet pilote à l'urgence de l'Hôpital Montfort se sont ici révélés une entreprise exigeante mais fort intéressante.

## ÉTUDE 1

Dans une première étape, l'Étude 1 avait comme objectif de vérifier les qualités psychométriques principales de l'EGBI-DB. Ce processus s'est exécuté en trois étapes à savoir, une analyse factorielle confirmatoire du modèle de mesure, une analyse de l'invariance de la structure factorielle de la version française par rapport à son homologue anglaise et finalement une analyse de la fidélité de l'échelle par cohérence interne.

### Méthode

Les participants ( $N = 771$  ;  $n = 440$  francophones et  $n = 331$  anglophones) ont été recrutés dans différents milieux cliniques (des services internes, externes et d'urgence en contexte hospitalier, une clinique de médecine familiale, une équipe de traitement en milieu communautaire et un centre de traitement de la toxicomanie) et auprès de la population générale (via des annonces ou un site Internet).

L'âge moyen des participants était de 43 ans ( $\text{É.T.} = 16$  ans). Il y avait au total 480 femmes et 275 hommes. Seize participants n'ont pas indiqué leur sexe sur le questionnaire. La plupart des participants occupaient un emploi à temps plein ou partiel (58.5%), les autres étant à la retraite (18.6%), aux études (9.8%), recevant une forme d'aide sociale (3.4%), ou toute autre forme d'occupation (9.7%). La majorité des participants étaient titulaires d'un diplôme d'études post-secondaire (56.1%), et étaient mariés ou en union libre (62.8%).

### Résultats et discussion

#### Analyses factorielles confirmatoires

Deux analyses factorielles confirmatoires ont tout d'abord été exécutées en parallèle, dans le but de comparer les indices d'ajustement de la version française à ses points de référence dans la version originale anglaise. Pour chaque groupe, les patrons de corrélation entre les items de l'EGBI-DB ont été examinés dans le cadre du modèle théorique à quatre facteurs (cinq items chacun) proposé par Dennis, Chan et Funk (2006) : dépistage des désordres internes (DI), dépistage des désordres externes (DE), dépistage des substances (S) et dépistage de crime/violence (CV). Les résultats de l'analyse suggèrent que le modèle à quatre facteurs s'ajuste adéquatement aux données tant pour la version anglaise ( $\chi^2_{(164)} = 615.01$ ; CFI = .929; RMSEA = .091; SRMR = .076) que la version française ( $\chi^2_{(164)} = 843.28$ ; CFI = .950; RMSEA = .097; SRMR = .082).

Pour chaque modèle, le ratio du chi-carré par rapport aux degrés de liberté se situe entre 3 et 5, indiquant un ajustement acceptable sans être excellent (c.-à-d.  $< 3$ ). En ce qui a trait à l'indice du « *Comparative Fit Index (CFI)* », un coefficient supérieur à .95 est normalement considéré comme excellent (Hu & Bentler, 1999), mais un coefficient plus grand que .90 est tout de même tributaire d'un bon ajustement aux données (Kline, 2005). À ce titre, les valeurs observées pour chaque modèle sont satisfaisantes. Le « *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)* » est une fonction de divergence (mauvais ajustement) calculée à partir des résiduels de prédiction, qui est sensible à la complexité du modèle. De façon générale, une valeur de RMSEA plus grande .10 indique un mauvais ajustement (Kline, 2005). Les valeurs observées pour la version anglaise comme la version française sont à l'intérieur des normes acceptables de ce paramètre. Finalement, l'indice reflétant les « *Standardized Root Mean Square Residuals (SRMR)* » représente une comparaison entre la matrice de covariance observée au niveau des données et la matrice de covariance implicite au modèle. Ainsi, un ajustement parfait serait reflété par une valeur de 0, mais des valeurs inférieures à .10 sont normalement acceptées (Kline, 2005). Encore une fois, les valeurs d'ajustement des deux modèles décrits plus haut sont satisfaisantes selon ce critère.

De façon générale, les coefficients de corrélation entre les facteurs latents de l'EGBI-DB sont similaires à ceux de la version originale anglaise, quoique généralement plus élevés (Figures 1 et 2). Les relations entre construits sont comparables pour les deux versions de l'échelle. Notamment, on dénote une forte association entre les désordres internes et les désordres externes (.80 pour l'EGBI-DB ; .75 pour le GAIN-SS) ainsi qu'une forte relation entre les substances et les crimes/violence (.91 ; .79). Une association importante apparaît aussi entre les désordres externes et les crimes/violence (.68 ; .74). Les relations entre les autres facteurs présentent un patron de corrélations modérées qui suivent des tendances similaires pour les deux modèles à l'étude. Finalement, l'analyse des poids factoriels associés aux variables manifestes de l'EGBI-DB suggère que ces indicateurs se comportent de façon similaire à la version originale anglaise. De plus, tous les poids sont d'une taille acceptable qui se compare au patron de la version originale.

Bref, l'ensemble des résultats démontre une structure statistiquement valide et conceptuellement juste. L'interprétation des indices d'ajustement décrits précédemment suggère que le modèle théorique à quatre facteurs fait preuve d'un ajustement adéquat aux données des échantillons anglais et français, sans toutefois révéler des indices d'un ajustement parfait. Il est important de rappeler, cependant, que l'essentiel du présent exercice était de démontrer la validité de la structure factorielle de la version française en utilisant la version anglaise comme point de référence. Il est ici assumé qu'il est fort improbable que la version française puisse démontrer des indices d'ajustement d'une meilleure qualité que ceux de la version originale. À ce chapitre, les résultats

proposent donc que l'EGBI-DB performe tout aussi bien que son homologue originale.

### **Invariance de la structure factorielle : EGBI-DB vs GAIN-SS.**

Bien que la validité de la structure factorielle de l'EGBI-DB ait été confirmée dans une première étape, il importait ensuite de vérifier que les paramètres et la structure du modèle demeuraient invariants lorsque comparés à la version anglaise. Ainsi, l'analyse de l'invariance psychométrique ajoute une étape de validation qui va au-delà d'une simple comparaison entre les deux versions de l'échelle. Deux types d'invariance ont été examinées : d'une part, un modèle d'invariance de configuration ayant pour but d'examiner la stabilité de la structure factorielle à travers deux groupes testés simultanément, et d'autre part, un modèle d'invariance métrique ayant pour but d'approfondir l'analyse en ajoutant la contrainte d'équivalence des paramètres de prédiction (poids factoriels). Pour chaque analyse, les deux groupes (version française et version anglaise) sont testés conjointement en imposant un seul modèle avec indices d'ajustement.

Les résultats présentés au Tableau 1 suggèrent que la structure de l'EGBI-DB demeure invariante tant au niveau de la configuration (facteurs latents et interrelations) qu'au niveau métrique (valeur des paramètres). Il faut noter qu'en termes très stricts, le test de différence du chi-carré démontre une faible augmentation en valeur (indiquant une tendance vers un moins bon ajustement du modèle métrique aux données). Cependant, considérant la différence plus petite que  $-.01$  dans l'indice d'ajustement CFI entre les deux modèles d'invariance, la conclusion générale suggère plutôt qu'il n'existe aucune différence significative entre les deux modèles (Cheung & Rensvold, 2002). Bref, il apparaît selon ces analyses d'invariance que l'EGBI-DB et le GAIN-SS sont des échelles équivalentes en termes métriques.

### **Cohérence interne de l'EGBI-DB**

La troisième et dernière étape de l'Étude 1 consistait à établir la cohérence interne de chacune des sous-échelles de l'EGBI-DB en comparaison avec les indices obtenus à partir de l'administration de la version originale anglaise, par l'entremise de coefficients alpha de Cronbach. Les résultats obtenus pour la version française sont très satisfaisants, variant de  $.71$  à  $.84$ , et se comparent à ceux obtenus pour la version originale ( $.71$  à  $.81$ ). Les résultats détaillés par sous-échelle sont présentés dans le Tableau 2. Au total, les items regroupés de l'échelle EGBI-DB ont un coefficient alpha de  $.90$ , qui se compare à  $.88$  pour le GAIN-SS. Ces indices sont aussi similaires à ceux rapportés dans l'article original de Dennis, Chan et Funk (2006).

En conclusion, l'Étude 1 fournit des éléments initiaux suggérant que le nouvel instrument de dépistage EGBI-DB proposé dans le présent manuscrit est à la fois structurellement valide, psychométriquement fiable, et pratiquement équivalent à son homologue en version anglaise. Afin de

poursuivre la validation de ce nouvel instrument, les prochaines études auront comme objectif d'évaluer sa fidélité temporelle et sa validité de construit.

## **ÉTUDE 2**

Bien que les qualités psychométriques de l'EGBI-DB par rapport à la version originale anglaise aient été démontrées dans l'Étude 1, la fidélité temporelle de ce nouvel instrument demeurerait à évaluer. Il existe peu de référence au niveau de la version originale anglaise en ce qui a trait à sa stabilité temporelle. Dans leur article de validation du GAIN-SS, les auteurs font état d'une fiabilité test-retest adéquate pour le GAIN en général :  $\rho = .60$  pour les réponses de types catégorielles (Dennis, Chan, & Funk, 2006). Cependant, comme il est maintenant pratique commune de démontrer cette caractéristique essentielle d'une mesure lors de sa validation, il était nécessaire de démontrer la capacité de l'EGBI-DB à demeurer fidèle à travers le temps. L'Étude 2 a abordé cette question, en plus de valider l'échelle avec un échantillon présentant des caractéristiques différentes par rapport à celui utilisé pour l'Étude 1.

### **Méthode**

Les participants ( $N = 33$ ) fréquentaient les services internes et externes de santé mentale de l'Hôpital Montfort ou les services internes de la Maison fraternité. L'échantillon pour cette étude était composé de 12 femmes et 21 hommes. L'âge moyen était de 39 ans ( $ÉT = 11$  ans). Les participants ont rapporté différentes occupations bien réparties : certains étaient aux études (15.7%), d'autres étaient prestataires d'une forme d'aide sociale (31.3%), d'autres occupaient un emploi à temps plein ou partiel (21.9%), certaines étaient à la retraite (3.1%) et le reste ont rapporté d'autres occupations variées (25.0%). Seulement une faible proportion des participants étaient titulaires d'un diplôme d'études post-secondaire (30.2%). Finalement, les participants de cet échantillon étaient majoritairement célibataires (60.6%).

### **Résultats et discussion**

L'utilisation d'un nouvel échantillon pour l'Étude 2 fournissait par le fait même l'opportunité de valider à nouveau la cohérence interne de l'échelle dans un contexte différent. Des coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour chaque sous-échelle au temps 1 : désordres internes ( $.87$ ), désordres externes ( $.71$ ), substances ( $.85$ ) et comportements violents ( $.68$ ). Une deuxième série de coefficients a été par la suite établie au temps 2 lors de la deuxième phase du test-retest : désordres internes ( $.84$ ), désordres externes ( $.77$ ), substances ( $.83$ ) et comportements violents ( $.65$ ). Au total, les items regroupés de l'échelle EGBI-DB avaient un coefficient de cohérence interne de  $.88$  au temps 1, puis  $.88$  au temps 2. Ces indices sont adéquats, et similaires à ceux rapportés lors de l'Étude 1 ainsi que dans l'article original de Dennis, Chan et Funk (2006).

L'évaluation de la stabilité d'un instrument de mesure à travers le temps est normalement effectuée en obtenant

le patron des coefficients de corrélation entre les scores à chaque item provenant d'un même individu testé à deux différentes reprises. Étant donné la nature temporelle de l'EGBI-DB, la fidélité test-retest a été effectuée sur un court intervalle de temps ( $M$  de 10.6 jours ;  $ÉT$  de 3.3 jours). Le Tableau 3 présente un compte-rendu des corrélations test-retest ( $\rho$  de Spearman) pour chaque item de l'EGBI-DB. La fidélité temporelle de l'instrument est globalement adéquate, se situant en moyenne à .63 ( $ÉT = .14$ ). Ce coefficient est du même ordre que les indices de fiabilité test-retest rapportés par Dennis, Chan et Funk (2006) pour le GAIN-SS en version originale anglaise. De façon plus spécifique, les coefficients de corrélations dans la présente étude varient entre .38 et .86, chacun atteignant le seuil de significativité statistique. Ces valeurs sont acceptables et suggèrent que l'EGBI-DB possède une stabilité temporelle satisfaisante.

### ÉTUDE 3

La validité de construit d'un instrument de mesure fait appel à sa capacité de mesurer adéquatement le concept auquel il fait référence. De façon générale, la validité de construit est évaluée à partir de l'étude des relations entre l'instrument de mesure en question et d'autres instruments utilisés couramment avec lesquels on peut anticiper un rapprochement conceptuel. Dans le cadre de l'étude 3, afin de démontrer sa validité de construit, l'EGBI-DB a été mis en relation avec une série d'échelles portant sur des concepts tels que la détresse psychologique, l'identification de troubles du comportement, le bien-être psychologique, les émotions positives et négatives, et la satisfaction de vie.

#### Méthode

Dans le cadre de l'Étude 3, les participants ( $N = 124$ ) ont été recrutés au sein de la population générale ainsi que dans des milieux cliniques (urgence hospitalière, services internes et externes de santé mentale en milieu hospitalier, cabinet de médecine familiale).

En moyenne, les participants de cet échantillon étaient âgés de 35 ans ( $ÉT = 14$  ans). Une plus grande proportion de femmes ( $n = 97$ ; 78.2%) que d'hommes ( $n = 27$ ; 21.8%) ont accepté de compléter les échelles pour cette partie du processus de validation de l'EGBI-DB. La plupart des participants de cet échantillon occupaient un emploi à temps plein ou partiel (64.6%), les autres étant aux études (21.8%), à la retraite (8.1%), recevant une forme d'aide sociale (1.6%), ou toute autre forme d'occupation (3.9%). La grande majorité des participants étaient titulaires d'un diplôme d'études post-secondaire (84.7%). L'état civil des participants était bien réparti entre les célibataires (25.0%), ceux mariés ou en union libre (43.8%), et ceux vivant seuls suite à un divorce, une séparation ou une mort (31.3%).

#### Matériel

##### Indice de détresse psychologique

La version française du « Psychiatric Symptom Index » (PSI-

29; Ilfeld, 1976) a été utilisée pour mesurer l'état de détresse psychologique chez les participants de l'échantillon. Cette échelle possède 29 items portant sur la dépression, l'anxiété, l'irritabilité et les problèmes cognitifs. Les participants répondent à chaque item selon une échelle en quatre points (0=Jamais, 1-De temps en temps, 2-Assez souvent et 3-Très souvent). Un score plus élevé au PSI-29 indique une détresse psychologique importante. Les scores totaux des participants dans la présente étude ont varié de 0 à 87 ( $M = 18.69$ ,  $ÉT = 14.99$ ). L'indice de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le présent échantillon était de .95.

##### Bien-être subjectif

La version française du « General Well Being Scale » (GWBS-14; Dupuy, 1978) a été utilisée pour mesurer le bien-être subjectif chez les participants de l'échantillon. Cette échelle possède 14 items portant sur la satisfaction dans la vie, les soucis pour la santé, l'humeur dépressive, adaptation personne-environnement, les stratégies d'accommodation (coping), le niveau d'énergie et le stress. Les participants répondent à chaque item selon une échelle en quatre points (0=Presque jamais, 1-Moins de la moitié du temps, 2-Plus de la moitié du temps et 3-La plupart du temps). Un score plus élevé au GWBS-14 indique un haut niveau de bien-être subjectif. Les scores totaux des participants dans la présente étude ont varié de 8 à 42 ( $M = 30.27$ ,  $ÉT = 7.83$ ). L'indice de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le présent échantillon était de .87.

##### Mesure d'impact

La version française du « Outcome Measure » (OQ-45; Lambert et al., 1996) a été utilisée comme mesure comparative de la détection de troubles psychologiques chez les participants de l'échantillon. Cette échelle possède 45 items portant sur différents éléments du fonctionnement quotidien. Les participants répondent à chaque item selon une échelle en cinq points (0=Jamais, 1-Rarement, 2-Parfois, 3-Fréquemment et 4=Presque toujours). Un score plus élevé à l'OQ-45 indique un problème de fonctionnement marqué par des difficultés psychologiques. Les scores totaux des participants dans la présente étude ont varié de 2 à 124 ( $M = 43.41$ ,  $ÉT = 25.79$ ). L'indice de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le présent échantillon était de .96.

##### Satisfaction dans la vie

La version francophone du « Satisfaction with Life Scale » (SWLS-5; Diener et al. 1985) a été utilisée pour mesurer la satisfaction éprouvée par les participants envers leur vie en général. Cette échelle possède 5 items. Les participants répondent à chaque item selon une échelle en sept points (1=Fortement en désaccord, 2=En désaccord, 3=Légèrement en désaccord, 4=Ni en désaccord ni en accord, 5=Légèrement en accord, 6=En accord et 7=Fortement en accord). Un score plus élevé au SWLS-5 indique une plus grande satisfaction générale. Les scores totaux des participants dans la présente étude ont varié de 7 à 35 ( $M = 27.25$ ,  $ÉT = 6.56$ ). L'indice de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le présent échantillon était de .91.

### Émotions positives et négatives

La version française du « Emotion Scale » (ES-16; Diener & Emmons, 1984) a été utilisée pour mesurer les émotions ressenties par les participants de l'échantillon. Cette échelle possède 8 items décrivant des émotions positives (ES+) ainsi que 8 items décrivant des émotions négatives (ES-). Les participants répondent à chaque item selon une échelle en sept points (0=Jamais, 1=Presque jamais, 2=Rarement, 3=Parfois, 4=Souvent, 5=Généralement et 7=Toujours). Un score plus élevé à l'ES+ indique une plus grande prévalence d'émotions positives tandis qu'un score plus élevé à l'ES- indique une plus grande prévalence d'émotions négatives. Les scores totaux des participants dans la présente étude ont varié de 16 à 48 ( $M = 32.10$ ,  $ÉT = 6.64$ ) pour l'échelle des émotions positives et de 0 à 48 ( $M = 16.41$ ,  $ÉT = 9.27$ ) pour l'échelle des émotions négatives. Les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le présent échantillon étaient de .85 (ES+) et .92 (ES-).

### EGBI-DB

Pour les besoins de l'analyse, les scores de l'EGBI-DB ont été classifiés selon la probabilité d'un diagnostic proposée par les auteurs du GAIN-SS (Faible = Diagnostic et besoin de service peu probable, Modéré = Diagnostic et besoin d'intervention possible et Élevé = Probabilité élevée de diagnostic et de besoin de services). Les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le présent échantillon étaient : désordres internes (.81), désordres externes (.69), substances (.77), comportements violents (.64), et .86 pour l'échelle totale.

### Résultats et discussion

Une série d'analyses de variance (ANOVAs) a été exécutée afin d'examiner s'il existait des différences entre les trois catégorisations de scores sur l'EGBI-DB (faible vs modéré vs élevé) et les scores aux autres instruments de mesure considérés. En d'autres mots, une ANOVA à plan simple a été effectuée pour chacune des six variables dépendantes à l'étude : indice de détresse, bien-être subjectif, mesure d'impact, satisfaction dans la vie, émotions positives et émotions négatives. Par la suite, chaque ANOVA révélant une différence globale statistiquement significative a été suivie d'une série de tests post-hoc utilisant la correction de Tukey.

Toutes les analyses ont révélé que le passage d'un score « faible » ou « modéré » à un score « élevé » sur l'EGBI-DB était associé à un changement statistiquement significatif au niveau du score des autres mesures étudiées. Plus précisément, un score élevé sur l'EGBI-DB était associé à un plus grand indice de détresse psychologique ( $M = 26.49$ ) comparativement à un score modéré ( $M = 12.72$ ) ou faible ( $M = 8.54$ ),  $F(2, 121) = 22.85$ ,  $p < .001$ . Par contraste, un score élevé sur l'EGBI-DB était associé à un plus faible indice de bien-être subjectif ( $M = 26.41$ ) comparativement à un score modéré ( $M = 33.26$ ) ou faible ( $M = 35.21$ ),  $F(2, 121) = 19.57$ ,  $p < .001$ . Au niveau de la mesure d'impact, un score élevé sur l'EGBI-DB était

associé à un plus grand score d'OQ-45 ( $M = 55.87$ ) comparativement à un score modéré ( $M = 35.28$ ) ou faible ( $M = 24.96$ ),  $F(2, 121) = 19.87$ ,  $p < .001$ . De plus, une différence statistiquement significative a été relevée entre les participants ayant un score élevé sur l'EGBI-DB ( $M = 25.23$ ) et ceux ayant un score faible (30.58), indiquant que ces derniers avaient un plus haut niveau de satisfaction générale,  $F(2, 121) = 7.22$ ,  $p = .001$ . Finalement, un score élevé sur l'EGBI-DB était associé à une plus faible prévalence d'émotions positives ( $M = 30.18$ ) comparativement à un score modéré ( $M = 33.90$ ) ou faible ( $M = 34.08$ ),  $F(2, 121) = 5.42$ ,  $p < .001$ , et à une plus grande prévalence d'émotions négatives ( $M = 20.25$ ) comparativement à un score modéré ( $M = 13.62$ ) ou faible ( $M = 11.21$ ),  $F(2, 121) = 12.85$ ,  $p < .001$ . Ces résultats sont présentés visuellement à la Figure 3.

### ÉTUDE 4

La dernière étude de cette recherche vise à évaluer la validité prédictive de l'EGBI-DB en fonction d'une certaine norme étalon (gold standard) ; dans ce cas-ci, le jugement clinique de professionnels opérationnalisés via une entrevue semi-structurée.

### Méthode

Dans le cadre de l'Étude 4, les participants ( $N = 36$ ) ont été recrutés au sein d'une population clinique : hospitalisation en santé mentale ( $n = 6$ ), services externes de santé mentale en milieu hospitalier ( $n = 12$ ) et une équipe de traitement en milieu communautaire ( $n = 18$ ). Tous les participants ont évidemment acceptés de rencontrer un professionnel de la santé (psychologue et résident en psychiatrie) dans le cadre d'une séance d'évaluation. Ils parlaient tous français et résidaient dans la région d'Ottawa (Ontario, Canada).

En moyenne, les participants de cet échantillon étaient âgés de 41.7 ans ( $ÉT = 13.1$  ans). La majorité était des femmes (61.1%). La plupart des participants de cet échantillon n'occupait pas d'emploi : prestation d'invalidité - Ontario Disability Support Program (ODSP; 75.0%), retraite (13.9%), bien-être social (5.6%), assurance emploi (2.8%) and congé de maladie (2.8%). La grande majorité des participants étaient titulaires d'un diplôme d'études post-secondaire (94.5%). La plupart des participants était célibataire (61.1%) ou séparé (19.4%).

L'EGBI-DB a été administré à tous les participants. Pour les besoins de l'analyse, deux seuils critiques ont été déterminés (modéré et élevé). Dans le but de considérer les participant qui avait été stables au cours de la dernière année mais qui avaient été aux prises avec des difficultés dans le passé, un troisième seuil critique a été déterminé en fonction du critère vie entière. Les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour le présent échantillon étaient : désordres internes (.78), désordres externes (.71), substances (.75), comportements violents (.61), et .84 pour l'échelle totale.



La version française de l'entrevue semi-structurée Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI 5.0.0; Lecrubier et al, 1998) en fonction du DSM-IV a été administrée de façon subséquente et ce, enfin d'obtenir une norme étalon pour le diagnostic clinique. Cette entrevue permet d'assigner des diagnostics par rapport aux principaux troubles de l'axe 1 et en ce qui a trait au trouble de la personnalité antisociale.

En termes de diagnostics de santé mentale, les participants étaient aux prises avec une variété de difficultés. Une proportion significative des participants ont présenté des symptômes psychotiques dans le passé (66.7%) ou au moment de l'entrevue (30.6%). Certains participants ont été diagnostiqués avec un trouble dépressif majeur (dans le passé [25.0%] ou au moment de l'entrevue [27.8%]), un épisode maniaque ou hypomaniaque (dans le passé [33.3%] ou au moment de l'entrevue [5.6%]) ou un trouble de l'humeur avec caractéristique psychotique au moment de l'entrevue (9.4%). En termes de troubles anxieux, les participants étaient aux prises avec un trouble d'anxiété généralisée (13.9%), un trouble de stress post-traumatique (11.1%), un trouble d'anxiété sociale (8.3%) et un trouble panique (2.8%). Un trouble de la personnalité antisociale a aussi retrouvé chez un nombre significatif de participants (19.4%). En ce qui a trait à l'utilisation problématique de substances, les participants ont été diagnostiqués avec une dépendance à l'alcool (8.3%), un abus de drogue (83.3%) et une dépendance à la drogue (36.1%).

Finalement, un score à l'Échelle d'évaluation globale de fonctionnement (EGF ou axe 5 du DSM-IV-TR) a été assigné par les professionnels en fin d'entrevue. Les scores moyens à l'EGF sont de 58.8 (ÉT 12.2).

Dans le but d'évaluer la sensibilité (proportion de personnes avec un trouble qui a été correctement identifiée avec le test de dépistage) et la spécificité (proportion de personnes sans trouble qui a été correctement identifié avec le test de dépistage) de l'EGBI-DB, une série de comparaisons entre les résultats du dépistage et les diagnostics obtenus à partir du MINI a été réalisée pour l'échelle totale et les quatre sous-échelles. Pour réaliser ces comparaisons, une analyse Receiver Operating Characteristic (ROC) a obtenue via le logiciel IBM SPSS - PASW Statistics 18.0.0. Le Tableau 4 présente les résultats obtenus.

### Résultats et discussion

Il apparaît que l'EGBI-DB est un outil de dépistage utile en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale et d'usage de substances au sein d'une population psychiatrique. Cet outil semble particulièrement efficace pour

prédire les troubles d'utilisation de substances (anciennement conceptualisé comme « abus » ou « dépendance ») et les troubles intériorisés comme la dépression et les troubles anxieux.

Cependant, l'échelle totale ne devrait pas être utilisée puisqu'elle sa spécificité semble inadéquate ; du moins pour une population psychiatrique francophone. Un seuil critique « élevé » devrait toujours être utilisé pour les sous-échelles 1, 2 et 3 alors qu'un seuil critique « modéré » semble plus approprié en ce qui concerne la sous-échelle 4 et ce, du moins pour la version française du GAIN-SS. Il est aussi à noter que les seuils critiques « modéré » et « vie entière » semblent adéquats en termes de sensibilité et de spécificité pour la sous-échelle 3 en lien avec les substances (La figure 4 illustre graphiquement l'analyse ROC pour cette sous-échelle) et pourraient aussi être utilisés pour des fins de dépistage.

### Discussion générale

La présente recherche a d'abord permis d'en arriver à une version franco-ontarienne du GAIN-SS suite à un processus élaboré de traduction et de raffinement de l'instrument. Cette version a été nommée Échelle Globale des Besoins Individuels - Dépistage Bref (EGBI-DB) et est présentée en Annexe A.

Par la suite, un processus complémentaire de validation empirique a pris place et a permis de mettre en évidence les bonnes propriétés psychométriques de l'EGBI-DB en termes de fidélité et de la validité.

Il semble donc que la version franco-ontarienne du GAIN-SS soit adéquate tant au niveau de son contenu que de ses propriétés psychométriques. Par conséquent, les franco-ontariens et plus largement les francophones peuvent désormais bénéficier d'un outil de dépistage des troubles concomitants disponible dans leur langue et validé empiriquement.

## Tableaux, figures et annexe

**Tableau 1. Tests d'invariance de langue : Indices d'ajustement des modèles**

Modèles	Indices globaux d'ajustement					Changement		
	$\chi^2$	df	RMSEA	CFI	SRMR	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$	$\Delta CFI$
Configural invariance	1458.297**	328	.095 (.090-.100)	.942	.082			
Metric invariance	1596.879**	344	.097 (.093-.102)	.936	.087	138.582**	16	-.006

Note. RMSEA = root mean square error of approximation; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root mean square residual. Les valeurs entre parenthèses représentent les intervalles de confiance à 90%.

\*\* $p < .001$

**Tableau 2. Indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) par sous-échelle selon les versions anglaise et française du questionnaire (Étude 1)**

	GAIN-SS	EGBI-DB
Désordres internes	.814	.826
Désordres externes	.741	.751
Substances	.762	.836
Comportements violents	.711	.751
Échelle totale	.877	.900

**Tableau 3. Indices de fiabilité test-retest de l'EGBI-DB**

	Item 1a	Item 1b	Item 1c	Item 1d	Item 1e
Rh $\theta$	.682	.505	.462	.849	.748
sig.	(.000)	(.003)	(.007)	(.000)	(.000)
	Item 2a	Item 2b	Item 2c	Item 2d	Item 2e
Rh $\theta$	.528	.518	.587	.377	.611
sig.	(.002)	(.002)	(.000)	(.031)	(.000)
	Item 3a	Item 3b	Item 3c	Item 3d	Item 3e
Rh $\theta$	.535	.696	.686	.725	.855
sig.	(.001)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)
	Item 4a	Item 4b	Item 4c	Item 4d	Item 4e
Rh $\theta$	.612	.741	.690	.796	.392
sig.	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.024)

**Tableau 4. Résultats de l'analyse ROC de l'EGBI-DB**

Échelle	Seuil critique	Sensibilité	Spécificité	Aire sous la courbe ROC	Signification asymptotique
Totale	Vie entière	100.0 %	0.0 %	50.0 %	1.00
	Modéré	94.5 %	0.0 %	47.1 %	.92
	Élevé	85.7 %	0.0 %	42.9 %	.81
sous-échelle 1	Vie entière	100.0 %	14.2 %	57.1 %	.56
	Modéré	93.1 %	14.2 %	53.7 %	.76
	Élevé	82.8 %	71.4 %	77.1 %	.03
sous-échelle 2	Vie entière	100.0 %	19.8 %	56.9 %	.58
	Modéré	100.0 %	54.5 %	67.2 %	.48
	Élevé	71.4 %	79.3 %	75.4 %	.04
sous-échelle 3	Vie entière	100.0 %	52.3 %	76.2 %	.01
	Modéré	86.7 %	85.7 %	86.2 %	.00
	Élevé	80.0 %	100.0 %	90.0 %	.00
sous-échelle 4	Vie entière	100.0 %	27.6 %	65.8 %	.26
	Modéré	85.7 %	75.9 %	80.8 %	.01
	Élevé	0.0 %	96.6 %	48.3 %	.89

**Figure 1. Structure factorielle de la version anglaise GAIN-SS**

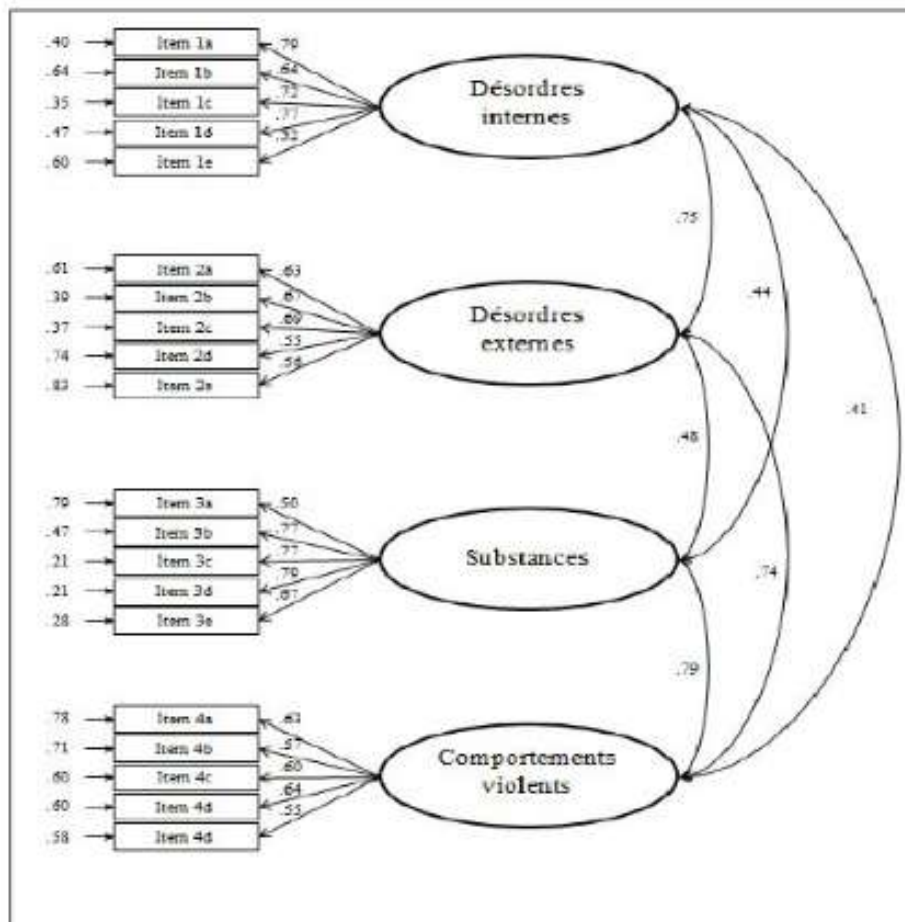


Figure 2. Structure factorielle de la version française EGBI-DB

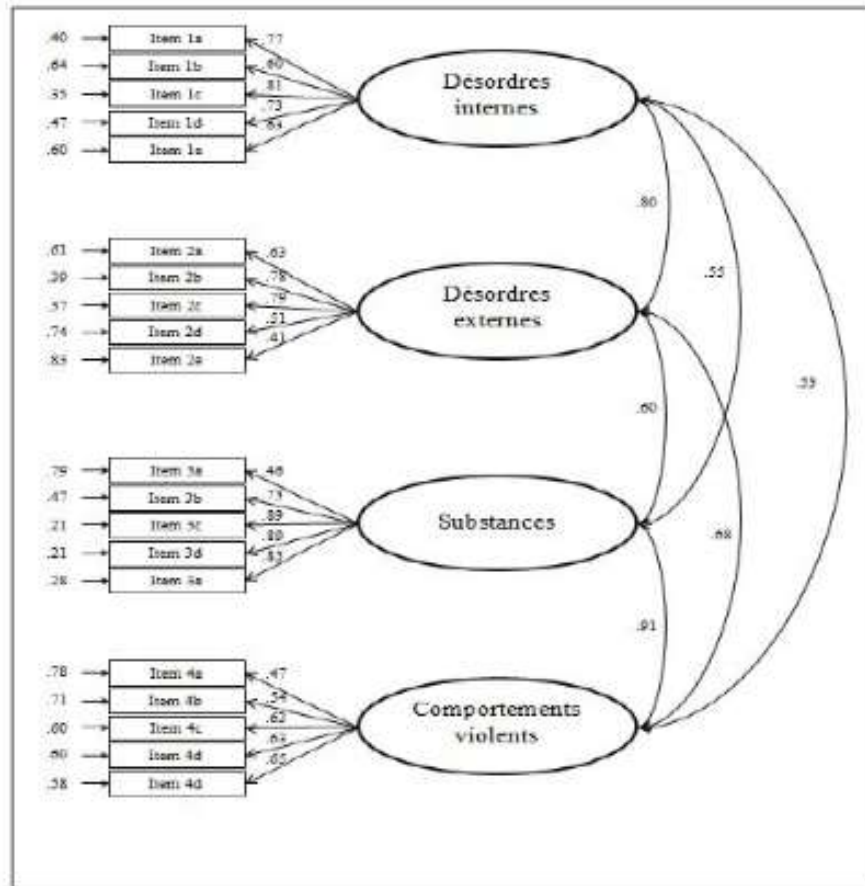
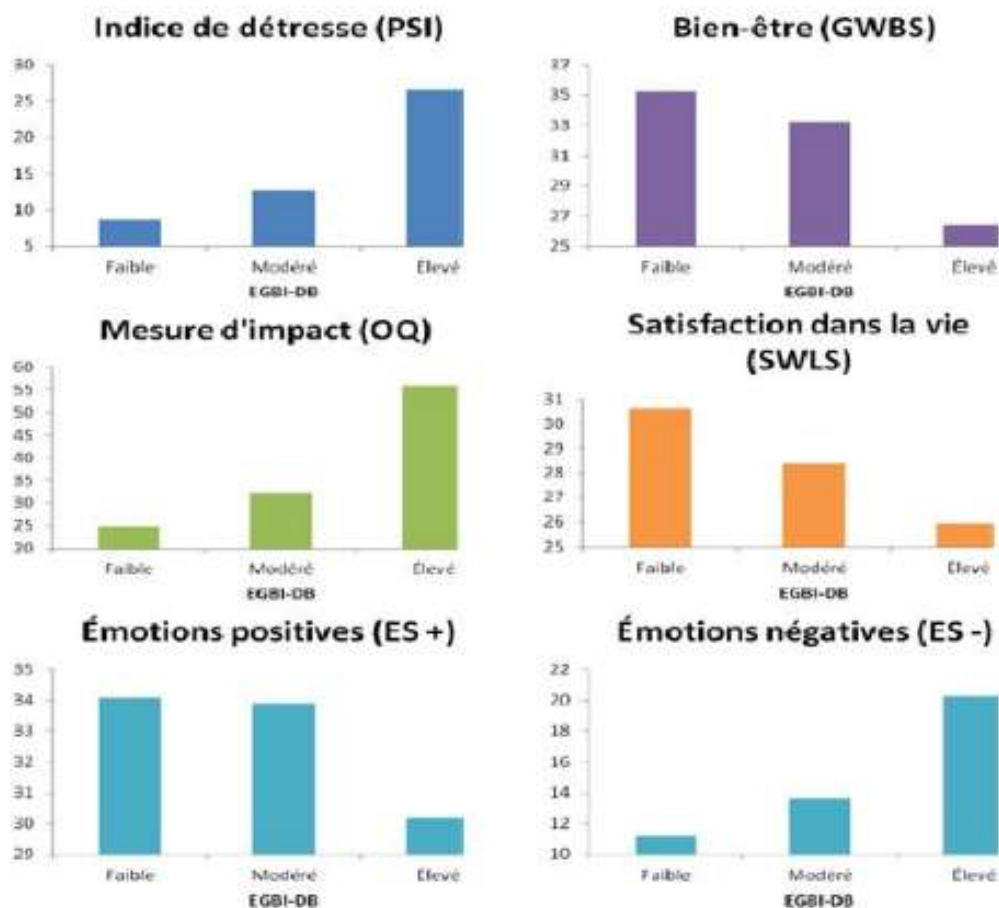
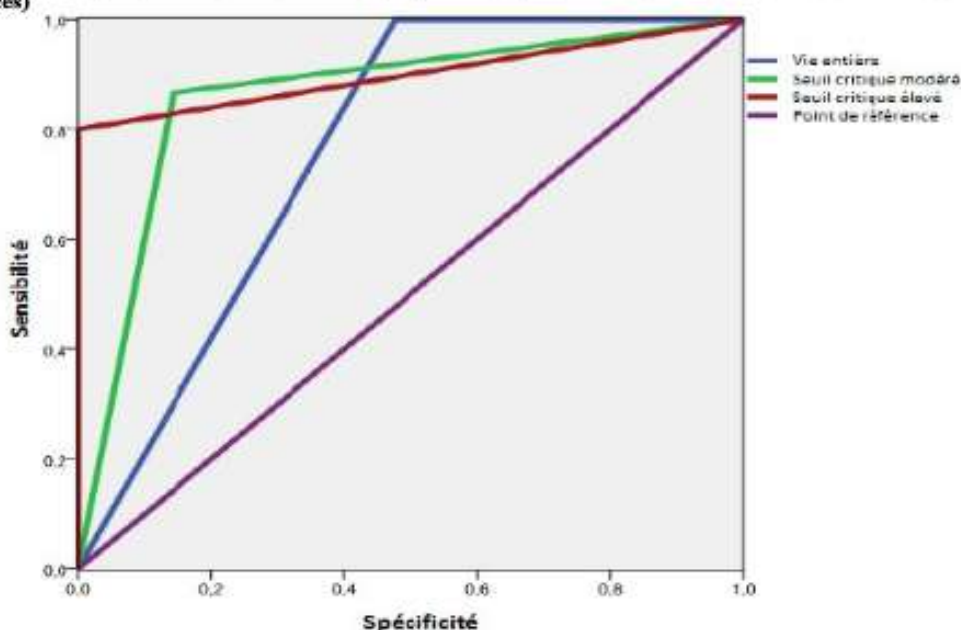


Figure 3. Synthèse graphique de la validité de construit de l'EGBI-DB



**Figure 4. Validité prédictive de l'EGBI-DB (analyse ROC pour la troisième sous-échelle en lien avec les substances)**



#### Annexe A. Échelle Globale des Besoins Individuels - Dépistage Bref (EGBI-DB)

Les questions qui suivent portent sur des problèmes psychologiques, comportementaux et personnels communs. Ces problèmes sont considérés significatifs lorsqu'ils persistent pendant deux semaines ou plus, qu'ils réapparaissent constamment, qu'ils vous empêchent d'assumer vos responsabilités ou lorsqu'ils vous font sentir comme si vous ne pouviez plus aller de l'avant.

Choix de réponse : « Dernier mois », « 2 à 12 derniers mois », « 1 an ou plus » ou « Jamais »

##### 1 À quand remonte la dernière fois où vous avez eu des problèmes significatifs ...

- avec le sentiment d'être très pris(e) au piège, solitaire, triste, avoir les bleus, déprimé(e) ou sans espoir à propos du futur ?
- avec trouble du sommeil tels que des mauvais rêves, un sommeil agité ou s'endormir durant la journée ?
- avec le sentiment d'être très anxieux(se), nerveux(se), tendu(e), effrayé(e), en panique ou comme si quelque chose de mauvais allait arriver ?
- en devenant très angoissé(e) et bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelait le passé ?
- avec des pensées à propos de mettre fin à votre vie ou de vous suicider ?

##### 2 À quand remonte la dernière fois où vous avez fait les choses suivantes deux fois ou plus ?

- Mentir ou arnaquer pour obtenir des choses que vous désirez ou afin d'éviter de faire quelque chose ?
- Avoir de la difficulté à porter attention à l'école, au travail ou à la maison ?
- Avoir de la difficulté à écouter les consignes à l'école, au travail ou à la maison ?
- Intimider ou menacer d'autres personnes ?
- Commencer des bagarres physiques avec d'autres personnes ?

##### 3 À quand remonte la dernière fois où ...

- vous avez utilisé de l'alcool ou de la drogue à chaque semaine ou plus souvent ?
- vous avez passé beaucoup de temps soit à vous procurer de l'alcool ou d'autres drogues, à consommer de l'alcool ou d'autres drogues ou à ressentir les effets de l'alcool ou d'autres drogues ?
- vous avez continué à consommer de l'alcool ou d'autres drogues même si cela causait des problèmes sociaux, entraînait des bagarres ou vous mettait dans le trouble avec d'autres personnes ?
- votre consommation d'alcool ou d'autres drogues vous a amené à abandonner, à réduire ou à avoir des problèmes lors d'activités importantes au travail, à l'école, à la maison ou lors d'événements sociaux ?
- vous avez eu des problèmes de sevrage d'alcool ou d'autres drogues comme des tremblements des mains, des vomissements, de la difficulté à tenir en place ou à dormir, ou bien vous avez consommé de l'alcool ou d'autres drogues pour arrêter d'être malade ou pour éviter les problèmes de sevrage ?

##### 4 À quand remonte la dernière fois où vous ...

- avez eu un désaccord durant lequel vous avez poussé, agrippé ou bousculé quelqu'un ?
- avez pris quelque chose dans un magasin sans le payer ?
- avez vendu, distribué ou aidé à produire des drogues illégales ?
- avez conduit un véhicule sous l'influence de l'alcool ou de drogues illégales ?
- avez intentionnellement endommagé ou détruit un bien qui ne vous appartenait pas ?

# Le « bloc » Psy Cause Canada au cinquantième congrès de l'AMPQ à Mont Tremblant, le 3 juin 2016

*Pourquoi avoir invité le professeur Philippe Jeammet à nous faire une communication pour marquer le premier événement de notre association AMPQ/Psy Cause Canada dans le cadre du 50ème congrès annuel de l'AMPQ ? Comment nous en être félicités autant après ?*

Par : Suzanne Lamarre, psychiatre et co-coordonnateur de l'événement Psy Cause /AMPQ 2016

La petite histoire derrière cette invitation :

nouveaux arrivés dans Psy Cause International, Marcel Hudon et moi voulions créer un événement Psy Cause Canada en collaboration avec l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) lors de notre 50ème congrès annuel.

Le docteur Pierre Assalian, président du Comité de Développement Professionnel de l'AMPQ et la docteure Karine Igartua, présidente à la fois de l'AMPQ et du congrès nous avait donné toute la latitude pour le choix du conférencier.

Marcel Hudon, un psychiatre psychanalyste et le co-coordonnateur avec moi de Psy Cause Canada, avait connu le Professeur Jeammet lors de la quinzaine scientifique Albert Prévost, édition 1989, une rencontre annuelle organisée conjointement par le département de psychiatrie de l'université de Montréal<sup>1</sup> et le pavillon Albert Prévost de l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal. Pour ma part, travaillant dans le réseau de McGill dans une approche systémique tout en étant préoccupée par l'expérience du patient, c'était la première fois que j'avais la chance de participer à un projet scientifique avec Marcel. Notre première rencontre s'est tenue à son cabinet. Quelle ne fut pas ma surprise de découvrir de nombreux classeurs remplis d'articles et tous si bien classés qu'il a pu retirer sur-le-champ les écrits des trois auteurs potentiels dont nous discutons. Marcel révélait au cours de ces échanges non pas seulement une préoccupation d'un savoir bien rangé mais une passion hors du commun pour une psychiatrie pleine d'humanisme. En lisant les textes du professeur Jeammet et la préférence de Marcel pour ce psychiatre d'adolescents, je n'ai pu que souhaiter connaître au plus tôt ce médecin qui parlait de la maladie mentale à la façon d'un systémicien tout en questionnant les théories psychanalytiques qui auraient pu ramener son patient à un objet de traitement et nuire ainsi à la reconstruction de sa vie.

J'avais l'impression que nous tenions l'invité idéal pour Psy Cause, un psychiatre qui n'avait eu de cesse de douter de ses théories pour en proposer de nouvelles, favorisant la relation thérapeutique avec son patient.

Un seul bémol pour le choix de cet invité : la valeur scientifique de ses nouvelles pratiques était encore du niveau anecdotique. Baignant dans une psychiatrie fondée sur les preuves, je craignais que ce professeur qui valorisait son savoir à partir des témoignages de ses patients devenus adultes, ne puisse être contesté pour son manque de recherches avec cas-témoins.

Cette crainte s'est vite dissipée lorsque le Professeur Jeammet s'est présenté au micro le 3 juin. Je résume à partir de mes propres préoccupations.

Qui fait la différence dans une psychothérapie efficace si ce n'est le thérapeute ? Les recherches les plus poussées sont unanimes à confirmer que la vraie différence d'une intervention thérapeutique se situe dans le thérapeute et non dans sa méthode. C'est dès les premiers moments de sa conférence que le Professeur Jeammet aborde les principaux obstacles à l'établissement d'une relation thérapeutique qui favorise la construction plutôt que la destruction chez son patient.

En se laissant inspirer par son impuissance lors de la stagnation d'une thérapie, le thérapeute se questionnera plutôt sur son modèle d'intervention que sur la motivation de son patient. En effet la maladie n'est pas un choix mais provient des émotions qui sont d'ordre biologique, pour la défense du territoire ou encore de son identité comme personne autonome.

Et voilà qu'il nous propose une nouvelle définition de la maladie mentale, une maladie des émotions qui relèvent du biologique. Le patient ne choisit pas cette contrainte qu'est la maladie mais grâce à sa capacité réflexive qui lui est unique parmi les mammifères, et dans un rapport d'« empowerment » avec son entourage et son thérapeute, il pourra inverser ses conduites adaptatives à des fins de rétablissement. En des mots simples, le thérapeute devra établir un rapport de confiance à l'égard de son patient qui aura alors plus de chances de choisir la co-construction avec les autres, dans ce lien de confiance, que la destruction de lui-même sans les autres pour mettre fin à ses peurs.

Je rêvais de faire une demi-journée sur la radicalisation des jeunes en invitant Guy Ausloos<sup>2</sup> et Cécile Rousseau<sup>3</sup> pour réfléchir avec Philippe Jeammet sur une démarche commune de transformation des rapports entre le jeune radicalisé et son entourage. J'ai rencontré à ce propos Guy Ausloos à qui j'ai confié mon intérêt des dernières années sur les valeurs bouddhistes et sur cette idée de rencontre alors que lui, psychiatre systémicien d'origine belge, avait été confronté par les tueries de Bruxelles en mars dernier. Guy que j'ai toujours considéré comme le maître des formules me proposait celle-ci à retenir pour décrire les conduites destructrices des jeunes radicalisés à partir de leurs émotions de défense de leur territoire: Le triple A : Attachement, Aversion, Appartenance.

En entendant Philippe Jeammet, tout en remettant à plus tard cette rencontre de systémiciens et de psychanalystes, nous ne pouvions rêver mieux d'une vision commune des valeurs humanistes universelles appliquées à la pratique de la psychiatrie, peu importe les mondes théoriques dont nous nourrissons. Jack Kornfield<sup>4</sup>, ce psychologue bouddhiste nous propose



Pendant le « bloc » *Psy Cause Canada* lors du cinquantième congrès de l'AMPQ à Mont Tremblant au Québec, de gauche à droite : François Borgeas, Pierre Asalian, Marcel Hudon, Suzanne Lamarre et Philippe Jeammet. Photo *Psy Cause Canada*, 3 juin 2016.

des chemins sains, que PJ appelleraient de co construction, dans des valeurs telles que la sagesse, l'amour et la générosité. Pourquoi ne pas se rappeler ces valeurs dans l'acronyme SAGESSE : Sagesse, Amour, Générosité, Équité, Savoir, Sollicitude, Empowerment.

Un chercheur me rappelait qu'il serait bon maintenant d'étudier les tendances d'amélioration suscitées par un traitement plutôt que de s'en tenir uniquement à la courbe moyenne des résultats dans les recherches avec cas-témoins alors que certains résultats peuvent s'avérer tout-à-fait nuisibles.

Philippe Jeammet est dans une lignée de chercheurs cliniciens qui se laissent inspirer par la rétroaction à long terme de ses patients : ses résultats se retrouvent dans les témoignages de ces derniers dont quelques-uns ont vu leurs ouvrages publiés par la maison Odile Jacob :

- Polo Tonka Dialogue avec moi-même, O. Jacob, 2013 (en rapport avec sa schizophrénie)
- Agathe Lenoël Qui suis-je quand je ne suis pas moi, O. Jacob, 2015 (en rapport avec ses troubles bipolaires)
- Nicole Desportes Voyage jusqu'au bout de la vie, O. Jacob, 2016 (en rapport avec ses troubles alimentaires)

Un clinicien qui continue à être passionné par son travail a probablement trouvé une façon d'aider son patient qui l'encourage à continuer dans le même sens ou à utiliser ou créer de nouveaux concepts pour rejoindre son patient dans des adaptations plus saines. Un participant a demandé à PJ d'où prenait-il son enthousiasme à traiter. Le professeur Jeammet de répondre que cette vitalité est essentielle à toute relation thérapeutique pour permettre à son patient de rediriger la sienne dans une co construction plutôt que dans la destruction.

Marcel et moi, ravis par l'enthousiasme suscité par notre conférencier lors du congrès de l'AMPQ et par le kiosque de *Psy Cause* tenu lors de ces journées, aimons penser que *Psy Cause* permet un aller-retour entre la psychiatrie fondée sur l'expérience et la psychiatrie fondée sur les preuves : from Experience-based Psychiatry to Evidence-based and back to Experience-based, avec le développement des neurosciences et les valeurs humanistes.

C'est le message que Philippe Jeammet souhaitait laisser : « écoutez votre patient avec passion et c'est là votre professionnalisme. C'est votre patient qui trouvera son chemin, ses chemins dans la transmission de la vie plutôt que dans des projets de mort. »

Et c'est ce qui a si bien passé lors de cette rencontre, la transmission d'un message de vie dans notre travail au quotidien en psychiatrie.

1/ Il y a 4 départements de psychiatrie universitaires au Québec : deux sont localisés à Montréal, ceux de l'Université de Montréal et de l'Université McGill, un autre à Québec, celui de l'Université Laval et le dernier-né à Sherbrooke (créé en 1967) celui de l'Université de Sherbrooke.

2/ Guy Ausloos, est psychiatre, psychanalyste et psychothérapeute. Originaire de Belgique, il vit au Québec depuis plus de 25 ans. Sa réputation de grand spécialiste de la thérapie des adolescents, notamment d'adolescents délinquants, et en urgence psychiatrique n'est plus à faire. Professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal, il est l'auteur de « La compétence des familles », paru aux Éditions Érès, et membre fondateur des revues «Thérapie familiale» et «Relations»

3/ Cécile Rousseau est psychiatre, professeure titulaire au Département de psychiatrie de l'Université McGill. Elle est également directrice scientifique du CSSS-CAU de la Montagne. Elle est responsable de l'équipe de recherche FRSQ «Écoles, culture et santé mentale : une articulation à repenser dans une société en transformation».

4/ Kornfield, Jack : « Bouddha : mode d'emploi pour une révolution intérieure » 2008 et pour la traduction française, Belfond, 2011 et Pocket 2013, p. 100 pour la citation.



Philippe Jeammet

## Se détruire pour exister : le paradigme de la psychopathologie moderne

**Auteurs :** Philippe Jeammet

Texte de la conférence donnée par le professeur Philippe Jeammet à Mont Tremblant, le 3 juin 2016, dans le cadre du 50<sup>e</sup> Congrès annuel de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec (AMPQ). Le professeur Jeammet était l'invité conjoint de l'AMPQ (Dre Karine Igartua et Dr Pierre Assalian) et de Psy Cause Canada (Dre Suzanne Lamarre et Dr Marcel Hudon) à l'occasion d'un premier événement Psy Cause Canada. Psy Cause Canada est représenté à Psy Cause International par le Dr François Borgeat.

Marcel Hudon

**Résumé :** les maladies mentales sont un miroir grossissant des enjeux de la vie humaine. Elles répondent à une contrainte émotionnelle liée à un vécu de menace sur ce qu'on peut appeler notre territoire par analogie avec le territoire animal. Menace qui bouleverse notre « homéostasie psychique » et génère une réponse active. Celle-ci peut être de l'ordre de la créativité, c'est-à-dire d'une co-création avec l'environnement, mais elle a l'inconvénient de nous en rendre dépendants. Comme tout ce qui est de l'ordre de la vie, on ne peut le maîtriser et c'est toujours au risque de la déception. En revanche détruire est toujours sûr et ne nécessite l'accord de personne d'autre que de celui qui est l'acteur. N'est-ce pas une des clés de ce qui fait le drame humain, d'autant qu'on sait que la tentation de détruire est si souvent la rançon d'une déception, elle-même toujours à la mesure de l'attente qu'elle avait engendré.

**Mots clés :** figures d'attachement, homéostasie psychique, conscience réflexive, émotions primaires, destructivité, sentiment de continuité, pathologie des émotions.

**Abstract :** mental illnesses are as many magnifying mirrors of the major issues of human life. They are the direct outcome of an emotional stress resulting from a perceived threat on what one may call one's territory, by analogy with animal territory. A threat which upsets our « psychic homeostasy » and generates an active response. This response may be under the creativity mode, that is, the product of a co-creation with the environment, but carrying the inconvenient of making us dependents on this same environment. Like it is with all that is connected with life, one cannot master it fully and deception is forever looming behind. By contrast, destruction is always at hand and does not require anybody's agreement. One's agreement is sufficient. Could not this be one of the keys to understanding what constitutes the drama of human life, granted that we already know that the urge to destroy is so often the result of one's deception, deception always related to one's previous unmet expectations.

**Keywords :** attachment figures, psychic homeostasis, reflexive consciousness, primary emotions, destructiveness, sense of continuity, pathology of emotions.



*Le Pr Philippe Jeammes lors de sa conférence à Mont Tremblant.  
Photo Psy Cause Canada, 3 juin 2016.*

Mon propos se veut avant tout un témoignage à partir de mon expérience de près d'un demi-siècle de psychiatrie de l'adolescent. J'ai eu la chance de terminer mon internat des hôpitaux de Paris en 1968 dans ce qui était alors le premier service de psychiatrie en France dédié aux adolescents et jeunes adultes. J'y suis resté 40 ans jusqu'à ma retraite en 2008. Ce fut pour moi une expérience de vie d'une grande richesse : une rencontre avec des adolescents et leurs familles rendue exceptionnelle par l'intensité de la mobilisation émotionnelle qu'implique nécessairement ce type de troubles, mais à cette chance s'est ajoutée aussi la possibilité de garder contact, au-delà du temps des soins, avec beaucoup d'anciens patients suivis par moi ou par des collègues du service.

C'est cette double confrontation à la fois à l'extrême diversité des formes d'expression symptomatique de ces troubles et à la possibilité de suivre leur évolution dans le temps, avec parfois plus de quarante ans de recul, qui m'a le plus questionné et m'a conduit à changer sensiblement ma compréhension des pathologies dites mentales. L'évolution à long terme des patients m'a en effet été d'un apport déterminant pour comprendre la fonction des troubles psychiatriques dans l'équilibre psychique de ces sujets et l'importance de la gestion des émotions. Elle m'a permis de constater que le facteur émotionnel occupait une place essentielle dans le déclenchement des troubles comme dans leur disparition.

Le fait le plus frappant, c'est cette possibilité de bascule parfois rapide, parfois très insidieuse de l'enfermement dans des comportements symptomatiques plus ou moins sévères vers ce qu'on peut appeler une envie de prendre soin de soi avec un abandon plus ou moins complet, et parfois total des symptômes initiaux. C'est-à-dire la capacité de passer de l'enfermement dans une conduite contraignante avec des effets destructeurs et appauvrissants sur eux-mêmes et parfois sur leur entourage vers le plaisir et la reprise d'échanges constructifs avec l'environnement. Fait essentiel on retrouve la même force, la même intensité dans la destructivité que dans la créativité.

En écoutant ce genre de témoignage, ce basculement ne m'a jamais paru lié aux seuls effets de sens, mais à l'émergence d'un plaisir de co-construction, d'un lien générant des états affectifs où les deux émotions fondamentales me paraissent la confiance

venant prendre la place de la peur et du sentiment de menace aggravés par la solitude et l'incompréhension de l'entourage. Mais la confiance ne se décrète pas, elle se fonde sur un état émotionnel, comme toute conviction et croyance, largement supporté en miroir par le regard du thérapeute et sa propre confiance dans les potentialités et les capacités de guérison du patient.

Mais qu'entend-on par émotions ? J'en retiens une conception large qui s'applique à tout ce qui sollicite les circuits appétitifs et aversifs du cerveau avec tous les multiples éprouvés qu'ils engendrent, mais qui se regroupent autour de ces deux acteurs fondamentaux à la fois de nos ressentis internes et des réactions qu'ils génèrent essentiellement la peur et la confiance. C'est là que l'apport des neurosciences illustrant le rôle des neurotransmetteurs a été décisif et a changé fondamentalement la conception de la maladie mentale. Les troubles bipolaires en sont l'expression la plus spectaculaire.

L'humeur acquiert une dimension transversale qui concerne l'ensemble de la nosographie psychiatrique, comme l'illustre bien sa place importante dans le vaste agrégat des états limites et au-delà ou en deçà dans la coloration positive ou négative des ressentis de chacun comme dans la résonance émotionnelle de ce qui nous affecte. Résonance qui, à elle seule, est susceptible d'en changer le sens selon la coloration affective: contrariété pour l'un, drame pour un autre; plaisir discret ou joie exubérante. Il en est ainsi de toutes nos émotions : si nous pouvons tenter de les maîtriser ou de leur donner un sens, nous n'en choisissons ni la nature ni l'intensité. Mais ce constat ne s'applique pas qu'aux malades dits mentaux, il nous concerne. Il n'est pas sans conséquences sur l'image que les êtres humains se sont construits d'eux-mêmes.

S'occuper d'adolescents et qui plus est d'adolescents présentant des troubles dits psychiatriques s'est avéré être un double miroir grossissant de ce que nous sommes. L'adolescence se présente comme un remarquable révélateur des contradictions dont l'être humain est porteur. Révélateur des contraintes dont nous héritons de l'enfance, mais aussi révélateur des modèles que le monde adulte offre en réponse aux attentes spécifiques des adolescents que les changements induits par la puberté font naître. L'adolescence illustre la mise à l'épreuve des limites et combien l'insécurité interne et une trop grande vulnérabilité rendent nécessaire l'appui sur l'environnement pour éviter la désorganisation qui menace. La puberté est en effet un facteur de vulnérabilisation de l'individu. À ce titre elle peut servir de modèle à l'observation et à la compréhension des réponses aux menaces de désorganisation de la personnalité et en particulier de tout ce qui entre dans le champ de la psychopathologie, mais plus largement de la difficulté à prendre soin de soi. Il existe pendant toute cette période une communauté d'enjeux qui fait de cet âge une période critique à risques spécifiques. Ces enjeux se situent dans la possibilité de voir ce qui est de l'ordre d'une vulnérabilité dans l'enfance, faire place dans l'adolescence et l'immédiate post-adolescence à des conduites pathogènes, car susceptibles de réorganiser la personnalité autour d'elles et de figer le sujet dans la répétition de ces comportements que l'on

peut alors qualifier de pathologiques. C'est cette capacité de fixation et d'organisation, particulièrement active à cet âge, qui en fait tout le risque, mais aussi, à l'inverse, tout l'atout possible

Les contraintes de la puberté sont liées aux conséquences des changements corporels : accession à un corps mature, c'est-à-dire apte à la sexualité et à la procréation faisant de la question de la distance relationnelle avec les adultes un enjeu majeur de l'adolescence. Elle implique une redistribution de l'espace et des rapports de pouvoir au sein du groupe entre les anciens et les jeunes devenus adultes. La puberté est une menace pour l'homéostasie du groupe. On peut comprendre que dès que les êtres humains se sont organisés en société ils aient eu peur de la menace de désorganisation que représentaient les jeunes devenus pubères et qu'ils se soient organisés pour conjurer cette menace notamment par les rites d'initiation. Mais ces contraintes sont aussi celles que rencontrent les animaux supérieurs. Les animaux sont programmés pour réagir par des émotions primaires à toute menace sur leur territoire destinées à assurer la préservation de celui-ci et par là même leur survie. Que les réactions soient de l'ordre de l'agressivité, de la fuite ou de l'offrande et de la soumission, elles sont destinées à éloigner la menace et à sauvegarder la vie. Compte tenu du nombre de gènes que nous avons en commun avec eux, il est logique que nous soyons programmés pour mettre en œuvre des réactions communes aux menaces sur la gestion du territoire générées par la puberté. C'est ce que nous montre l'observation de nos réponses aux menaces de cet ordre. Toute variation brutale de la distance relationnelle avec autrui est susceptible de déclencher des émotions primaires, basiques, dont nous ne choisissons ni la nature, ni l'intensité. Elles s'imposent à nous dans un premier temps et nous ne pourrions exercer un contrôle a posteriori que si nous en avons les ressources nécessaires, autrement dit si nous gardons suffisamment de sécurité pour réfléchir, choisir et contrôler.

### ***La spécificité humaine : la conscience réflexive.***

Le territoire humain ne se borne pas à la distance géographique. Il acquiert une dimension spécifique qui est celle de la représentation que le sujet se fait de lui-même et celle qu'il pense que les autres ont de lui. Cette dimension est rendue possible par ce qui à nos yeux spécifie l'humain à savoir la capacité réflexive. Si certains animaux sont capables d'une activité de conscience, l'être humain est le seul être vivant qui est conscient d'avoir conscience de lui-même. Il le doit au développement extraordinaire des potentialités de son cerveau. À partir d'une progression quantitative des potentialités du cerveau dans l'échelle animale est apparue une rupture qualitative avec cette activité réflexive. Elle a ouvert un espace potentiel dans le jeu des représentations mentales autorisant un développement indéfini du champ des possibles qui est celui de l'imaginaire et de la créativité. C'est ce champ du virtuel qu'on appelle la psyché. Il n'a pas d'autre existence que ce jeu de virtualités. Mais ce dernier autorise un saut qualitatif qui confère à l'humain un regard sur lui-même. Trois conséquences majeures en découlent.

La première c'est que l'être humain est devenu structurellement un être addictif. La conscience qu'il a de lui-même le confronte

inégalement à sa finitude, à ses limites, au fait qu'il ne peut jamais avoir tout ce qu'il désire et qu'il va mourir. Il n'aura jamais tout, mais il peut toujours avoir plus. On retrouve les deux sources de l'addiction : la peur et l'envie l'une renforçant l'autre.

La deuxième conséquence c'est que comme tous les êtres vivants pour devenir eux-mêmes ils doivent se nourrir des autres, mais aussi s'en différencier. Paradoxe qui peut s'énoncer ainsi : « ce dont j'ai besoin pour être moi et que je dois recevoir des autres c'est aussi ce qui menace mon besoin d'autonomie ». Paradoxe qui est comme toujours une fausse contradiction parce que les deux termes sont en fait compatibles, car ils n'appartiennent pas au même niveau de logique. On retrouve là cette nécessité propre à l'ordre du vivant d'une limite de chaque individualité, y compris pour chaque cellule, qui soit suffisamment solide pour garantir la permanence de l'individu et suffisamment ouverte pour permettre l'échange nécessaire à son développement.

La troisième, c'est que l'être humain est à la fois, autre paradoxe, un dérégulateur des instincts et un générateur de valeurs. Dérégulateur des instincts pour le meilleur et pour le pire. Il est en effet le seul être humain qui peut choisir d'aller à l'encontre des instincts qu'il partage avec les animaux supérieurs. Il peut choisir de mourir plutôt que de trahir, de ne pas pratiquer la sexualité, comme de restreindre de choisir sa nourriture en fonction d'exigences morales... mais il peut aussi choisir de détruire sans limites. C'est parce que le premier choix est possible que le second l'est aussi.

Cette même capacité réflexive le rend tributaire d'un miroir dans lequel il peut se voir et reconnaître sa valeur. C'est le miroir du regard de la mère et des objets d'attachement sur lui, ce sera progressivement celui des valeurs et des convictions de sa culture et de ses groupes d'appartenance. Nul ne peut se passer de cette interrogation sur ce qu'il vaut, sur ses motivations, sur ce qui est bien, sur ce qui est mal. C'est la boussole qui le guide et qui se substitue pour partie à celle des instincts. Nul n'y échappe et ne pas avoir de valeurs est une valeur qui organise la vie et souvent on s'y agrippe d'autant plus fortement que sans elle il ne resterait plus rien à quoi s'accrocher qui fasse sens. Par les valeurs et les croyances ainsi suscitées, c'est le lien relationnel qui se développe à l'infini et échappe à toute limite imposée de l'extérieur.

Cette capacité d'être conscient de lui-même a ainsi conduit l'homme à une potentialité de créativité exponentielle, mais aussi de destructivité sans limites. Le plaisir et le succès sont toujours aléatoires et dépendent de la réponse des autres. Une réponse reste en revanche toujours possible « à portée de main » : la destructivité. Que ne sacrifierait-on pas pour se sentir acteur de sa vie et échapper au vécu d'impuissance ? Ses potentialités, ses plaisirs possibles, son avenir et même sa vie nous répondent tous ceux qui s'abandonnent à la tentation de la destructivité dont l'auto-sabotage est la forme la plus accessible. Elle peut devenir ainsi plus ou moins insidieusement la valeur référence qui peut griser l'être humain d'autant plus facilement qu'il a l'illusion d'en être le seul maître. Elle est en effet sans limites, à l'abri de la déception et de toute attente contrairement à la créativité. En somme la drogue humaine par excellence.

La destructivité n'est pas seulement physique et matérielle. Elle prend aussi le visage de toutes ces conduites, attitudes et croyances qui consistent à tenter d'effacer ou d'inverser les émotions qui pourraient nous rendre dépendants des autres : en se voulant plus fort que la peine en niant la souffrance, plus fort que la déception en revendiquant l'indifférence, à la limite plus fort que la mort en la choisissant. Cynisme, misanthropie, dénigrement, refus de toutes valeurs sauf celle de la croyance à la justesse de cette position en sont également des manifestations possibles. Elles sont toujours le fait de sujets sensibles et même hypersensibles. N'est-ce pas tenter de retrouver l'attitude de bravade de notre enfance : « même pas mal ». Au fond ce que je risque de perdre je préfère penser que je n'en ai pas besoin.

### *L'équilibre mental : un territoire à défendre ?*

Les troubles psychiatriques représentent un véritable miroir grossissant du pouvoir des facteurs émotionnels de désorganiser ce qu'on peut appeler notre homéostasie psychique par analogie avec ce qui constitue une tâche essentielle du vivant : assurer l'équilibre de tous les mécanismes physiologiques qui lui permettent de fonctionner, de se développer et de se perpétuer. Mécanismes qui se complexifient de plus en plus au fur et à mesure qu'on progresse dans l'échelle du règne animal et qui atteint avec l'homme son maximum de complexité. Les êtres vivants sont programmés pour maintenir l'homéostasie de leurs grandes fonctions physiologiques dont fait partie chez l'homme l'homéostasie psychique, c'est-à-dire ce qui nous fait nous sentir dans un état acceptable avec une humeur plus ou moins gaie, triste, préoccupée ou pas, mais surtout contenable, et sans menace de désorganisation.

A contrario, tout débordement émotionnel éveille un sentiment de menace qui suscite immédiatement des émotions très primaires destinées à nous alerter et à mobiliser nos ressources pour nous protéger en nous redonnant une position active par les premiers moyens dont on dispose sur le moment : ce peut être une attitude proactive d'ouverture à l'autre et aux échanges, attitude que je qualifie de créative parce que créative du lien, c'est-à-dire de la vie. Elle n'est possible que si la confiance domine, mais c'est toujours au risque de la déception parce qu'elle dépend de la réponse des autres. Ce peut être une attitude destructrice de retrait et de coupure du lien si la méfiance l'emporte. L'avantage, c'est qu'on est sûr d'en être le maître. La forme de ce retrait dépendra beaucoup de nos vulnérabilités liées à notre tempérament et au poids des expériences antérieures.

On peut regarder l'équilibre mental de chacun comme l'expression de l'homéostasie de son territoire. Elle est assurée par deux voies distinctes, mais en étroite relation l'une avec l'autre. D'une part une régulation émotionnelle basique, très proche de celle à l'œuvre chez l'animal, reposant sur les bases chimiques de ses neuromédiateurs, liée aux composantes génétiques de son tempérament, dont l'expressivité a été modulée par ses expériences et ses rencontres avec l'environnement depuis sa naissance, mais qui s'impose à lui et dont il ne choisit ni la nature ni l'intensité. D'autre part une régulation par le jeu des représentations qui assurent le sentiment de sa valeur à ses yeux et aux yeux des autres.

Deux voies donc bien différentes, l'une chimique, l'autre, bien sûr biologique par les supports neuronaux qui la rendent possible, mais qui génère un espace virtuel indéfini de jeux réflexifs de représentation, donnant naissance à la conscience de soi, qui correspond à l'espace dit psychique. Ces deux voies n'existent que dans un échange constant avec l'environnement. De cet échange inscrit progressivement dans la mémoire, la conscience réflexive va permettre que naisse le sentiment d'une continuité d'être, matrice du sujet et de l'identité, et que se différencient un dedans et un dehors, un soi et un non-soi. Différenciation fragile, toujours menacée et qui a besoin de se soutenir d'une interaction constante entre le dedans et le dehors.

Cet espace virtuel qui permet l'émergence de notre sentiment de continuité, d'une permanence de notre être repose avant tout sur l'acquisition de la confiance, confiance en soi en miroir de celle accordée par l'environnement habituel, co-construction entre celui-ci, plus spécifiquement les objets d'attachement, et l'individu. L'attachement sécurisé fonctionne comme une sorte de lestage du territoire de l'individu, une base de sécurité interne, de repli qui lui assure une stabilité suffisante et une relative indépendance à l'égard de l'environnement et de ses changements possibles. Cette base de sécurité se renforce des expériences positives et des images gratifiantes que le sujet recevra de l'environnement comme de sa conformité aux valeurs ambiantes. Mais elle demeure toujours potentiellement vulnérable, notamment quand une déception trop forte vient casser cette confiance, c'est le « traumatisme psychique » souvent lié à la défaillance des adultes censés soutenir cette confiance. Inversement des « rencontres » fortes peuvent recréer les conditions de la confiance, mais souvent au prix d'une dépendance qui traduit l'importance de la fonction réparatrice de cette rencontre dont la nécessité quasi vitale génère les conditions d'une forme d'addiction à cette relation ou à cette conviction salvatrice qui fait fonction de relation.

Comme l'animal, nous sommes programmés pour réagir à toute menace sur notre territoire. Réagir c'est-à-dire mettre en œuvre des réponses actives dont le but est de préserver la vie de l'individu. Réactions déclenchées sous la contrainte d'émotions primaires dont encore une fois nous en choisissons ni la nature ni l'intensité. Mais ce qui différencie les êtres humains, c'est que les facteurs déclenchants de ces émotions, c'est-à-dire les sources de la menace, se sont considérablement complexifiées, mais aussi que la conscience qu'il en a autorise des possibilités de contrôle et donc de choix de la réponse.

L'accès à la conscience réflexive étend en effet de façon exponentielle ce qui représente l'individu. Nos territoires, ce ne sont plus seulement nos corps, mais ce sont aussi nos pensées, nos choix affectifs, nos idéaux et par extension tout ce qui est porteur d'une valeur telle à nos yeux que toute critique est ressentie comme une effraction de notre territoire et une menace ou inversement toute adhésion des autres étend le champ de nos limites et nous fait ressentir ces autres comme étant « nôtres » ou du moins des alliés. Notre territoire, c'est notre pays, notre village, notre club de foot, notre religion, notre secte. Il n'y a plus de limite à l'extension des champs des limites, c'est-à-dire du



*Le Pr Philippe Jeammes lors de sa conférence à Mont Tremblant. Photo Psy Cause Canada, 3 juin 2016.*

champ de nos frontières. Aussi différents qu'ils puissent paraître, les territoires investis par chaque être humain demeurent régis par les mêmes émotions basiques.

Diversification également des sources de la menace parce que celle-ci ne provient plus seulement du monde externe, mais de l'intérieur même du sujet. Les émotions suscitées par le seul désir ou besoin de quelqu'un ou de quelque chose peuvent être ressenties comme un pouvoir de celui-ci ou de celle-ci sur nous et donc comme une menace potentielle. Tout objet de désir peut ainsi devenir un facteur de déséquilibre de l'homéostasie de l'individu, une menace pour son autonomie et engendrer un sentiment d'impuissance proportionnel au pouvoir conféré à cet objet. Ceci d'autant plus que les émotions suscitées sont plus fortes. Les émotions humaines ont ainsi cette propriété spécifique de pouvoir être en quelque sorte le cheval de Troie des autres en nous. Toute la vie quotidienne est imprégnée de cette potentialité qui ne prend une tournure dramatique que si la vulnérabilité de l'intéressé est telle que le désir est vécu comme une menace de débordement et de désorganisation.

Selon le contexte, être ému par une pensée, un souvenir, la présence de quelqu'un, peut être source de plaisir intense, d'élévation, de gratitude, de bonheur, la liste des sentiments positifs possibles est indéfinie. Dans ce cas loin d'être une menace les émotions suscitées peuvent renforcer la confiance en soi et le sentiment de sécurité. Mais ce qui est possible dans le positif l'est aussi dans le négatif. Cette valeur négative fait alors des émotions un ennemi interne : « si tu me touches, tu me menaces ». Être ému devient alors synonyme de faiblesse. Par l'émotion l'autre fait intrusion dans notre intimité et menace l'image que nous voulons avoir et donner de nous-mêmes et au-delà peut faire craindre un effondrement. Ainsi les émotions qui, à l'origine, sont là pour perpétuer la vie et protéger l'individu des menaces vécues de l'extérieur peuvent se transformer du fait de la conscience que l'homme en a en un ennemi de l'intérieur comme de façon analogique les anticorps destinés à nous défendre des agresseurs extérieurs peuvent donner naissance aux maladies auto-immunes.

### ***Maladie mentale ou pathologie des émotions ?***

La défense du territoire représente ainsi une tâche émotionnelle vitale que l'on peut qualifier de réflexe en ce sens qu'elle existe, probablement dès la naissance de l'enfant, et qu'elle est notre part d'héritage animal. On ne choisit ni la nature, ni l'intensité des émotions soulevées par cette menace sur notre territoire. Elles s'imposent à nous. Certes elles se déclenchent en lien avec notre histoire, nos représentations, nos valeurs. On peut essayer de les contrôler. Mais c'est la part la plus animale de notre cerveau qui parle et qui le fait au moyen des neuromédiateurs et des émotions qu'ils mobilisent et qui nous poussent à l'action. Nous sommes alors physiologiquement contraints à agir. Ce peuvent être des réponses de l'ordre de la créativité c'est-à-dire relevant du champ de l'échange, comme les engouements passionnels dont l'excès même se nourrit en fait de la menace sous-jacente, mais elles nous rendent dépendants des autres avec le risque de la déception. N'oublions jamais que la déception est toujours à la mesure de la force des attentes. Mais c'est une autre maîtrise

qui s'impose souvent : celle apportée par les symptômes ou les agirs comportementaux.

L'apparition d'un symptôme ou d'un trouble du comportement ne signe pas nécessairement une pathologie avérée. Ils ont une valeur adaptative en nous faisant nous sentir moins en danger, c'est-à-dire en contribuant à rétablir une forme d'homéostasie psychique qui fait que le sujet à défaut d'être bien est moins mal qu'il n'était. Cela nous permet de comprendre que les symptômes ne soient pas perçus comme pathologiques et qu'ils soient parfois même ressentis comme un choix. Ils n'en demeurent pas moins toujours potentiellement pathogènes par leurs capacités d'auto-entretien et même d'auto-renforcement. Pathogènes en ce sens que ces conduites ont pour effet d'accroître la vulnérabilité du sujet en lui faisant courir des risques excessifs et en l'appauvrissant dans ses compétences et donc dans ses sources de valorisation sur un ou plusieurs des domaines nécessaires à l'épanouissement : le soin apporté au corps, le développement des apprentissages et des compétences quel qu'en soit le domaine, et tout ce qui relève du champ de la sociabilité.

La pathologie, c'est l'enfermement dans ces comportements qui en appauvrissant le sujet le font devenir plus insécure, plus dépendant, rendant plus difficile la possibilité de recevoir des autres ce dont il a tellement besoin qu'il le vit comme un risque d'intrusion et de confirmation de son impuissance. C'est pourquoi tout symptôme et tout trouble du comportement est pathogène en lui-même. Il a une propension naturelle à s'auto-entretenir et même à s'auto-renforcer. Ce qu'on fait nous fait et on ne peut pas dire que quand on aura plus besoin du symptôme, il disparaîtra de lui-même.

Ce type de comportement nous confronte ainsi à ce qui peut fonder le surinvestissement d'une cognition et au-delà aux raisons de l'émergence et de la disparition d'une croyance. Croyance d'apparition soudaine ou du moins rapide, mais qui disparaîtra avec la fin de l'anorexie au point que les patientes qui n'ont plus de problèmes d'anorexie pourront dire, parfois après plus de dix ans d'évolution, qu'elles ne comprennent plus comment on peut être anorexique. Comme si ce qui était évident peu de temps auparavant cessait de l'être sans qu'on comprenne pourquoi. Comme certains ne comprennent plus les raisons qui avaient pu susciter un engagement, une croyance pour lesquels ils auraient pu sacrifier leur vie quelque temps auparavant. C'est toute la question du lien entre cognition et émotion qui est ainsi posée.

Qu'est-ce qui est susceptible de susciter une telle adhésion à toutes ces réponses ? Le point commun, c'est toujours à mes yeux le défaut de ressources internes de sécurisation et ses conséquences : la nécessité de développer une relation d'emprise et de se cramponner à des éléments perceptivo-moteurs de la réalité externe ou à une conviction interne. La sécurité que le sujet n'a pas, il la trouve dans l'effet de soulagement apporté par le comportement actif qui lui redonne la position d'agent de sa vie.

On peut y voir une forme d'agrippement comparable à celle de l'enfant apeuré à sa mère. Elle me paraît constituer un des premiers modèles du pouvoir rassurant de la maîtrise muscu-

laire dont on retrouvera des équivalents plus élaborés dans les postures de refus et d'emprise physique et morale exercées sur les autres. C'est la peur ou la menace qui donne sa force au comportement de l'enfant. Mais quand celui-ci se cramponne à la main de sa mère il ne sent pas tant la peur qui a provoqué le geste que le soulagement de la sécurité retrouvée, parfois même accompagné d'un plaisir lié plus à l'effet de contraste par rapport à l'état émotionnel antérieur qu'au souvenir précis de la cause de la peur. Le soulagement peut l'emporter sur toute autre émotion. L'enfant peut croire de bonne foi qu'en se comportant ainsi «c'est son choix» et qu'il y trouve une sécurité bénéfique. Il ne perçoit pas que c'est une contrainte liée à la menace que représente pour lui toute prise de distance à l'égard de son objet d'attachement, la mère.

L'agrippement n'exclut pas l'amour, mais ce n'est pas l'amour qui nous fait nous agripper. C'est la peur, peur de la perte, peur de notre impuissance. Le crime passionnel en est un exemple caricatural. Une fois de plus plutôt être l'auteur de la perte que de la subir. Aimer c'est donner à l'autre les moyens d'épanouir ses potentialités avec comme finalité la capacité à pouvoir vivre sans nous. C'est ce qui se passe avec nos enfants. À bien des égards, abandonner les convictions qui nourrissent un comportement ou une croyance me paraît relever du même ordre de menace que lâcher la main de sa mère pour l'enfant qui a peur.

Si le psychique ou le mental sont cette potentialité virtuelle spécifiquement humaine de jouer avec les représentations, ce n'est pas elle qui est directement en cause dans les maladies psychiatriques, mais c'est bien la charge émotionnelle liée aux représentations dont dépend le sentiment de véracité. Toutes les notions morales, toutes nos convictions nécessitent pour emporter l'adhésion une charge émotionnelle qui accompagne le sentiment que c'est juste, bon, beau, que cela en vaut la peine. Cette charge émotionnelle est ce que nous avons en commun avec l'animal ; elle émerge de la chimie de notre cerveau. La capacité d'en prendre conscience issue du jeu des représentations est propre à l'homme, mais c'est le champ émotionnel qui emporte la conviction.

Les maladies mentales sont en fait des maladies des émotions, une pathologie des passions comme beaucoup de psychiatres le pensaient au XIXe siècle. « Une pathologie de la liberté » disait très justement Henri Ey. Sans les émotions, nous ne serions pas des êtres vivants, sans la réflexivité, nous ne serions pas des humains. Le point de vue structural et catégoriel s'efface alors au profit d'une perspective dynamique et évolutive. On n'est pas schizophrène ni même psychotique. On a une maladie, la schizophrénie, qui couvre en fait un large spectre de troubles de gravité et de durée variables, dont les traitements récents ont sensiblement modifié l'évolution et le pronostic. Ce n'est pas le sujet humain qui ne participerait plus de l'humanité commune, placé définitivement hors du champ du symbolique. Ce sont les troubles liés à des contraintes émotionnelles qui altèrent ses cognitions, ses croyances, ses capacités de discernement. Ce n'est pas l'idée ni le fantasme qui sont fous, mais la force de la contrainte émotionnelle qui les anime. Les humains sont capables de croire à tout et à son contraire ; c'est le fruit de leur

créativité potentiellement illimitée, mais aussi en miroir de leur potentiel destructif. Cette «folie» c'est celle de la maladie du dérèglement des émotions et non la décision issue de la conscience réflexive du sujet

Maladie mentale ou pathologie des émotions ? Qu'est-ce que cela change ? Cela change fondamentalement le rapport à la maladie et aux malades et au-delà notre rapport à nous-mêmes et à ce qui fonde l'humain pour chacun d'entre nous. Comme cela a déjà été dit, ce n'est pas la capacité réflexive qui est directement en cause, ce qu'on nomme l'esprit, mais c'est son usage qui est faussé par les distorsions qualitatives et quantitatives des informations sensorielles et émotionnelles transmises. Le problème est de trouver une réponse apaisante, sinon cohérente à ce qui est la vérité de l'éprouvé, mais pas nécessairement La Vérité.

Ce n'est pas le sujet qui décide et choisit d'avoir peur, d'être angoissé, de se sentir menacé, persécuté, de tout voir en noir ; ou à un autre niveau d'être envahi, obsédé par des fantasmes sexuels, par la violence, par l'envie de tuer... Ce n'est pas une décision de sa part et pourtant cela s'impose à lui comme étant vrai. Parce qu'il est possédé par le diable ? Parce qu'il a choisi d'être un pervers ? Non, cela s'impose à lui, souvent pas n'importe quand, mais quand il se sent seul et en désarroi. Comme si ces pensées venaient remplir un vide, un espace d'autant plus menaçant qu'il ne connaît pas la nature de cette menace. Mais elles s'imposent avec insistance. Ce n'est pas neutre, ni pour lui, ni pour son entourage, de savoir que ce n'est pas un choix délibéré parmi d'autres possibilités et que cela correspond à des pressions biologiques, celles des émotions ressenties, liées à son tempérament et aux expériences plus ou moins traumatiques qu'il a pu vivre. S'il n'a pas choisi ces pressions qui s'imposent à lui, il peut cependant choisir de se donner les moyens de s'en délivrer. Il le fera d'autant plus facilement s'il ne se vit pas, si on ne le vit pas, comme un être structurellement et peut-être même volontairement malfaisant et destructeur, mais comme étant la proie de ses contraintes émotionnelles, auxquelles il est possible de trouver d'autres moyens d'expression en en comprenant le sens et en faisant le choix d'accepter une aide. Mais là aussi cette acceptation se fera d'autant plus aisément que la société partagera la même compréhension et ne fera pas du « fou » un être structurellement et définitivement hors de l'ordre humain tel que nous le concevons.

Peut-on se passer de la folie ? Le « fou » a une fonction de réassurance, celle qu'autorise ce formidable pouvoir d'emprise que nous apporte notre capacité réflexive et qui nous permet de nous autoriser à séparer le bon du mauvais, le vrai du faux, le faible du fort... toutes ces dichotomies que les humains tentent de construire pour se rassurer. L'existence du « fou » nous rend plus normaux et peut nous rassurer à bon compte sur notre propre destructivité. Mais nous n'en sommes pas moins dépendants d'émotions qui ne sont pas plus choisies qu'elles ne le sont pour le fou, avec l'illusion qu'elles sont ce que nous pensons, que nous décidons, en somme notre vérité.

Or ce que ne cesse de nous montrer la réalité de la vie, c'est qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une pathologie dite psychia-

trique pour commettre des « folies » en paroles et en actes dont témoignent abondamment et continuent de témoigner nos croyances et nos comportements. Folies qu'on peut assumer parfois jusqu'à la mort et, si on en réchappe, ne plus comprendre quelque temps plus tard comment une telle adhésion fut possible, exactement comme l'ont exprimé les patients que j'ai pu suivre. Les tempêtes émotionnelles sont un bon exemple de ce continuum entre le normal et le pathologique, qu'elles soient l'effet des passions amoureuses, idéologiques...ou de la prise de drogue, elles ont en commun d'altérer nos capacités de discernement peut-être de manière moins caricaturale que les pathologies psychiatriques parce qu'elle apparaissent plus maîtrisées et surtout plus intellectuellement cohérentes et congruentes avec la culture ambiante, mais qui n'en obstruent pas moins nos capacités de choix. En fait, elles sont sans doute plus dangereuses parce qu'apparemment plus cohérentes.

Il en est de même de la froideur excessive et de l'apparente impassibilité. C'est paradoxalement par l'absence d'émotions évidentes que s'exprime une même violence émotionnelle. Les « passions froides » sont les plus dramatiques parce qu'elles s'exercent au détriment d'une possible empathie. La violence émotionnelle se traduit par la négation de l'autre comme semblable, sa réduction à une chose. C'est ce type de passion au déchaînement duquel on assiste dans les violences groupales, notamment claniques, dans les guerres civiles où la violence subie génère en boomerang une violence semblable à l'égard de l'adversaire. On la retrouve également dans les crimes passionnels. R. Girard a parfaitement décrit cette violence mimétique dans son livre « La violence et le sacré » ainsi que sous une autre forme H. Arendt en parlant de « la banalité du mal ». Toute l'histoire de la culture est faite de ces prises de conscience successives : comment comprendre que les hommes puissent être si créatifs et en même temps si destructeurs ? La réponse, c'est que sous l'emprise de leur propre peur ils mettent leurs émotions au service de l'emprise, au détriment de l'empathie, c'est-à-dire de l'ouverture à l'autre et au partage. Il s'agit d'un véritable « perversissement » de la relation. Cela correspond à une inversion du mouvement ancestral qui consiste à faire du fou le bouc émissaire de nos peurs de perdre la maîtrise de nous-mêmes en lui conférant un statut à part : guérisseur, sorcier et plus souvent possession par des démons. Le fou n'est plus l'autre dont nous ne voulons pas, mais le miroir grossissant de ce que nous sommes.

Fou ou pas fou, tout ce qui est excessif relève du champ des émotions et les contraires se ressemblent comme l'illustre la bipolarité humaine. C'est une chance et un risque. Une chance parce que c'est une force potentielle. Un risque parce que cette force peut être au service de la destructivité. Il me semble que ce que nous montrent ces pathologies des émotions, c'est comment le discernement humain peut être « dupé » par le vécu émotionnel qui lui dicte des choix dont l'irrationalité, la dangerosité lui apparaissent évidentes dans un autre contexte émotionnel.

Quelle est la part du choix dans de telles circonstances ? Elle est toujours potentiellement possible. En fait on pourrait ne pas faire, plus qu'on ne choisit de faire. Mais que faudrait-il, pour

choisir de ne pas faire ? D'où pourrait provenir cette motivation ? Il n'y a que deux sources possibles dans ces situations extrêmes : la peur et la confiance. La peur, celle du châtiement, elle est probablement nécessaire, mais elle peut vite devenir contre-productive et contribuer une fois un cap passé, à alimenter en miroir la destruction. Quant à la confiance, il est souvent trop tard et elle ne peut être qu'à recréer dans un deuxième temps.

Il est bien difficile de savoir quand nous choisissons véritablement ou quand nous ne faisons que nous laisser conduire par ce qui nous arrange sur le moment. Et pourtant nous gardons la possibilité de choisir. À la fois nous le savons, mais nous n'en prenons pas suffisamment la mesure. C'est essentiel de le savoir et de se le répéter. La façon de l'exercer restera toujours marquée par le mélange de la charge émotionnelle et du discernement comme tout acte de vie. Ce qui importe c'est que la décision soit guidée par la recherche d'une conformité avec le but recherché et ne réponde pas seulement à une satisfaction du moment. C'est ce décalage, ce jeu de déplacement, entre le ressenti immédiat et le but cherché qui signe la prise de distance avec l'émotion et la prise en compte de la raison. Le psychique c'est cette capacité de jouer sur des niveaux différents de représentation. De cet exercice de décalage entre le plaisir de prendre une décision et les effets éventuellement destructeurs sur ceux qui en font les frais, émerge la possibilité de discernement.

Notre liberté de choix, c'est aussi et essentiellement celle de choisir nos valeurs et notamment de savoir qu'il est toujours possible de s'interroger sur le bien-fondé de celles qu'inévitablement et même nécessairement notre éducation et la culture dont nous sommes issus nous ont transmis. La remise en question, qui n'est pas le rejet, devrait être systématique du fait même de ce qu'est la vie, une évolution permanente, et de l'inévitable changement du contexte culturel. Ce qui était possible, voire même compréhensible, en tout cas acceptable, et parfois utile dans un certain contexte culturel prend une tout autre signification quand ce dernier change. Ce qui pouvait apparaître participer du lien social peut perdre son sens, voire devenir monstrueux. Pensons par exemple aux « crimes d'honneur ». L'honneur est plus que respectable. C'est ce qui confère sa valeur au lien social. Qu'en est-il aujourd'hui, comme un fait récent nous le montre, quand un jeune homme issu de la troisième génération d'immigrés revient heureux de retrouver le pays de ses ancêtres et se fait assassiner à l'arrivée par un grand-oncle dont la famille avait une dette de sang avec celle du jeune homme. Celui-ci meurt, le grand-oncle finit sa vie en prison. Pourquoi ? Peut-on vraiment répondre et avec quels arguments ?

À partir de quand un sujet n'est-il plus responsable de ses actes ? Le problème, c'est que nous jugeons en tout ou rien, même si nous essayons de nuancer avec la notion de circonstances atténuantes. Or chacun surestime sa capacité de choix, l'intéressé en premier. On croit choisir en adoptant le plus facile parce qu'induisant immédiatement un vécu de soulagement qu'on prend pour un choix. Le choix serait de se méfier de cette première impression et de dire non ou au moins attendre. Comment savoir qu'il s'agit d'un véritable choix ? Il n'y a pas de réponse absolue à la question du bien et du mal, mais on peut raisonna-

blement penser que l'état de nos connaissances scientifiques sur ce qui constitue le vivant pourrait nous servir de guide. Le verre est-il à moitié plein ou à moitié vide ? Ce n'est pas une question de vérité. Le problème, c'est ce qu'on va en faire ? Quel est notre projet ? En sachant cependant que la vision qu'on en a au départ n'est pas neutre et induit chez nous et en miroir chez les autres une attitude qui fait qu'on a une forte tendance à renforcer nos à priori et les auto-justifier en sachant qu'il est toujours plus facile de vider le verre que de le remplir. L'objectif commun que les hommes peuvent se donner, ne pourrait-il pas être : soyons les acteurs volontaires de ce pourquoi la vie a été programmée : transmettre la vie. Détruire peut être parfois inévitable, mais dès que la destruction prend le pas sur la créativité, apprenons à nous méfier de nous-mêmes et à échanger avec les autres. Le discernement ne peut être qu'un travail collectif. Nous ne pouvons jamais décider seuls du bien-fondé de détruire. Connaître et partager le poids des contraintes émotionnelles qui pèsent sur nous c'est déjà un début de liberté par l'espace de jeu ainsi ouvert, avant de décider ce qu'on va en faire.

Notre capacité réflexive fait de nous des générateurs de valeur et à ce titre des créateurs d'ambiance. Nous sommes tous coresponsables de l'ambiance qui règne autour de nous, que ce soit en famille ou au travail et dans tous ces lieux de la vie communautaire si propices aux conflits de territoire et aux règlements de compte narcissiques.

Quelles qu'en soient la nature et la forme, tout échange avec tout sujet en situation de vulnérabilité est susceptible de prendre la dimension d'une rencontre et de se charger d'une signification potentielle que son interlocuteur est souvent loin de soupçonner. À partir de là, cette rencontre peut se transformer en occasion perdue, ou en révélation et en point de départ d'un cheminement vers l'aventure de la vie, à défaut de la découverte de la vérité. La vie n'est-elle pas une histoire de rencontres ? Rencontre entre des potentialités, celles de notre héritage génétique, des événements et des personnes, qui vont en être les révélateurs ou les fossoyeurs.

La conception que la société, et plus encore les psychiatres et psychologues, véhiculée par la culture et les médias, influence massivement la représentation de sa maladie pour le patient. Cela n'a évidemment pas le même effet si on la voit comme l'expression d'une contrainte émotionnelle qu'il subit ou comme le dernier refuge de la liberté du sujet face à l'oppression de l'environnement. Dans la première conception, la réponse psychiatrique prend un sens libérateur. Dans la seconde, elle n'est à l'opposé qu'une violence supplémentaire faite au sujet. Il n'y a pas de réponse simple. Elle ne peut venir que d'une meilleure connaissance du poids des contraintes émotionnelles qui pèsent sur nous. Connaissance partagée et reprise à son compte par la culture. Il n'y a plus de dichotomie entre folie et réalité, entre aveuglement et discernement.

Comment naît le désir de l'échange qui fait la vie ? On revient toujours aux fondamentaux : ne plus avoir peur ; sortir de la solitude, retrouver la confiance qui ouvre à l'autre, retrouver l'envie de prendre soin de soi. Mais là encore par où commen-

cer et comment ? On a d'autant plus confiance qu'on a moins peur. On est donc parfois obligé de créer, d'imposer la rencontre qui permettra, par les psychotropes notamment, de diminuer la peur puis d'essayer de créer les conditions d'une rencontre génératrice de confiance. Demande délicate, souvent longue, et parsemée de ruptures. À la violence de ce qui devient un enfermement dans la destructivité, il faut savoir opposer la force d'un refus. Mais pour cela, il faut se sentir légitime de le faire et donc savoir pourquoi on le fait. La conception que l'on a des troubles psychiatriques et des conduites à risque est essentielle. Il est important de l'explicitier et de communiquer sur le sens qu'ont pour nous ces comportements auprès des personnes concernées. L'argument d'autorité étant aujourd'hui caduque, c'est la motivation des intervenants et de la société qui devient importante, non pas pour le plaisir d'instaurer un rapport de forces, mais pour expliciter qu'on n'a pas à être complice d'un comportement destructeur. C'est la question essentielle de l'éducation et de la justice, les deux étant étroitement liées.

### Conséquences

1) Changement radical du regard porté sur les malades et les maladies dites « mentales ». En ne parlant plus de maladies mentales, mais de pathologie des émotions, on intègre les maladies dans le champ des maladies du corps, en l'occurrence du cerveau et le malade mental perd son statut spécifique et la stigmatisation qui l'accompagne depuis des temps immémoriaux.

2) Les pathologies des émotions peuvent être vues comme des vulnérabilités biologiques de l'individu, liées à des supports génétiques qui vont s'exprimer plus ou moins en fonction de l'environnement au cours de la vie – vulnérabilités qui peuvent s'exprimer par des aspects positifs, des dons particuliers dans le domaine de l'intelligence ou surtout des qualités artistiques, mais dont l'expression symptomatique pathologique s'exprime toujours sous une forme appauvrissante et destructrice des liens avec l'environnement.

• Autre changement de perspective : la maladie n'est pas essentiellement au départ dans les vulnérabilités, mais dans le devenir de celles-ci en fonction des rencontres. Le point de vue structurel et catégoriel s'efface devant l'importance du devenir : ce que le sujet fera de ses potentialités pathogènes en sachant qu'une inversion positive, mais aussi négative reste toujours possible en réaction à l'environnement. Le point de vue dimensionnel s'étend du tempérament aux troubles de la personnalité et aux pathologies avérées.

3) Considérer les troubles du comportement et les symptômes comme des conduites adaptatives à des fins de rétablissement d'une meilleure homéostasie psychique, c'est-à-dire d'un moindre mal-être a pour effet de :

• donner du sens aux troubles, de déculpabiliser et de sortir de l'engrenage sensitif en miroir qui consiste à prendre leurs effets négatifs pour la cause des troubles. S'ils existent, c'est que cela fait sens pour le patient, que cela a une fonction d'alerte et souvent même d'apaisement pas nécessairement pathologique, mais toujours pathogène par ses conséquences négatives.

• D'éviter de ne recenser et prendre en compte que les éléments

négatifs pour chercher les éléments positifs sur lesquels le patient pourrait s'appuyer pour se sentir moins mal.

- De ne pas survaloriser les seuls troubles et les symptômes, mais de s'intéresser aux buts futurs à chercher pour le patient comme pour son entourage, bref de se focaliser sur les objectifs de chacun, la meilleure façon de les atteindre, même si à priori ils apparaissent très divergents.

- De sortir d'un dualisme et d'un système binaire opposant le biologique au psychique. Il n'y a pas d'esprit sans support matériel biologique, mais la conscience réflexive introduit une capacité de jeu et de choix, un champ de virtualités pouvant devenir des possibles et se réaliser dans le domaine du psychique. L'être humain accéderait ainsi à une capacité de choix réfléchi au second degré tout en subissant le poids des émotions non choisies, liées à la fois aux contraintes émotionnelles cérébrales de chacun, influencées par le poids des expériences passées et des souvenirs conscients et inconscients ainsi qu'à la nature des liens passés et présents aux figures d'attachement.

4) L'évolution des connaissances depuis une meilleure compréhension des conditions de l'émergence du vivant jusqu'aux progrès concernant le fonctionnement du cerveau et le déve-

loppement de la conscience et de la pensée nous ouvre des perspectives nouvelles sur le « comment » surgit et se développe le vivant, tout en laissant entière la question du « pourquoi ». Toutes les croyances sur ce dernier point demeurent de ce fait acceptables. Mais elles doivent à leur tour accepter de laisser libre cours à la recherche sur le comment et plus encore s'en servir pour tenter de mieux comprendre les fondamentaux sur lesquels repose le vivant et en tirer des conclusions sur ce sur quoi peuvent reposer les règles de vie qui en permettent l'épanouissement maximal, c'est-à-dire ce qui en est le cœur même : la transmission. Au fur et à mesure du développement de ces connaissances et des conséquences qui en découlent sur les pouvoirs de choix qui s'ouvrent ainsi à l'être humain, il apparaît pour le moins raisonnable qu'elles servent de fondement à ces choix humains.

Il m'apparaît également raisonnable de penser que, quelle que puisse être la réponse qu'on tente d'apporter au « pourquoi la vie ? » le fait que l'être humain puisse accéder à cette capacité de choix était prévisible et qu'il est logique qu'elle se fasse par le choix de prendre parti pour la vie, c'est-à-dire pour la créativité, la co-construction et la transmission, plutôt que pour la destructivité.



En contrebas, l'Hôtel Fairmont lieu des congrès de l'AMPQ, dans le site de Mont Tremblans. Photo Psy Cause Canada, 3 juin 2016.

## Bibliographie

- Polo Tonka. *Dialogue avec moi-même* - O. Jacob 2013  
Agathe Lenoël. *Qui suis-je quand je ne suis pas moi* - O. Jacob 2015  
Nicole Desportes. *Voyage jusqu'au bout de la vie* - O. Jacob 2016  
Nicole Jeammet. *Entre toi et moi la découverte des possibles* - O. Jacob 2015  
Antonio Damasio. *L'autre moi-même* - O. Jacob 2009

### Œuvres d'ateliers à médiation créative

Psy-Cause inaugure, avec ce numéro 71, la publication d'œuvres issues d'ateliers à visée psychothérapeutique et à médiation créative. Ces ateliers contribuent à aider à renouer un lien social, à restaurer une image de soi altérée, à réveiller l'élan vital que la maladie, la souffrance ont mis à mal.

En atelier, même si chaque rencontre est unique, il s'agit, à chaque fois, de permettre à l'autre d'oser quitter son symptôme et d'aller vers un ailleurs plus libre, plus ouvert, moins contraint. Il s'agit de l'aider à passer d'un état à l'autre, non pas tant à la recherche d'une homéostasie, mais bien vers un changement de niveau, vers un niveau supérieur... L'atelier, les médiations artistiques peuvent aider à ce passage. En cela, le thérapeute est confronté à supporter le passage, à supporter le pas-sage...

Les mécanismes créatifs s'apparentent à la création initiale de l'objet transitionnel selon Winnicott, que fait le nourrisson, lorsqu'il attend la tétée, en projetant un ressenti apaisant sur un des objets à sa portée, afin de lutter contre le ressenti du manque, afin d'halluciner, à l'avance, le bien-être de la tétée qu'il attend. Les objets de culture qui nous entourent à l'âge adulte concourent à construire une aire transitionnelle aidant à supporter la béance existentielle.

Les ateliers à médiation créative, en favorisant un lien social construit dans un entre deux fécond, ne répondent ni au fantasme du bonheur, ni au fantasme de la création artistique, mais ils frayent avec. L'art thérapeutique de l'art-thérapeute est de ne pas répondre aux demandes immédiates et de laisser advenir le manque ou la frustration, puis le désir, et de laisser advenir la création sur des objets à la portée des malades... puis de laisser parler le sujet, en s'appuyant sur le cadre de l'atelier, dans un espace et un temps partagés en atelier, espace-temps qu'on peut assimiler à un espace transitionnel selon Winnicott.

Lorsque vient le temps de livrer son œuvre au regard des autres, en dehors de l'atelier, il faut être aidé à s'aimer assez pour oser s'exposer...

C'est cette ouverture au public que Psy Cause propose dorénavant en publiant deux œuvres par numéro...

Nous avons créé, au printemps 2016, une cellule d'art thérapie que j'ai accepté de coordonner, encore en construction et ouverte à tous ceux que cela intéresse, et qui se réunit à Aix en Provence. Elle a pour buts de faire le lien avec les ateliers à médiations créatives, de recueillir et sélectionner les œuvres à publier, de valoriser le travail des ateliers à médiation créative, par des publications de textes et d'œuvres (photos libres de droits) qui sont à envoyer à : [psycause.info@gmail.com](mailto:psycause.info@gmail.com).

Pour ce numéro, nous avons choisi de publier deux œuvres proposées par Geneviève DINDART, artiste, art thérapeute et formatrice, qui travaille et met au travail depuis plusieurs années les liens complexes entre art et thérapie. (<http://geneviedindart.com/historique,-textes.html>). Les 2 œuvres que nous publions proviennent d'un atelier qu'elle a mené dans un hôpital de jour, au Centre Hospitalier Paul Guéraud de Villejuif. Ces deux peintures, provenant d'une production très intense d'une jeune patiente, l'ont « littéralement éblouie (et transformée) », et nous partageons cette émotion artistique. Un important travail pluridisciplinaire avait été amorcé quant aux droits et autorisations signés par les patients permettant aux œuvres de quitter parfois les lieux de soins et de faire leur chemin lors d'expositions par exemple.

Thierry Lavergne





## Deux articles africains

Hors de nos rubriques thématiques, nous avons pu, en fin de ce numéro, réserver un espace pour deux articles africains.

### Centrafrique



André Tabo

## Aspects ethnoculturels de la maladie mentale du sujet âgé en Afrique subsaharienne : l'exemple de la République Centrafricaine

**Auteurs :** André Tabo<sup>1</sup>, Anselme Djidonou<sup>2</sup>, Grégoire Magloire Gansou<sup>3</sup>, Saliou Salifou<sup>4</sup>, Pascal Mbelesso<sup>5</sup>, Alain Mouanga<sup>6</sup>, Caleb Grégoire Kette<sup>7</sup>, Simliwa Kolou Dassa<sup>8</sup>, Covi Mathieu Tognidé<sup>9</sup>, René Gualbert Ahyi<sup>10</sup>

**Résumé :** la personne âgée en Afrique est l'interface entre le monde des vivants et celui des morts. Cette place privilégiée lui confère des devoirs et des droits. Sa maladie est l'affaire de toute sa famille. A partir des cas cliniques documentés, les auteurs ont engagé une réflexion sur les facteurs psychologiques et culturels intervenant dans la compréhension, le vécu et l'interprétation de la maladie mentale du sujet âgé. L'itinéraire thérapeutique qui passe obligatoirement par la médecine traditionnelle est dicté par la compréhension et le vécu de la maladie par la famille. Le recours à la médecine moderne est une étape de la démarche de soins qui prend en compte le cours de la vie du sujet âgé malade pour comprendre et identifier l'origine réelle ou supposée des troubles. La collaboration entre les deux médecines est souhaitable pour des soins de santé mentale de qualité en Afrique.

**Mots clés :** culture, maladie mentale, sujet âgé, Centrafrique.

**Summary :** the elderly person in Africa is like an interface between the world of living and that of the dead. This privileged position gives him both duties and rights. His illness concerns his whole family. Cases report served at the authors to attempt an insight into the psychological and cultural factors occurring in the understanding, and interpretation of the elderly person's mental illness. The therapeutic process which necessarily involves traditional medicine is imposed by the way the illness is understood and experienced by this family.

Resorting to modern medicine is a stop in the therapeutic process which takes account of the life of the elderly sick person in order to understand and identify the real or supposed cause of the disturbances. The collaboration between the two kinds of medicine is desirable for the prospect of mental health's cares nearer to the african sociocultural representations of the illness.

**Keywords :** culture, mental illness, elderly person, Central African Republic.

Auteur correspondant : Docteur TABO André, Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie d'Adultes, Service de Psychiatrie, CNHU ; Tél. port:(00236)75 20 56 81  
E.mail : andretabo@yahoo.fr, Bangui ( République Centrafricaine)

1. Psychiatre, CNHU de Bangui, République Centrafricaine

2. Psychiatre au CHDU de Parakou(Bénin)

3. Psychiatre au Centre National Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou(Bénin)

4. Psychiatre à la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU Sylvanus Olympio, Lomé(Togo)

5. Neurologue, Hôpital de l'Amitié, Bangui, République Centrafricaine

6. Psychiatre au CHU de Brazzaville (Congo)

7. Médecin, Service de Psychiatrie, CNHU de Bangui, République Centrafricaine

8. Psychiatre, Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU Sylvanus Olympio, Lomé(Togo)

9. Psychiatre au Centre National Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou(Bénin)

10. Professeur Emérite de Psychiatrie, Université d'Abomey Calavi, Cotonou, Bénin

## I. Introduction

En Afrique subsaharienne, l'organisation familiale et les représentations de la maladie mentale diffèrent de ce qui est connu dans les pays occidentaux [20]. Dans les sociétés traditionnelles africaines, le sujet âgé avait une place de choix qui faisait de lui l'interlocuteur privilégié, le médiateur entre le monde des vivants et celui des morts [17]. Cette place centrale lui donnait certes des droits mais le contraignait aussi à des devoirs et l'obligation de comportement notamment dans le domaine de la maladie. Le sujet âgé en Afrique subsaharienne n'est pas seul face à la maladie. Il n'est que le médiateur voire l'expiateur d'une faute transgénérationnelle d'un individu ou du groupe familial et/ou ethnique. Son état interpelle le groupe social qui s'auto préserve en le prenant en charge. Les symptômes de la maladie sont corrigés, compensés ou masqués par la grande tolérance du groupe quand la solidarité familiale est effective [20]. Etant donné la coexistence quasi permanente entre les deux systèmes de soins [6, 12, 13, 23], l'un traditionnel, l'autre biomédical, ce travail se propose de réfléchir sur les mécanismes qui sous-tendent les modèles explicatifs et les itinéraires thérapeutiques de la maladie mentale du sujet âgé dans une culture africaine. Notre formation universitaire ne nous a pas préparés à affronter cette délicate situation qui nous a souvent conduits à collaborer, tout au moins implicitement, par patient interposé, avec le tradipraticien de santé [6, 13, 23].

## II. Sujets et méthodes

Il s'agit d'une étude effectuée dans le service de psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui et portant sur le choix de 3 cas cliniques. Le premier entretien avec les accompagnants des malades nous ayant permis de percevoir la différence d'interprétation et de compréhension de la maladie entre la famille et les cliniciens, nous avons documenté davantage trois cas cliniques qui ont attiré notre attention. Nous avons conduit plusieurs entretiens avec les familles, qui nous ont permis de recueillir l'histoire du malade et de ses troubles, les itinéraires thérapeutiques empruntés et le vécu socioculturel de la maladie par les proches. Les dossiers inclus dans l'étude comportaient les informations complètes renfermant les données des entretiens et du suivi recueillies sur des dossiers individuels des patients.

## III. Résultats

### Cas clinique n° 1

Monsieur B.N. est le chef d'un quartier de Bangui ; il est âgé de 65 ans. Il a commencé il y a 5 ans à avoir des difficultés à se rappeler de certains détails nécessaires à sa vie quotidienne.

À la maison, il n'arrive plus à tenir correctement les comptes de la boutique qu'il tient. Ses fonctions intellectuelles se sont détériorées en même temps que des problèmes de com-

portement ont apparus. Il est devenu extrêmement obstiné et quand on s'oppose à lui, il est physiquement et verbalement violent. Lors de son examen par le neurologue, Monsieur B.N. bien que très anxieux ne semble pas confus. Sa mémoire à court terme et à long terme, sa pensée abstraite et ses autres fonctions corticales supérieures sont suffisamment altérées pour interférer avec les activités sociales et familiales. L'examen neurologique ne montre rien d'anormal. Tous les examens de laboratoire sont normaux. Le scanner cérébral n'est pas réalisé car non disponible à Bangui. Les troubles du comportement devenus plus fréquents et plus graves ont obligé la famille à consulter en psychiatrie. Monsieur B.N. fut hospitalisé et un traitement médicamenteux à base de neuroleptique a été mis en route. Au bout de 10 jours, la famille ayant constaté une rémission significative des symptômes, demande sa sortie du service pour l'amener chez un tradipraticien réputé de la région. Le devin guérisseur leur révèle qu'un sacrifice régulier qui aurait dû être fait à un marigot avait été négligé depuis plusieurs années. D'après le devin, l'origine du pacte se situe à une époque lointaine au cours d'une rencontre entre un caïman couché au bord du marigot et un ancêtre du malade qui passait son chemin. Après des échanges verbaux, l'ancêtre confia la santé de la famille au caïman génie et lui promit un sacrifice annuel en échange. Ces sacrifices qui se perpétuaient de génération en génération étaient des offrandes de poulets égorgés au bord de l'eau, accompagnés de beignets de sorgho, de mil et d'arachide. La maladie de B.N. est donc une punition. Il va mourir mais devra d'abord payer par sa souffrance toutes les fautes de la famille. Les sacrifices à faire sont multiples et coûteux, mais leur réalisation est obligatoire pour protéger la descendance de B.N. contre d'autres malheurs. Le malade exige de ses enfants que les ressources nécessaires soient mises immédiatement à la disposition du guérisseur. La cérémonie rituelle consacrée aux sacrifices fut organisée. La souffrance et la mort prochaine de Monsieur B.N. furent acceptées par lui-même et par ses proches. Ses funérailles furent soigneusement préparées pendant qu'il était conscient et capable d'en dicter les modalités. Il mourut un an plus tard en laissant à ses enfants le sentiment d'avoir accompli leur devoir vis-à-vis de lui et des ancêtres.



*Caïmans de Centrafrique.*

### Cas clinique n° 2

Madame L. 74 ans, veuve à 40 ans, présente depuis cet âge des troubles psychiatriques chroniques. Elle monologue en permanence et le contenu est franchement délirant. Elle a des hallucinations auditives et des attitudes d'écoute associées parfois à des crises clastiques et à l'abus d'alcool. Elle fut accusée par les membres de sa belle-famille d'avoir mangé l'âme de son mari mort de maladie inconnue. Elle a été chassée de son village situé à 300 kilomètres de Bangui. Elle erre dans les rues de la capitale et vit des restes de nourriture ramassés dans les poubelles ou des aumônes des restaurants. Un jour, elle présenta un état délirant aigu associé à des troubles du comportement qui ont obligé la police municipale et les sapeurs pompiers à l'amener en psychiatrie pour des soins spécialisés. A l'entrée, elle présentait un état avancé d'incurie vestimentaire et corporelle avec des odeurs nauséabondes. L'équipe soignante lui donna les premiers soins et après renseignements pris par le service social, le seul fils de Madame L. fut contacté et accepta de se présenter dans le service. L'entretien avec le fils confirma que Madame L. a été chassée du village pour sorcellerie. Elle avait même été accusée d'avoir mangé l'âme de sa propre fille. Le devin qui avait révélé les faits avait prédit une longue maladie comme punition des ancêtres et recommandé l'éloignement du fils de sa mère pendant le reste de sa vie pour éviter de payer pour la faute commise par celle-ci. Madame L. devrait mourir dans la grande misère. Depuis, le fils n'était pas autorisé par les sages de son clan à prendre contact sous quelque forme que ce soit avec sa mère génitrice. D'ailleurs, après cet entretien, le fils repartit pour ne plus revenir rendre visite à sa mère qui sortit de l'hôpital dans un état psychique stabilisé à l'issue d'un mois de soins. Prise en charge socialement par une association caritative, elle fut suivie en ambulatoire pendant un an avant de rompre avec le service. Les services sociaux de la mairie nous ont informé quelques mois plus tard de son décès dans des circonstances non élucidées.

### Cas clinique n° 3

Monsieur S., 67 ans, est admis dans le service de psychiatrie pour céphalées chroniques associées à des troubles mnésiques de plus en plus marqués, un désintérêt progressif et global, des troubles du comportement. L'interprétation culturelle de la maladie par la famille a évoqué un héritage mystique qui s'était mal transmis. Le malade n'aurait pas été capable, du fait de son mauvais comportement dans son milieu social et de sa mauvaise préparation, d'assumer le pouvoir mystique transmis par son père au moment de sa mort. Il a été ainsi puni par les ancêtres mécontents et condamné à souffrir le restant de sa vie. Ses enfants qui l'ont promené chez plusieurs guérisseurs sans succès ont fini par l'amener en psychiatrie à cause des troubles du comportement de plus en plus fréquents et graves. A l'issue des soins psychiatriques qui ont permis une légère amélioration, la famille de Monsieur S. décida de le ramener à son domicile où il mourut 3 mois plus tard. Ses obsèques ont été l'occasion pour sa progéniture d'organiser des cérémonies rituelles de demande de par-

don aux esprits ancestraux mécontents du mauvais comportement du père défunt.

## IV. Discussion

### Du diagnostic

Selon les critères des deux classifications internationales, le tableau clinique des 3 situations cliniques a fait évoquer une démence vasculaire chez les 2 hommes et une psychose chronique chez la femme [1, 16]. En revanche, pour la médecine traditionnelle, les trois sujets âgés avaient été punis par les esprits ancestraux du fait qu'ils avaient commis une faute : non respect d'une règle établie et pratique de sorcellerie. Les patients que nous recevons et leurs familles ont une autre représentation de la maladie, qui est différente de la nôtre. Cette représentation est influencée par la cause réelle ou supposée de la maladie [3, 5,7, 23-26].

### De l'étiologie des maladies en Afrique noire

Les manuels de médecine définissent clairement les étiologies possibles des affections présentées par les sujets de notre étude. En effet, les atteintes cérébrales répétées chez les hypertendus auraient pu faire le lit des démences vasculaires. Les deuils successifs par le décès de plusieurs proches (époux et fille) ont pu provoquer une décompensation sur une structure probablement psychotique. À côté de ces étiologies reconnues par la médecine conventionnelle, la médecine traditionnelle a d'autres causes. Des travaux de plusieurs anthropologues nous ont enseigné que les arts de guérison des sociétés sans écriture (comme en Centrafrique) tendent vers les conceptions extériorisantes de la maladie à laquelle ils confèrent un sens social. Le rapport du malade avec son milieu social, l'état même du milieu et la disposition des agents humains ou extra humains qui l'habitent y sont essentiels. Ces sociétés privilégient l'agent (le qui ou le quoi) et l'origine (le pourquoi spécifique) et considèrent les autres comme contingents [24, 25]. Pour Bonnet, les circonstances qui entourent l'origine de la maladie "parlent" davantage au devin que les symptômes [5]. Car en Afrique noire en général, la personne n'est pas une unité individuelle mais plutôt prise dans un ensemble qui forment le groupe et l'environnement dans lesquels elle vit. Ici plus qu'ailleurs, l'individualité ne peut se concevoir qu'en étroits rapports avec tout ce qui entoure la personne [5]. C'est un environnement peuplé de signifiants culturels dans un univers lui-même complexe [18, 23,24]. La maladie du malade peut donc être un symptôme de désordre social.

D'événement individuel, elle se transforme en événement social qui concerne le groupe tout entier [4,5]. Mais Zemleni et al ont apporté une nuance à cette transformation en estimant qu'une maladie à soigner n'est pas nécessairement le signe d'une affection sociale à guérir. Elle le devient en général lorsque sa durée inaccoutumée, sa brusque apparition ou aggravation, son évolution atypique et surtout sa répétition chez le même individu ou dans la même communauté mobilisent l'angoisse des

autres et font surgir la question « d'où vient la maladie ? ». C'est à ce moment que la liaison est immédiatement établie avec d'autres événements survenus dans le même groupe. Un malheur n'arrivant jamais seul, ceux qui l'ont précédé et ceux qui l'ont suivi sont passés en revue par le clan. Tous ces événements peuvent de renvoyer les uns aux autres et se lire comme autant d'effets de la même chaîne causale.

S'ils peuvent s'enchaîner, c'est qu'ils sont interprétables sur le même mode et au moyen des mêmes référents étiologiques, comme la colère des ancêtres [24]. Devereux avait évoqué un certain nombre de causes des maladies, parmi lesquelles le signe qu'une divinité familiale cherche à communiquer quelque chose au groupe : un avertissement, un rappel à l'ordre ou une injonction [11]. Pour Bellier, la maladie est le châtement d'un individu qui s'est rendu coupable d'une transgression de l'ordre social fixé par la tradition [3]. Ce n'était pas le cas dans notre étude, mais certains auteurs avaient cité la sorcellerie comme la cause la plus fréquente des maladies en Afrique [5, 7, 19, 23-26]. La représentation de la maladie et ses éventuelles causes ont une grande influence sur le parcours de soins chez les patients africains et leurs familles.

#### **De l'itinéraire thérapeutique des patients**

Les patients africains n'arrivent pas en psychiatrie dès l'apparition des premiers symptômes de leur maladie. Ils suivent en général un parcours de soins qui est habituel et caractéristique de la représentation de la maladie dans nos sociétés [8]. Aussi, la culture occupe une place importante dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui [9,14].

Dassa et collaborateurs avaient fait le constat d'un désaveu de la médecine conventionnelle au profit de la religiothérapie. En faisant une analyse critique de la pratique médicale actuelle, qui ferait de l'oubli des traditions sa tradition, ces auteurs se sont interrogés d'une part sur les déterminants de ce shopping religieux et sur le lien entre la croyance, la maladie et l'errance religieuse d'autre part [10]. Selon Mouanga et al, les itinéraires thérapeutiques sont influencés par les performances du système de santé et par les interprétations culturelles données aux maladies. Ces itinéraires sont multiples et passent d'abord par les méthodes non conventionnelles des soins, comme la médecine traditionnelle et les groupes religieux [15].

Tognidé et al avaient remarqué que la plupart des sujets de leur étude avaient eu à fréquenter tant la médecine traditionnelle, les confessions religieuses que la médecine conventionnelle [22]. Les malades et leurs familles allaient chercher une solution dans la tradition ou dans la religion quand la maladie était chronique et devant certains symptômes complexes. Selon ces auteurs, la croyance à la sorcellerie, à l'envoûtement, à la possession ou au mauvais sort influence fortement les choix thérapeutiques des patients. Comment expliquer la persistance de ces parcours de soins en Afrique ? La recherche de la (des) réponse(s) à la question " d'où vient la maladie ?" amène les malades et leurs familles à consulter d'abord les devins. Pour eux,

la solution radicale aux troubles présentés se trouve cachée dans le même environnement social que le malade. Qui-conque n'est pas imprégné ou ne partage pas les réalités du milieu traditionnel est considéré comme incapable de découvrir cette solution. Il ne peut donc prétendre satisfaire pleinement le malade et sa famille par la thérapeutique qu'il propose.

Seuls la médecine traditionnelle et ses praticiens peuvent apporter les réponses acceptables à la question posée.

La consultation ou l'hospitalisation en milieu médical constitue pour certaines familles, une solution temporaire qui n'a de valeur qu'à un moment précis notamment à l'apparition des symptômes « bruyants » ou leur persistance. Pendant que la famille s'acharne à trouver « les réponses appropriées » en milieu traditionnel, la « crise » l'oblige à conduire le malade à l'hôpital où les « piqûres » sont jugées agir plus vite. Dès que cette phase féconde s'amende, le malade est ramené dans son milieu où les traitements parallèles sont poursuivis. La thérapie traditionnelle consiste alors avant tout à ressouder la communauté, à resserrer les liens affectifs de ses membres, à stimuler leur solidarité et par là réaménager l'équilibre du clan [7,12-13,18-19,21-25].

#### **De la coexistence des 2 médecines**

En Afrique subsaharienne plus qu'ailleurs, les professionnels de la santé mentale affrontent quotidiennement la délicate situation qui les conduit à collaborer, tout au moins implicitement par patient interposé, avec les praticiens des médecines non conventionnelles. Pourtant, leur formation universitaire ne les a pas préparés à affronter cette délicate situation. Mais, les patients que nous traitons et leurs familles se situent dans un champ de représentation de la maladie, qui diffère de celui qui nous a été enseigné dans les établissements de formation [8].

Ce champ apparaît difficilement saisissable et manipulable par les professionnels de santé que nous sommes, formés à « l'école des Blancs ». Plusieurs auteurs s'étaient déjà intéressés à cette situation dans leurs études respectives. Certains s'étaient interrogés sur la possibilité d'une collaboration médecin-guérisseur [13]. D'autres avaient relevé les spécificités de la psychiatrie en Afrique [6, 12, 22, 23]. A l'étape actuelle de notre pratique quotidienne de la psychiatrie en Afrique, il est difficile d'échapper à cette coexistence quasi permanente des 2 modèles d'interprétation des maladies et des 2 systèmes de soins.

#### **V. Conclusion**

Le sujet âgé en Afrique subsaharienne occupe une place privilégiée. A ce titre, sa souffrance, sa maladie est l'affaire de toute la communauté à laquelle il appartient. Les soins qui lui sont proposés sont en rapport avec cette position dans sa famille. Le processus de recherche des solutions thérapeutiques à la maladie du sujet âgé africain passe obligatoirement par l'identification de la (des) cause(s), presque toujours liée(s) au parcours de sa vie.

L'interprétation, le vécu et la compréhension de la maladie mentale par la famille du sujet âgé africain conditionnent les itinéraires thérapeutiques qui passent nécessairement par la médecine traditionnelle. Le recours à la psychiatrie n'est qu'une étape pour « effacer » les symptômes. La coexistence

quasi permanente des deux systèmes de soins comme le prévoient les projets de lois en instance d'adoption oblige les praticiens à la souplesse et à l'humilité pour une collaboration franche et loyale dans l'intérêt du malade.



Case traditionnelle de Centrafrique.

## Bibliographie

1. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Four edition. Text Revision, 2000*. Traduction française sous la direction de JD GUELEFI et al. Washington DC/ Masson, 2004 : 1065 p.
2. Andoche J « La sorcellerie dans l'explication du malheur psychique » *Psychopatho. Afric*, 1993, 25(2) :161-174
3. Bellier P « Six textes de psychopathologie africaine » *Bulletin d'ethnomédecine*, 1984, 32 : 75-93.
4. Bensmail B « Psychiatrie traditionnelle et pratiques magiques » *Psychol.Med.*, 1984 ; 16 (7) : 1209-1212.
5. Bonner D « Désordres psychiques, étiologies moussé et changement social » *Psychopath. Afric.*, 1988 ; 22(3) : 294-324.
6. Collomb H « Rencontre de 2 systèmes de soins. A propos des thérapeutiques des maladies mentales en Afrique » *Social Sciences and Medicines*, 1973,7 :623-653
7. Collomb H « La sorcellerie – anthropophagie (genèse et fonction) » *Evol. Psych*, 1978 ; 13 (3) : 499-520.
8. Coppo Piero « L'interprétation des maladies et leur classification dans la médecine traditionnelle DOGON(Mali) » Les troubles psychiques. *Psychopatho. Afric*, 1994, 26(1) :9-33
9. Corin E, Uchôa E, Koumaré B « La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui : paramètres pour un cadre de référence » *Psychopatho. Afric*, 1992, 24(2) :149-182
10. Dassa SK, Mbassa Merick D, Tabo A « Réflexion sur l'offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : l'exemple du Togo » *Perspectives Psy*, 2008 ; 47(1) : 52-58.
11. Devereux G « Culture et symptomatologie » *Actualités Psychiatr*, 1975, 2 : 12-17. 13. 14.
12. Halle A, Gueye M, Sarr D « Aspects particuliers de la psychiatrie en Afrique ; rencontre de deux systèmes de soins » *Information Psychiatr*, 1995, 71(6) : 530-536.
13. Hazera M « Peut-on concevoir une collaboration médecin - guérisseur ? » *Psychol. Med.*, 1984, 16 (7) : 1137 – 1141.
14. Lebigot F, Moncesu A « L'Afrique a ses secrets. Questions sur la place de l'ethnographie dans la pratique psychiatrique en Afrique » *Psychopatho. Afric*, 1992, 18(1) : 5-58
15. Mouanga A, Bandzouzi-Ndanga BVED, Comlan P, Tabo A, Voundou-Maxoungou Y, Koumlou RY, Gandou P, Matemolo D, Bilekoti R, Kone D « Les itinéraires thérapeutiques précédant l'admission dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville(Congo) » *Rev. CAMES (Sciences et Médecine)*, 2009 ; série A, vol 9 : 18-23
16. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies, des troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 10ème révision (CIM 10)*. Paris, Masson, 1993.
17. Riesman P « La personne et le cycle de vie dans la vie sociale et la pensée africaine (suite et fin) » *Psychopatho. Afric*, 1992, 24(1) :79-108
18. Sow I *Psychiatrie dynamique africaine*, 1977, 1ère édition, Paris, Payot Editeurs ; 280 p.
19. Sow I *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire* Paris, 1<sup>re</sup> édition, éd. Payot, 1978 : 196 pages.
20. Tabo A, Nuhukpo P, Clément JP, Thomas P « Etat actuel des connaissances sur la démence en Afrique subsaharienne » *Revue de Gériatrie*, 2003, 28 : 803-806.
21. Toguide CM, Ezin Houngbe J, Gandaho P, Agossou T, Ahyi RG « La portée du remède du guérisseur traditionnel en Afrique » *Le Bénin Médical*, 2000, 14 :43-46
22. Toguide CM, Klékpo E, Garssou GM, Tognon F, Gandaho P, Ezin Houngbe J, Ahyi RG « Itinéraire thérapeutique des malades mentaux reçus dans le service de psychiatrie au CNHU-HKM, Cotonou(Bénin) » *Le Bénin Médical*, 2010 ; 45/46 : 32-38
23. Zempleni A, Diop M., Martin P « Le psychiatre face aux thérapeutiques traditionnelles » *Med Afr Noire*, 1966, 13(4) : 115-127
24. Zempleni A « Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique » *Archives des sciences sociales et religieuses* [S. L.], 1982 (Janvier – Mars), 54 (1) : 5-19.
25. Zempleni A « Quelques problèmes de méthode en psychopathologie africaine. Une anthropologie médicale en France ? » Exposé et débats de la table ronde « Santé et sciences humaines » Paris, CNRS, 1983 : 23-28.
26. Zempleni A, Sindzingre N « La «maladies et «ses causes» » *Ethnographie*, 1985; 96/97 : 13-46.



*Kouadio Raymond N'guessan*



*Etobo Innocent Ahounou*



*Affidié Worla Amichia*



*Brahim Samuel Traoré*



*Yessonguilana Jean-Marie  
Yeo-Tenena*

## Autopsie ontogénétique des souffrances psychologiques de deux soeurs jumelles monozygotes atteintes de troubles mentaux

**Auteurs :** Kouadio Raymond N'guessan<sup>1</sup>, Etobo Innocent Ahounou<sup>2</sup>, Affidié Worla Amichia<sup>3</sup>, Brahim Samuel Traoré<sup>4</sup>, Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena<sup>5</sup>

**Correspondant :** Dr N'guessan Kouadio Raymond

Adresse : 06 BP 182 Abidjan 06

Contact : (225)58123799 / 06101902

E-mail : raymond.nguessan@yahoo.fr

**Résumé :** entamer une vie dans un environnement conflictuel peut être pour l'enfant un facteur de prédisposition à certaines difficultés psychologiques au cours de son ontogénèse.

Aussi, lorsque la souffrance psychologique est mal vécue, elle peut déboucher sur des comportements susceptibles de nuire au bien être physique et mentale du sujet. Dans une démarche qualitative, cette étude a donc été initiée avec comme objectif : décrypter les 2 souffrances psychologiques de deux soeurs jumelles homozygotes atteintes de troubles mentaux. A son aboutissement, l'étude nous conforte dans nos hypothèses en nous donnant en outre, des indications des réalités socioculturelles de la gestion de la maladie mentale. Ainsi, dans un environnement conflictuel, la maladie des jumelles a été perçue comme une agression de l'extérieur avec une interprétation mystico-religieuse écartant du coup ce qui pouvait être une vulnérabilité génétique et/ou environnementale. Partagées entre ressources thérapeutiques du milieu et l'hôpital psychiatrique, les jumelles essaient plus ou moins de donner un sens à leur vie.

**Mots clés :** Autopsie, ontogénèse, souffrances psychologiques, troubles mentaux

**Summary :** to start a life in a conflict environment can be for the child a factor of predisposition to certain psychological difficulties during its ontogeny. Also, when the psychological suffering is badly lived, it can lead to behaviors likely to harm the wellness physics and mental of the subject. In a qualitative approach, this study was thus initiated with like objective: to decipher the psychological sufferings of two twin sisters homozygous attacks of mental disorders. With its result, the study consolidates us on our assumptions while giving us moreover, of the indications of sociocultural realities of the management of the mental illness. Thus, in a conflict environment, the disease of the binoculars was perceived as an aggression of drawing aside outside with an interpretation mystico-nun as a result what could be a genetic and/or environmental vulnerability. Shared between therapeutic resources of the medium and the psychiatric hospital, the binoculars more or less try to give a direction to their life.

**Keywords :** psychological autopsy, ontogenesis, sufferings, mental disorders.

1-Docteur en Bioanthropologie (spécialité : Ethologie humaine), Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (Université Félix Houphouët-Boigny)

2-Interne des hôpitaux, Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan (Institut National de Santé Publique Côte d'Ivoire)

3-Doctorante en Bioanthropologie (spécialité : Ethologie humaine), Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (Université Félix Houphouët-Boigny)

4-Assistant de faculté, UFR sciences Médicales d'Abidjan (Université Félix Houphouët-Boigny)/Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan (Institut National de Santé Publique Côte d'Ivoire)

5-Professeur Titulaire de psychiatrie, UFR sciences Médicales d'Abidjan (Université Félix Houphouët-Boigny)/Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan (Institut National de Santé Publique Côte d'Ivoire).

## I. Introduction

Le développement de l'individu de sa conception (fécondation) jusqu'à sa forme adulte, voire jusqu'à sa mort intègre ce qu'on appelle l'ontogenèse. L'ontogenèse décrit donc le développement progressif de tout organisme depuis sa conception jusqu'à sa forme mûre.

Dans le cadre de l'homme, elle prend aussi en compte le développement de la psychologie de l'individu.

Ainsi, l'ontogénie des jumeaux monozygotes nous indique qu'ils sont issus d'un seul et même ovule fécondé et partagent une information génétique identique. Ils présentent la même disposition de gènes et de chromosomes et sont toujours du même sexe. Ils ont habituellement des caractéristiques physiques et mentales similaires. Les jumeaux monozygotes peuvent toutefois présenter une discordance phénotypique, c'est-à-dire des différences au niveau de l'apparence et de la constitution physiques, ou une manifestation spécifique d'un trait. Ces différences concernent un certain nombre de caractéristiques anthropomorphiques. Elles peuvent se percevoir également dans la prédisposition à la maladie.

Par ailleurs, la naissance d'un enfant dans une famille africaine est toujours saluée avec joie et reconnaissance ; reconnaissance envers Dieu et reconnaissance envers les divinités tutélaires de la famille qui enregistre cet événement heureux [1]. Dans ce contexte, les jumeaux que l'on présente très souvent comme des enfants privilégiés de Dieu ou des génies de la brousse sont objets d'un regard particulier. Les événements qui surviennent dans la vie des jumeaux sont diversement interprétés. Ainsi, des événements comme la maladie suscitent à la fois craintes et superstitions. On dit souvent que quant il s'agit de vrais jumeaux c'est-à-dire de jumeaux monozygotes, ce qui arrive à l'un comme malheur arrive forcément à l'autre. Quant il s'agit des maladies de l'esprit comme la maladie mentale, référence est souvent faite à des entités surnaturelles ou à certains aspects transcendants de la vie humaine. C'est l'une des raisons qui a amené Faye et *al* à dire que « la folie à deux est une entité nosographique qui semble encore difficile à cerner... » [4]. Dans cette dynamique d'incompréhension de la maladie mentale chez les jumeaux, cette étude a été initiée avec objectif principal de décrypter les souffrances psychologiques de deux sœurs jumelles monozygotes reçues en consultation au Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan et à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville.

## II. Déroulement de l'enquête

L'enquête de cette étude qualitative a intégré des observations médicales et des entretiens semi-directifs. Elle a débuté en juin 2012 lors de l'admission de l'une des jumelles en consultation au Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan et a pris fin avec la dernière évaluation clinique effectuée en mars 2016 à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Les outils d'évaluation étaient composés de dossiers médicaux, de grille d'observation et de guide d'entretien. Les observations cliniques et les entretiens avaient eu lieu au cours des

consultations et des visites des jumelles au Service d'Hygiène mentale d'Abidjan et à l'Hôpital psychiatrique de Bingerville. L'étude avait par ailleurs obtenu l'assentiment des jumelles. C'est dans ce cadre que plusieurs autres rencontres avaient eu lieu en dehors des services hospitaliers pour approfondir certains éléments de l'enquête.

## III. Observations

### 1- Biographie des jumelles

Nées en 1989 à Yopougon (Abidjan), CK et EK sont d'une grossesse gémellaire issue d'une union libre dont elles sont les premières jumelles. Elles occupent respectivement les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rangs sur huit (8) enfants chez le père et les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> rangs sur sept (7) enfants chez la mère. Leur grossesse s'est déroulée sans problème de même que, leur développement staturopondéral et psychomoteur. A l'âge de 1 an 7 mois, les deux parents se séparent suite à un conflit conjugal. Abandonnées par leur mère, le père les confie immédiatement à sa sœur cadette vu qu'il ne pouvait pas leur apporter tout seul les soins nécessaires. À l'âge de 6 ans c'est-à-dire à l'âge de la scolarité, le père les récupère et les ramène à la maison. C'est ainsi que, sa nouvelle épouse interdit aux filles de l'appeler «maman» et aussi de voir leur mère.

Les jumelles vivent dans une relation conflictuelle avec cette femme pendant plusieurs années, de l'enfance à l'adolescence. Le seul canal affectif qui existait entre elles et cette femme était leur demi-sœur pour qui elles éprouvaient beaucoup d'amour malgré les attitudes de sa mère. Malheureusement, cette dernière décède de façon brusque en 2012 et occasionne une profonde tristesse chez CK et EK. Se sentant seules et isolées, les deux filles finissent par faire un repli sur soi avec une vie renfermée. Elles n'ont pratiquement pas d'amis. La preuve, à 25 ans, elles continuaient à éprouver des difficultés pour se faire une relation amoureuse.

CK a eu un seul rapport sexuel au passage avec un jeune homme qui s'était montré à un moment donné affectif envers elle. Quant à EK, elle continue de vivre dans la chasteté. De l'enfance à l'adolescence, les deux filles avaient «gross» sur le cœur et en voulaient terriblement à leur mère qui les avait abandonnées. Au niveau de la santé, la petite enfance s'est déroulée sans particularité. Les jumelles avaient toujours vécu dans la complicité et donnaient l'impression au cours des entretiens de s'influencer mutuellement. Elles



Entrée de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville. Photo de l'auteur.

étaient très brillantes à l'école avec un parcours sans faute jusqu'à l'obtention du BAC. Après le BAC, les deux filles avaient été orientées à l'université Félix Houphouët-Boigny. CK avait opté pour les Sciences médicales et EK pour les Sciences pharmaceutiques et biologiques. Après leurs premières années universitaires qui s'étaient soldées par des succès, les jumelles vont connaître des années d'interruptions d'études dues à la survenue de troubles psychopathologiques. Une situation qui va raviver les tensions entre le père et la mère et accentuer la souffrance psychologique dans filles. Au moment où s'achevait l'enquête en mars 2016, elles avaient 25 ans et étaient toutes les deux en 3<sup>ème</sup> année dans leurs différentes facultés.

## 2- Maladies des jumelles

CK avait été la première à développer les troubles psychiatriques à l'âge de 21 ans c'est-à-dire en 2011. Devant la persistance des troubles chez CK, la mère qui cherchait entre temps à se rapprocher de ses filles avaient immédiatement accusé l'entourage de son ex-époux de vouloir du mal à ses filles. Elle soupçonnait l'entourage de chercher à détruire ses filles en sorcellerie.

La mère était donc venue récupérer CK en compagnie de EK pour l'amener dans un camp de prière chrétien. Ne voyant pas d'amélioration avec la prière, elle se rend avec sa fille au Service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody. Ne trouvant pas de satisfaction avec le traitement, la mère ravive la thèse de l'attaque mystique. Une hypothèse à laquelle CK et EK avaient vite cru à cause de la mort soudaine de leur demi-soeur qu'elles aimaient tant. C'est ainsi que, la mère abandonna l'hôpital en début d'année 2012 pour solliciter les services d'un féticheur dans une des cités balnéaires d'Abidjan. Ce dernier logea la mère et ses filles chez lui pour des soins qui avaient duré environs trois mois. C'est en ce moment que EK fait sa première crise. Elle est immédiatement prise en charge par le féticheur. Après deux mois passés chez le féticheur, les filles se rétablissent partiellement et rentrent à la maison.

En juin 2012 soit, un mois après le retour à la maison, EK rechute. Son père demande alors une consultation au Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan, à l'Institut National de Santé Publique. A la suite de l'interrogatoire, le médecin suggère au père la prise en charge des deux filles. L'apparition des effets secondaires et les préjugés du genre : « ces médicaments rendent les gens moins intelligents »

entraînent l'arrêt du traitement trois mois après son institution. Les deux filles rechutent à nouveau en mars 2014 et sont conduites cette fois-ci à l'Hôpital psychiatrique de Bingerville. EK a été la première à rechuter et est hospitalisée à la demande de la mère. CK rechute 18 jours après sa soeur et est aussi hospitalisée à la demande de la soeur cadette du père qui avait eu à leur apporter les soins maternels lorsque la mère les avait abandonnées.

Les observations cliniques mentionnaient chez les deux filles des troubles bipolaires épisodes maniaques. Dans les antécédents familiaux on notait, deux cousins qui avaient été suivis à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville. Des traitements antidépresseurs (Amitryptiline) et antipsychotiques (Chlorpromazine) fut institués. L'évolution sous traitement était favorable depuis que les filles s'étaient décidées de prendre la situation en mains en se rendant régulièrement à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville pour des contrôles. Les deux filles avaient depuis lors repris le chemin des amphithéâtres. Elles logeaient ensemble dans une des citées universitaires d'Abidjan en mars 2016 au moment de la dernière rencontre.

## 3- Perception et vécu de la maladie par les jumelles

Dans l'entendement des deux filles, la maladie de CK lui avait été donnée par les sorciers de la famille de leur père comme l'avait indiqué la mère. Pour elles, il ne s'agissait pas d'une hypothèse mais d'une vérité car leur demi-soeur qu'elles aimaient tant malgré la méchanceté de sa mère était décédée dans des circonstances bizarres sans qu'elle ne soit véritablement malade. Il n'y avait que les sorciers qui pouvaient agir ainsi. Quant à la maladie de EK, elle était l'oeuvre du féticheur qui avait eu à les prendre en charge. « Vu que nous sommes jumelles, il m'a transmis la maladie de ma soeur afin de demander beaucoup plus d'argent aux parents. Il s'est mystiquement servi de nos cordons ombilicales pour le faire » déclarait EK avec le soutien de sa soeur. Par ailleurs, CK déclarait être en partie responsable de la maladie de sa soeur. Elle disait que si, elle n'avait pas été malade pour se retrouver chez un féticheur, sa soeur n'allait jamais souffrir d'une telle maladie.

Un autre problème qui causait des soucis aux filles était le retard pris dans les études à cause de la maladie. Elles avaient en effet été contraintes d'interrompre à plusieurs reprises les études du fait des rechutes. Une situation qui avait amené CK à vouloir mettre fin à sa vie à plusieurs reprises. Elle disait trainer souvent le pas en traversant les voies publiques afin de se faire renverser par des véhicules. Des idées lui auraient aussi passées dans la tête lui demandant de se poignarder avec un couteau.

Au niveau des rapports avec l'entourage, les filles s'étaient refaites une bonne image de leur mère qu'elles trouvaient courageuse et affectueuse. Concernant leur père, elles disaient qu'il n'avait pas failli un seul moment à son devoir de père. Cependant, elles le trouvaient quelque peu réservé et orgueilleux. Concernant les traitements inhumains qui leur avaient été infligées par la femme de leur père, elles disaient ne jamais l'oublier.



Service d'hygiène mentale d'Abidjan. Photo de l'auteur.



*Des instants de la thérapie traditionnelle. Photo de l'auteur.*

#### 4- Projections et projets de vie des jumelles

CK et EK essayaient plus ou moins mener une vie correcte. Elles se rendaient régulièrement à l'Hôpital psychiatrique de Bingerville depuis les dernières rechutes pour voir le médecin et suivaient correctement leurs traitements. En dehors des amphithéâtres, le temps des deux filles était partagé entre l'écoute de musique, la pratique de sport (Gymnastique et basketball) et les prières à l'église.

Dans leurs projections CK souhaitait terminer ses études en tant que médecin-chirurgien. Elle comptait aussi inscrire la coiffure dans ses projets comme activité secondaire. Elle déclarait cependant que si, à cause de la maladie, elle venait à arrêter définitivement les études, elle mettrait immédiatement fin à sa vie. Quant à EK, elle souhaitait terminer ses études de pharmacie mais en tant que chercheur. Elle souhaitait aussi être un jour actionnaire dans des établissements bancaires. Contrairement à sa soeur, elle indiquait que, si à cause de la maladie, elle venait à arrêter définitivement ses études, elle optera pour le commerce plutôt que de mettre fin à sa vie.

Sur le plan sentimental, les deux filles dont l'une avait jusque là préservé sa virginité n'avaient pas d'hommes dans leur vie. Leur souhait était de rencontrer des hommes attentionnés, responsables et intelligents qui vont les aimer. Elles souhaitent enfin avoir des enfants à qui elles pourront apporter beaucoup d'affections.

### IV. Commentaires

#### 1- Réactions psychologiques des jumelles face à l'adversité parentale

De la deuxième année de vie jusqu'à la fin de l'adolescence, CK et EK avaient souffert de l'adversité parentale. La séparation brusque avec la mère à 1 an 7 mois avait engendré des souffrances psychologiques dues à la carence affective. De nombreux scientifiques ont démontré que les nourrissons tout comme les jeunes enfants entretiennent des relations privilégiées avec la mère, leur figure maternelle. A ce stade de ontogénie, le nourrisson ou le jeune enfant a besoin de nourriture, d'entretien, de soin, d'espace de jeu, etc., mais surtout d'affection. Dans le milieu social en Côte d'Ivoire, cette tâche revient principalement à la mère. L'absence de cette dernière à la maison peut donc avoir des conséquences irréparables. Malheureusement, CK et EK ont vite été confrontées à cette situation. Elles s'étaient senties abandonnées durant l'enfance et l'adolescence. Or, « se sentir abandonné au moment où l'on en a le plus besoin est très traumatisant pour un enfant et provoque des blessures d'at-

tachement » [2]. En outre, l'environnement délétère dans lequel les filles ont évolué avait entraîné en elles des comportements tels que le solitarisme marqué par le repli sur soi. En effet, « les hommes et les femmes qui ont manqué de soins maternels et qui n'ont pas pris ainsi le meilleur départ dans la vie sont souvent, à l'âge adulte, en proie à des luttes intestines profondes, en partie à cause de ces besoins non satisfaits durant l'enfance » [2].

#### 2- Perceptions de la maladie des jumelles et démarches thérapeutiques

L'attitude des parents, en particulier celle de la mère face à la maladie des filles traduit un certain nombre de comportements face à la maladie généralement observés dans le milieu noir-africain. Face à la maladie ou face à un événement étrange, une déduction est vite faite et une cause à la situation est immédiatement identifiée. Cette attitude de la mère à attribuer la maladie de ses filles aux sorciers révèle deux sens. Le premier sens de son attitude est le caractère étrange des troubles psychopathologiques survenus. Le deuxième sens de cette attitude est la certitude du «non sens» de la réalité d'une vulnérabilité génétique et environnementale. Cette position de la mère avait certainement influencé la perception des filles qui avaient tout de suite cru à une méchanceté humaine. Elles expliquaient en effet que la maladie de CK lui avait été attribuée par les sorciers de la famille de leur père et celle de EK par le féticheur chez qui leur mère avait conduit CK pour des soins. Cette interprétation de la maladie des jumelles est d'ailleurs une réaction presque normale et habituelle chez l'être humain. Verhoeven et Van Neerven écrivent à ce sujet que : « Une maladie n'est pas seulement un dysfonctionnement physique, neurologique ou biologique. L'être humain interprète aussi sa maladie et essaie de lui donner un sens. » [9] « D'une manière générale, l'homme a besoin d'interpréter ce qui lui arrive, de comprendre et d'y trouver du sens » [6].

La maladie des jumelles se présente ici comme un événement capital qui a droit à une explication. Dans l'explication de cette causalité, le sens qui semble logique aux yeux de la mère et de ses filles est cette interprétation mystico-religieuse de la maladie. C'est la raison pour laquelle Koné et al., dans une étude à Abidjan, affirmaient que : « Dans la société traditionnelle africaine, un événement d'importance n'échappait à une causalité mystique » [ 5].

Cette interprétation mystico-religieuse de la souffrance des jumelles pourrait justifier les multiples choix thérapeutiques. Dans son condensé de la médecine plurielle publié en 1998, Essane dénonçait cette attitude des africains face à la maladie. Il disait en effet que, le malade africain face à la souffrance opère des choix. « Soit, il opte pour l'hôpital moderne au sein duquel les thérapeutiques positives « biochimique » ou « chirurgicale » ne laissent aucune place au sacré et aux valeurs culturelles dont il est issu. Soit, il opte pour les ressources de la médecine sacrée nègre, traditionnelle ou négro-traditionnelle dans ses réinterprétations syncrétiques que sont les prophétismes et les maraboutismes thérapeutiques de l'Afrique moderne » [3]. N'guessan ajoute en substance que : « les êtres humains sont entièrement condi-

tionnés et les normes éthiques qui guident leurs conduites sont dérivées de fonctions. Les individus en fonction de leur culture et de leur représentation du monde définissent le normal et le pathologique pour ainsi donner un sens aux aspects fonctionnels de leurs vies. Ils proposent aussi des étiologies et des thérapies spécifiques selon les cas. » [7]

### 3- Mécanismes de défenses et remaniements des relations interpersonnelles

L'intrusion de la maladie mentale dans la vie des jumelles a entraîné des bouleversements d'ordre psychologique et relationnel dans leur vie. Face à la maladie, CK et EK avaient développé des mécanismes de défense qui semblaient être diamétralement opposés. Pendant que CK était gagnée par la négation qui se traduisait par la régression, les pensées de EK étaient relativement positives et allaient dans le sens de la sublimation. Alors que CK projetait de mettre fin à sa vie en cas d'échec universitaire à cause de la maladie, EK essayait plutôt de repenser sa vie en se reconvertissant à faire une autre activité s'il lui arrivait d'arrêter les études à cause de la maladie. La distorsion cognitive observée chez CK se comprend toutefois en ce sens que, comme le souligne Mikolajczak : « la maladie ainsi que ses traitements influencent le fonctionnement et le bien être du malade, de sorte qu'une fois le diagnostic établi, c'est tout le fonctionnement physique et psychique du patient qui bouleversé » [6].

La sublimation comme mécanisme de défense observée chez EK montre qu'elle sera à mesure de faire facilement le deuil d'un éventuel échec universitaire. Mais cette réaction de EK pourrait traduire sous un autre angle, le déni des facteurs génétiques et environnementaux qui pourrait expliquer leur maladie. EK pourrait donc être en train de se reconforter derrière l'idée que sa maladie est la conséquence d'une méchanceté humaine : « *il m'a transmis la maladie de ma soeur afin de demander beaucoup plus d'argent aux parents* ». Face donc aux différentes phases de la maladie, des mécanismes de défenses avaient été mobilisés en fonction de la personnalité de chacune des jumelles. Ces mécanismes de

défense peuvent, selon Phaneuf, protéger le psychisme de l'individu mais peuvent devenir pathologiques s'ils posent problème dans la poursuite des activités quotidiennes [8].

Par ailleurs, le rapprochement des filles de leur mère observé au décours de la maladie nous introduit dans le fameux cercle vicieux dans lequel évolue la relation mère-enfant. En effet, devenue du coup attentionnée pour des enfants qu'elle a abandonnés à 1 an 7 mois au risque de tous les dangers, la mère avait fini par gagner l'amour de ses filles. Certainement que les jumelles n'avaient pas d'autres choix que de se tourner vers celle qui manifeste le désir de les aider mais, comme on le dit dans le langage courant en Côte d'Ivoire, « c'est une question de sang ». La preuve, elles n'étaient toujours pas prêtes à accorder cet amour à l'épouse du père qui leur avait infligé toutes sortes de maltraitance. Elles pensaient par ailleurs que leur père est devenu renfermé et orgueilleux. Devant ces difficultés psychologiques encore persistantes et face à ces remaniements interrelationnels, il serait souhaitable de renforcer les séances de psychothérapie et ou de psychoéducation.

### V. Conclusion

Venues au monde au bénéfice d'une grossesse gémellaire, la vie de EK et CK a été émaillée d'événements traumatisants dont la séparation brusque avec la mère à l'âge de 1 an 7 mois et la survenue de troubles psychopathologiques à la fin de l'adolescence. De l'enfance jusqu'à la survenue de la maladie, les filles avaient vécu dans l'adversité parentale et le souci de retrouver une vie normale et apaisée. Une situation qui les a conduites à certains comportements et mécanismes de défense comme le repli sur soi, la culpabilité et les attitudes d'autodestruction. Dans ce processus d'adaptation, les souffrances psychologiques sont plus ou moins persistantes à cause des douleurs psychosomatiques, de l'interprétation mysticoreligieuse de la maladie et des difficultés d'apprentissage. C'est la raison du plaidoyer en faveur d'un accompagnement psychologique renforcé.

*Un canari cassé à un carrefour pour conjurer le mauvais sort.  
Photo de l'auteur.*



### Bibliographie

- 1-Bouton R., (2013), Les jumeaux en Afrique : de la réalité scientifique aux croyances populaires, pp.17-33. [En ligne], <http://mediaafrique.com/>
- 2-Coré JL., (2014), « Mère absentes » : Guérir de l'amour qui vous a manqué, Ixelles, 304p.
- 3-Essane S., (1998), La médecine au pluriel en Afrique, Pharm. Med. Trad. Afr, vol. 10, pp. 80-86.
- 4-Faye PL et al., (2015), Pathologie d'un délire collectif : la folie à deux, Psy Cause 69, p.11.
- 5-Koné D, Gbagho M, Bazane NR., (2011), Sorcellerie en Afrique : le paradigme psychologique des confessions publiques, Psy Cause-59, Mella, Paris, p.5.
- 6-Mikolajczak M., (2013), Les interventions en psychologie de la santé, Dunod, Paris, 288 p.9
- 7-N'guessan KR (2015)., Réponses culturelles aux traumatismes psychologiques de la crise postélectorale de 2010 en Côte d'Ivoire : approche étiologique, Thèse de doctorat unique en Bioanthropologie, Parcours : éthologie humaine, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, p.108.
- 8-Phaneuf, M. (2013)., Mécanismes de d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux. In Mikolajczak M., Les interventions en psychologie de la santé, Dunod, Paris, p.88.
- 9-Verhoeven M, Van Neerven L., (2014), Soigner et accompagner : perspectives anthropologiques, Les pratiques de soins et les conséquences culturelles, De boeck, Paris, p.92.

# L'équipe de Psy Cause

## II Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

## II Directeur adjoint

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

## II Rédacteurs en chef

Coordonnateur : Jean Paul Bossuat

Marie-José Pahin (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

II Le comité de lecture est composé du directeur et des rédacteurs en chef, ainsi que de François Daniel Alberola, de Samuel Mampunza, de Gérard Pirlot, d'André Tâbo, de Raymond Tempier et de Jean-Marie Y Yéo Ténéna.

## II Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

## II Secrétaires de Rédaction

*Afrique subsaharienne :*

Y Jean-Marie Yéo-Ténéna (Abidjan, Côte d'Ivoire)

*Algérie :*

Meryem Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

*Amérique du Nord :*

François Borgeat (Montréal, Québec, Canada)

*Adjoint à l'Amérique du Nord :*

Jean-Paul Olivier (Belfort, France)

*Europe :*

Yves Chmielewski (Avignon, France)

## II Comité de Rédaction Francophone

Jean Louis Aguilar (Béziers, France)

Charles Akondé (Cotonou, Bénin)

François Daniel Alberola (Phnom Penh, Cambodge)

Alfredo Ancora (Rome, Italie)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec, Canada)

Valérie Aubin (Monaco)

Geneviève Ayach (Paris, France)

Béchar Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Isabelle Benoiton (Victoria, Seychelles)

Réda Bénosmane (Tlemcen, Algérie)

Jérôme Bobo (Uzès, France)

Rachel Bocher (Nantes, France)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

Gada Breich (Beyrouth, Liban)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Émilie Fiossi-Kapdonou (Cotonou, Bénin)

Thierry Fouque (Nîmes, France)

Martine Fournier (Marseille, France)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Jean-Louis Griguer (Valence, France)

Jean-Pierre Olivier Kamga Olen (Yaoundé, Cameroun)

Mamady Mory Keita (Conakry, Guinée)

Drissa Koné (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumaré (Bamako, Mali)

Jean Dominique Leccia (Montréal, Québec, Canada)

Pierre Leichner (Vancouver, Colombie britannique, Canada)

Catherine Lesourd (Martinique)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Myriam Livolant (Luzes, France)

Samuel Mampunza (Kinshasa, RD Congo)

Gilbert Mananga (Kinshasa, RD Congo)

Alain M. Mouanga (Brazzaville, Congo)

Corentin Nascimento (Chaumont, France)

Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)

Marc Oeynhausien (Avignon, France)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Paul Macaire Ossou-Nguiet (Brazzaville, Congo)

Arouna Ouédraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Bertrand Piret (Strasbourg, France)

Gérard Pirlot (Toulouse, France)

Patricia Princet (Fains, France)

Adéline Raharivelo (Antananarivo, Madagascar)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo, Madagascar)

Jean Marie Rebeyrol (Bordeaux, France)

Guénaelle Reynes (Montpellier, France)

Saliou Salifou (Lomé, Togo)

Ousmane Sall (Nouakchott, Mauritanie)

Anne Sarrasat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Île de la Réunion)

Kiyoshi Shiratshi (Fukukoa, Japon)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Orhman Sentissi (Genève, Suisse)

Kokou Messanh Agbémélé Snédjé (Lomé, Togo)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

André Tâbo (Bangui, Centrafrique)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Linette Tédongmo (Saint Laurent du Maroni, Guyane)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario, Canada)

Mamadou Habib Thiam (Dakar, Sénégal)

Chak Thida (Phnom Penh, Cambodge)

Michel Toussou (Lomé, Togo)

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne, Portugal)

Josée Van Eijk (Nimègue, Pays Bas)

Raymond Videlaïne (Papeete, Polynésie)

## II Correspondants

Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence, France)

Françoise Deramond (Toulouse, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Baba Fall (Valence, France)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Béatrice Ségalas (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

## II Membres d'honneur

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)

Michel Bayle (Aix en Provence, France)

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Bottai (Martigues, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Parrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martigues, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Merge (Martigues, France)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Dominique Pringuet (Nice, France)

Jean pierre Staebler (Avignon, France)

Nicole Vernazza (Arles, France)

## Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée au Dr J.-P. Bossuat, à son adresse email : jpbossuat@numericable.fr.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

### Contenu de l'article

L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :

- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (photo d'identité)
- **Nom de l'auteur** (prénom suivi du nom), qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langues française puis anglaise, exposant succinctement l'objet de l'article. Suivent les mots clés en Français et en Anglais.

### Corps de l'article

L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé. Les photographies, graphiques, dessins sont désignés sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure). Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.

### Bibliographie :

Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteur (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteur (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière pages de l'article.

### Instructions techniques

#### Texte

Le texte doit être fourni en version informatique (fichier .doc ou .rtf) et envoyé par mail.

#### Photographies et figures

Les photographies ou figures doivent être d'une précision et d'une qualité suffisante pour permettre l'édition. Elles doivent être fournies en version informatique et envoyées par mail, chacune faisant l'objet d'un fichier séparé (format tif, eps ou jpg).

#### Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis en version informatique (fichier doc, xls...) et envoyés par mail.

## Abonnement

Abonnement pour un an à la revue Psy Cause : 50 € à partir du n° ..... (sauf n° épuisés).  
3 numéros quadrimestriels

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de Psy Cause sont à envoyer à :

**Chantal Roose, trésorière de PsyCause**

**12 rue du Sancy**

**30133 Les Angles (France)**

Nom et prénom .....

Adresse professionnelle .....

Code postal..... Ville.....



# Soins et culture(s) en santé mentale

## Colloque Psy Cause en lien avec la semaine de la santé mentale



### Les 20 et 21 mars 2017 à Saint Laurent du Maroni (Guyane)

*Co-organisé par le Centre Hospitalier de Saint Laurent du Maroni et Psy Cause France.*

*Quatre séances :*

« L'ethnopsychiatrie pratique », « Travail et culture : quelle rencontre ? »,  
« Soins paramédicaux », « La clinique sur le Maroni ».

Comité d'organisation : Dr Linette Tédongmo, psychiatre chef du pôle de l'Ouest Guyane,  
Dr Jean Paul Boasuat, président de Psy Cause International, Mr Pascal Schindelholz, cadre de  
santé dans le pôle de psychiatrie du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais.

Programme scientifique : lire la version régulièrement actualisée sur le site  
<http://www.psychause.info>.

Inscription : Morgan Tours : courriel [morgantoursjanet@wanadoo.fr](mailto:morgantoursjanet@wanadoo.fr) et téléphone 01 45 42 25 25.  
Renseignements et proposition de communication : [psychause.info@gmail.com](mailto:psychause.info@gmail.com).