

Université du Québec en Outaouais

Titre de l'essai : **L'impact d'adversités précoces de nature traumatique dans l'histoire développementale de jeunes adultes vulnérables**

Projet d'essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle au doctorat en psychologie  
Profil psychologie clinique (D.Psy)

Par  
© Annie DESGRANGES

Sous la direction de Monique Séguin Ph.D. et Marie Robert Ph.D.

Mars 2018

## **Composition du jury**

Titre de l'essai : **L'impact d'adversités précoces de nature traumatique dans l'histoire développementale de jeunes adultes vulnérables**

Par  
Annie Desgranges

Sous la direction de Monique Séguin Ph.D. et Marie Robert Ph.D.

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monique Séguin, Ph. D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Geneviève Tardif, Ph. D., examinateur interne et Présidente du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Guilhème Pérodeau, Ph. D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Emmanuel Habimana, Ph.D., examinateur externe, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

## REMERCIEMENTS

Sur la ligne du temps...

Merci à mes parents, pour avoir valorisé durant la dernière décennie mon statut d'éternelle étudiante. Chère maman, sans toi, rien de tout ça n'aurait été possible. Merci aussi à ma sœur pour m'avoir offert ton soutien et tes précieux conseils dans les moments les plus incertains.

Merci à mon partenaire de vie qui est apparût pendant mes études et qui m'a enraciné dans du simple, du vrai et du durable.

Merci à mes collègues et amis, vous m'avez permis de partager, dans le plaisir, une réalité que peu de gens comprennent. Vous avez été mon carburant et ma motivation quotidienne, merci.

Finalement, merci à mes directrices de recherche Monique et Marie. Vous avez certainement été l'ingrédient le plus important à l'accomplissement et la réussite de mes études. Vous m'avez donné un deuxième souffle en me transmettant votre passion pour la recherche. Merci de m'avoir fait traverser le seuil de votre porte. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE II	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	5
2.1. Le processus de développement de la vulnérabilité de l'individu.....	6
2.2. La dimension génétique.....	8
2.3. La dimension biologique.....	10
2.4. La dimension de l'environnement.....	12
2.4.1. L'attachement.....	13
2.4.2. Les adversités précoces de nature traumatique.....	16
2.5. La socialisation et le développement de la cognition.....	19
2.6. L'estime de soi.....	21
2.7. Le coping et le développement des stratégies de coping.....	23
2.8. Les événements lors de la période de transition vers l'âge adulte.....	25
2.9. Questions de recherche.....	30
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	31
3.1. Participants.....	32
3.2. Procédure de recueil de données.....	32
3.3. Mesure.....	33
3.3.1. Entrevue d'évaluation psychologique.....	34
3.3.2. Entrevue pour retracer la trajectoire de vie.....	34
3.4. Analyse des données socio-démographiques.....	39
3.5 Analyse des données des entrevues cliniques.....	39

CHAPITRE IV	
RÉSULTATS .....	42
4.1. Résultats de la première question de recherche .....	43
4.2. Profil sociodémographique des participants .....	45
4.3. Profil psychopathologique des participants.....	46
4.4. Résultats de la deuxième question de recherche .....	48
4.4.1. Trajectoire de vie du groupe I .....	49
4.4.2. Trajectoire de vie du groupe II.....	52
4.5. Discussion .....	54
4.6. Limites.....	62
 CHAPITRE V	
CONCLUSION .....	64
 RÉFÉRENCES.....	69
 ANNEXE A : Questionnaire de trajectoire de vie .....	64
ANNEXE B : Questionnaire socio-démographique.....	145

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Résumé des variables à l'étude et instruments de mesure</i> .....	41
Tableau 2. <i>Profil sociodémographique des participants.</i> .....	45
Tableau 3. <i>Profil psychopathologique des participants</i> .....	46
Tableau 4. <i>Données sur les stratégies de coping et les conduites à risque</i> .....	51
Tableau 5. <i>Données sur les difficultés dans les différentes sphères de vie.</i> .....	54

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Trajectoire de vie du groupe I</i> .....	49
Figure 2. <i>Trajectoire de vie du groupe II</i> .....	52

## Résumé

Les résultats d'études scientifiques indiquent que des enfants ayant vécu des adversités précoces de nature traumatique telles que la violence physique, la violence sexuelle, la violence psychologique ainsi que la négligence, auront plus de probabilité de développer une trajectoire de vie avec des vulnérabilités en termes de difficultés relationnelles, de problèmes de santé mentale et de stratégies de coping. L'objectif de cette étude sera de regrouper ces variables souvent étudiées de manière isolée et vérifier si cette trajectoire développementale se confirme auprès d'une population de jeunes adultes de la région de l'Outaouais. Tous les participants de l'organisme Vallée Jeunesse ont participé aux entretiens de recherche initiaux dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité des services. Des entrevues cliniques semi-dirigées explorant la trajectoire de vie et la présence de troubles mentaux ont été complétées auprès de vingt-quatre participants en situation de vulnérabilité, en transition vers l'âge adulte. À la lecture de ces vignettes, les données semblent indiquer deux groupes distincts: l'un présentant des adversités précoces de nature traumatique (groupe I) et l'autre sans adversité précoce de nature traumatique (groupe II). Le groupe II démontre un plus haut niveau de fonctionnement. Les résultats obtenus n'indiquent pas de psychopathologie à l'enfance et ces jeunes rapportent la présence d'un réseau social, d'un emploi et d'un endroit fixe où vivre. Également, ils affirment utiliser plus de stratégies de coping actives. Le groupe I rapporte la présence de psychopathologies dès l'enfance (TDAH et troubles de la personnalité) et des difficultés relationnelles (abandon, rejet, conflits et violence) dans presque toutes les sphères de leur vie (familiale, scolaire, sociale, professionnelle et résidentielle). Les résultats démontrent également que, lorsqu'ils doivent faire face à des situations stressantes, ces jeunes ont recours à des conduites à risque; comportements agressifs, consommation de substances, tentatives de suicide et automutilation. Ils cumulent très tôt un fardeau d'adversités qui ne fait que s'aggraver au fil du temps. Malgré les limites méthodologiques, cette étude a permis d'identifier de façon précoce la vulnérabilité et appuie l'importance d'intervenir tôt dans le processus de développement de ces individus. Les programmes spécialisés et personnalisés chez l'adulte offerts dans les Instituts universitaires en santé mentale de Montréal ont démontré leur efficacité. Il est important d'offrir cette intensité de services chez les enfants et les adolescents dès l'identification de difficultés importantes et cumulatives afin d'éviter une trajectoire de vie remplie d'adversités, d'échecs, de pertes et de troubles mentaux.

Mots clés : adversité précoce, adulte vulnérable, trouble mental, difficultés relationnelles, stratégies de coping





CHAPITRE I  
INTRODUCTION

Cet essai doctoral s'inscrit dans une étude plus large conduite par les professeurs Robert, Séguin et Beauchamp visant à évaluer l'efficacité des services en santé mentale d'une clientèle desservie par un partenaire clé de la région de l'Outaouais, Vallée Jeunesse. Cet organisme communautaire agit en dernier recours et offre des services d'hébergement, d'accompagnement psychosocial et d'insertion à l'emploi à une clientèle de jeunes adultes vulnérables. L'objectif de l'étude initiale visait à identifier l'efficacité des services de l'organisme Vallée Jeunesse. Tous les jeunes chez l'organisme Vallée Jeunesse au moment de l'étude, ont participé aux entretiens de recherche. Des entrevues cliniques semi-dirigées explorant la trajectoire de vie et la présence de troubles mentaux ont été complétées auprès de vingt-quatre participants en situation de vulnérabilité, en transition vers l'âge adulte. Cette étude visait à vérifier si la trajectoire de vie de ces personnes avait été modifiée suite à leur passage à l'organisme Vallée Jeunesse.

Dans le cadre de ce vaste projet, la doctorante et auteure de cet essai, était assistante de recherche. Ce rôle a permis de mener tous les entretiens cliniques auprès des participants. Une fois ce vaste projet terminé, un travail de réflexion a été mené sur le développement précoce de la vulnérabilité de ces jeunes adultes : quelle est la nature des adversités vécues dans les premières années de la vie? Comment, un cumul d'adversités précoces de nature traumatique peut avoir un impact sur le développement de troubles mentaux? Est-ce que la séquence d'apparition de facteurs de risque dans leur trajectoire de vie est différente ou similaire? C'est ainsi qu'est né le sujet de cet essai doctoral : l'impact d'adversités précoces de nature traumatique dans l'histoire développementale de jeunes adultes vulnérables.

Ce sous-projet répond d'une part à un besoin du milieu, mais également un manque au niveau des données scientifiques. En effet, il existe très peu d'études permettant de connaître la trame développementale de jeunes adultes en situation de vulnérabilité. Certes, la littérature

développementale (Allen et al., 1998 ; Bowlby, 1984 ; Crittenden, 1994 ; Fergusson, Boden & Horwood, 2013; McGowan et al. 2009 ; Renaud et al., 2008 ; Rutter, 2004 ; Turecki et al., 2012 ; Weinfeld et al., 2008) démontre que les jeunes ayant vécu des adversités de nature traumatique au cours de leur enfance ont plus de probabilités de cumuler des difficultés et de développer des troubles mentaux à l'adolescence et à l'âge adulte. Par contre, les recherches sur les adversités dans l'enfance et l'impact de ces adversités à l'adolescence se présentent souvent par l'étude de variables isolées ou l'identification de quelques variables, où chaque discipline opère un découpage de la réalité qui lui est propre. Certains s'intéressent à la présence d'abus sexuels/physiques à l'enfance (Fergusson et. 2011), d'autres mesures des symptômes reliés à des troubles mentaux comme des traits de personnalité impulsifs (Wanner, Vitaro, Tremblay, & Turecki, 2012), d'autres ont observé des difficultés relationnelles (Dodge et Pettit, 2003) et d'autres ont remarqué l'utilisation de stratégies de coping dommageables comme la toxicomanie (Dodge et Pettit, 2003) et des comportements suicidaires (Swogger, You, Cashman-Brown, & Conner, 2011). Bien que ces résultats soient pertinents, ces recherches ne permettent pas d'avoir une perspective complexe et multidimensionnelle de la vulnérabilité. Il apparaît important de mettre en lumière le cumul d'adversités et l'enchaînement des difficultés qui se produisent souvent chez une clientèle vulnérable. Cette étude propose d'identifier la multitude de variables décrites ci-haut et aborder le développement de la vulnérabilité dans un cadre multidimensionnel.

Plus précisément, cette recherche clinique vise dans un premier temps à vérifier dans quelle mesure des jeunes adultes en situation de vulnérabilité auraient vécus des événements de nature traumatique à l'enfance et l'impact de ces événements dans le développement de problèmes mentaux, de difficultés relationnelles et de stratégies de coping. Le deuxième objectif est de vérifier de manière rétrospective, si ces jeunes en situation de vulnérabilité auraient tous vécus le

même type de cumul d'adversités (si la séquence d'apparition de facteurs de risque) varie ou non au cours de leur vie. Ces résultats permettront d'identifier de façon précoce la vulnérabilité et ainsi élaborer des pistes de solution pour optimiser les services offerts.

## CHAPITRE II

### CONTEXTE THÉORIQUE

## **2.1 Le processus de développement de la vulnérabilité chez l'individu – cadre conceptuel**

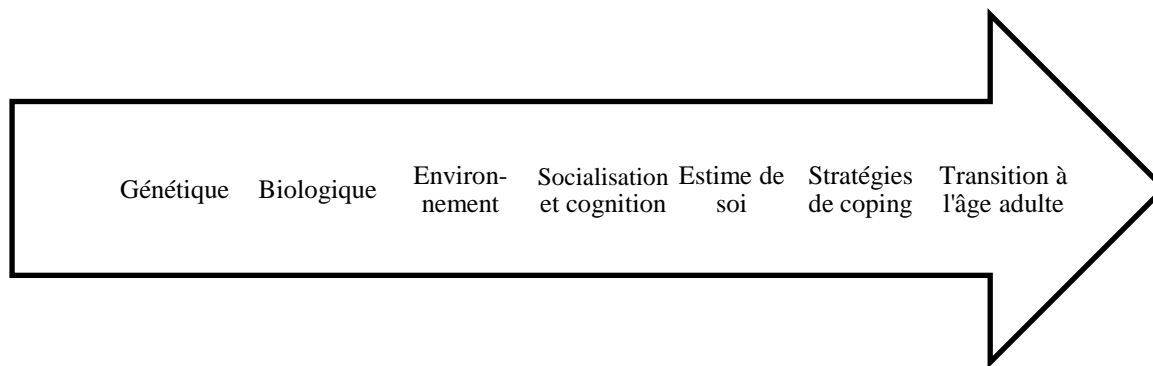
La violence faite aux enfants est un problème qui existe mondialement, et le Québec ne fait pas exception. En 2015, la Direction de la protection de la jeunesse du Québec (DPJ) a traité 86 891 signalements dont 31 271 ont été retenus pour des motifs liés à des adversités précoces de nature traumatique telles que la violence physique, la violence sexuelle, la violence psychologique ainsi que la négligence. Cela représente une hausse de 4,1 % par rapport à 2014 (Association des centres jeunesse du Québec, 2015). Plusieurs écrits (Allen et al., 1998 ; Bowlby, 1984 ; Crittenden, 1994 ; Fergusson, Boden & Horwood, 2013; McGowan et al. 2009 ; Renaud et al., 2008 ; Rutter, 2004 ; Turecki et al., 2012 ; Weinfield et al., 2008) démontrent que les jeunes ayant vécu de telles adversités de nature traumatique au cours de leur enfance ont plus de probabilités de développer des vulnérabilités à l'adolescence et à l'âge adulte.

Certains chercheurs ont introduit le concept du «cumul d'événements de vie» démontrant que la nature et le cumul des événements vécus à l'enfance trace le chemin pour le développement futur de la santé et du bien-être (Dannefer, 2003; O'Rand, 2003). Ainsi, subir des adversités au cours de l'enfance peut contribuer au développement d'une certaine vulnérabilité, (Dannefer, 2003; O'Rand, 2003) dans plusieurs sphères de vie ultérieurement au cours de la vie. D'ailleurs, l'équipe de recherche de Felitti (Felitti et al., 1998) a démontré que 80% des victimes ayant vécu des adversités précoces de nature traumatique l'ont été de façon chronique et répétitive. Cela fait aussi référence à ce que Hatch (2005) appelle la «cascade d'événements négatifs» où lorsque les premières années de la vie débutent avec un important fardeau d'adversités, la trajectoire ne fait que s'alourdir d'événements négatifs (Hatch, 2005). D'autres chercheurs font référence à la «longue emprise» qu'ont les adversités précoces de nature

traumatique dans le développement de la vulnérabilité à l'adolescence et à l'âge adulte (« the long arm childhood») (Felitti et al., 1998; Hayward & Gorman, 2004).

Ce processus du développement de la vulnérabilité est complexe et représente depuis plusieurs décennies un sujet d'intérêt pour moult chercheurs sous plusieurs thèmes; par exemple l'épigénétique (Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009, Turecki et al. 2010), l'attachement (Ainsworth et al. 1978; Armsden & Greenberg, 1987; Bowlby, 1969 ; Crittenden, 1994; Fonagy et al. 2007 ; Schore, 2001) et le développement des troubles mentaux à l'âge adulte (Herman Perry & van der Kolk, 1989 ; Johnson, Smailes, Cohen, Brown & Bernstein, 2000 ; Linehan, 1993 ; Soloff, Lynch & Kelly, 2002 ; Zanarini et al.,1997) pour ne nommer que ceux-ci. Cependant, il semble difficile de mesurer le cumul d'adversités qui se produit dans plusieurs sphères de la vie simultanément. Cette étude se distingue par sa perspective multidimensionnelle du développement de la vulnérabilité chez les individus. Afin de présenter un modèle développemental de ce processus complexe et multidimensionnel, nous avons choisi le modèle de Rutter (1989). Ce modèle est un des plus cités pour mettre en perspective la séquence d'apparition des grands mécanismes développementaux qui interagissent les uns avec les autres pour expliquer le développement de vulnérabilités à l'adolescence et à l'âge adulte. En effet, Rutter (1989) adopte une perspective holistique en tenant compte de plusieurs variables pouvant contribuer au développement de la vulnérabilité de l'individu. Son modèle inclut les variables d'intérêt dans cet essai à savoir les adversités précoces de nature traumatique, les problèmes de santé mentale, les difficultés relationnelles et les stratégies de coping.





Le modèle de Rutter (1989) propose sept dimensions pouvant influencer le développement de la vulnérabilité à différents moments de la vie et dans différentes sphères de vie dont: 1) la génétique ; 2) le biologique ; 3) l'environnement ; 4) la socialisation et le développement de la cognition ; 5) l'estime de soi ; 6) le coping et l'utilisation de stratégies de coping et 7) les événements se produisant au cours de la transition vers l'âge adulte.

Chacune des dimensions mentionnées ci-haut fera l'objet d'une sous-section de ce présent cadre théorique. Enfin, pour chacune des sous-sections de ce modèle vous seront présentées diverses études permettant d'extraire les éléments reconnus comme contributifs à la vulnérabilité. Plusieurs de ces variables sont en constante interaction rendant parfois difficile une distinction franche entre chacune de ces dimensions.

## **2.2 La dimension génétique**

Des sept dimensions développementales de l'individu, la première identifiée par Rutter est l'importance de la dimension génétique. Selon Rutter (1989), certains mécanismes pouvant influencer le développement de la vulnérabilité d'un individu sont de nature génétique. En d'autres termes, une partie des caractéristiques d'un individu provient d'une transmission héréditaire des caractéristiques présentes dans la famille biologique (Faraone et Mick 2010). Par exemple, sur le plan des recherches portant sur le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans

hyperactivité, Faraone et Mick (2010) imputent cela à la présence d'antécédents psychiatriques chez les parents biologiques dans 75% des cas.

Plusieurs études de la *Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism* (COGA, 2015) ont démontré un lien génétique entre le trouble d'alcoolisme chez les parents et le développement du même trouble chez l'enfant. D'après les données récentes de la COGA, l'alcoolisme est estimé à 5 % dans la population générale, alors qu'il se situe entre 10 % et 50 % lorsque présent chez les parents biologiques. Dans une étude longitudinale, Cadoret (1990) s'est référé aux dossiers médicaux de parents biologiques de jeunes ayant été adoptés à la petite enfance. Ses résultats indiquent que les risques d'alcoolisme et de conduites antisociales sont 3,8 fois plus élevés lorsque les parents biologiques présentent le même type de problème.

L'équipe de Turecki, Meany et Szyf s'intéresse, quant à elle, à l'épigénétique. L'épigénétique étudie les modifications possibles des gènes d'un individu en fonction de l'environnement dans lequel il se développe (Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009). Cette équipe de recherche a démontré que les soins prodigués par la femelle du rat (rate) modifient l'expression du gène NR3C1 lié à la régulation du stress chez son nourrisson. Plus une mère démontre des comportements de maternage, donc le léchage et le toilettage chez le rat, ces petits, seront moins anxieux et ils seront moins réactifs à des situations stressantes. C'est dans l'hippocampe que les bienfaits des comportements de maternage sont observables chez les rats. L'hippocampe fait partie d'un ensemble de structures qui jouent un rôle-clé dans la mémoire et dans diverses émotions comme l'agressivité, la peur et le plaisir. L'hippocampe joue le même rôle dans le cerveau humain (Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009). Ces mêmes chercheurs ont constaté que, tout comme chez les rats, la maltraitance dont sont victimes les humains entraîne des modifications épigénétiques qui, à leur tour, altèrent le fonctionnement du

gène NR3C1. Comme chez le rat, les glandes qui sécrètent les hormones de stress sont en état d'alerte perpétuel. Cela rend les individus maltraités vulnérables et particulièrement susceptibles de développer des désordres affectifs tels que l'anxiété et la dépression (Renaud, Berlim, McGirr, Tousignant & Turecki, 2008). Des travaux récents ont permis d'identifier près de 300 gènes perturbés par la maltraitance infantile dans des régions du cerveau impliquées dans la régulation des humeurs (Turecki, Ernst, Jollant, Labonté & Mechawar, 2012).

En résumé, tous les individus naissent avec un bagage génétique. Ce bagage génétique peut expliquer le développement de certains troubles de santé mentale comme le TDAH et l'alcoolisme. Les récentes recherches en épigénétique démontre aussi que les gènes sont en constante interaction avec des variables reliées à l'environnement. Ainsi, des adversités vécues à l'enfance modifient le gène NR3C1 et diminuent les capacités de régulation émotionnelle. Ces éléments génétiques vulnérabilisent l'individu. Voyons maintenant comment la dimension biologique peut contribuer au développement de la vulnérabilité.

### **2.3 La dimension biologique**

Selon le modèle de Rutter (1989), le deuxième mécanisme pouvant influencer le développement d'un individu est de nature biologique ou neurologique. Tout comme les découvertes en épigénétique, les recherches en neurosciences affectives ont contribué à démontrer l'impact majeur de l'environnement sur le développement d'un individu (Porges 2003; Schore, 2001 ; van der Kolk, 1996 ; van der Kolk et al., 1996). D'un point de vue neurologique et biologique, des adversités majeures entraînent des affects négatifs tels que la peur, la rage et la honte. Ces affects négatifs vécus de façon prolongée créent, entre autres, une augmentation du taux de cortisol, soit l'hormone du stress (Schore, 2001 ; van der Kolk, 1996 ; van der Kolk et al., 1996). Porges (2003, 2009, 2010) a remarqué que cet état de stress chronique induit par

l'insécurité compromet le développement du nerf vague intelligent, autre structure importante pour les habiletés sociales et la régulation émotionnelle. Toujours selon Porges (2003, 2009, 2010), le sous-développement du nerf vague intelligent pourrait être un facteur étiologique important pour la prédisposition à la psychopathologie.

Les travaux de Porges (2003), Schore (2001) et van der Kolk (1996) ont démontré que la présence de parents bienveillants et protecteurs ainsi qu'un environnement stable pendant l'enfance jouent un rôle primordial dans le développement de ce nerf. Un nerf vague bien développé contribue à une régulation émotionnelle adéquate et à la capacité qu'aura l'individu à soutenir une plus grande charge allostatique (Fonagy & Target, 1997; Fonagy, Gergely & Target, 2007). À l'inverse, un environnement violent et rejetant peut compromettre le développement du nerf vague intelligent et prédispose à des difficultés psychosociales d'ordre émotionnel et relationnel (Porges, 2003 ; Schore, 2001 ; van der Kolk, 1996 ; van der Kolk et al., 1996).

Bref, certaines variables biologiques peuvent elles aussi contribuer au développement de la vulnérabilité d'un individu. Comme il a été mentionné, c'est le cas du nerf vague intelligent. Le développement de ce nerf est fortement influencé par les caractéristiques de l'environnement dans lequel l'individu évolue. Les adversités précoces de nature traumatique contribuent au sous-développement du nerf vague intelligent compromettant ainsi les capacités de régulation émotionnelle et les habiletés relationnelles d'un individu.

Aux dimensions à la fois génétique et biologique, plusieurs auteurs y ajoutent le tempérament (Maziade, 1983 ; Costa et McCrae, 1992 ; Olson, 1999). Celui-ci peut se définir comme la façon innée avec laquelle une personne interagit avec son environnement (Olson, 1999). Dès ses premiers jours de vie, il est possible de constater des styles de réponses propres à

l'enfant (Maziade, 1983). Chaque individu est doté d'une singularité génétique et innée qui déterminera son type de tempérament. Il existe plusieurs classifications du tempérament, nous ferons référence ici au modèle « Big Five » développé par Costa et McCrae (1992), qui propose cinq traits : 1) l'ouverture à l'expérience, qui distingue les personnes imaginatives et créatives des personnes terre à terre et conservatrices ; 2) la conscienciosité, qui distingue les personnes autodisciplinées et organisées des gens spontanés et impulsifs ; 3) l'extraversion, qui distingue les personnes énergiques et sociables des gens plus timides et solitaires ; 4) l'amabilité, qui réfère à une tendance à être compatissant et coopératif plutôt que méfiant et sceptique envers les autres ; 5) le névrosisme, qui est le contraire de la stabilité émotionnelle, lequel se caractérise par la tendance à éprouver facilement des émotions désagréables comme la colère, la peur ou l'anxiété.

Ainsi, selon Costa et McCrae (1992), un enfant dit « facile » est généralement calme et s'adapte aisément aux changements. L'enfant « moyen » fait preuve d'une certaine résistance face aux nouveautés et s'adapte plus lentement aux changements. Un enfant dit « difficile » a tendance à réagir négativement et vigoureusement aux changements.

En résumé, le tempérament est considéré comme étant inné et dépendant de facteurs génétiques et biologiques. Le tempérament de l'enfant est considéré comme étant stable à travers la vie, mais peut aussi être atténué ou exacerbé par des caractéristiques reliées au milieu dans lequel évolue un individu. Voyons maintenant comment les variables reliées à l'environnement sont fondamentales dans le développement de la vulnérabilité chez les individus. (Olson, 1999).

## **2.4 La dimension de l'environnement**

Plusieurs variables peuvent être incluses dans la dimension de l'environnement. Sans

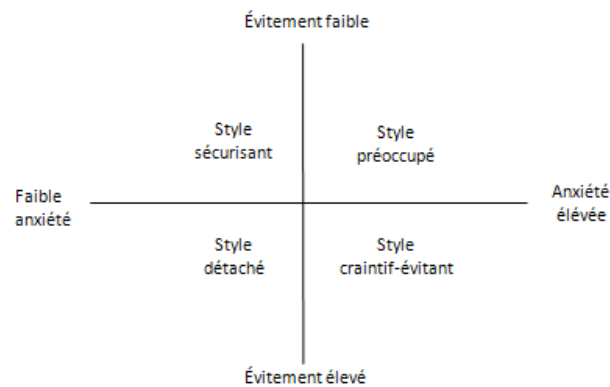
pouvoir discuter de toutes ces variables, nous nous attarderons sur deux d'entre elles; l'attachement et la présence d'adversités précoces de nature traumatique.

#### *2.4.1 L'attachement*

Depuis plusieurs décennies, les théoriciens de l'attachement et les chercheurs en psychologie développementale ont démontré l'importance de la relation initiale entre le donneur de soins et le nourrisson (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Armsden & Greenberg, 1987; Bowlby, 1969 ; Crittenden, 1994; Fonagy et al. 2007 ; Schore, 2001). La manière dont les personnes significatives s'ajustent au tempérament de l'enfant peuvent moduler la façon d'entrer en relation avec ce dernier. Ainsi, si le tempérament permet de distinguer les enfants «faciles», «moyens» et «difficiles», on retrouve l'équivalent pour les parents où certains sont «dévoués», d'autres «présents» et d'autres «absents» (Winnicott, 1973). C'est donc dans la façon avec laquelle le parent répond aux besoins de l'enfant que ce dernier peut développer ou non un sentiment de confiance de base (safe base, Bowlby, 1969). Ce lien particulier entre le nourrisson et la figure significative se nomme attachement. Bowlby (1982, 1984) et Ainsworth et al. (1978) ont démontré, il y a plusieurs décennies, l'importance de l'attachement, notamment sur le plan de la régulation émotionnelle. Ils définissent l'attachement comme un processus de régulation affective où la figure significative joue d'abord le rôle de régulateur qui consiste à apaiser et à sécuriser l'enfant lorsqu'il vit des émotions négatives telles que la peur, l'anxiété ou la colère. Ce n'est qu'à partir du 18<sup>e</sup> mois, au moment où l'hippocampe est développée, que l'enfant commence à développer des habiletés d'autorégulation (Fonagy et al. 2007 ; Schore, 2001).

Le type d'attachement qui est développé au cours des premières années de la vie teintera les relations futures et aura un impact sur la manière d'aborder la relation aux autres (aisance, méfiance et ambivalence) et sur la capacité d'interpréter les mouvements de rapprochement et de

distance des autres (sécurité et anxiété) (Ainsworth et al. 1978; Armsden & Greenberg, 1987; Bowlby, 1969 ; Crittenden, 1994; Fonagy et al. 2007 ; Schore, 2001). À ce jour, il existe un consensus dans la communauté scientifique pour distinguer quatre styles d'attachement développés principalement par Ainsworth en 1978.



1) L'attachement sécurisant est caractérisé par une aisance face à l'intimité, l'autonomie interpersonnelle et l'expression de confiance en soi et aux autres. Ce type d'attachement se développe dans un environnement où les pratiques parentales sont ajustées aux besoins et au tempérament de l'enfant ; 2) l'attachement détaché se définit par une aisance dans les moments de solitude et un sentiment d'inconfort face à l'intimité. Cette méfiance à l'égard des autres peut se développer dans un environnement familial froid et rejetant ; 3) l'attachement craintif-évitant se distingue par une alternance entre la recherche de contact et l'évitement en raison d'un désir fort d'intimité et une crainte de l'abandon. Ce type d'attachement peut se développer dans un environnement où il y a un manque de constance dans l'apport des soins ; 4) l'attachement préoccupé est décrit comme la difficulté à gérer les situations qui soulèvent des émotions, un

manque d'habiletés sociales et une faible tolérance aux frustrations. Ce type d'attachement peut se développer dans un environnement désengagé par rapport à l'enfant.

Les trois types d'attachements *insécurés* se développent, entre autres, lorsqu'une ou des figures significatives ont connu des difficultés sérieuses à s'accorder aux besoins de l'enfant. Le manque de disponibilité émotionnelle de la part du parent eut créer un climat relationnel difficile avec son enfant. Plusieurs études confirment l'hypothèse de la transmission directe de la qualité de l'attachement où un parent à l'attachement insécuré, transmettra l'insécurité à son enfant et ainsi de suite. (Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989; Cohn, 1989; George & Salomon, 1989 ; Main, Kaplan & Cassiday, 1985). Ce que les chercheurs nomment également transmission intergénérationnelle de l'attachement réitère l'importance de l'attachement dans le développement d'un individu.

La théorie de l'attachement est un concept majeur dans le développement de l'individu et aura un impact dans plusieurs sphères de la vie : familiale, scolaire, sociale, professionnelle, etc. (Armsden & Greenberg, 1987 ; Crittenden, 1994). Noom, Dekovic & Meus (1999) ont remarqué que les adolescents ayant développé un attachement *insécuré* au début de l'enfance risquent de vivre des conflits majeurs et intenses dans les sphères familiale, sociale et scolaire à l'adolescence. Les recherches effectuées dans de nombreux pays indiquent que les adolescents qui demeurent intimement attachés à leurs parents sont plus susceptibles de bien réussir sur le plan scolaire et de maintenir de bonnes relations avec leurs pairs (Zimmermann, Maier, Winter & Grossmann, 2000). Ces adolescents sont moins susceptibles d'adopter des comportements antisociaux, comparativement à ceux qui ont développé un attachement *insécuré* (Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000).



Les pratiques parentales sont au cœur du développement d'un individu. La qualité de l'attachement parent-enfant est un des plus puissant prédicteur de la santé mentale durant l'adolescence (Main et al., 1985 ; Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). Un attachement sécure entraîne une plus grande capacité d'adaptation face aux évènements stressants (Allen, Moore, Kuperminc & Bell, 1998 ; Sroufe et al., 1999), moins de détresse psychologique (anxiété et dépression) (Allen et al., 1998 ; Sroufe et al., 1999) et moins de conduites délinquantes (Kobak, Sudler & Gamble, 1991 ; Weinfield et al., 2000).

Bref, la qualité de l'attachement est déterminante dans le développement de l'individu. Les attachements de type insécure contribueront aux difficultés relationnelles à l'adolescence et à l'âge adulte. Certains événements ou pratiques parentales ont à eux seuls un impact déterminant sur la qualité de l'attachement et le développement de la vulnérabilité d'un individu. C'est le cas notamment du prochain sujet abordé soit les adversités précoces de nature traumatique.

#### *2.4.2 Les adversités précoces de nature traumatique*

Depuis de nombreuses années les théoriciens du développement se sont intéressés à l'impact d'adversités précoces sur le développement de l'enfant (Allen et al., 1998 ; Bowlby, 1984 ; Crittenden, 1994 ; Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009 ; Renaud et al., 2008 ; Turecki et al., 2012 ; Weinfield et al., 2000). L'adversité précoce peut inclure un ensemble de variables et compromettre possiblement le développement de l'enfant, dont la violence physique, la violence sexuelle, la violence psychologique et la négligence (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Organisation mondiale de la santé, 1999 ; Wekerle & Wolfe, 2003). Ces adversités sont parfois de nature traumatique, et celles-ci suscitent beaucoup d'intérêt dans la littérature scientifique (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Porges, 2003 ; Schore, 2001 ; van der Kolk, 1996 ; Wekerle & Wolfe, 2003).

Il convient de mentionner que l'American Psychiatric Association (2013) divise les événements potentiellement traumatiques en deux grandes catégories. La catégorie de type I regroupe des événements traumatiques soudains, inattendus et d'une durée limitée, par exemple un accident, un sinistre ou encore un désastre naturel. Celle de type II regroupe des événements traumatiques de longue durée, répétitifs et cumulatifs, souvent infligés volontairement par un être humain et pouvant être davantage anticipés par les victimes. Il s'agit par exemple de sévices physiques, sexuels, psychologiques ou encore d'actes de négligence. Bien qu'il y ait peu de recherches comparatives à ce sujet, certains auteurs démontrent que les événements interpersonnels de type II causent des réactions plus sévères que les événements impersonnels de type I (Courtois, 2004 ; Courtois & Ford, 2009 ; van der Kolk, 1996).

Les sévices physiques se définissent comme étant un acte commis par le parent ou le donneur de soins, ayant le potentiel de causer des blessures physiques à l'enfant (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Organisation mondiale de la Santé, 1999). Les sévices physiques représentent donc la commission de mauvais traitements corporels (ex. : coups de poing/pied, brûlures et étranglement) à l'endroit de l'enfant.

En ce qui a trait aux sévices sexuels, ceux-ci réfèrent à tous les actes infligeant à l'enfant des activités à caractère sexuel, qu'ils soient de nature directe (ex. : attouchement et relation sexuelle) ou indirecte (ex. : visionnement de film pornographique) (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Organisation mondiale de la Santé, 1999). L'agresseur peut être toute personne adulte ou un autre enfant ou adolescent plus âgé qui a une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime.

Les sévices psychologiques se définissent par la présence de comportements insensibles (ex. : dénigrement, rejet, hostilité et intrusion) envers l'enfant (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Organisation mondiale de la Santé, 1999 ; Wekerle & Wolfe, 2003). L'exposition à la violence conjugale est aussi considérée par plusieurs comme une forme de maltraitance psychologique (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Trocmé & Wolfe, 2001).

La négligence se définit comme étant l'incapacité du donneur de soins à répondre aux besoins de base (physiques, affectifs, cognitifs et éducatifs) de l'enfant et à le surveiller ainsi qu'à le protéger des dangers (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Organisation mondiale de la Santé, 1999 ; Child Welfare Information Gateway, 2011). La négligence représente l'omission de comportements parentaux nécessaires au développement physique, socio-affectif et cognitif de l'enfant, ce qui risque d'affecter sa santé et son développement.

De nombreuses recherches ont pu démontrer que ces adversités de nature traumatique altèrent le développement, fragilisent l'individu et le prédisposent à diverses pathologies en lien avec des difficultés sur les plans relationnel et émotionnel, telles que le développement des troubles d'attention avec ou sans hyperactivité (Lupien, 2010 Rutter, Kreppner & O'Connor, 2001), la dépression (Blain, L.M., Galovski, T.E. & Robinson T., 2010 ; Fisher et al., 2012), l'abus de substances et leur dépendance (Goldstein et al., 2013 ; Oberleitner, Smith, Weinberger, Mazure & McKee, 2015), l'anxiété (Kobak et al., 1991 ; Turecki et al., 2012 ; Weinfeld et al., 2000), les troubles alimentaires (Steiger, Labonté, Groleau, Turecki & Israël, 2013) et l'état de stress post-traumatique (ESPT) (Courtois & Ford, 2009 ; Zannarini et al., 1998).

Également, plusieurs études ont démontré un lien entre le fait d'avoir été victime d'adversités précoces de nature traumatique et le développement d'un trouble de la personnalité à

l'âge adulte, particulièrement le trouble de la personnalité limite (*borderline*) (Brière & Scott, 2006 ; Fonagy & Target, 1997 ; Herman, 1992 ; van der Kolk et al., 1991 ; Zanarini, 1997).

En résumé, les caractéristiques reliées à l'environnement sont déterminantes puisqu'elles s'influencent entre elles et ont un impact sur toutes les autres dimensions du développement d'un individu. De fait, un enfant qui subit des adversités précoces de nature traumatique de manière répétée de la part des figures parentales développera un attachement *insécure* (Bowlby, 1969 ; Ainsworth, 1973), vivra un état d'hyper vigilance presque constant provoquant une augmentation du taux de cortisol entravant le développement des fonctions de son cerveau, telles que l'hippocampe (Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009; Turecki et al., 2012), le nerf vague intelligent (Porges, 2003, 2009 ; Schore, 2001) et les fonctions cognitives exécutives (Lupien, 2010).

Ces conditions de vie auront une influence sur les autres dimensions du modèle de Rutter, (1989) : la socialisation et le développement de la cognition, l'estime de soi, l'utilisation de stratégies coping ultérieures et les événements se produisant lors de la période de transition vers l'âge adulte (Rutter, 1989, 2000, 2005 ; Rutter al., 2001). Poursuivons avec la dimension de la socialisation et le développement de la cognition chez les individus vulnérables.

## **2.5 La socialisation et le développement de la cognition**

Selon Borge, Rutter, Côté et Tremblay (2004) et Rutter (1989), le mécanisme de la socialisation et le développement de la cognition est un processus important dans le développement humain. La capacité ou à l'inverse, l'incapacité à créer des liens de confiance à l'égard des autres est une dimension importante dans le développement de la vulnérabilité (Borge et al., 2004 ; Rutter, 1989). Rappelons que nos croyances fondamentales à l'égard de soi-même,

des autres et des événements sont façonnées à travers les premières expériences d'attachement, auprès des personnes qui prennent soin du nourrisson (Bowlby, 1969, 1982, 1984 ; Ainsworth, 1989). Des sévices physiques, sexuels, psychologiques ou des actes de négligence infligés par une figure significative forment des relations d'attachement insécures et mésaccordées. Les enfants victimes d'adversités précoces de nature traumatique sont à risque d'intégrer une représentation de soi, des autres et des événements biaisée. Selon la littérature développementale (Allen et al., 1998 ; Bowlby, 1984 ; Crittenden, 1994 ; Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009 ; Renaud et al., 2008, Rutter, 1989 ; Turecki et al., 2012 ; Weinfield et al., 2008) un contexte d'adversités sévères et un manque de protection à l'enfance pourraient avoir un impact sur la confiance fondamentale ou la méfiance fondamentale à l'égard de soi et des autres. Plutôt que de créer des conditions de protection et de sécurité au sein de la relation, la maltraitance, par des figures d'attachement primaires, devient plutôt la cause d'une grande détresse et crée des conditions d'insécurité et d'instabilité brutales pour l'enfant (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Courtois, 2009 ; Porges, 2003 ; Schore, 2001 ; van der Kolk, 1996 ; Wekerle & Wolfe, 2003). Ainsi, celui-ci peut appréhender que l'autre constitue un être dangereux, malveillant et rejetant, ou encore se percevoir comme responsable des adversités subies (Cozolino, 2010 ; Siegel, 2012). Cela peut motiver des activations émotionnelles intenses, telles que la peur, la rage, l'anxiété, la culpabilité et la honte. Ces activations, correspondant à des états de stress, peuvent mener à une dérégulation émotionnelle et altérer la santé mentale (Labonté et al., 2012 ; Lupien, 2010 ; McGowan et al., 2012 ; Porges, 2003 ; Schore, 2001 ; van der Kolk, 1996).

De fait, les difficultés d'attachement auront un impact sur la socialisation de l'enfant, surtout s'il y a présence d'incapacité de régulation émotionnelle ou de troubles mentaux pouvant se traduire par un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité. Lupien (2010) et Rutter,

Kreppner et O'Connor (2001) ont remarqué qu'un enfant vivant des émotions négatives intenses telles que la peur ou la honte, sans stratégie de coping efficace pour stopper la production de cortisol, voit ses capacités cognitives, notamment sa concentration, diminuées. L'enfant inattentif n'arrive pas à mener à terme ses tâches et obligations, se laisse distraire facilement, etc.

L'hyperactivité se remarque dans les comportements d'impatience motrice : couper la parole, se lever alors qu'il faut rester assis, avoir du mal à attendre son tour, etc. (Lupien, 2010). Cette hyperactivité peut prendre la forme de conduites oppositionnelles, turbulentes et agressives envers autrui (Rutter, 1989 ; Weinfield et al., 2000). Ces comportements peuvent entraîner des difficultés de socialisation, notamment le rejet et l'intimidation par les pairs, (Solberg & Olweus, 2003) ou des difficultés communicationnelles et relationnelles avec les professeurs (Rudolph, Troop-Gordon, Monti & Miernicki, 2014), ou enfin entraîner l'isolement social (DiLillo, Lewis & Di Loreto-Colgan, 2007).

Bref, ces difficultés relationnelles majeures telles que le rejet, la violence et l'intimidation dans les sphères significatives (familiale, scolaire et sociale) contribuent à elles seules au développement de la vulnérabilité de ces individus. Certains auteurs émettent l'hypothèse que la socialisation et l'estime de soi sont reliées et donc que les difficultés relationnelles pourraient également miner l'estime de ces jeunes (Borge et al., 2004 ; Rutter, 1989). Voyons de quelle manière cette influence pourrait s'exercer.

## **2.6 L'estime de soi**

Le concept d'estime de soi fait référence au jugement global, positif ou négatif, qu'une personne a d'elle-même (Falk & Miller, 1998). Plusieurs chercheurs se sont intéressés au rôle de l'estime dans le développement de l'être humain. Selon Bee et Boyd (2006) et Bee et Mitchell, (2011), les conséquences d'une faible estime de soi peuvent avoir des impacts, entre autres sur :

les résultats scolaires, les relations familiales, les relations avec les pairs, les émotions ressenties par l'individu (anxiété et agressivité), les troubles du comportement et les idéations suicidaires. Ces difficultés de socialisation et d'estime de soi entraînent une réponse de stress majeure pouvant expliquer le développement de trouble de santé mentale.

Plusieurs auteurs dans la littérature développementale (Bee & Boyd, 2006 ; Bee & Mitchell, 2011 ; Borge et al., 2004 ; Rutter, 1989 ; Falk & Miller, 1998 ; Lupien, 2010) partagent l'hypothèse que les adversités précoces de nature traumatique et le développement ultérieur de psychopathologies pourraient être, entre autres, expliquées par le mécanisme médiateur qu'est l'estime de soi.

Dans un suivi auprès de jeunes filles institutionnalisées, Rutter et son équipe (2001) ont remarqué que les participantes ayant vécu des relations positives à l'école étaient plus aptes à développer des relations positives dans les sphères amoureuse et professionnelle. Les participantes qui avaient vécu du rejet ou de l'intimidation à l'école rapportaient une image négative d'elles-mêmes tant à l'école que dans les sphères amoureuse et professionnelle. L'hypothèse de l'équipe de recherche quant à ces résultats est qu'une adaptation réussie dans la sphère scolaire augmente l'estime de soi et le sentiment de contrôle dans d'autres sphères de leur vie. En d'autres termes, une augmentation de l'estime de soi pourrait en partie expliquer une augmentation de la charge allostatique et un registre de stratégies de coping varié (Lupien, 2010 ; Porges, 2003, 2010 ; Rutter, 1989 ; Schore, 2001 ; Turecki et al., 2012 ; van der Kolk, 1996, van der Kolk et al., 1996, 1991 ; Weinfeld et al., 2000 ).

En résumé, les difficultés relationnelles présentes dès le début de l'enfance peuvent se reproduire et se généraliser dans les autres sphères de vie (scolaire, sociale, etc). Ces difficultés

relationnelles peuvent miner l'estime de ces jeunes les rendant davantage vulnérables. Ces difficultés représentent une charge de stress qui ne fait qu'augmenter. Voyons maintenant comment ces jeunes font face aux stressseurs.

## **2.7 Le coping et l'utilisation des stratégies de coping**

Rutter (1989) a démontré que la façon dont les jeunes gèrent les stressseurs auxquels ils sont confrontés a un impact crucial sur leur développement et leur capacité d'ajustement. Il semble que l'éducation parentale joue un rôle important dans la façon dont une personne réagira devant des événements stressants (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen & Saltzman, 2000 ; Seiffge-Krenke, 1995). En d'autres termes, c'est dans l'environnement familial que se développent, par apprentissage et imitation, les stratégies de coping des enfants et des adolescents.

Selon Seiffge-Krenke (1995, 1998), le rôle des parents a une influence importante sur la manière dont leur enfant saura comment réagir lorsque confronté à un stressseur. La qualité des relations familiales contribue aux capacités d'adaptation des enfants et des adolescents. Les pratiques parentales peuvent constituer une source de stress ou, inversement, jouer le rôle de soutien et de protection. Il s'avère que le soutien familial et l'engagement parental sont des éléments de protection, car ils contribuent à minimiser les stressseurs relationnels d'abord avec les parents, avec les pairs puis avec les membres du sexe opposé. La cohésion familiale semble être, quant à elle, précurseur de stratégies adaptées chez l'adolescent (Compass et al., 2001, Connor-Smith et al., 2000 ; Seiffge-Krenke, 1995, 1998).

Pour favoriser le développement de stratégies de coping adaptées aux diverses situations qui se présentent au cours de la vie, certaines conditions familiales doivent être présentes : un



cadre de vie cohérent et un climat familial encourageant l'autonomie et la responsabilisation (Ruchkin, Eisemann & Haggloff, 1999). À l'inverse, des pratiques parentales violentes et rejetantes, où il y a absence de cadre et de limites, sont une source de stress majeure pour l'enfant et ne lui permettent pas de développer des stratégies adaptées et efficaces devant des situations stressantes (Ruchkin et al., 1999).

Des corrélations positives ont souvent été trouvées entre des événements négatifs et le développement de comportements à risque sur le court et le long terme : 1) comportements délinquants (vandalisme et vol) ; 2) comportements à risque en milieu scolaire (agressivité, intimidation, absentéisme et abandon scolaire) ; 3) comportements à risque tels que tentative de suicide, automutilation, fugue et consommation de substances pouvant être des stratégies moins adaptées devant un événement stressant (Boekaerts, 1996 ; Cheng, 2001; Compas, 1987 ; Rutter, 1989).

Des recherches menées sur des populations de jeunes vulnérables et délinquants démontrent de nombreuses dysfonctions au sein de leur sphère familiale, notamment la présence de violence physique, sexuelle, psychologique et des actes de négligence. Spaccarelli, Coatsworth et Bowden (1995) ont remarqué qu'être exposé à de la violence à l'enfance et à l'adolescence contribue à un sentiment d'incompétence, à des attitudes agressives et à un style de coping dominé par de l'agressivité. Une autre étude menée auprès de jeunes patients dépressifs (Richer, Richter & Eiseman, 1991) a permis de constater que les pratiques parentales basées sur le rejet et les punitions contribuent au développement de stratégies centrées principalement sur la déprime et la rumination. Les adversités précoces de nature traumatique telles que la violence physique, la violence sexuelle et la violence psychologique peuvent mener à des comportements à risque, comme les tentatives de suicide (Séguin, Lynch, Labelle & Gagnon, 2004), l'automutilation et la

consommation de substances (Browne & Winkelman, 2007; Carlson, 1998). Browne & Winkelman (2007) ont également remarqué que les jeunes adolescents vivant en famille d'accueil avec un historique d'agressions ont des stratégies de coping beaucoup moins adaptées en comparaison avec d'autres adolescents n'ayant pas subi les mêmes sévices. Ces stratégies moins adaptées se traduisent par de l'isolement plutôt que par de la recherche d'aide et de soutien social.

Ruchkin, Eisemann et Hagglof (1999) ont également étudié le rôle de l'éducation parentale dans le style de coping chez un groupe d'adolescents délinquants et chez un groupe contrôle. Les résultats indiquent que les adolescents délinquants avaient été l'objet de pratiques parentales rejetantes, suggérant que les expériences négatives passées favorisaient le développement de vulnérabilités individuelles.

En résumé, les enfants ayant vécu dans des milieux familiaux dysfonctionnels et violents utilisent, une fois adolescents, de moins en moins de stratégies de coping actives de résolution de problème, ce qui signifie que leur répertoire de stratégies s'appauvrit tandis que le niveau de stress auquel ils auront à faire face augmente avec l'âge (Seiffge-Krenke, 1995). Cela peut les mener dans un cercle vicieux de cumul d'événements négatifs les maintenant dans une vulnérabilité. Voyons plus en détails comment ce que Rutter appelle «l'engrenage de difficultés psychosociales» peut se mettre en place à l'âge adulte.

## **2.8 Les événements se produisant lors de la période de transition vers l'âge adulte**

Rutter et ses collègues (1989, 2000, 2001, 2005) se sont intéressés à la psychopathologie et à l'engrenage des difficultés psychosociales pouvant survenir lors de la période de la transition à l'âge adulte. Ainsi, un jeune aux prises avec un trouble de la conduite est quatre fois plus à risque de développer des problèmes antisociaux ou de consommation de substances à l'âge adulte. Un

jeune rencontrant trois critères et plus du trouble de la conduite est deux fois plus à risque de développer diverses pathologies en lien avec des problèmes de régulation émotionnelle. (Rutter, 1989, 2000 et 2005 ; Rutter et al., 2001).

Rutter (1989) et Parker et Asher's (1987) ont démontré que des relations conflictuelles avec les pairs mènent deux fois plus fréquemment à l'abandon scolaire et cinq fois plus fréquemment à l'obtention d'emplois précaires. Dans une étude longitudinale auprès de garçons, Magnusson (1988) a démontré que la combinaison de comportements agressifs et hyperactifs et de relations dysfonctionnelles avec les pairs mène à des risques vingt fois plus élevés de développer des troubles de substances et des psychopathologies diverses.

Une récente étude longitudinale (Fergusson, Boden & Horwood, 2013) comparant un groupe de personnes ayant vécu des agressions sexuelles à l'enfance à un groupe de personnes sans historique d'agressions, démontre qu'à l'âge adulte, les risques de dépression, de troubles anxieux, de tentatives de suicide et de toxicomanie se sont avérés significativement plus élevés chez le groupe ayant été victimes d'agressions sexuelles.

Par conséquent, les difficultés d'attachement au début de la vie ainsi que la présence de mauvais traitements, suivis de difficultés de socialisation et de développement de la cognition, d'estime de soi et de stratégies de coping non productives peuvent suivre ce que Rutter appelle un *engrenage de difficultés psychosociales* et se caractériser par le développement de troubles de la personnalité au début de l'âge adulte.

Ce mode de conduite qu'est le trouble de la personnalité entraîne des difficultés psychosociales majeures et généralisées dans plusieurs sphères sociales significatives de la personne (American Psychiatric Association, 2013). Bien qu'une mise à jour du DSM ait été

récemment effectuée, la description des troubles de la personnalité est restée intacte entre les versions IV et V. Ainsi, l'American Psychiatric Association (2013) regroupe les difficultés de cette psychopathologie en quatre domaines : 1) cognition, c'est-à-dire dans la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements ; 2) l'affectivité, c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle ; 3) le fonctionnement interpersonnel y compris les relations intimes ; 4) le contrôle des impulsions.

Le trouble de personnalité le plus fréquemment développé en lien avec des adversités précoces de nature traumatique est le trouble de personnalité limite (*borderline*) (Herman Perry & van der Kolk, 1989 ; Johnson, Smailes, Cohen, Brown & Bernstein, 2000 ; Linehan, 1993 ; Soloff, Lynch & Kelly, 2002 ; Zanarini et al., 1997). Selon l'American Psychiatric Association (2013), pour poser un diagnostic de trouble de la personnalité limite, la personne doit présenter au moins cinq des critères diagnostiques suivants : efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ; modes de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisés par l'alternance d'idéalisation et de dévalorisation ; perturbation de l'identité ; impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : sexualité et toxicomanie) ; répétitions de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilation ; instabilité affective causée par une réactivité marquée de l'humeur ; sentiment chronique de vide ; colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère ; survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs. De plus, avec l'ensemble des perturbations manifestées par un trouble de la personnalité limite, il est fréquent de trouver d'autres troubles en comorbidité, soit les troubles de l'humeur (Bunce & Coccaro, 1999 ; Zanarini et al., 1998), les troubles anxieux (McGlashan et al., 2000 ; Zanarini et al., 1998), les troubles alimentaires (Wonderlich, Swift, Siomik & Goodman, 1990) et les

troubles associés aux abus de substances (Bornovalova, Lejuez, Daughters, Rosenthal & Lynch, 2005 ; Grant et al., 2008; Skodol et al., 2002).

Selon plusieurs auteurs, le trouble de la personnalité limite serait une conséquence des adversités de nature traumatique subies à l'enfance (Brière, 1984 ; Brière & Scott, 2006 ; Fonagy & Target, 1997 ; Herman, 1992 ; van der Kolk et al., 1991 ; Zanarini, 1997). En somme, les adversités précoces de nature traumatique entraîneraient des difficultés majeures dans les différentes sphères développementales pour former ce que Rutter appelle un *engrenage de difficultés psychosociales*.

Dans une perspective développementale, les résultats des recherches menées dans plusieurs pays sont plutôt clairs : les adversités précoces altèrent le développement à l'enfance et à l'adolescence, ce qui conduit à un cumul d'adversités à l'âge adulte. Les victimes d'évènements précoces de nature traumatique reproduisent, à l'âge adulte, les difficultés d'ordres relationnel et émotionnel qui se sont établies dès l'enfance (Rutter, 1989, 2000, 2005 ; Rutter et al., 2001).

En résumé, il semble clair que le parcours développemental peut être particulièrement compliqué pour des enfants issus d'un milieu dans lequel ils subiront des adversités précoces de nature traumatique. Cette recension des écrits indique que des jeunes victimes d'adversités précoces de nature traumatique auront plus de probabilités de développer des vulnérabilités de toutes sortes; des difficultés relationnelles, des stratégies de coping dommageables et des troubles de santé mentale. L'objectif de cette étude sera d'identifier le cumul de ces variables et la séquence d'apparition sur le cours de la vie afin de vérifier si cette trajectoire précoce du développement de la vulnérabilité se confirme auprès d'une population de jeunes adultes vulnérables.

Afin de mesurer ces éléments de trajectoire, nous nous inspirons du modèle de Rutter (1989) qui prend en compte plusieurs dimensions à différentes périodes de la vie et dans différentes sphères de vie. De ces dimensions, quatre regroupent nos variables à l'étude.



La figure ci-haut met en relief les quatre dimensions du modèle de Rutter (1989) qui regroupent les variables à l'étude. La dimension de l'environnement permettra d'identifier une première variable à l'étude soit la présence ou l'absence d'adversités précoces de nature traumatique. La dimension de la socialisation et du développement de la cognition permettra d'identifier deux autres variables soit les problèmes de santé mentale et les difficultés relationnelles à l'enfance et l'adolescence. La troisième dimension, celle du coping et du développement des stratégies de coping, permettra d'identifier une quatrième variable soit les stratégies de coping ou l'utilisation de conduites à risque. Finalement, la dimension de la transition à l'âge adulte permettra d'investiguer la présence d'événements de vie qui perdureront dans les sphères amoureuse, scolaire, sociale, professionnelle et résidentielle lors de la période de la transition vers l'âge adulte. Certaines variables de ce modèle n'ont pas été investiguées dans l'étude initiale, dont l'estime de soi qui aurait été une variable potentiellement importante.

Cependant, les données recueillies auprès des jeunes en situation de vulnérabilité permettront de répondre aux questions de recherche suivantes de cet essai;

1. Dans quelle proportion des jeunes adultes en situation de vulnérabilité auraient vécus des évènements de nature traumatique à l'enfance et quel est l'impact sur le développement de problèmes de santé mentale?
  
2. Est-ce que ces jeunes auront une trajectoire de vie similaire en termes de séquence d'apparition de facteurs de risque?

## CHAPITRE III

### MÉTHODE



### **3.1 Participants**

Vingt-quatre personnes ont accepté de participer à cette étude. Elles étaient alors âgées entre 16 et 24 ans et ont été recrutées entre janvier et décembre 2013, par l'entremise d'intervenants d'un organisme communautaire dans la région de l'Outaouais, au Québec : Vallée Jeunesse. Cet organisme agit en dernier recours et intervient, ponctuellement dans le parcours des jeunes sans stabilité quant au domicile, pour éviter que ceux-ci se retrouvent à la rue. Les jeunes sont référés à Vallée Jeunesse par plusieurs organismes du réseau de la santé et des services sociaux, par exemple : 1) ressources d'hébergement temporaire 2) centres jeunesse 3) institutions spécialisées en santé mentale. De ces 24 jeunes, 58 % des participants (14) sont de sexe masculin et 42 % (10) de sexe féminin. La moyenne d'âge est de 18 ans. Ils ont eu recours aux services offerts par l'organisme Vallée Jeunesse pour des questions d'hébergement et d'accompagnement psychosocial (63 %) ou d'insertion à l'emploi (42 %). En d'autres termes, il s'agit de jeunes vulnérables, dont la majorité a quitté l'école de manière prématurée, est sans emploi stable et dans une situation résidentielle précaire. L'étude initiale visait à vérifier l'impact des services offerts par Vallée-Jeunesse auprès de ces jeunes.

### **3.2 Procédure de recueil de données**

Après avoir été sollicités par les intervenants de Vallée Jeunesse, ceux ayant accepté de participer à l'étude ont été rencontrés dans un premier temps. À ce moment, l'étude leur était expliquée et ensuite un formulaire de consentement approuvé par l'institution universitaire leur a été remis, les personnes avaient été informés que des données secondaires pouvaient être utilisées. Tous les participants ont signé le formulaire de consentement dès la première rencontre. Le formulaire expliquait les objectifs et le déroulement de l'étude. Dans ce formulaire, il était également inscrit qu'une somme de 20 \$ leur serait remise une fois l'ensemble des données

recueillies. Lors du processus de recrutement, aucun refus n'a été formulé par les participants sollicités. Ceux-ci ont été rencontrés entre trois à quatre fois pour des entretiens d'environ 90 minutes chacun, pour compléter l'évaluation psychologique ainsi que l'entrevue semi-dirigée sur la trajectoire de vie. Comme l'entrevue se déroule selon un mode de conversation, sa longueur n'a pas posé de problème. Dans le cas où le participant manifestait des signes de fatigue, nous mettions fin à l'entretien et nous fixions un autre moment pour le compléter. Chaque entretien a été enregistré pour assurer une vérification ultérieure de la consistance des entrevues. Aucun abandon n'a été répertorié pendant la cueillette de données.

Une seule intervieweuse a procédé à la cueillette de données. Celle-ci, co-auteure de cet essai et doctorante en psychologie, avait préalablement suivi une formation de plusieurs heures et administré les instruments de mesure dans plusieurs recherches antérieures. Les données recueillies en cours d'entrevue permettaient de rédiger une vignette clinique incluant les troubles de santé mentale et les événements de vie selon un ordre séquentiel d'apparition. Les vignettes cliniques étaient vérifiées par une coordonnatrice qui cumule plus de 25 années d'expérience dans le domaine de la recherche en psychologie clinique pour ensuite être discutées par un groupe d'experts, lors de panels de consensus.

### **3.3 Mesure**

Cette étude utilise une méthode basée sur des entrevues cliniques semi-structurées. Une première partie des entrevues est consacrée à l'évaluation psychologique des participants et une deuxième partie des entrevues sert à retracer leur trajectoire de vie. Cette méthode a fait ses preuves dans de nombreuses recherches et publications portant sur les comportements suicidaires, le jeu pathologique et les endeuillés par suicide (Séguin et al., 2007 ; Séguin, Beauchamp, Robert, DiMambro & Turecki, 2014 ; Séguin, Renaud, Lesage, Robert & Turecki, 2011).

### *3.3.1 Entrevue d'évaluation psychologique*

Dans le but d'obtenir un portrait descriptif des participants, un questionnaire socio-démographique leur était administré (voir questionnaire en annexe B).

Afin d'évaluer la santé mentale actuelle et passée, nous avons travaillé avec le SCID-I et le SCID-II, basés sur le DSM-IV (SCID-I axe I et SCID-II axe 2) (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990). Il s'agit d'un instruments cliniques standardisés permettant de consigner les troubles de santé mentale sur les axes I et II, ainsi que leur chronologie d'apparition et la durée de la pathologie. La consistance interne est excellente avec un coefficient alpha de Cronbach de .88. À noter qu'au moment de la cueillette de données, le DSM V n'était pas disponible.

### *3.3.2 Entrevue pour retracer la trajectoire de vie*

Dans un deuxième temps, le questionnaire de trajectoire de vie (Séguin et al., 2007) leur a été présenté. Il se trouve en annexe A pour plus de détails. Il s'agit ici d'une grille d'entretien semi-structurée, qui telle une anamnèse clinique permet de recueillir des informations sur l'ensemble de la vie de l'individu. Cet instrument est inspiré de ceux utilisés dans les études développementales portant sur des périodes ou des phases de vie (Caspi, Moffitt & Thornton, 1996 ; Ensel, Peek & Lin, 1996 ; Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2012). Le questionnaire permet de retracer l'apparition d'événements majeurs dans la vie d'un individu en un certain nombre de variables clairement définies et classées dans l'une des 15 sphères suivantes :

- Sphère 1 : Milieux de résidence au cours de la vie (voir annexe pp. 79-80, 108-110)
- Sphère 2 : Enfance et adolescence ; la maltraitance des enfants, telle que la violence physique (recevoir une fessée ou être frappé avec des objets), la violence sexuelle (attouchements, relations sexuelles complètes forcées), la violence psychologique (rejet/abandon, indifférence, manque de chaleur dans la relation parent-enfant ; manque de

soutien/de guide/d'encouragement) et la négligence (manques aux soins de base tels que la nourriture, le bain et les soins médicaux) (voir annexe pp. 81-86, 111-114)

- Sphère 3 : Relations et événements dans la sphère amoureuse (conflits, violence physique, violence sexuelle, violence psychologique, etc.) (voir annexe pp.86-87, 114-116)
- Sphère 4 : Événements associés avec les grossesses et les naissances (grossesse indésirée, avortement, etc.) (voir annexe pp.87-89, 116-117)
- Sphère 5 : Relations et événements avec la vie familiale et événements survenus dans ces familles (interactions conflictuelles avec l'enfant, violence physique, sexuelle ou psychologique subie par l'enfant, etc.) (voir annexe pp.89-91, 117-120)
- Sphère 6 : Événements et épisodes de difficultés personnelles (psychopathologie, tentative de suicide, automutilation et consommation de substances) (voir annexe pp.92-93, 121-122)
- Sphère 7 : Difficultés associés au jeu de hasard et d'argent (voir annexe pp.93-95, 122-123)
- Sphère 8 : Événements associés à la vie scolaire (intimidation, rejet des pairs, abandon scolaire, expulsion, etc.) (voir annexe pp.96-97, 124-125)
- Sphère 9 : Événements associés à la vie professionnelle (conflits avec des employés et employeurs, congédiement, emploi instable, etc.) (voir annexe pp.97-98, 125-127)
- Sphère 10 : Événements associés à la vie sociale (isolement social, rejet des pairs) (voir annexe pp.98-99, 127-128)
- Sphère 11 : Événements spécifiques de pertes, de séparations (immigration) (voir annexe pp.99-100, 128)
- Sphère 12 : D'autres événements adverses de type financier, résidentiel ou légal (période d'itinérance, sans domicile fixe, etc.) (voir annexe pp.100-102, 128-131)

- Sphère 13 : Expériences négatives à l'âge adulte (décès d'un proche, victime/témoin d'un événement traumatisant, etc.) (voir annexe pp.102-104, 131-132)
- Sphère 14 : Facteurs de protection survenus au cours de la vie (recherche active de ressources, soutien social, ressources d'aide) (voir annexe pp.104-105, 132)
- Sphère 15 : Recherche et services en santé mentale (voir annexe pp.105-106, 133-134)

Afin d'obtenir ces informations, l'intervieweuse doit être en mesure de faire preuve d'empathie envers chaque participant. La formulation des questions joue un rôle particulièrement important dans l'obtention d'anecdotes (voir annexe pp. 76 à 78). Dans le même ordre d'idées, le matériel anecdotique permet de mieux comprendre les dynamiques interpersonnelles, ce qui *de facto* bonifie la compréhension du contexte dans lequel un événement s'est produit pour en évaluer l'adversité.

Le questionnaire de trajectoire de vie est construit sur la base des événements rappelés par le participant. Afin de maximiser l'exactitude des déclarations rétrospectives, nous demandons aux participants d'utiliser certains documents qui les aideront à se rappeler des événements, comme un calendrier personnel ou des albums photo.

Quant à la fiabilité des informations recueillies, il semble que certains événements graves peuvent être mesurés avec une précision raisonnable. Les études sur le rappel indiquent que les gens ont tendance à retenir davantage un événement important par rapport à un événement moins significatif, ce qui contribue à une sous-estimation plutôt qu'à une surestimation des difficultés (Lin, Ensel & Lai, 1997). D'autres auteurs suggèrent que la fiabilité des souvenirs des événements de la vie est améliorée lors de l'utilisation de méthodes de cueillettes de données mixtes, en particulier l'approche narrative (Brown, Andrews, Bifulco & Harris, 1990 ;

Dohrenwend, 2006). Même lorsque des efforts sont faits pour maximiser la précision d'événements rétrospectifs, certaines études indiquent qu'il y a des individus avec certains traits de personnalité ou des styles d'attachement qui montreront un biais cognitif lors de la reconstruction de souvenirs. Enfin, bien qu'il existe des limites à la précision des événements rapportés, l'importance d'une meilleure compréhension des trajectoires de jeunes adultes vulnérables plaide pour l'inclusion de l'expérience de vie.

Les informations obtenues sur l'évaluation psychologique et la trajectoire de vie sont rapportées et résumées dans une vignette clinique. Chaque vignette représente un document de 10 à 15 pages. Une première section est consacrée à la présence ou à l'absence de troubles en santé mentale, c'est-à-dire les résultats obtenus après la passation du SCID (I et II). Une deuxième section présente les informations sur la trajectoire de vie. Les événements vécus sont codifiés, présentés de façon chronologique et structurée autour des sphères de la vie de l'enfance à l'âge adulte. Chaque événement de vie codifié est accompagné de matériel anecdotique (verbatim). Outre la vignette clinique, les données recueillies prennent aussi la forme d'un calendrier de vie où chaque événement vécu codé (sans verbatim) apparaît dans ledit calendrier à l'âge du participant. Les vignettes cliniques et les calendriers de vie sont vérifiés par une coordonnatrice qui cumule plus de 25 années d'expérience dans le domaine de la recherche en psychologie clinique. Se référer au questionnaire en annexe pour plus de détails (pp. 119 à 144).

L'instrument des trajectoires de vie permet, entre autres, de noter la présence et la séquence d'événements de nature traumatique qui ont jalonné la vie d'individus. Selon la littérature (Allen et al., 1998 ; Bowlby, 1984 ; Cicchetti & Valentino, 2006 ; Crittenden, 1994 ; Cozolino, 2012 ; Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009 ; 2008 Porges, 2003 ; Renaud et al., 2008, Rutter, 1989 ; Schore, 2001 ; Séguin et al, 2007 ; Siegel, 2010 ; Turecki et al., 2012 ; van der Kolk, 1996

; Wekerle & Wolfe, 2003) les personnes vulnérables auraient vécu des adversités précoces de nature traumatique telles que la violence physique, la violence sexuelle, la violence psychologique et des actes de négligence.

1. La violence physique inclut; des coups de bâton, de ceinture ou de poing et des morsures investiguées par un parent ou le responsable de la famille d'accueil.

2. La violence sexuelle comprends des agressions intra familiales telles que des relations sexuelles forcées avec la fratrie et les parents, mais aussi à l'extérieur de la famille, notamment par le responsable de famille d'accueil ou encore un professeur.

3. La violence psychologique correspond à des mots blessants d'un parent envers son enfant, comme « tu es un accident », « tu ne mérites pas de vivre » et « tu es juste un paquet de troubles ».

4. Les actes de négligence incluent tout manquement grave compromettant le développement physique et affectif d'un enfant, par exemple la conduite d'un parent en état d'ébriété en présence de l'enfant, l'achat de substances (drogue ou alcool) priorisé à l'achat de nourriture, élever l'enfant dans des endroits de vie insalubres et l'abandon par un ou deux parents.

Quant aux difficultés interpersonnelles, elles couvrent différentes sphères de vie (familiale, scolaire, sociale, amoureuse, professionnelle et résidentielle) et font référence à l'apparition de conflits, de tension ou d'isolement qui affectent la qualité relationnelle du participant avec les membres constituant son réseau de soutien social. L'analyse des données des trajectoires de vie pourra nous permettre d'établir une configuration des problématiques relationnelles vécues par nos participants en fonction de la présence ou non d'adversités de nature traumatique.

L'utilisation de la trajectoire de vie permet également de vérifier s'il y a présence ou absence de comportements à risque au cours de la vie des participants à l'étude. Des comportements tels que tentative de suicide, consommation de substances, automutilation et comportements agressifs.

Ainsi, l'utilisation de ces instruments de mesure (SCID et trajectoire de vie) permet de documenter l'histoire développementale des individus participant à notre étude.

### **3.4. Analyse des données socio-démographiques**

Une fois les deux groupes formés, une deuxième partie de l'analyse se voulait descriptive afin de dresser un portrait socio-démographique de ces jeunes.

### **3.5 Analyse des entrevues cliniques**

Une troisième étape consistait à faire l'analyse des données recueillies lors des entrevues d'évaluation psychologique et de trajectoire de vie. Rappelons que ces données prennent la forme d'une vignette clinique (10 à 15 pages) et d'un calendrier de vie. Dans le cadre du vaste projet mené par Robert, Séguin et Beauchamp, les vignettes cliniques et les calendriers de vie ont été revus et approuvés par une coordonnatrice qui cumule plus de 25 années d'expérience en recherche. Pour cet essai doctoral, chaque vignette et calendrier de vie ont été analysés tour à tour en examinant les variables d'intérêt c'est-à-dire celles correspondant aux difficultés relationnelles, aux problèmes de santé mentale et aux stratégies de coping et ce, dans les différentes sphères de vie :

1. Les difficultés familiales incluent : les difficultés de santé mentale rapportées chez les parents et la fratrie (alcool, drogue et dépression) ; les tensions et les discordes au sein de la famille (bris dans la relation, crises, tensions et disputes importantes) ; la distance affective



(difficulté ou absence de communication sans la présence de tensions ou de conflits ouverts, manque d'engagement et d'échange affectif) et le divorce.

2. Les difficultés scolaires incluent : les situations d'intimidation ; de rejet des pairs ; de vandalisme ; d'expulsion d'un établissement et d'abandon scolaire.

3. Les difficultés liées au contexte social en milieu de travail incluent : les conflits entre employés ; les conflits avec employeurs ; le congédiement et les emplois précaires/instables.

4. Les difficultés résidentielles incluent : les événements comme le placement institutionnel (en centre jeunesse ou en famille d'accueil) et l'instabilité résidentielle (sans domicile fixe, hébergement temporaire et période d'itinérance).

5. Les difficultés sociales incluent : la difficulté à s'engager dans des relations sociales, amoureuses et l'absence de soutien social.

6. Au sujet de l'utilisation de comportements à risque, nous avons retenu : tentative de suicide, automutilation, consommation de substances et comportements agressifs.

Voici un tableau résumant le cadre conceptuel, les variables à l'étude et la façon dont elles seront mesurées.

Tableau 1.

*Résumé des variables à l'étude et instruments de mesure*

---

Variables de la trajectoire de vie qui ont été prises en compte dans cette étude en fonction des grandes catégories selon Rutter	Instruments de mesure
<i>Dimensions associées au contexte de l'environnement</i>	
Adversités précoces de nature traumatique (violence et négligence)	TV - Sphère 2 : familiale
Problèmes de santé mentale chez parents et fratrie	TV - Sphère 2 : familiale
Placement institutionnel	TV - Sphère 1 : résidentielle
Distance affective	TV - Sphère 2 : familiale

---

Tension	TV - Sphère 2 : familiale
Divorce	TV - Sphère 2 : familiale
<i>Dimensions associées à la socialisation</i>	
Difficultés relationnelles associées au contexte social (intimidation, conflits, rejet des pairs, non-respect des consignes)	TV – Sphères 2 - 8 - 10 : familiale - scolaire - sociale
Psychopathologies à l'enfance	SCID
Support et services en santé mentale	TV – Sphères 14 - 15 : facteurs de protection - recherche et services en santé mentale
<i>Stratégies de coping</i>	
Comportements agressifs	TV – Sphères 2-3-4-8 : familiales – amoureuse - scolaire
Consommation de substances	TV - Sphère 6 : difficultés perso..
Tentative de suicide	TV - Sphère 6 : difficultés. perso.
Automutilation	TV - Sphère 6 : difficultés. perso.
<i>Dimensions associées à la transition à l'âge adulte</i>	
Psychopathologies à l'âge adulte	SCID – TV- Sphère 7 : jeu patho
Support et services en santé mentale	TV – Sphères 14 - 15 : facteurs de protection - recherche et services en santé mentale
Relations amoureuses et vie familiale (conflits avec conjoint, avortement, grossesse indésirée, conflits avec enfant)	TV – Sphère 3- 4 - 5 : amoureuse – grossesse/naissance – vie familiale
Abandon scolaire	TV – Sphère 8 : scolaire
Relations difficiles avec collègues et employeurs	TV – Sphère 9 : professionnelle
Congédiement	TV – Sphère 9 : professionnelle
Emploi instable	TV – Sphère 9 : professionnelle
Effritement relationnel (perte significative, absence de réseau social)	TV – Sphères 10-11-13: sociale - perte/séparation significatives - expériences négatives
Période d'itinérance	TV – Sphère 12 : Adversités autres (résidentiels)
Sans domicile fixe (ressource d'hébergement temporaire)	TV – Sphère 12 : Adversités autres (résidentiels)

\*TV : Questionnaire de trajectoire de vie

\*SCID : Structured Clinical Interview for DSM-IV-R

## CHAPITRE IV

### RÉSULTATS

Rappelons que cet essai doctoral aborde le développement de la vulnérabilité dans un cadre multidimensionnel. Plus précisément, cette recherche clinique vise à vérifier dans quelle proportion des jeunes adultes en situation de vulnérabilité auraient vécu des événements de nature traumatique à l'enfance et l'impact de ces événements dans le développement de problèmes de santé mentale, de difficultés relationnelles et de stratégies de coping. Cela vise à identifier de façon précoce la vulnérabilité et ainsi élaborer des pistes de solution pour optimiser les services offerts.

#### **4.1 Résultats de la première question de recherche**

Dans quelle proportion des jeunes adultes en situation de vulnérabilité auraient vécu des événements de nature traumatique à l'enfance et quel est l'impact sur le développement de problèmes de santé mentale?

Dans un premier temps, nous avons procédé à l'identification de la présence ou de l'absence d'adversités précoces de nature traumatique. Les participants ayant vécu des événements de nature traumatique au cours de l'enfance, comme de la violence physique, de la violence sexuelle, de la violence psychologique ou encore des actes de négligence, de façon chronique et répétitive entre 0 et 9 ans, correspondaient au groupe I. Les participants n'ayant pas vécu ce type d'événements correspondaient au groupe II.

Afin de clairement établir les événements de nature traumatique, nous avons repris les définitions suivantes :

1. La violence physique représente la commission de sévices corporels (ex. : coup de poing/de pied, brûlure et étranglement) à l'endroit de l'enfant commis par un parent.

2. La violence sexuelle inclut des activités à caractère sexuel, qu'elles soient de nature directe (ex. : attouchement et relation sexuelle) ou indirecte (ex. : visionnement de film pornographique), commises par toute personne adulte ou tout adolescent plus âgé ayant une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime.

3. La violence psychologique inclut la présence de comportements insensibles (ex. : rejet, dénigrement, hostilité et intrusion) envers l'enfant ou l'exposition à la violence conjugale.

4. La négligence inclut l'incapacité du donneur de soins à répondre aux besoins de base (physiques, affectifs, cognitifs de l'enfant ainsi qu'à le surveiller et à le protéger des dangers.

Ainsi à cette première étape d'analyse nous avons constitué deux sous-groupes. L'analyse des données de la trajectoire de vie dans la sphère de l'enfance a d'abord permis de constater que 20 de ces jeunes ont vécu des événements précoces de nature traumatique de façon répétitive (n=20). Des adversités comme des relations sexuelles forcées avec un parent ou la fratrie, des coups de poing, des morsures, des propos verbaux violents ou des gestes négligents compromettant leur développement, tels qu'être privé de nourriture, ont été recensées. Ces 20 jeunes forment le groupe I, avec présence d'adversités précoces de nature traumatique, alors que 4 personnes forment le groupe II, celles n'ayant pas vécu d'événement précoce de nature traumatique (n=4). Des données sociodémographiques pour chacun des groupes se retrouvent dans le tableau 2 ci-dessous.

## 4.2 Profil sociodémographique des participants

Tableau 2.

*Profil sociodémographique des participants*

	Groupe I (n=20)		Groupe II (n=4)		Total (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Genre</i>						
Féminin	11	55	3	75	14	58
Masculin	9	45	1	25	10	42
<i>Âge moyen</i>						
	18.7	-	18.8	-	18.7	-
<i>Orientation sexuelle</i>						
Hétérosexuelle	14	70	4	100	18	75
Homosexuelle	4	20	0	0	4	17
Bisexuelle	2	10	0	0	2	8
<i>État civil</i>						
Célibataire/fréquentation amoureuse	20	100	4	100	24	100
<i>Niveau de scolarité atteint</i>						
Études secondaires	19	95	4	100	23	96
Études collégiales	1	5	0	0	1	4
<i>Emploi</i>						
Oui	11	55	3	75	14	58
Non	9	45	1	25	10	42
<i>Résidence</i>						
Hébergement fixe	4	20	3	75	7	29
Hébergement temporaire	16	80	1	25	17	71

\* Groupe I = groupe avec adversités précoces de nature traumatique (n=20)

\* Groupe II = groupe sans adversité précoce de nature traumatique (n=4)

Ces deux groupes se distinguent par deux caractéristiques sociodémographiques, soit la présence d'emploi et d'un domicile fixe. On constate que 75% du groupe II détenaient un emploi lors des entrevues alors que cette proportion est moindre pour le groupe I et se situe à 55%. La

deuxième et la plus importante distinction entre les deux groupes a trait au statut domiciliaire. Parmi le groupe I, 80% des jeunes ont connu une instabilité résidentielle au cours de la période de transition à l'âge adulte. Quant au groupe II, nous constatons qu'un seul participant a vécu la même situation au cours de cette période.

#### 4. 3 Profil psychopathologique des participants

Tableau 3.

*Données sur le développement de psychopathologies*

	Groupe I (n=20)		Groupe II (n=4)		Total (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
<b><i>Psychopathologies actuelles et passées (depuis l'enfance)</i></b>	<b>16</b>	<b>80</b>	0	0	16	67
<b>Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité</b>	<b>7</b>	<b>35</b>	0	0	7	29
<b>Troubles de la personnalité</b>	<b>9</b>	<b>45</b>	0	0	9	38
Groupe A : paranoïaque, schizoïde, schizotypique.	2	10	0	0	2	8
Groupe B : antisociale, borderline, histrionique, narcissique	5	25	0	0	5	21
Groupe C : évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive	2	10	0	0	2	8
<b><i>Psychopathologies Actuelles</i></b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>21</b>
Dépression	1	5	1	25	2	8
État de stress post-traumatique	3	15	0	0	3	13

\* Groupe I = groupe avec adversités précoces de nature traumatique (n=20)

\* Groupe II = groupe sans adversité précoce de nature traumatique (n=4)

En ce qui a trait au groupe I, 80 % des jeunes ont rapporté des signes et des symptômes permettant de déceler des troubles de santé mentale actuels (présents au cours des 6 derniers mois) et à vie (présents au cours de l'enfance). Aucune psychopathologie n'a été constatée pendant l'enfance chez le groupe II.

Sur les 20 jeunes du groupe I, 7 (35 %) rapportaient suffisamment de critères pour qu'un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH) soit décelé. Bien que cette étude ait été réalisée avec les critères du DSM IV, les symptômes du TDAH demeurent les mêmes dans les versions IV et V du DSM. Le nombre de symptômes requis et l'âge de l'apparition des symptômes ont été revus à la baisse dans le DSM V (American Psychiatric Association, 2013). Selon l'American Psychiatric Association (2013), l'inattention se remarque chez les individus qui ont du mal à se conformer aux consignes et qui ne parviennent pas à mener à terme leurs tâches et obligations. Ce sont des gens qui se laissent distraire facilement, qui perdent des objets nécessaires à leurs activités et qui ont des oublis fréquents dans la vie quotidienne. L'hyperactivité se remarque dans les comportements d'impatience motrice : couper la parole, se lever alors qu'il faut rester assis, avoir du mal à attendre son tour, etc.

Quant aux troubles de la personnalité, 45 % (n=9) des participants du groupe I avaient atteint suffisamment de critères pour qu'un trouble de la personnalité (n=6) ou un sous-seuil, où seulement un critère manquait pour confirmer la présence d'un trouble (n=3) soit décelé. Rappelons que les versions IV et V du DSM (American Psychiatric Association, 2013) définissent le trouble général de la personnalité comme une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation doit se manifester minimalement à deux de ces quatre niveaux : 1) cognitif, c'est-à-dire dans la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements ; 2) affectif, c'est-



à-dire la capacité à créer des liens intimes durables ; 3) interpersonnel, c'est-à-dire la capacité à entrer en relation ; 4) régulation émotionnelle, c'est-à-dire le contrôle des impulsions. Toujours selon les DSM IV et V, le trouble de la personnalité entraîne une altération significative du fonctionnement dans des domaines importants tels que social et professionnel.

Des 9 participants ayant atteint suffisamment de critères, ceux-ci se distinguaient de la manière suivante : Groupe A (10 %, n=2) : personnalité schizoïde caractérisée par un détachement envers les relations sociales et une gamme restreinte d'émotions exprimées en situation interpersonnelle. Groupe B (25 %, n=5) : Personnalité limite (n=4) caractérisée par une instabilité sur les plans des relations interpersonnelles, de l'image de soi, de l'affect et d'une impulsivité marquée. Personnalité narcissique (n=1), où les traits sont dominés par des comportements grandioses, le besoin d'admiration et un manque d'empathie. Groupe C (10 %, n=2) : personnalité évitante (n=2), aux caractéristiques dominées par de l'inhibition sociale, sentiments d'inadéquation et hypersensibilité à l'évaluation négative.

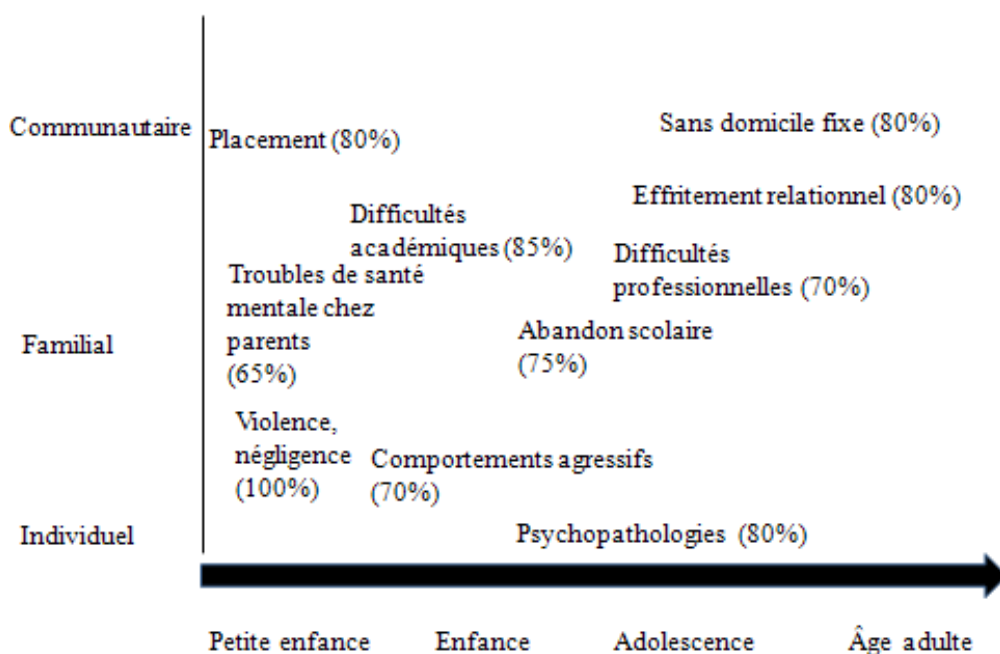
#### **4. 4 Résultats de la deuxième question de recherche**

Est-ce que ces jeunes auront une trajectoire de vie similaire en termes de séquence d'apparition de facteurs de risque?

##### *4.3.1 Trajectoire du groupe I*

Figure 1.

*Trajectoire de vie du groupe I (avec adversités précoces de nature traumatique)*



Rappelons que les 20 participants du groupe I ont tous été victimes de violence physique, violence sexuelle, violence psychologique ou d'actes de négligence de façon répétitive et chronique à l'enfance. Chez 65 % de ces jeunes, leurs parents avaient des troubles de santé mentale sévères tels que dépression et toxicomanie. Dans ce groupe, 80 % ont été retirés de leur milieu familial pour être placés en centre jeunesse ou en famille d'accueil.

En regard de la sphère scolaire, 85 % des jeunes ont rapporté des difficultés. La majorité des participants de ce groupe (70 %) se décrivaient comme des élèves aux comportements turbulents, agressifs et oppositionnels envers autrui. Les comportements scolaires en lien avec la difficulté à respecter le cadre et les règles institutionnels sont la cause de changements fréquents d'école ainsi que d'expulsions dans 70 % des cas. Certains ont aussi précisé avoir été victimes d'intimidation et de rejet des pairs (55 %). Dans ce groupe, 85 % présentait une ou deux de ces

difficultés académiques. Au moment de la cueillette de données, 75 % des participants de ce groupe ont rapporté un abandon scolaire avant l'obtention d'un diplôme d'études secondaires.

Quant à la sphère professionnelle, 70 % du groupe I rapportent avoir vécu des difficultés relationnelles au travail. Des relations de travail difficiles avec les collègues ont été mentionnées. Des conflits en lien avec des comportements dérégulés et impulsifs comme des crises de colère ou d'autres situations en lien avec le manque d'habiletés sociales comme l'inhibition, le manque d'empathie et la méfiance de l'autre, rendent le travail d'équipe complexe. Les difficultés à respecter les horaires de travail, à accomplir les tâches adéquatement, à respecter les codes de conduite provoquent également des tensions et suscitent des avertissements de la part des employeurs. Chez 70 % du groupe I, les expériences professionnelles se terminent par des congédiements. Au moment de la cueillette de données, 55 % des participants vivaient une instabilité par rapport à l'emploi.

Concernant la sphère sociale, nous avons également noté un effritement relationnel où des difficultés à entrer en relation ou à maintenir des relations sociales chez 80 % des participants du groupe I. D'ailleurs, 18 participants ont rapporté une absence de réseau social. À noter, aucun événement est rapporté dans les sphères 3-4 et 5 (amoureuse, naissance/grossesse et relation avec enfant).

Au sujet de la sphère résidentielle, 70 % des jeunes du groupe I ont connu des périodes d'itinérance au cours de leur transition vers l'âge adulte. Depuis leur sortie d'un centre jeunesse ou d'une famille d'accueil, 80 % utilisent des ressources communautaires d'hébergement temporaire dans la région de l'Outaouais, comme Vallée Jeunesse, HébergeAdo et Appart-Ado. Au moment de la cueillette de données, 80 % du groupe étaient sans domicile fixe.

En regard des stratégies de coping utilisées, plusieurs comportements à risque ont été observés de façon récurrente chez 70 % du groupe I. Devant des situations stressantes ou face à des situations qui pouvaient leur sembler insurmontables, les participants ont recours à des conduites à risque tels que : comportements agressifs (45 %), consommation de substances (50 %), tentative de suicide (55 %) et automutilation (25 %). Les jeunes de ce groupe n'utilisent pas tous les mêmes stratégies, mais ils sont nombreux (70 %) à en présenter une ou plusieurs.

Tableau 4.

*Stratégies de coping et conduites à risque*

	Groupe I (n=20)		Groupe II (n=4)		Total (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
Comportements agressifs	9	45	0	0	9	38
Consommation de substances	10	50	3	75	13	54
Tentative de suicide	11	55	0	0	11	46
Automutilation	5	25	0	0	5	21

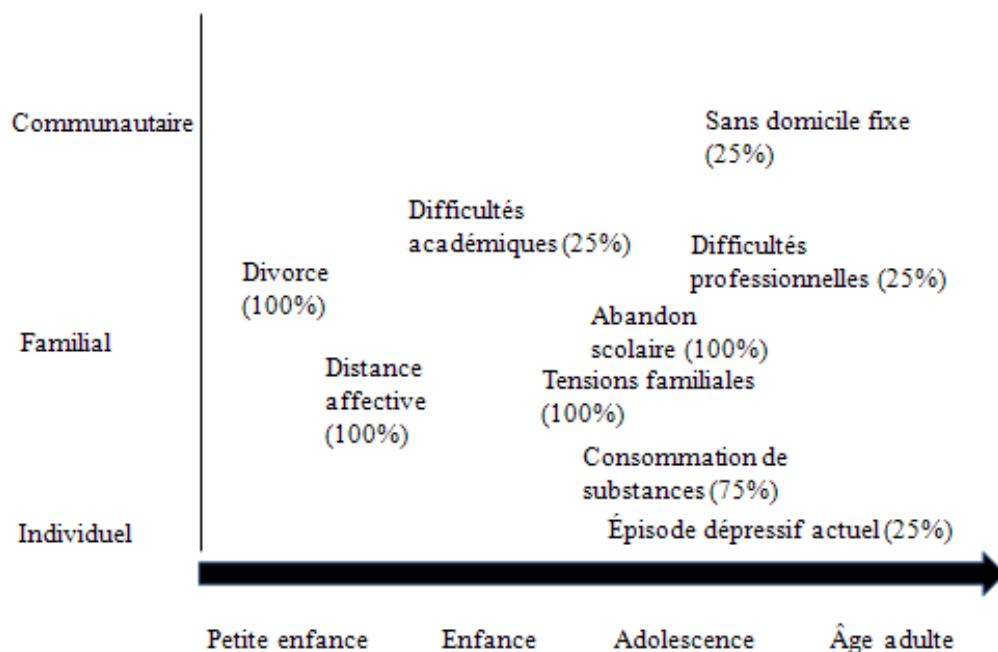
\* Groupe I = groupe avec adversités précoces de nature traumatique (n=24)

\* Groupe II = groupe sans adversité précoce de nature traumatique (n=4)

### 4.3.2 Trajectoire du groupe II

Figure 2.

*Trajectoire de vie du groupe II (sans adversité précoce de nature traumatique)*



La trajectoire du groupe II s'avère différente. Certes, ceux-ci rapportent des adversités dans la sphère familiale, par exemple, la difficulté à accepter le divorce de leurs parents, une baisse de contact avec un parent ou encore une distance affective avec un parent. Par ailleurs, aucun placement institutionnel n'a été constaté pour ce groupe.

La psychopathologie, quant à elle, est moins présente et moins sévère. On trouve un épisode isolé de dépression en lien avec un événement de vie difficile à l'adolescence. Aucun trouble de santé mentale à l'enfance n'a été rapporté (voir tableau 3).

Quant au milieu scolaire, un participant présente des difficultés d'apprentissage en raison d'un handicap physique. Par ailleurs, la fin de l'adolescence sera marquée par un abandon scolaire chez tous les participants du groupe (n=4). Pendant cette même période, ces jeunes rapportent la présence de tensions familiales (100 %) ainsi que de la consommation de drogues (75 %).

Au sujet des sphères professionnelle et sociale, la majorité (75 %) n'y vit pas de difficultés significatives et, au moment de la cueillette de données, un participant était sans emploi et sans soutien social (25 %).

La sphère résidentielle est également plus stable chez 75 % de ces jeunes. Aucune période d'itinérance n'a été remarquée. Lorsque les entrevues ont été effectuées, un participant utilisait les services d'hébergement temporaire (25 %).

Quant aux stratégies de coping, outre une période de consommation de substances chez 75 % du groupe à l'adolescence, aucune conduite à risque telle que comportement agressif, tentative de suicide et automutilation n'a été constaté.  
(voir tableau 4).

Finalement, le tableau 5 ci-bas compare les résultats obtenus dans les deux groupes avec l'instrument des trajectoires de vie.

Tableau 5.

*Difficultés vécues dans les différentes sphères de vie*

Sphères	Groupe I (n=20)		Groupe II (n=4)		Total (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Sphère familiale</i>						
Présence de psychopathologies chez parents et fratrie	13	65	0	0	13	54
Placement institutionnel	16	80	0	0	16	67
<i>Sphère scolaire</i>						
Difficultés d'apprentissage (handicap physique)	0	0	1	25	1	4
Difficultés associées au contexte social (victime d'intimidation, rejet)	11	55	0	0	11	46
Difficultés de comportement (intimidation, expulsion)	14	70	0	0	14	58
Abandon scolaire	15	75	4	100	19	79
<i>Sphère professionnelle</i>						
Relations difficiles avec collègues	14	70	0	0	14	58
Relations difficiles avec employeurs	14	70	0	0	14	58
Congédiement	14	70	0	0	14	58
Emploi instable	11	55	1	25	12	50
<i>Sphère sociale</i>						
Effritement relationnel (isolement)	16	80	1	25	17	71
<i>Sphère résidentielle</i>						
Période d'itinérance	14	70	0	0	14	58
Sans domicile fixe (ressource d'hébergement temporaire)	16	80	1	25	17	71

\* Groupe I = groupe avec adversités précoces de nature traumatique (n=24)

\* Groupe II = groupe sans adversité précoce de nature traumatique (n=4)

#### 4.5. Discussion

En reconstruisant de manière rétrospective la trajectoire de vie de jeunes en situation de vulnérabilité, nous observons que 80 % d'entre eux ont vécu des événements précoces de nature

traumatique (groupe I). Concernant la composition des groupes, nous sommes conscientes de la disproportion entre les deux groupes. Cette composition, qui a été faite à posteriori, demeure représentative de la clientèle desservie par l'organisme Vallée Jeunesse et démontre un premier résultat intéressant. En effet, malgré la taille inégale des groupes, ces données mettent en lumière l'importance des premières années de la vie dans le développement de vulnérabilités, comme les troubles de santé mentale.

C'est ce qu'on observe dans le groupe I, où 80 % ont rapporté un trouble en santé mentale actuel et présent depuis l'enfance, dont 35 % avaient un TDAH et 45 % un trouble de la personnalité (incluant les sous-seuils). Il est important de préciser qu'indépendamment des adversités précoces, nous observons qu'il peut y avoir chez les individus un développement de troubles de santé mentale.

Dans cette présente étude, nous observons des difficultés dans plusieurs sphères à partir de l'enfance jusqu'à la transition à l'âge adulte. D'abord, dans les sphères familiale et scolaire, des difficultés associées au contexte social ont été rapportées chez 55 % d'entre eux, ainsi que des difficultés de comportement chez 70 % et une période d'abandon scolaire pour 75 %. Dans la sphère professionnelle, des relations de travail difficiles avec des collègues et des employeurs, ainsi que des congédiements sont notés (70 %), tandis que 55 % sont instables sur le plan de l'emploi. Au moment de la cueillette de données, 80 % étaient sans domicile fixe et 70 % avait vécu une période d'itinérance. Des comportements à risque ont été consignés à répétition chez 70 % d'entre eux. La trajectoire du groupe II, sans évènement précoce de nature traumatique, permet d'observer un meilleur niveau de fonctionnement. Aucune psychopathologie n'a été rapportée au cours de l'enfance. Malgré l'abandon scolaire constaté chez tous les participants, on remarque la présence d'un réseau social (75 %), d'un emploi (75 %) et d'un endroit fixe où vivre



(75 %). Quant aux stratégies de coping, outre des épisodes de consommation de substances (75 %), aucun comportement à risque n'a été rapporté. Les participants du groupe II ont déclaré avoir davantage recours à leur soutien social.

Les milieux hautement carencés dans lesquels les individus du groupe I se développent peuvent signifier que leurs parents ont connu des difficultés à assumer leur rôle parental (Fergusson, Boden & Horwood, 2013). Ces carences précoces auront peut-être influencé la disponibilité émotionnelle de ceux-ci et créé un climat relationnel difficile avec leur enfant. Compte tenu du contexte développemental, les jeunes de ce groupe semblent avoir développé à leur tour des difficultés sur les plans relationnel et émotionnel, des traits distinctifs de psychopathologies comme le TDAH et les troubles de la personnalité. Bien que la situation parentale n'a pas été investiguée, les résultats de cette étude sont congruents avec les données de la littérature (Cicchetti & Valentino, 2006 ; Crittenden, 1994 ; Fergusson, Boden & Horwood, 2013 ; Rutter, 1989). De fait, les données de la littérature suggèrent que c'est le développement du trouble de la personnalité limite qui est le plus fréquemment associé avec la présence d'adversités précoces de nature traumatique (Herman et al., 1989; Johnson et al., 2000; Linehan, 1993; Soloff et al., 2002; Zanarini et al., 1997,1998). Dans notre étude, toutes les catégories étaient représentées, mais c'est aussi la personnalité de type limite qui était la plus fréquente (45 %).

Ces difficultés notables, présentes dès l'enfance, ont des répercussions sur le milieu scolaire dès le début de la scolarisation. En effet, les participants du groupe I rapportent avoir eu des comportements violents et oppositionnels dans le milieu scolaire qui ont provoqué le rejet de la part de leurs pairs. Le non-respect du cadre et des règles institutionnels provoque des

changements et des expulsions fréquents d'école pour ultimement mener l'élève à l'abandon scolaire.

À leur entrée sur le marché du travail, ces jeunes sont fréquemment aux prises avec des difficultés de régulation émotionnelle et relationnelles. Cela peut prendre la forme de crises de colère et de conflits avec employés et employeurs, provoquant des congédiements fréquents. C'est ce que les données suggèrent chez 14 participants du groupe I et une instabilité sur le plan de l'emploi chez 11 d'entre eux. Ils atteignent alors la majorité (18 ans) avec un important fardeau d'adversités et ils se retrouvent dans une situation financière précaire, sans domicile fixe. Ces résultats correspondent en partie à ceux publiés par Rutter (1989), lequel a remarqué que des relations conflictuelles en milieu scolaire diminuent l'estime de soi et rendent plus propice la reproduction d'un patron relationnel dysfonctionnel dans les sphères professionnelle et amoureuse. Nous le remarquons dans la sphère professionnelle. Par contre, nos résultats ne démontrent pas de difficulté amoureuse significative. Cela peut s'expliquer par la moyenne d'âge de notre échantillon (18 ans) ou les difficultés relationnelles se situent davantage dans la sphère sociale.

En effet, cette trajectoire de jeunes victimes d'évènements de nature traumatique est également caractérisée par un effritement relationnel. Les participants à ce projet de recherche présentent des difficultés relationnelles. Selon la littérature développementale, le manque de protection à l'enfance pourrait avoir un impact sur la confiance fondamentale ou la méfiance fondamentale à l'égard des personnes (Allen et al., 1998 ; Bowlby, 1984 ; Cicchetti & Valentino, 2006 ; Crittenden, 1994 ; Cozolino, 2012 ; Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009 ; 2008 Porges, 2003 ; Renaud et al., 2008, Rutter, 1989 ; Schore, 2001 ; Séguin et al, 2007 ; Siegel, 2010 ; Turecki et al., 2012 ; van der Kolk, 1996 ; Wekerle & Wolfe, 2003). Ce type de construit génère

des comportements de méfiance, de protection de soi et d'opposition à l'autre qui se généralisent et se reproduisent dans les autres sphères de la vie, notamment dans la vie scolaire, professionnelle, sociale et résidentielle, ce qui amène les sujets à souffrir de détresse et de solitude. Pour faire face à ces défis, ces jeunes tentent de survivre en utilisant les stratégies de coping dont ils disposent, la consommation de drogues, l'automutilation et les comportements agressifs pour contrer un sentiment de détresse, ce qui les maintient dans une vulnérabilité et une instabilité qui peut conduire à des tentatives de suicide (Boekaerts, 1996 ; Compas, 2001 ; Connor-Smith et al., 2000 ; Rutter, 1989, 2000, 2005; Spaccarelli et al., 1995). Ainsi, selon la littérature développementale, il est possible d'expliquer « l'engrenage de difficultés » vécu par les participants du groupe I par un manque de protection dès le début de la vie (Allen et al., 1998 ; Bowlby, 1984 ; Cicchetti & Valentino, 2006 ; Crittenden, 1994 ; Cozolino, 2012 ; Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009 ; 2008 Porges, 2003 ; Renaud et al., 2008, Rutter, 1989 ; Schore, 2001 ; Séguin et al, 2007 ; Siegel, 2010 ; Turecki et al., 2012 ; van der Kolk, 1996 ; Wekerle & Wolfe, 2003).

En regard du groupe II, le début de la vie est différent. L'absence d'adversités précoces de nature traumatique pourrait en partie expliquer l'absence de psychopathologie à l'enfance. Des difficultés relationnelles dès le début de la scolarisation ne sont pas rapportées dans le groupe II. Concernant l'abandon scolaire, il s'avère étonnamment plus élevé dans le groupe II (100% contre 75%). Nous pouvons émettre l'hypothèse que certains participants du groupe I font preuve de résilience et que l'école représente un facteur de protection. Les participants du groupe II expliquent leur abandon scolaire par l'influence entre les pairs, où des tensions familiales (100 %) et des épisodes de consommation (75 %) ponctuels ont été rapportés dans la même période. La consommation des groupes diffère au niveau du type de substances et de la durée.

Bien que 50% du groupe I consomme contre 75% du groupe II, le groupe I consomme principalement des amphétamines et de l'alcool tandis que le groupe II consomme principalement du cannabis et ce, de façon plus tardive. L'absence d'effritement relationnel semble apporter une plus grande stabilité sur les plans social, professionnel et résidentiel, alors que 75 % des participants de ce groupe rapportent avoir un réseau social, un emploi et un endroit fixe pour vivre. Le travail constitue un facteur de protection pour 75 % des membres du groupe, car ils rapportent être satisfaits de leur travail ainsi que des relations avec leurs collègues et leurs employeurs respectifs. Ces résultats sont similaires à ceux de Rutter (1989, 2000 et 2005), qui expliquent que des relations positives à l'école augmentent les probabilités que les individus soient plus aptes à développer des relations positives dans les autres sphères sociales ultérieures. Les relations positives semblent contribuer à l'augmentation de l'estime de soi et du sentiment de contrôle.

Par ailleurs, si aucun jeune du groupe I n'a rapporté d'épisode dépressif dans la dernière année, c'est le cas d'un jeune du groupe II. Cette dépression est en lien avec un événement de vie difficile; un accident de voiture amenant des séquelles physiques graves l'empêchant de pratiquer sa passion; la course à pied. Autrement, les stratégies de coping rapportées par le groupe II sont plus actives et adaptées, par exemple la recherche de soutien social. Cela correspond à plusieurs résultats de recherche émettant l'hypothèse que l'absence d'adversités précoces de nature traumatique et le soutien d'au moins un parent peuvent leur avoir fourni un meilleur contexte environnemental pour le développement de stratégies de coping (Compass, 2001 ; Rutter 1989, Seiffge-Srenke, 1994, 1995).

À l'inverse, des adversités précoces de nature traumatique ont fort probablement un impact important sur l'histoire développementale des individus. En effet, les résultats de cette étude sont

similaires à ceux documentés dans la littérature scientifique sur les adversités précoces (Allen et al., 1998 ; Bowlby, 1984 ; Cicchetti & Valentino, 2006 ; Crittenden, 1994 ; Cozolino, 2012 ; Labonté et al., 2012 ; McGowan et al., 2009 ; 2008 Porges, 2003 ; Renaud et al., 2008, Rutter, 1989 ; Schore, 2001 ; Séguin et al., 2007 ; Siegel, 2010 ; Turecki et al., 2012 ; van der Kolk, 1996 ; Wekerle & Wolfe, 2003). Il s'avère que le risque engendre le risque et, ainsi, lorsque la vie commence difficilement, le fardeau d'adversités ne fait que s'aggraver au fil du temps à travers la reproduction des difficultés relationnelles et l'accumulation d'évènements stressants dans plusieurs sphères de la vie.

Bien que ces jeunes aient pu être repérés tôt dans leur parcours de vie, possiblement dans le milieu scolaire, les services offerts n'auraient pas été suffisamment intensifs pour modifier leur trajectoire émaillée de difficultés. En fonction de ce que rapportent les jeunes ayant participé à cette étude, les interventions spécialisées offertes par le Centre Jellinek (centre de traitement des troubles de dépendance) et, particulièrement, celles de l'organisme Vallée Jeunesse ont eu un effet de protection en diminuant les comportements à risque, notamment, la consommation, alors que le taux a chuté de 50 % à 20 % au cours des six derniers mois précédant les entrevues. Six participants parmi les dix ayant connu des épisodes significatifs de consommation de substances ont mis fin à cette dépendance. Sans doute, s'ils profitent d'un milieu de vie plus structuré, d'un emploi et d'un lieu d'hébergement, et si leur est évité le stress généré par des stratégies de survie, ces jeunes sont plus disposés et disponibles pour changer leur comportement.

Malheureusement, ces services arrivent sur le tard dans la vie de ces adultes en devenir, si on tient compte du moment où leurs difficultés ont été initialement observées. D'ailleurs, ces résultats diffèrent de certaines études dont celles de McEvoy & Welker (2000) et d'Oakes (1994) qui ont démontré que cet engrenage de difficultés psychosociales vécu par ces jeunes victimes

d'adversités précoces de nature traumatique est dû à une identification tardive. En effet, leurs recherches démontrent que les services arrivent tardivement dans la vie de ces individus parce que leurs difficultés sont identifiées tardivement. Ce n'est pas ce que démontrent nos résultats.

De fait, 80 % des individus du groupe I ont fait l'objet d'un ou plusieurs signalements durant leur enfance à la Direction des services de protection de la jeunesse (DPJ) et institutionnalisés en centre jeunesse ou en famille d'accueil. Nous faisons l'hypothèse que le problème majeur est l'inadéquation entre les services offerts et les besoins réels durant l'enfance. Bien que ces victimes d'événements de nature traumatique aient bénéficié des services de la DPJ dès l'enfance, le fardeau d'adversités continue de s'aggraver à l'adolescence et à l'âge adulte. Ils n'ont probablement pas eu accès assez rapidement à des services personnalisés à leurs besoins, en intensité et au moment approprié.

Ces jeunes, victimes d'événements précoces de nature traumatique à la fois chronicisés et répétitifs représentent un sous-groupe de la population avec des besoins spécifiques. Ils cumulent un fardeau d'adversités important dans les premières années de leur vie et dans les différentes sphères sociales, c'est-à-dire familiale et scolaire. Il importe de leur offrir des services adaptés à leurs besoins au moment où ces difficultés sont établies. S'ils bénéficiaient de services plus intenses dès que cela est nécessaire, leur trajectoire pourrait être modifiée et nous pourrions éviter qu'ils se retrouvent vulnérables et sans domicile fixe à leur transition vers l'âge adulte.

Bien que cette étude démontre l'impact négatif des adversités dans l'enfance, de nombreuses études, dont celles de Rutter (2000, 2001, 2005) et Cyrulnik (2014), ont remarqué l'importance d'une variable modératrice qu'est la résilience. Le concept de résilience fait référence à la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité (Cyrulnik, 2014). Les recherches ont démontré que la résilience, chez certains jeunes victimes d'adversités

précoces de nature traumatique, leur permette de rebondir de façon remarquable alors que d'autres vivront de nombreuses difficultés psychosociales (Rutter, 2000, 2001, 2005, Cyrulnik, 2014)

#### **4.6 Limites**

Cette méthode rigoureuse de recherche clinique permet une compréhension profonde de l'histoire développementale de chaque participant. En effet, beaucoup de temps est accordé à l'écoute de chacun pendant les entrevues, à la rédaction de vignettes et à la discussion de cas en panels. Cela représente environ une quinzaine d'heures de travail de cueillette de données pour chaque participant, ce qui explique la taille limitée de l'échantillon de ce projet de recherche. L'inégalité des groupes est en soi un résultat intéressant et demeure représentatif des individus qui consultent l'organisme Vallée Jeunesse. L'inégalité des groupes permet de mettre en relief l'importance des premières années de la vie dans le développement de la vulnérabilité. Ainsi, les résultats doivent être interprétés avec prudence. L'objectif de ce projet était de mieux comprendre l'histoire développementale de jeunes adultes vulnérables. Le fait d'avoir étudié en détail une vingtaine de trajectoires de vie avec présence d'adversités précoces de nature traumatique contribue assurément à une meilleure compréhension de cette population et favorisera, nous l'espérons, la mise en œuvre d'autres études sur ce sujet.

Une deuxième limite constatée est liée à l'instrument de mesure SCID. Au moment de la cueillette de données, le DSM V n'était pas disponible. C'est donc la version du DSM IV qui a été utilisée. Cela se veut une limite essentiellement pour les troubles de l'axe I, puisque les troubles de la personnalité n'ont pas été modifiés entre les deux versions. Au sujet des troubles de la personnalité, nous avons inclus les sous-seuils (pour lesquels un seul critère peut être manquant) dans les analyses. Ils ne constituent pas un trouble franc de santé mentale, mais une

personnalité fragilisée avec des difficultés relationnelles importantes ayant un impact majeur sur le fonctionnement.

Par rapport aux troubles évalués à l'axe I, quelques changements ont été apportés. Pour le TDAH chez l'adulte, cinq symptômes sont requis dans le DSM V, au lieu de six pour les jeunes, tant pour l'inattention que pour l'hyperactivité et l'impulsivité. Le critère « Symptômes qui ont causé une déficience étaient présents avant l'âge de 7 ans » est devenu « Des symptômes inattentifs ou hyperactifs-impulsifs étaient présents avant l'âge de 12 ans ». Au sujet des critères de l'ESPT, le trouble est maintenant sensible au développement, puisque les seuils diagnostiques ont été abaissés pour les enfants et les adolescents. En outre, des critères distincts ont été ajoutés pour les enfants de 6 ans ou moins ayant un ESPT.



CHAPITRE V  
CONCLUSION

Ce projet d'essai doctoral visait à vérifier dans quelle mesure des jeunes adultes en situation de vulnérabilité auraient vécus des événements de nature traumatique à l'enfance et l'impact de ces événements dans le développement de problèmes de santé mentale. Le deuxième objectif consistait à vérifier de manière rétrospective la séquence d'apparition de facteurs de risque tout au long de la vie. L'analyse de cette séquence permettrait de voir si les trajectoires de vie sont différentes ou similaires. Cette identification précoce de la vulnérabilité permettrait ensuite d'élaborer des recommandations pour optimiser les services offerts auprès de cette clientèle. Nos résultats correspondent à ce que l'on trouve dans la littérature développementale. La trajectoire de vie de 80 % des participants à l'étude commence par des adversités précoces de nature traumatique. Cela engendre des difficultés émotionnelles et relationnelles importantes qui se reproduisent et se généralisent dans les différentes sphères de la vie. Le fardeau d'adversités ne fait que s'aggraver. Les victimes se retrouvent à l'âge adulte seules, en détresse, alors que leurs stratégies de coping sont plutôt limitées.

Bien qu'une majorité de ces jeunes aient été identifiés tôt par la DPJ et ensuite institutionnalisés en centre jeunesse ou en famille d'accueil, « l'engrenage des difficultés psychosociales » s'est poursuivi au cours de leur vie. En fonction de ce que rapportent les jeunes du groupe adversités précoces de nature traumatique, les interventions spécialisées offertes dans la dernière année ont eu un effet de protection en diminuant les comportements à risque, notamment la consommation de substances. Cependant, ces services arrivent tardivement dans la vie des jeunes, si on tient compte du moment où ces difficultés ont été initialement observées. C'est pourquoi, nos recommandations sont de trois ordres : 1) Affecter en nombre suffisant dans les écoles primaires des professionnels (psychologue, psychoéducateur, travailleur social) afin de

détecter, de venir en aide et de référer si nécessaire, les jeunes qui présentent des risques de problèmes d'adaptation, ou en voie de développer des troubles de santé mentale et leur venir en aide tôt dans le cheminement scolaire; 2) Mettre en place, dans le réseau public de santé et de services sociaux, des points de service de «counseling» auprès des familles qui éprouvent des difficultés relationnelles parents/enfants et adolescents; 3) Mettre en place et soutenir des programmes d'intervention innovants auprès de ces jeunes vulnérables.

À ce propos, la clinique des troubles anxieux et de l'humeur, volet troubles de la personnalité de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM) a mis sur pied un programme d'intervention massif, innovant et complet pour venir en aide à cette clientèle vulnérable à l'âge adulte. Cette équipe multidisciplinaire s'est inspirée de plusieurs recherches cliniques portant sur des interventions spécialisées visant les difficultés de régulation émotionnelle et les difficultés relationnelles (Allen et al., 2008 ; Allison & Rossouw, 2013 ; Belsky & Jaffee, 2006 ; Courtois, 2009 ; Cozolino, 2010 ; Grawe, 2007 ; Porges, 2011 ; Siegel, 2012). D'autres recherches cliniques ont démontrés que les interventions et les traitements portant sur une relation thérapeutique satisfaisante peuvent modifier certains gènes (Labonté al., 2012, McGowan et al., 2009, Turecki, 2012), soigner ou au minimum développer les circuits neuronaux associés au sentiment de sécurité (Allen, Fonagy & Bateman, 2008 ; Allison & Rossouw, 2013 ; Cozolino, 2010 ; Grawe, 2007 ; Porges, 2011 ; Siegel, 2012).

En s'inspirant de ces recherches cliniques, l'équipe de l'IUSMM a élaboré un programme sur trois années. Ce programme débute par des groupes de régulation émotionnelle où les participants pratiquent diverses techniques de régulation émotionnelle par exemple la cohérence cardiaque, la méditation et la centration. Ils partagent ensuite leur expérience corporelle, émotionnelle et cognitive en post-groupe. S'ensuit une deuxième étape de soins, cette fois-ci en

thérapie individuelle où les difficultés relationnelles des participants sont abordées à l'intérieur de la relation thérapeutique. Parallèlement à ce suivi individuel, une thérapie de groupe psychoéducative est offerte pour développer une meilleure compréhension de ses difficultés et une meilleure hygiène de vie. Finalement, le programme se termine par une troisième étape de soins soit la thérapie de groupe de type expérientiel où les difficultés relationnelles des participants sont reproduites et réparées au sein du groupe. Le temps de traitement pour chacune des trois étapes de soins varie d'un patient à l'autre. La clinique psychiatrique des troubles de la personnalité de l'Institut Douglas offre aussi ce programme d'intervention sur trois années à l'exception des groupes de régulation émotionnelle. Des articles démontrant l'efficacité de ces programmes auprès de leur clientèle adulte sont en cours.

Cependant, comme en témoigne les résultats de cet essai, les difficultés de cette clientèle adulte sont présentes depuis l'enfance. C'est pourquoi, les recommandations de cet essai vont dans le sens d'autres études qui militent pour la présence de services personnalisés et spécialisés dès le moment où les difficultés sont remarquées. Actuellement, le manque de services auprès de ces jeunes est criant. Des programmes d'intervention tels que décrit ci-haut devraient être adaptés et offerts aux enfants et aux adolescents. Si les interventions se font avant que «l'engrenage de difficultés psychosociales» ne survienne, il y a fort à parier que des programmes de plus courte durée pourraient être aussi efficaces. En effet, nous pouvons émettre l'hypothèse clinique que plus tôt les difficultés sont adressées, plus rapide est le changement thérapeutique.

Enfin, nous espérons que cet essai suscite de l'intérêt pour des projets de recherche clinique de nature longitudinale qui feraient la démonstration de l'efficacité de différents traitements précoces chez cette population au Québec. Des traitements en amont pourraient éviter que ces jeunes, de chez nous, se retrouvent à l'âge adulte au bord de la rue. Ce genre d'études permettrait

de faire comprendre aux instances politiques qu'une offre de services précoce représente une économie substantielle.

## RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, *44*, 709–716.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, J.P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, *69*, 1406–1419.
- Allison, K., & Roussouw, P. (2013). The Therapeutic Alliance: Exploring the Concept of “Safety” from a Neuropsychotherapeutic Perspective. *International Journal Of Neuropsychotherapy*, *1*, 21-29. doi: 10.12744/ijnpt.2013.0021-0029
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, OC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd. révisée). Washington, OC: American Psychiatric Press.
- Armsden, G.C. & Greenberg, M.T. (1987). The inventory of parental and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *16*, 427-453.

Association des centres jeunesse du Québec (2015). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2014-2015*. Document repéré à [http://www.cjsaglac.ca/donnees/fichiers/1/bilan-des-dpj-acjq-2015finale\\_web.pdf](http://www.cjsaglac.ca/donnees/fichiers/1/bilan-des-dpj-acjq-2015finale_web.pdf)

Bee, H., & Mitchell, S. (2011). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*, 4e éd. Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique.

Bee, H., & Boyd, D. (2006). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*. Montréal 3<sup>e</sup> éd. : Éditions du Renouveau Pédagogique.

Belsky, J., & Jaffee, S.R. (2006). The multiple determinants of parenting. *Child Development*, 38-85.

Blain, L.M., Galovski, T.E., & Robinson T. (2010). Gender differences in recovery from posttraumatic stress disorder: a critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 463–474.

Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. Dans M. Zeidner & N. Endler (Eds. pp. 452-484), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: John Wiley & Sons.

Borge, A. I.H., Rutter, M., Côté, S. et Tremblay, R. E. (2004). Early childcare and physical aggression: differentiating social selection and social causation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45,367–376. doi:10.1111/j.1469.

Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Rosenthal, Z. M., & Lynch, T.R. (2005). The role of impulsivity in the comorbidity and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 790-812.

- Bowlby, J. (1984). Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving system. *The American Journal of Psychoanalysis*, 44(1), 9-27.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 664-678.
- Bowlby, J. (1969). Loss. Attachment and loss (Vol. 1). Attachment. New York, NY: Basic Books.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C. & Sherman, M. (1989). Attachment: The parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10, 203-221.
- Brière, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Briere, J. (1984). *The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: Defining a post-sexual abuse syndrome*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.
- Brown, G. W., Andrews, B., Bifulco, A. & Harris, T. O. (1990). Self-esteem and depression: I. Measurement issues and prediction of onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 25, 200–209.
- Browne, C., & Winkelman, C. (2007). The effect of childhood trauma on later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(6), 684-697.
- Bunce, S. C., & Coccaro, E. (1999). Factors differentiating personality-disordered individuals with and without a history of unipolar mood disorder. *Depression and Anxiety*, 10, 147-157.



- Cadore, R. J. (1990). Genetics of alcoholism. In R.L.Collins, K. E. Leonard, & J. Searles (Eds.), *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives. The Guilford substance abuse series* (pp. 39-79). New York, NY: Guilford Press.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Caspi, A., Moffitt, T. & Thornton, A. (1996). The life history calendar: a research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 101–114.
- Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5),814-833.
- Child Welfare Information Gateway. (20 11). *Child maltreatment 2009: Summary of key findings*. National Child Abuse and Neglect Data System. Document repéré à <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/canstats.cfin>.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). *Developmental Psychopathology, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation* (2e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (2015). *Alcohol and fact statistic*. Document repéré à <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholFacts&Stats>.
- Cohn, D. (1989). Child-Mother Attachment of Six-Year Olds and Social Competence at School. *Child Development*, 61, 152-162.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. (2001).

Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87-127.

Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, *7*(3), 275-302.

Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(6), 976-992.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). NEO PI-R Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Courtois, C. A., Ford, J. O., & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults.

Dans C. A. Courtois, & J. D. Ford (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide* (pp. 82-103). New York, NY: Guilford Press.

Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. Dans C. A. Courtois, & J. D. Ford (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide* (pp. 1-9). New York, NY: Guilford Press.

Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment.

*Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*(4), 412-425.

Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Human Relationships 2e: Attachment And The Developing Social Brain*. New York, Norton.

- Crittenden, P.M. (1994). Family Patterns of Relationship in Normative and Dysfunctional Families. *Development and Psychopathology*, 3, 491-512.
- Cyrulnik, B. (2014). *La résilience. De la recherche à la pratique*, Paris, Odile Jacob.
- Delisle, G. (1993). *Le développement des troubles de la personnalité*. Montréal : Éditions du reflet.
- DiLillo, D., Lewis, T. L., & Di Loreto-Colgan, A. (2007). Child maltreatment history and subsequent romantic relationships: Exploring a psychological route to dyadic difficulties. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 15, 19-36.
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventing stressful life events as risk factors for psychopathology: toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132, 477–495.
- Ensel, W., Peek, M., & Lin, N. (1996). Stress in the life course: a life history approach. *Journal of Aging and Health*, 8, 389–416.
- Falk, R., & Miller, N.B. (1998). The reflexive self: A sociological perspective. *Journal of the Roeper Institute*, 20(3),150-153.
- Faraone, S.V., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics in North America*, 33(1),159-80.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood,L.J. (2013). Childhood self-control and adult outcomes: results from a 30-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 709–717.

- Fisher, H.L., Cohen-Woods, S., Hosang, G., Uher, R., Powell-Smith, G., Keers, R., McGuffin, P. (2012). Exploration of the interaction between life events and the serotonin transporter gene (5-HTT) in recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 136, 189–193.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- George, C. & Salomon, J. (1989). Internal working models of caregiving and security of attachment at age six. *Infant Mental Health Journal*, 10, 222-237.
- Goldstein, A.L., Henriksen, C.A., Davidov, D.M., Kimber, M., Pitre, N.Y., & Afifi, T.O.(2013). Childhood maltreatment, alcohol use disorders, and treatment utilization in a national sample of emerging adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74, 185–194.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ...Ruan, W. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy: How neurosciences inform effective psychotherapy*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Herman, L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.

- Herman, J. L., Perry, J. c., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 171-187.
- Kobak, R.R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3, 461–474.
- Labonté, B., Suderman, M., Maussion, G., Navaro, L., Yerko, V., Mahar I, ... Turecki, G. (2012). Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Archives of general psychiatry*, 69(7), 722-31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2287.
- Lin, N., Ensel, W., & Lai, W. (1997). Construction and use of the life history calendar: reliability and validity recall data. Dans *Stress and Adversity over the Life Course. Trajectories and Turning Points* (éd. I. H. Gotlib and B. Wheaton), pp.178–204. Cambridge University Press: New York.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Montréal : Les Éditions au Carré.
- Magnusson, D. (1988). *Individual development from an interactional perspective: A longitudinal study*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*, 66-104.
- Maziade, M. (1983). Le tempérament de l'enfant, les différences individuelles et les forces environnementales. *Santé mentale au Québec, 8*(2), 61-67.
- McEvoy, A., & Welker, R. (2000). Antisocial behavior, academic failure, and school climate. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*(3), 130-140.
- McGlashan, T. H., Grilo, e. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L.E.,... Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis VII and IVII diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandanavica, 102*, 256-264.
- McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C., Dymov, S., Labonté, B.,...Meaney M.J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience, 12*(3), 342-8. doi: 10.1038/nn.2270.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2012). Males on the life-coursepersistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology, 14*(1), 179-207.
- Noom, M.J., Dekovic, M., & Meus, W.H. (1999). Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword? *Journal of Adolescence, 22*(6), 771-783.
- Oakes, J. (1994). More than misapplied technology: A normative and political response to Hallinan on tracking. *Sociology of Education, 67*(2), 84-89.

- Oberleitner, L. M., Smith, P. H., Weinberger, A. H., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2015). Impact of Exposure to Childhood Maltreatment on Transitions to Alcohol Dependence in Women and Men. *Child Maltreatment*, 20(4), 301-308.  
<http://doi.org/10.1177/1077559515591270>
- Olson, L. J. (1999). Psychosocial Frame of Reference. In P. Kramer & J. Hinojosa (Eds.), *Frames of Reference for Pediatric Occupational Therapy* (pp. 323-375). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Organisation mondiale de la Santé (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva, Switzerland: Organisation mondiale de la Santé.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low accepted children at risk. *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Porges, S.W. (2010). Neurobiological bases of social behavior across the lifespan. In ME Lamb and AM Freund, (Eds). *Handbook of Life-Span Development: Volume 2, Social and Emotional Development* (pp. 9-51). New York: Wiley, 9-51
- Porges, S.W. (2009). Reciprocal influences between body and brain in the perception and expression of affect: A polyvagal perspective. In D Fosha, D Siegel, and M Solomon, (eds). *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development, and Clinical Practice* (pp. 27-54). New York: Norton.
- Porges, S.W. (2003). Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Annals of the New York Academy Sciences*. 1008, 31-47.

- Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 221-228.  
doi:10.1016/j.jad.2007.05.013
- Richter, J., Richter, G. & Eisemann, M. (1991). Perceived parental rearing, depression and coping behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 26*(2), 75-77.  
doi:10.1007/BF00791530
- Ruchkin, V.V., Eisemann, M., & Hagglof, B. (1999). Coping Styles in Delinquent Adolescents and Controls: The Role of Personality and Parental Rearing. *Journal of Youth and Adolescence, 28*, 705-717.
- Rudolph, K. D., Troop-Gordon, W., Monti, J. D., & Miernicki, M. E. (2014). Moving against and away from the world: The adolescent legacy of peer victimization. *Development and Psychopathology, 26*(3), 721–734. <http://doi.org/10.1017/S0954579414000340>
- Rutter, M. (2005). How the environment affects mental health, *The British Journal of Psychiatry, 186* (1) 4-6; doi: 10.1192/bjp.186.1.4
- Rutter, M., Kreppner, J.M., & O'Connor, T.G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation, *The British Journal of Psychiatry, 179* (2) 97-103; doi: 10.1192/bjp.179.2.97
- Rutter, M. (2000). Risks and Outcomes in Developmental Psychopathology, *The British Journal of Psychiatry, 177* (6) 569, doi: 10.1192/bjp.177.6.569



- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 23-51.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201 -269.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents'Health: A Developmental Perspective*. Mahwah New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). Le coping à l'adolescence: âge, sexe et différences culturelles. Dans M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez & W. Bettschart (Eds.), *Préadolescence, Théorie, Recherche et Clinique* (pp. 173-185). Paris: ESF.
- Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., DiMambro, M., & Turecki, G. (2014). Developmental model of suicide trajectories. *British Journal of Psychiatry*, 5(2):120-6.  
doi: 10.1192/bjp.bp.113.139949
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 45(7);  
doi:10.1016/j.jpsychires.2011.05.005
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N.,.... Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: Mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine*, 37(11),1575-1583.  
doi:10.1017/S0033291707000955

- Séguin, M., Lynch, J., Labelle, R., & Gagnon, A. (2004). Personal and family risk factors for adolescent suicidal ideation and attempts. *Archives of Suicide Research, 8*(3), 227-238. doi: 10.1080/13811110490444379
- Siegel, D. (2012) *The Developing Mind, Second Edition: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford Press.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis 1: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry, 51*, 936-950.
- Solberg, M., E., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Journal of Aggressive Behavior, 29*, 239-268. doi:10.1002/ab.10047
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Child abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*(3), 201-214.
- Spaccarelli, S., Coatsworth, J.D., Bowden, B.S. (1995). Exposure to serious family violence among incarcerated boys: its association with violent offending and potential mediating variables. *Violence and victims, 10*(2), 163-182.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry, 49*, 624-629.

- Spitzer, R.L., Williams, B.W., Gibbon, M., First, M.B. (1990) Structured Clinical Interview for DSM-IV-R, Patient Edition/Non-patient Edition, (SCID-P/SCID NP), Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11,1–13.
- Steiger H., Labonte B., Groleau P., Turecki G., Israël M. (2013). Methylation of the glucocorticoid receptor gene promoter in bulimic women: Associations with borderline personality disorder, suicidality, and exposure to childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 246-255.
- Trocmé, N., & Wolfe, D.A. (2001). *Maltraitance des enfants au Canada: résultats choisis dans l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Ottawa, Ontario: Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux. Document repéré à [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2010/sc-hc/H49-152-2000\\_fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/sc-hc/H49-152-2000_fra.pdf).
- Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F., Labonté, B., & Mechawar N.(2012).The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in neurosciences*,35(1),14-23.  
doi:10.1016/j.tins.2011.11.008.
- van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus, discrimination, and characterological development. Dans B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 182-213). New York, NY: Guilford.

- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A. c., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatisation, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of selfdestructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., & Egeland B. (2000) Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71,695–702.
- Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (2003). Child maltreatment. Dans E. J. Mash, & R. A. Barkley (Éds), *Child psychopathology* (2e éd., pp. 632-684). New York, NY: Guilford Press.
- Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slomik, H. B., & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.
- Zanarini, M., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M., (1997). *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zimmermann, P., Maier, M.A., Winter, M., Grossmann, K.E., (2000). Attachment and adolescents' emotion regulation during a joint problem-solving task with friend. *International Journal of Behavioral Development*, 5,331–343.

## ANNEXE A

**GUIDE SERVANT À LA COTATION DU  
QUESTIONNAIRE DE LA TRAJECTOIRE DE VIE**

Auteurs :

Séguin, Monique; Di Mambro, Mélanie & Chawky, Nadia

Université du Québec en Outaouais

**Copyright © 2002, 2011, 2012, 2013**

**Séguin, Monique; Di Mambro, Mélanie; Chawky, Nadia.**

Tous droits réservés

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est strictement interdite sans l'autorisation de ces auteurs.

## **HISTORIQUE ET DEVELOPPEMENT DE L'INSTRUMENT**

La trajectoire d'événements de vie et de l'adversité (Séguin et al. 1998) est inspirée *du Life History Calendar* (Caspi et al. 1996) et de *l'ALPHI-Adult Life Phase Interview* (Bifulco, 1996). Le questionnaire semi-structuré est un calendrier de vie qui reconstruit le parcours de vie en tenant compte des grands éléments de la vie d'une personne, en regard de différentes sphères de vie. Ce calendrier de vie permet de tracer l'apparition et l'évolution d'événements spécifiques de difficultés et de protection, d'identifier la durée de ces événements et d'en estimer leur sévérité..

L'instrument s'articule autour de quinze sphères différentes de la vie :

Sphère 1 : Structure familiale au cours de la vie

Sphère 2 : Relations et événements de la petite enfance et de l'adolescence; relations avec les parents et changements au niveau de la famille (parents, fratrie, etc.)

Sphère 3 : Relations et événements dans la sphère affective (vie affective et vie de couple)

Sphère 4 : Événements associés avec les grossesses et les naissances

Sphère 5 : Relations/événements dans la vie familiale; relation avec les enfants, famille élargie

Sphère 6 : Événements et épisodes de difficultés personnelles (maladie physique/mentale, abus)

Sphère 7 : Événements et difficultés associés au jeu de hasard et d'argent

Sphère 8 : Événements associés à la vie académique (parcours, arrêts, réussites, échecs, etc.)

Sphère 9 : Événements associés à la vie professionnelle (chômage, stress au travail, etc.)

Sphère 10 : Événements associés à la vie sociale (présence/absence de soutien social, amis, pairs)

Sphère 11 : Événements spécifiques de pertes, de séparations, de déménagements etc.

Sphère 12 : D'autres événements d'adversités; financières, légales, décès etc.)

Sphère 13 : Expériences négatives (déceptions importantes; tentative de suicide d'un proche etc.

Sphère 14 : Facteurs de protection survenus au cours de la vie;

Sphère 15 : Recherche et consultation de services de santé mentale (type de traitements, etc.).

## **UTILISATION DE CET INSTRUMENT**

En fonction du protocole et du contexte de recherche, cet instrument de recueil de données peut être administré seul ou dans une batterie de mesures. Il s'agit ici d'une grille d'entretien semi-structuré, qui telle une anamnèse clinique permet de recueillir des informations sur l'ensemble de la vie de l'individu. Le questionnaire se remplit sur le mode de la conversation, ce qui favorise une alliance de travail positive entre l'interviewé et l'intervieweur. À cet effet, les questions de l'intervieweur ne sont pas un « check list » et n'ont pas à être systématiquement toutes posées dans un ordre prédéterminé. Lors de l'administration, il est important de consigner les informations recueillies pendant le processus d'entretien

et d'y inclure également les informations qui auront pu être obtenues entre les entretiens. Il est surtout essentiel de suivre le récit, afin de s'assurer d'obtenir la plus grande quantité d'informations et de favoriser le rappel clair des informations spécifiques aux événements de vie. Par conséquent, les listes d'événements de vie doivent être vues comme des outils favorisant le rappel des événements chez l'interviewé et l'élaboration d'informations anecdotiques permettant d'étayer les souvenirs. De plus, les documents comme les agendas, les albums de photos, etc. peuvent aider le rappel et l'étayage de souvenirs. Habituellement, l'instrument de la trajectoire de vie est accompagné d'une vignette clinique permettant de consigner clairement et méthodiquement toutes les informations relatives à la trajectoire du répondant.

## **DIRECTIVES POUR LA PASSATION DE LA TRAJECTOIRE DE VIE**

### **Directives pour la passation du questionnaire**

1) L'approche contextuelle prévaut pour la passation de cet instrument donc, il est important de porter attention au contexte et aux difficultés telles que décrites et vécues par S. Un même événement peut être négatif ou positif. L'interviewer doit prendre garde à ne pas présumer de la valeur de l'événement ou de lui attribuer un sens. Par exemple, une grossesse de façon générale est un événement heureux, mais pour certaines personnes ce même événement peut être malheureux. Aussi, le décès d'un conjoint, de façon générale, est un événement malheureux, mais pourrait être considéré libérateur pour une femme victime de violence conjugale.

2) Il est important de générer du matériel anecdotique autour des événements de vie afin de bien comprendre le sens des événements pour chaque personne, par exemple, comment ces événements s'inscrivent dans la vie des individus, leurs impacts positifs ou négatifs, leur intensité, leur durée, etc. Ici nous recherchons le contexte dans lequel cet événement s'est produit, et nous évaluons l'adversité objective de cet événement. Le contexte va décrire l'intensité du fardeau.

3) Il est important de noter les dates / durées / fréquences / pour chacune des variables retenues. L'analyse du fardeau d'adversité couvre des périodes de cinq années, soit de 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, etc. Donc, un événement non précisé dans le temps modifie la cote de risque donnée pour le fardeau d'adversité de cette période. Par exemple, vivre de la négligence à 1 an n'a pas la même valeur pour la cote de risque qu'à 8 ans.

4) Ne pas compléter la trajectoire de vie comme une liste d'épicerie. **Seuls les événements qui ont eu une signification dans la vie de S doivent être indiqués, soit parce que le répondant discute de**



**L'importance de l'événement ou soit parce que vous jugez de l'importance de l'événement.** Par exemple, si la personne n'a jamais connu son grand-père, et qu'il est décédé quand elle avait 6 mois, on ne va pas l'indiquer à AD12. Par contre, si le décès du grand-père lorsque la personne avait 6 mois a eu des conséquences sur le développement de troubles de santé mentale chez la mère de S, alors cet événement aura une signification dans la vie de l'individu.

5) Il est important de rattacher chaque événement à la sphère appropriée. Par exemple, une personne qui vit la perte d'une amie dans un contexte de travail serait indiquée dans la sphère vie sociale plutôt que vie professionnelle puisque S considère cette collègue comme une amie.

6) Ne pas coter le même événement en double. Par exemple, si la personne connaît une accumulation de dettes en raison de difficultés avec le jeu (sphère 7, JEU09), ne pas l'indiquer également dans la sphère 12 (AD05, difficultés financières).

7) **Tout au long des entrevues, lorsque S vous raconte des moments difficiles de sa vie, évaluez les facteurs de protection à ce moment de l'entretien.** Il sera plus facile pour S de les nommer au fur à mesure plutôt que de poser la question de manière globale à la fin des rencontres. De plus, cela permettra de mieux faire ressortir les facteurs de protection de S.

Ne pas investiguer que les facteurs de protection lors de difficultés, mais aussi les facteurs de protection qui ont permis à la personne de ne pas sombrer lors de moments difficiles dans la vie.

### **Rédaction de la vignette**

1) Rapportez toutes les variables codées.

2) Inscrire les informations selon le mode suivant : **code : âge (années)** en gras : anecdote.

Par exemple : **RES01 : 0 à 20 ans (1975 à 1995)**: S vit avec ses parents et ses frères et sœurs.

3) **Si la période de survenue d'un événement est vague, par exemple entre 20 et 25 ans, écrire les âges et les dates en italique pour cette période, sauf pour les variables ponctuelles ou lorsque l'adversité s'est produite une fois à l'intérieur d'une longue période rapportée vaguement.**

**Par exemple; S rapporte avoir vécu des problèmes financiers pendant plusieurs années entre 20 et 25 ans; écrire AD05 suivi de 'entre 20 et 25 ans' (et les dates correspondantes) en italique.**

**Si S rapporte avoir vécu des problèmes financiers pendant une année entre 20 et 25 ans, faire une pondération et indiquer 23 ans (et la date correspondante) en italique.**

**Si S rapporte que son père a fait une tentative de suicide (variable ponctuelle) alors que S avait entre 20 et 22 ans, faire une pondération et indiquer AD14 : 21 ans (et la date correspondante) en italique.**

Lorsque la période est bien définie, écrire les codes « normalement » (pas italique).

4) Écrire une section *À noter* à la fin de chacune des sphères lorsque des éléments importants doivent être ajoutés ou précisés.

5) Lors de la rédaction de la vignette, écrire un court résumé des parcours académique et professionnel de S dans les sphères correspondantes, soit la sphère 8 pour le parcours académique et la sphère 9 pour le parcours professionnel.

## **SPÉCIFICITÉS ET DIRECTIVES POUR CHACUNE DES SPHÈRES**

### **Sphère 1 : Structure familiale**

Sphère où sont documentés chronologiquement tous les types et les changements de structure familiale.

#### **Spécificités de la sphère et de certaines variables**

**RES01** : parents de S sont responsables du foyer.

**RES02** : lorsque S vit en garde partagée ou partielle avec ses deux parents. Il n'y a pas absence totale d'un parent, mais possiblement un changement dans la fréquence des interactions. Variable qui peut être cotée à l'âge adulte dans la mesure où S est à la charge du parent.

**RES03-1** : S vit avec son parent qui est monoparental et qui a un partenaire amoureux vivant avec eux. Absence totale de l'autre parent. Variable qui peut être cotée à l'âge adulte dans la mesure où S est à la charge du parent.

**RES03-2** : S vit avec son parent qui est monoparental et qui n'a pas un partenaire amoureux vivant avec eux. Absence totale de l'autre parent. Variable qui peut être cotée à l'âge adulte dans la mesure où S est à la charge du parent.

**RES06-1** : liberté plus grande : les jeunes retournent chez leurs parents la fin de semaine, ils vont à l'école. Les jeunes sont placés dans le cadre de mesures volontaires et ordonnées, en vertu de l'application des lois qui régissent les activités des centres jeunesse, soit la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS), la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Cette variable inclut également les personnes vivant en foyer de groupe, par exemple des hébergements pour réadaptation psychiatrique. Autre exemple : orphelinat.

**RES06-2** : Se situe entre les milieux ouvert et fermé au plan de la restriction de la liberté. Fréquentent habituellement l'école sur place, sortent rarement chez leurs parents les fins de semaine (cela fait partie de

leur plan d'intervention). Intensif, car intervention plus intensive que dans les centres ouverts. Aussi appelé milieu globalisant.

**RES06-3** : Des contrevenants (LSJPA) = mesures de détention provisoire ou d'une mise sous garde en milieu fermé.

**RES07** : Variable qui inclut une personne vivant en chambre (puisque la personne est autonome financièrement). La personne paie ou contribue au loyer. Autre exemple pour cette variable : une personne vivant en maison intergénérationnelle et qui est autonome dans ses appartements.

**RES10** : S est parent monoparental. Cette variable se réfère à S comme étant chef de famille monoparentale. Cette variable inclut également S ayant la garde partagée de ses enfants.

**RES11** : À l'intérieur d'un an, plusieurs déménagements ou, S a habité tellement d'endroits durant une période qu'il est impossible de les quantifier et de les décrire.

**RES16** : Variable qui inclut S étant une personne aînée qui vit chez ses enfants.

**RES17** : S est responsable du foyer, lorsqu'il fonde sa propre famille. Qu'il soit avec un nouveau partenaire ou non. Qu'il prenne un de ses parents chez lui ou non.

**RES88** : Par exemple, itinérance, accueil Bonneau, vivre à l'hôtel. Habituellement, si quelqu'un va dans un centre de désintoxication, il conserve le même endroit de résidence. Cette demande d'aide sera complétée dans la recherche de service. Si S n'avait pas d'endroit de résidence et il se retrouve en désintoxication (ayant tous ses biens avec lui), alors cela serait RES88.

### **Directive pour l'interviewer**

Notez tous les changements du milieu de résidence et de statut (avec qui S vit) en tenant compte de l'âge et de la durée. Portez une attention au déménagement d'endroit majeur (p.ex. pays ou région). Petit truc : faire une ligne de vie sur une feuille permettant de suivre les endroits de résidence de S. Vous pourrez transcrire le tout dans la vignette ultérieurement.

Notez tous les déménagements que S a vécus. Ces informations seront rapportées à la sphère 11. Validez la raison du déménagement. À la sphère 11, vous trouverez deux variables au sujet du déménagement: une concernant les simples déménagements et une autre pour les déménagements impliquant des pertes (par exemple, l'immigration). D'autres précisions seront indiquées lors des instructions de la sphère 11.

### **Directives pour le répondant**

Nous allons noter tous les différents types de résidence que vous avez eu au cours de votre vie.

1) À votre naissance, vous habitiez avec qui et où? Jusqu'à quand?

2) À partir de ce moment (fin de la période précédente), vous habitiez avec qui et où? Jusqu'à quand?

3) Répétez la question 2 jusqu'à la période en cours.

## **Sphère 2 : Relation de la petite enfance, l'adolescence et expériences d'adversités**

Sphère où sont documentées :

1) les adversités associées aux aspects relationnels entre S et ses parents ou toute figure parentale significative, incluant les tuteurs ou des personnes administrant des soins (ex; centre jeunesse);

2) les adversités de santé physique et les difficultés de comportement vécues par S entre les âges de 0 et 17ans

### **Spécificités sur les variables**

#### **AFF01; AFF03-1; AFF03-2; AFF05; AFF07; AFF14; AFF19**

Ces variables s'appliquent durant l'enfance et l'adolescence seulement (0 à 17 ans): par contre, pour certaines de ces variables, une cote existe à l'adulte également. Si l'adversité se poursuit à l'âge adulte, appliquer la cote 'adulte' et suivre la méthode illustrée dans l'exemple suivant;

*S est victime d'abus sexuel par un voisin de 16 à 19 ans : dans la vignette on cotera dans la sphère 2, **AFF03-2: 16 à 17 ans** et dans la sphère 6, **PE10 : 18 à 19 ans** (suite **AFF03-2**).*

#### **AFF04; AFF06; AFF08; AFF09; AFF10; AFF11-1; AFF11-2; AFF12; AFF13; AFF15; AFF16; AFF17; AFF18; AFF20; AFF21-1; AFF21-2; AFF21-3; AFF22; AFF23**

Ces variables s'appliquent durant l'enfance et l'adolescence, mais peuvent s'étendre jusqu'à l'âge adulte également. Certaines difficultés familiales peuvent se poursuivre à l'âge adulte lorsque les parents et/ou la fratrie continuent d'exercer une grande emprise sur S. Il devient alors pertinent de coter ou de poursuivre la cotation des événements de cette sphère à l'âge adulte.

*Exemple : présence de rejet de 5 à 30 ans, on indiquera dans la vignette: **AFF06: 5 à 30 ans***

**AFF01** : coter la présence de problèmes de comportement. Par contre, s'il y a présence d'un trouble ou d'un diagnostic en raison de ces problèmes de comportements, ex : **Trouble des conduites ou trouble oppositionnel, coter à la sphère 6, PE03-1**

**AFF03-2 et AFF13** : Ces deux variables réfèrent aux relations complètes ainsi qu'aux allusions et attouchements sexuels.

Si un membre de la famille immédiate a déjà connu un problème avec le jeu, ne pas l'indiquer à la sphère 2 (**AFF11-1**), mais plutôt à la sphère 7 sur le jeu (variable **JEU05**).

**AFF12** s'applique à une séparation du répondant avec un membre de sa famille immédiate résultant en une absence complète d'interaction pendant une certaine période de temps. Quant à la variable **AFF15**, il est question d'un changement dans la fréquence des interactions entre le répondant et un proche. Il y a encore une interaction, ce n'est que la fréquence qui est changée.

**AFF04 et AFF10** : Le premier fait référence à des interactions conflictuelles entre S et un autre membre de la famille. Le second fait référence à des interactions conflictuelles entre les membres de la famille, S pouvant être impliqué, mais la notion d'un climat de tension ou de conflit général est présent dans la famille. (entre parents, entre parents et les enfants, entre frères et sœurs.)

**AFF01 et AD07**: Lorsque S, enfant ou adolescent, commet des gestes délinquants ou criminels (ex : vols, vente de drogue) sans conséquences légales, coter seulement AFF01. Lorsque S enfant ou adolescent commet ces mêmes gestes et il y a arrestation, coter AFF01 et également AD07.

**AFF19** : Coter seulement l'année de la présence du nouveau partenaire et non en terme de durée.

**AFF22** : cette variable fait référence à une distance affective, à une difficulté de communiquer entre S et ses parents, mais sans pour autant qu'il y ait tensions/conflits ouverts. Ils ne se parlent pas des vraies affaires, ne se confient pas, mais pas parce qu'ils se chicanent ou se disputent. Il y a absence d'un engagement ou d'un échange affectif.

**AFF23** : séparation/divorce des parents

Les relations entretenues avec les beaux-parents (nouveau partenaire du parent) et les demi-frères et les demi-sœurs sont incluses dans la sphère familiale (sphère 5). Toutefois, selon la perspective de S au sujet des relations entretenues avec ces personnes, les informations pourraient être incluses soit dans la sphère 2 (si S a entretenu des relations étroites et les considère comme sa famille proche) ou soit dans la sphère 5 à la section famille élargie (si S ne les considère pas comme des personnes proches et importantes).

### **Directives pour l'interviewer**

**Assurez-vous de parler des deux parents de S. Aussi, quand S dit que ses parents faisaient ceci ou cela, évaluez si ce sont les deux parents ou un des deux.** Évaluer la figure d'attachement de S si elle est autre que les parents (ex. S ayant grandi avec une grand-mère ou ayant vécu une partie de sa vie en centre jeunesse). Assurez-vous d'aller chercher l'anecdote et des exemples et non seulement la perception de S, afin de justifier la présence de la variable.

Portez une attention au code à ajouter selon qui la variable s'applique; exemple, M pour mère, P pour père, etc. Voir la directive au haut de la page de la sphère 2 dans la trajectoire de vie.

Ne pas oublier de questionner la relation entre S et ses parents pendant la vie adulte de S et pas uniquement pendant l'enfance et l'adolescence.

### **Directive pour le répondant**

Les prochaines questions aborderont la relation avec vos parents, principalement à l'enfance et à l'adolescence, ainsi que des difficultés que vos parents, vos frères et sœurs, ou vous auriez pu connaître pendant ces périodes.

### **Relations avec les parents et fratrie**

1) Décrivez-moi la relation que vous aviez avec vos parents quand vous étiez jeune?

2) Est-ce que vous vous sentiez aimé de vos parents? Pas aimé? Rejeté? De trop dans leur vie? Un fardeau? Etc.

→ **Selon la réponse donnée par le répondant** : Qu'est ce qui vous fait dire que (tel parent) vous aimait? Ne vous aimait pas ? Vous rejetait? Vous trouvait de trop dans sa vie? Un fardeau? [*aller chercher l'anecdote*]

3) Est-ce que vos parents vous manifestaient du soutien, de l'encouragement lorsque vous en aviez besoin? L'exprimaient-ils en paroles ou en gestes?

4) Vous consolait-ils lorsque vous aviez de la peine? Comment?

5) Qu'est-ce qui se passait quand vous étiez malade?

→ Est-ce que quelqu'un prenait soin de vous? Comment? Est-ce que vous cachiez que vous étiez malade?

6) Vous entendiez-vous mieux avec un parent plutôt que l'autre? Pourquoi?

7) Est-ce que vous faisiez des activités avec vos parents?

→ Lesquelles? Seul avec eux ou en famille?

8) S'intéressaient-ils à vos activités scolaires et à vos loisirs?

→ Est-ce que vos parents allaient rencontrer vos professeurs, lire votre bulletin?

→ Est-ce qu'ils vous aidaient dans vos travaux scolaires?

→ Assistaient-ils aux spectacles, à vos activités (p.ex. karaté, ballet, etc.)?

9) Aviez-vous tout ce dont vous aviez besoin (nourriture, vêtements, argent de poche)?

10) À quel âge avez-vous commencé à contribuer aux tâches ménagères? Décrivez.

11) Est-ce qu'il y avait des règlements à la maison? Lesquels?

→ Quelles étaient les conséquences si vous manquiez au règlement?

12) Est-ce que les règlements changeaient régulièrement de sorte que vous ne saviez plus quels étaient les règlements?

13) Est-ce que vos parents avaient tendance à vous menacer de quelque façon?

→ Est-ce qu'ils vous insultaient? Blessaient? Rabaisaient? Humiliaient?

→ Vous rappelez-vous avoir senti que vous aviez peur d'eux?

→ Est-ce que vous vous rappelez que vos parents vous félicitaient beaucoup?

14) Comment était la relation avec vos frères et sœurs (s'il y a lieu)?

15) Est-ce que tous les enfants étaient traités de la même façon? Y avait-il des favoris?

16) Avez-vous déjà été au courant d'un secret concernant un de vos parents que vous deviez cacher à l'autre? Ou des secrets liés à la famille que vous deviez cacher à d'autres?

17) Y avait-il des tensions, des disputes dans la maison?

→ Si oui, à quelle fréquence, durée, qui était impliqué, comment ça se réglait de façon générale?

18) Est-ce que vos parents vous ont déjà frappé? Si oui : quel âge, fréquence, à cause de quoi, avec quel objet?

→ Que faisait l'autre parent à ce moment là; vous protégeait-il? Est-ce qu'un autre adulte l'a fait?

→ Est-ce que de l'aide a été cherchée à ce sujet? (implication des services sociaux, plainte à la police, en parler à un adulte, l'autre parent)

19) Avez-vous déjà été victime d'abus sexuel dans votre vie?

*[N'insistez pas si la personne refuse d'en parler]*

→ Si oui, par qui, âge, fréquence?

→ En avez-vous parlé à quelqu'un? Est-ce que quelqu'un a essayé de vous protéger?

#### Difficultés de santé mentale et physique de S

20) Durant votre enfance/adolescence, avez-vous eu des problèmes de comportement? Des moments de déprime? D'hyperactivité? Ou des problèmes émotionnels quelconques?

→ Si oui, quand, durée, détails de ces événements, conséquences?

21) Durant votre enfance/adolescence, avez-vous eu des maladies graves? Des accidents? Hospitalisations? Si oui, quand, durée, détails de ces événements, conséquences?

→ Si accident : Suite à l'accident, avez-vous eu des commotions cérébrales et/ou coma? Perdu conscience? Problèmes de mémoire? Maux de tête/céphalées?



22) Est-ce qu'il y a eu d'autres événements vécus durant votre enfance, votre adolescence dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

### Difficultés des parents et de la fratrie

23) Avez-vous déjà été séparé de vos parents? Frères et sœurs? (Exemples de séparation : hospitalisation, prison, placement en centre d'accueil, etc.; que ces événements se produisent pour le répondant ou pour ses parents ou sa fratrie).

24) Est-ce que vos parents/frères et/ou sœurs ont déjà connu des difficultés de santé mentale? De santé physique? D'hospitalisations? Des accidents? Des maladies graves ou chroniques?

25) Est-ce que vos parents/frères et/ou sœurs ont déjà connu des difficultés judiciaires (p.ex. arrestation, fraude, etc.)?

26) Si S a vécu dans une famille recomposée : Est-ce que le nouveau conjoint (la nouvelle conjointe) de votre parent a déjà connu des difficultés de santé mentale? De santé physique? Difficulté judiciaires?

27) Est-ce qu'il y a eu d'autres événements vécus avec votre famille durant votre enfance, votre adolescence dont nous n'avons pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

### **Sphère 3 : Vie affective – Vie de couple**

Sphère où sont documentées toutes les relations amoureuses significatives de S ainsi que les difficultés conjugales.

### **Spécificités sur les variables**

**Les variables AM01 et AM02 représentent des événements ponctuels, alors nous les indiquons dans le calendrier de vie selon l'année de début de la relation et l'année de fin.** Aucune ligne ne relie ces deux événements dans le calendrier de vie.

Si le répondant a vécu plusieurs relations amoureuses pendant une courte période de temps, empêchant ainsi de déterminer chacune d'entre elle, indiquer une succession de AM01 et AM02 en italique dans le calendrier de vie (pour le fichier électronique). Pour la version papier, il suffit de dessiner une ligne en pointillée en alternant les codes AM01 et AM02.

### **Directive pour l'interviewer**

Indiquez toutes les relations amoureuses (période et durée pour chacune des relations). Il est plus facile de regrouper les codes pour chacune des relations de la rédaction de la vignette.

### **Directive pour le répondant**

Nous allons maintenant aborder les relations amoureuses que vous avez connues et que vous considérez significatives.

- **Si la personne a connu des relations amoureuses :**

1) À quel âge avez-vous eu votre première relation amoureuse? Pendant combien de temps?

→ S'il y a eu rupture : Quelle a été la cause de la rupture? Qui a initié la rupture?

→ Pendant la relation, avez-vous connu des difficultés de couple? (tensions, difficultés sexuelles, infidélités)

→ Est-ce que votre partenaire a connu des problèmes de santé physique ou mentale durant votre relation? Des hospitalisations?

→ Comment qualifieriez-vous la relation avec votre partenaire?

2) Répétez la question 1 pour chacune des relations amoureuses significatives.

- **Si la personne n'a pas connu de relation amoureuse ou de relation amoureuse stable:**

3) Auriez-vous souhaité être en couple durant cette période?

- **Pour tous (lorsque pertinent) :**

4) Est-ce que vous vous êtes déjà questionné sur votre orientation sexuelle?

#### **Sphère 4 : Grossesses / Naissances**

Sphère où sont documentées toutes les grossesses et les naissances ainsi que toutes les difficultés associées à ces événements.

#### **Spécificités sur les variables**

AM17 et AM18 : n'incluent pas de norme spécifique, mais se réfèrent à la perception de S.

#### **Directives pour l'interviewer**

Noter les informations au sujet des grossesses indépendamment que S soit un homme ou une femme.  
Noter l'âge pour chacune des naissances des enfants ou des adoptions..

#### **Directives pour le répondant**

Nous allons aborder les grossesses/naissances de vos enfants (et/ou de l'adoption de vos enfants).

1) Avez-vous des enfants?

**→ Si OUI :**

Quand sont-ils nés? Sont-ils adoptés ou biologiques?

2) Est-ce que vous et votre partenaire avez connu des difficultés à concevoir? Si oui, pour quelles raisons?  
À quel âge?

3) Avez-vous connu des difficultés lors des grossesses? Si oui, lesquelles et quand?

(Pour un homme : Est-ce que votre partenaire a connu des difficultés lors de la grossesse? Si oui, lesquelles et quand?)

4) Avez-vous connu des difficultés lors de l'accouchement de vos enfants? Si oui, lesquelles?

(Pour un homme : Est-ce que votre partenaire a connu des difficultés lors de l'accouchement des enfants? Si oui, lesquelles?)

5) Avez-vous connu des difficultés avec vos enfants dans les semaines suivants leurs naissances? Si oui, lesquelles et quand?

6) Avez-vous déjà connu une fausse-couche, un avortement ou donner un enfant en adoption? Si oui, quand? Comment avez-vous vécu ce moment?

(Pour un homme : Est-ce que votre partenaire a déjà vécu une fausse-couche ou un avortement? Si oui, quand? Comment avez-vous vécu ce moment? ET Avez-vous déjà donné un enfant en adoption? Si oui, quand? Comment avez-vous vécu ce moment?)

7) Est-ce qu'il y a eu d'autres événements vécus avec votre grossesse, votre accouchement (Vos grossesses/vos accouchements) dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

→ **Si NON** :

8) Est-ce que vous et votre partenaire avez connu des difficultés à concevoir? Si oui, pour quelles raisons? Quand?

9) Avez-vous déjà connu une fausse-couche ou un avortement? Si oui, quand? Comment avez-vous vécu ce moment?

(Pour un homme : Est-ce que votre partenaire a déjà vécu une fausse-couche ou un avortement? Si oui, quand? Comment avez-vous vécu ce moment?)

### **Sphère 5 : Vie familiale**

Sphère où sont documentées les relations entre S et ses enfants ainsi qu'entre S et sa famille élargie; parents de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré; belle-famille; famille recomposée. On investigue les difficultés survenus et associées avec ces familles.

#### **Spécificités sur les variables**

**EDU07-1** s'applique à une séparation de S avec son enfant résultant en une absence complète d'interaction pendant une certaine période de temps.

**EDU07-2**, il est question d'un changement dans la fréquence des interactions entre S et son enfant. Il y a encore une interaction, ce n'est que la fréquence qui est changée.

Il est possible d'inclure les relations avec un beau-parent et des demi-frères et des demi-sœurs dans la section famille élargie dépendamment de la perception de la relation entretenue de S avec ces personnes. Voir le commentaire à la sphère 2 de ce guide pour des précisions.

La variable se rapportant aux problèmes de santé mentale pour la famille élargie n'inclut pas les difficultés avec le jeu. **Ceux-ci doivent être rapportés à la sphère 7; JEU05.**

### *Directives pour l'interviewer*

**S'assurer d'évaluer les variables pour chacun des enfants de S.**

La dernière section de cette sphère comprend les difficultés vécues par les membres de la famille élargie et de la famille recomposée de S. Évaluer tous les problèmes physiques des membres des familles élargie et recomposée ayant eu un impact sur leur état psychologique (p.ex. accident, maladie dégénérative, maladie importante, chronique).

### *Directive pour le répondant*

Maintenant, nous allons aborder la relation que vous avez (ou avez eu -s'ils sont maintenant adultes) avec vos enfants ainsi que des difficultés que ces derniers auraient pu connaître.

### Éducation/Relation entre S et ses enfants

1) Est-ce que vos enfants ont déjà connu des problèmes de comportement? Des moments de déprime? D'hyperactivité? Ou des problèmes émotionnels quelconques?

→ **Si oui**, quand, durée, détails de ces événements, conséquences?

2) Est-ce que vos enfants ont déjà eu des maladies graves? Accidents? Ou hospitalisations?

→ **Si oui**, quand, durée, détails de ces événements, conséquences?

→ **Si accident** : Suite à l'accident, ont-ils eu des commotions cérébrales et/ou coma? Perdu conscience? Problèmes de mémoire? Maux de tête/céphalées?

3) Avez-vous déjà connu une séparation prolongée avec vos enfants? Un changement dans la fréquence des interactions? (Exemples de séparation : hospitalisation, prison, placement en centre d'accueil, déménagement avec l'autre parent, etc.)

4) Est-ce que vos enfants ont déjà été victimes d'abus physique ou sexuel? Quand et de qui?

5) Est-ce que vos enfants ont déjà connu des difficultés scolaires?

6) Est-ce que vos enfants ont déjà connu des problèmes légaux?

7) Est-ce que vous avez été victime de violence de la part de vos enfants?

8) Avez-vous déjà connu des tensions/difficultés de communication avec vos enfants?

9) Est-ce qu'il y a eu d'autres événements vécus avec vos enfants dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

#### Relation entre adultes (au sujet de l'éducation des enfants)

10) Avez-vous déjà connu des difficultés, des tensions avec l'autre parent de vos enfants au sujet de l'éducation des enfants? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

#### Famille élargie (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré) et Famille recomposée

#### **Directive répondant**

Nous allons aborder des difficultés qu'ont pu vivre des membres de votre famille élargie. Rapportez les événements qui ont été significatifs pour vous, ceux qui vous ont touché.

11) Est-ce que des membres de votre famille élargie ont déjà connu des difficultés de santé mentale? De santé physique? D'hospitalisations? Des accidents? Des maladies graves ou chroniques? Des problèmes judiciaires?

12) Est-ce que vous avez déjà connu des conflits importants avec des membres de votre famille élargie? Un changement dans la fréquence des interactions?

13) Est-ce qu'un membre de votre famille élargie a vécu une séparation/divorce qui vous a touché?

14) Est-ce qu'il y a eu d'autres événements vécus avec des membres de votre famille élargie dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

### **Sphère 6 : Épisodes de difficultés personnelles**

Sphère où sont documentés les événements et les épisodes de difficultés personnelles dont, les maladies physiques et mentales, les abus physiques et sexuels ainsi que les hospitalisations.

#### **Spécificités sur les variables**

**PE02** : Cette variable porte sur les problèmes de santé physique importants, donc pas sur des problèmes sans incidence comme une otite ou une amygdalite. Ne pas inclure si S a un problème de santé courant, sans impact psychologique dans sa vie ou sans perturbation du fonctionnement, comme la tension artérielle, le diabète, etc.

**PE03-1** : Troubles de santé mentale à tout âge; tout diagnostic de l'Axe I.

**PE03-2** : Troubles de la personnalité à tout âge: tout diagnostic de l'Axe II

**PE03-3** : Traits de la personnalité marquants ou sous-seuil clinique Axe-II

**PE07-1** : Hospitalisation psychiatrique à tout âge.

**PE07-2** : Hospitalisation pour problèmes de santé physique, tout âge

**PE06** : Problème de consommation tout âge.

**PE11** : Cette variable permet de rapporter tous les épisodes de détresse que S peut vivre, et ce, sans avoir reçu un diagnostic de santé mentale.

#### **Directives pour l'interviewer**

Lorsqu'il y a administration d'instruments évaluant les difficultés de santé mentale avant la passation de cet instrument (tel le SCID-I), une majorité des variables obtenues dans cette sphère ont déjà été évaluées.

Les difficultés de santé mentale ayant atteint un seuil diagnostique à l'enfance ainsi qu'à l'âge adulte, seront codées dans cette sphère. Toutes les hospitalisations de S seront codées dans cette sphère qu'elles soient de natures physiques ou mentales.

Les difficultés associées à la santé physique de S lors de l'enfance et l'adolescence sont rapportées à la sphère 2.

### **Directive pour le répondant**

Maintenant, nous allons aborder des difficultés que vous aviez pu vivre à l'âge adulte.

1) Avez-vous déjà connu des problèmes de santé physique? De maladie grave? D'accident? D'hospitalisation? Des opérations?

2) Avez-vous déjà connu des difficultés de santé mentale? Des difficultés avec la consommation d'alcool? Des difficultés avec la consommation de substances? Des tentatives de suicide?

3) Avez-vous déjà été victime d'abus physique? D'abus sexuel? (Si oui, quand, durée, conséquences, etc.)

4) Avez-vous connu d'autres difficultés personnelles ou d'autres événements que vous avez vécus dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

### **Sphère 7 : Jeu pathologique (vécu par S ou ses proches)**

Sphère où sont documentés les événements et les difficultés associés au jeu de hasard et d'argent, autant pour S que pour ses proches.

### **Spécificités sur les variables**

**JEU01** : Indiquer l'année du début seulement des difficultés avec le jeu dans le calendrier de vie.

Version électronique : Le code JEU01 sera inscrit en gras pour l'année du début des difficultés avec le jeu et le code sera indiqué en italique dans le calendrier de vie pour toutes les années précédant l'année du début des difficultés.



Version papier : Le code JEU01 sera inscrit simplement dans la case de l'année du début des difficultés avec le jeu et le code sera indiqué par une ligne pointillée dans le calendrier de vie pour toutes les années précédant l'année du début des difficultés.

Cela démontre les années précurseurs au développement des difficultés au jeu.

**JEU02** : Ce code est utilisé lorsque le jeu est terminé depuis une longue période et que l'on peut considérer les difficultés avec le jeu comme étant passées et résolues.

**JEU03** : Ce code est utilisé lorsque le répondant a connu ou connaît une période d'arrêt alors qu'il tente de contrôler son jeu ou lorsque l'arrêt du jeu est encore récent.

**JEU06** : Lorsqu'une personne s'inscrit au programme d'auto exclusion du casino, cette démarche est considérée comme une demande d'aide et une feuille de recherche de services doit être complétée en plus de l'indiquer à cette variable.

**JEU08** : Indiquer ce code pour chacun des types de jeu.

### **Directives pour l'interviewer**

Lorsque le répondant a connu ou connaît des difficultés avec le jeu, prendre le temps de faire l'historique des difficultés avec le jeu : période, traitement, qui/quoi a précipité le jeu au début des difficultés et lors des divers épisodes, comorbidité alcool-substances, épisodes dépressifs, hospitalisation, etc.

Lorsque le répondant a connu des difficultés avec les machines à sous, distinguez les endroits où il joue aux machines à sous, soit dans les bars et les restaurants et/ou les casinos

Porter une attention aux jeux sur internet payants ou non.

### **Directive pour le répondant**

1) Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà connu des difficultés avec le jeu? Si oui, qui, quand, conséquences? Si non, passez à la question suivante.

2) Avez-vous déjà connu des difficultés avec le jeu? **Si oui**, évaluer cette sphère en posant les questions suivantes. **Si non**, passez à la sphère suivante.

Maintenant, nous allons aborder vos difficultés avec le jeu.

- 3) Quand est-ce que vous avez commencé à jouer? (circonstances, contexte).
- 4) Quand avez-vous commencé à connaître des difficultés avec le jeu? (circonstances, contexte)
- 5) Avec quel type de jeu avez-vous connu des difficultés? (âge)
- 6) Est-ce que les difficultés avec le jeu sont encore présentes? Quelles sont-elles?
- 7) Avez-vous connu des périodes d'arrêt de jeu? Quand et dans quelles circonstances avez-vous cessé de jouer?
- 8) Quelles ont été les conséquences de vos difficultés avec le jeu?
- 9) Vous est-il arrivé de connaître des difficultés avec le jeu et à la fois connaître des difficultés avec l'alcool et/ou les substances?
- 10) Est-ce qu'il vous est arrivé de commettre des actes illégaux dans le but de pouvoir jouer, même si le délit est mineur? (vol d'argent, fraude, etc.)
- 11) Avez-vous accumulé des dettes en raison du jeu? Quand, conséquences?
- 12) Avez-vous emprunté de l'argent pour pouvoir jouer? (À qui, quel âge aviez-vous?)
- 13) Avez-vous menti à des personnes pour pouvoir jouer? À quel âge et à qui? Conséquences de ces mensonges?
- 14) Êtes-vous allé chercher de l'aide pour vos difficultés avec le jeu?

→ **Si oui**, compléter la recherche de services maintenant pour chaque demande d'aide ou prenez l'information en note et complétez la recherche de service ultérieurement.

→ **Si non**, pour quelles raisons n'êtes-vous pas allé chercher de l'aide.

15) Est-ce qu'il y a eu d'autres difficultés avec le jeu dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

## **Sphère 8 : Vie académique**

Sphère où sont documentés les événements et les difficultés associés à la vie académique; arrêts, abandons, échecs, expulsions etc. Le parcours académique est également documenté.

### **Spécificités sur les variables**

**ACA02** : bien élaborer la nature, la gravité et l'impact de l'intimidation subie par S.

**ACA03**: difficultés scolaires associées au comportement de S en milieu scolaire, envers autrui.

**ACA04** : difficultés scolaires associées à la performance scolaire.

Donc, faire attention à la cause associée aux difficultés. Par exemple, une mise à la porte d'un établissement peut être causée par de mauvais résultats scolaires (ACA04) ou parce que S fait de l'intimidation envers autrui (ACA03).

### **Directives pour l'interviewer**

**Faire un parcours chronologique de la scolarité de S**; Pour chaque niveau scolaire, indiquez l'âge, les dates, la durée de chacune des périodes. (Rapportez toutes ces informations dans la vignette et non dans le calendrier). Par la suite, posez les questions suivantes au sujet de chacune des périodes scolaires.

Élaborer le parcours académique peut permettre de relever de nombreux éléments abordés dans les questions de cette section.

### **Directive pour le répondant**

Nous allons maintenant aborder des questions au sujet de votre scolarité.

1) Tout d'abord, nous allons commencer par discuter de votre parcours académique. Donc, vous avez commencé le primaire à l'âge de 5 ans, exact? À quel âge avez-vous terminé?

(Répétez pour les études secondaires, collégiales, les études universitaires, les retours à l'école.)

2) Avez-vous connu des difficultés scolaires? Des difficultés d'apprentissage? Avoir fréquenté une classe spéciale? Avoir suivi une formation scolaire en cheminement particulier? Des difficultés de comportement? Des difficultés associées au milieu ou aux autres étudiants? Si oui, quand et pour quelles raisons.

3) Avez-vous déjà été expulsé? Suspendu? Si oui, quand et pour quelles raisons.

4) Durant vos études, comment qualifieriez-vous votre motivation? Aimiez-vous les études? Avez-vous déjà eu envie de cesser vos études? Avez-vous déjà abandonné vos études? Si oui, quand et pour quelles raisons.

5) Si le répondant a poursuivi des études collégiales ou universitaires : Lors de vos études collégiales et/ou universitaires, avez-vous suivi des cours dans plusieurs programmes? Était-ce difficile pour vous de trouver le programme dans lequel vous aviez envie d'étudier.

6) Est-ce qu'il y a eu d'autres difficultés scolaires dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

## **Sphère 9 : Vie professionnelle**

Sphère où sont documentés les événements et les difficultés associés à la vie professionnelle; perte d'emploi, chômage, stress au travail, milieu et charge de travail etc.)

### **Spécificités sur les variables**

**PROF01** : Cette variable réfère à une période prolongée sans travail régulier ou à une situation de travail précaire. Voici des exemples de situations de travail précaire : à la pige, à contrat, quelques jours ici et là, travailler quelques jours ou une semaine et se retrouver sans travail par la suite, ou ce qu'on appelle en langage familier « avoir des jobines ».

**PROF16** : Cette variable réfère à une période d'arrêt complet de travail : arrêt de travail pour cause d'invalidité (physique ou mentale), chômage, aide sociale etc.

**PROF03-2**: Inclure les avertissements et les suspensions de S par l'employeur.

### Directives pour l'interviewer

**Faire un parcours chronologique de la vie professionnelle de S;** Pour chaque emploi, indiquez l'âge, les dates, la durée de chacun. (Rapportez toutes ces informations dans la vignette et non dans le calendrier). Par la suite, posez les questions suivantes au sujet de chacun des emplois.

### Directives pour le répondant

Nous allons maintenant aborder des questions au sujet de votre vie professionnelle.

1) Parmi tous les emplois que vous avez tenus, avez-vous déjà connu des difficultés avec les tâches de travail, avec le milieu, avec les collègues, avec l'employeur, avec la clientèle, avec vos conditions de travail? Si oui, lesquelles, quand, contexte.

2) Avez-vous déjà été victime d'harcèlement psychologique ou sexuel dans votre milieu de travail? Si oui, quand, circonstances, conséquences.

3) Avez-vous été heureux et motivé dans votre travail?

4) Lorsque changement d'emploi (tel que constaté lors de l'élaboration du parcours professionnel) → Est-ce vous qui avez quitté ou est-ce une mise à pied/un congédiement? Pour quelles raisons, quand?

5) Lorsque changement fréquent d'emploi (tel que constaté lors de l'élaboration de la chronologie professionnelle) → Qu'est-ce qui vous a amené à changer d'emploi à plusieurs reprises? Pour quelles raisons?

6) Si le répondant n'a pas d'emploi pendant une certaine période → Pour quelle raison avez-vous été sans emploi durant cette période?

7) Est-ce qu'il y a eu d'autres difficultés professionnelles dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

Sphère où sont documentés les événements et les difficultés associées à la vie sociale; présence/absence de soutien ou de réseau social, amis, pairs

### **Directives pour l'interviewer**

Cette sphère aborde les amitiés connues et le réseau social de S.

### **Directives pour le répondant**

Nous allons maintenant aborder des questions au sujet de votre vie sociale.

1) Avez-vous déjà eu de bons amis, des confidents dans votre vie (pas seulement des connaissances)

→ Si oui, quand? Toute votre vie ou certaines périodes de votre vie (lesquelles)? Si par période, comment avez-vous vécu ces périodes sans amis? Est-ce des amis de longue date, de votre enfance ou il y a un changement régulier dans vos amis?

→ Si non, pour quelles raisons n'avez-vous pas eu d'amis (p.ex. par choix, par gêne, par méfiance, etc.)?

2) Avez-vous connu des difficultés avec des amis? Des querelles importantes? Perdu de vue un ami? Si oui, quand, dans quelles circonstances, les motifs?

3) Avez-vous déjà vécu un sentiment d'appartenance à un groupe quelconque?

4) Est-ce qu'il y a eu d'autres difficultés avec des amis dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

## **Sphère 11 : Pertes/Séparations/Départ**

Sphère où sont documentés des événements et des difficultés spécifiques de pertes et de séparations, de déménagements, pertes physiques etc.

### **Spécificités sur les variables**

**PER02-1** : Cette variable en est une factuelle qui relève tous les déménagements vécus par S. Par exemple, S déménage parce qu'il est transféré d'usine à son travail, parce qu'il va en stage pour 6 mois en France, parce qu'il déménage suite à une séparation, etc.

**PER02-2** : Cette variable permet de relever les déménagements de S occasionnant à la fois une perte. Par exemple, l'immigration.

**PER06** : Cette variable porte sur les difficultés du sommeil liées au vieillissement et qui perturbent le fonctionnement du répondant et ne s'applique pas dans le cas de troubles thymiques, par exemple, comme un épisode dépressif majeur.

**PER01 et PER88** permettent d'y indiquer des pertes importantes et qui n'ont pu être cotées dans une autre sphère.

### **Directives pour l'interviewer**

Énumérer tous les déménagements par âge (dates).

Certaines de ces variables portent sur le processus de vieillissement ou sur des conséquences pouvant survenir suite à une maladie chronique ou un accident important.

### **Directives pour le répondant**

Demander à S d'énumérer tous ses déménagements.

Puis, poser : Nous allons maintenant aborder d'autres difficultés que vous auriez pu connaître.

1) Est-ce qu'il y a des aspects de votre apparence physique qui vous dérangent? Si oui, lesquels, comment vous dérangent-ils, quand?

2) Avez-vous connu des pertes cognitives? Physiques? De mémoire?

3) Avez-vous connu des problèmes physiques qui ont entraîné la cessation de certaines activités, de loisirs? Si oui, quand, lesquelles, circonstances entourant la cessation d'activités.

## **Sphère 12 : Autres adversités**

Sphère où sont documentés d'autres types d'adversités, telles les difficultés financières, légales, de logement, et décès de proches

### **Spécificités sur les variables**

**AD07:** La variable AD07 inclut les poursuites judiciaires envers S.

**AD20 :** Cette variable comprend les décès par suicide d'un proche ou d'un tiers important pour S. Le décès indiqué par cette variable ne doit pas être également indiqué dans les autres variables portant sur les décès.

Dans la sphère 1, il est possible d'avoir indiqué que S vivait une période de déménagements multiples (RES11) ou d'itinérance (RES88), mais nous allons spécifier à la sphère 12 que S n'avait pas d'endroit fixe où demeurer.

Dans la section FINANCES, ces variables font références à des pertes matérielles seulement avec absence de recours légaux. Ex : Si S se fait voler ses bijoux, mais ne dépose aucune plainte judiciaire, on cotera AD06. Par contre si S se fait cambrioler, porte plainte et des démarches légales s'en suivent, on cotera AD10 dans la section DIFFICULTÉS LÉGALES.

### **Directive pour l'interviewer**

Si les problèmes financiers vécus par le répondant sont associés au jeu, ne pas les indiquer dans cette sphère, mais plutôt dans la sphère 7 portant sur les difficultés avec le jeu.

### **Directives pour le répondant**

Nous allons maintenant aborder diverses difficultés que vous auriez pu avoir connues dans divers domaines de votre vie.

#### **Logement**

1) Avez-vous déjà connu des difficultés liées à votre logement ou endroit de résidence? Si oui, quand, lesquelles.

2) Vous est-il déjà arrivé de ne pas avoir d'endroit fixe pour demeurer? Si oui, quand, quelles circonstances.



3) Avez-vous déjà connu des conditions de vie difficiles au sujet de votre logement, endroit de résidence? (p.ex. voisins, propriétaire, etc.) Si oui, quand, lesquelles.

4) Avez-vous déjà perdu votre logement, votre demeure en raison d'une catastrophe naturelle ou de façon accidentelle? Si oui, quand, lesquelles.

5) Avez-vous déjà connu des difficultés légales associées à votre logement, votre demeure? Si oui, quand, lesquelles, circonstances.

6) Avez-vous déjà déménagé de demeure en raison d'une perte d'autonomie? Si oui, quand, circonstances.

### Finances

7) Avez-vous déjà connu des problèmes financiers? (p.ex. importantes dettes, pauvreté, faillite, etc.) Si oui, quand, lesquelles, circonstances.

8) Avez-vous déjà vécu des pertes financières? (p.ex. vol, perte d'objet de valeur, etc.) Si oui, quand, lesquelles, circonstances.

### Difficultés légales

9) Avez-vous déjà connu des problèmes légaux? (p.ex. avoir été poursuivi, arrêté, arrestation, prison) Si oui, quand, lesquelles, circonstances.

10) Avez-vous déjà commis des actes illégaux? (p ex. harcèlement, vol, possession ou vente de substances, fraude, dettes impayées, etc.) Si oui, quand, lesquelles, circonstances.

11) Avez-vous déjà été victime d'actes illégaux? Si oui, quand, lesquelles, circonstances.

12) Est-ce qu'il y a eu d'autres difficultés domiciliaires, financières ou légales dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

### Décès

13) Est-ce des personnes significatives de votre entourage sont décédées? Si oui, qui quand, la cause du décès, à quel âge, comment cela a affecté S?

### **Sphère 13 : Expériences négatives**

Sphère où sont documentées des expériences négatives, telles des déceptions relationnelles importantes, tentative de suicide d'un proche etc. Cette sphère permet de regrouper des événements qui pourraient être associés à divers sphères par souci de ne pas coter cette variable dans plusieurs sphères.

#### **Spécificités sur les variables**

**AD14**; cette variable pourrait être utilisée pour la tentative de suicide de la mère de S ou celui d'une amie. Habituellement, les variables associées aux parents sont dans la sphère 2 et celles associées aux amis dans la sphère 10, mais pour cet événement en particulier, on le cotera dans cette sphère.

**AD15** : inclure également les événements traumatisants ayant mené à un diagnostic d'ÉSPT, **SAUF** les violences (physiques, sexuelles, psychologiques) subies à l'enfance et dans les relations amoureuses.

**AD16** : inclure des déceptions importantes et significatives dans la vie de S (ex. des rêves ou des projets de vie non réalisés).

#### **Directives pour le répondant**

Nous allons maintenant aborder d'autres expériences que vous auriez pu connaître dans divers domaines de votre vie.

1) Si le répondant est à la retraite → Comment s'est passé la transition entre le travail et la retraite? Si cela a été difficile, élaborer sur les conséquences de cette transition tout en spécifiant quand et la durée.

2) Avez-vous connu une période de votre vie où vous avez quitté votre emploi pour vous occuper d'un membre de votre famille? Si oui, quand, durée, élaborer sur la situation (pour quel membre de la famille et quelle était la condition, les conséquences vécues pour le répondant).

3) Est-ce qu'un membre de votre famille, ou une personne proche dans votre entourage, a déjà fait une tentative de suicide? Si oui, quand, qui, contexte.

4) Avez-vous déjà été témoin d'un événement traumatisant? Si oui, quand et élaborer sur l'événement traumatique.

5) Avez-vous déjà connu des relations difficiles et négatives avec certaines personnes? Par exemple, voisin, ami, collègue? Si oui, quand, durée, avec qui, élaborer sur l'événement.

6) Est-ce qu'il y a eu d'autres expériences particulièrement difficiles dont nous n'aurions pas encore discuté? (Si oui, quand, quel événement, durée, conséquences, etc.)

#### **Sphère 14 : Protection**

Sphère où sont documentés les facteurs de protection survenus au cours de la vie; des événements, des personnes, des traits ou des circonstances qui ont permis à S de passer à travers des moments difficiles de sa vie ou qui l'ont protégé lors de ces moments d'adversité.

#### **Spécificités sur les variables**

Ne pas écrire une liste d'événements qui se retrouvent dans ceux énumérés dans l'instrument de mesure. Il faut que l'événement soit significatif pour S. Par ex., pour la variable PR03 (voyage mémorable), ne pas faire la liste des voyages de S. Pour inclure un voyage comme facteur de protection, il faut que cet événement ait créé un impact psychologique positif dans sa vie.

#### **Directives pour l'interviewer**

Portez attention aux éléments de protection que S peut rapporter par ses propos au fil des rencontres, particulièrement lorsqu'il parle de périodes difficiles de sa vie.

L'overview du SCID-II pourrait être un moment propice de l'entrevue pour identifier des comportements ou traits de caractère/personnalité de S qui peuvent lui être protecteurs ou qui l'aident à surmonter des moments difficiles. Ex. engagements sociaux, persévérance, vision positive de la vie...

**Tout au long des entrevues, lorsque S vous raconte des moments difficiles de sa vie, évaluez les facteurs de protection à ce moment de l'entretien.** Il sera plus facile pour S de les nommer au fur à mesure plutôt que de poser la question de manière globale à la fin des rencontres. De plus, cela permettra de mieux faire ressortir les facteurs de protection de S.

Ne pas investiguer que les facteurs de protection lors de difficultés, mais aussi les facteurs de protection qui ont permis à la personne de ne pas sombrer lors de moments difficiles dans la vie.

### **Directive pour le répondant**

Nous allons maintenant porter notre attention sur les personnes et les expériences qui ont joué un rôle important dans votre vie; qui vous ont aidées à passer au travers des moments difficiles ou bien vous ont aidées à rendre des moments de votre vie moins difficiles qu'ils auraient pu l'être.

1) Qu'est-ce qui vous protège dans la vie? Qu'est-ce qui fait que vous avez réussi à vous en sortir lors de périodes difficiles? Qu'est-ce qui vous permet de rebondir dans la vie? Quelles sont les expériences, les personnes qui ont été importantes (le sont encore) dans votre vie?

→ Lorsque S nomme des éléments protecteurs, précisez quand, durée et **en quoi cela a été protecteur pour lui.**

### **Sphère 15 : Recherche de services**

Sphère où sont documentées toutes les demandes et les consultations de services en santé mentale; type de traitement/service; type de professionnel, satisfaction du traitement/service, etc.)

### **Spécificités sur les variables**

Ces variables s'appliquent à des recherches de service pour des problèmes de santé mentale au cours de la vie.

\* Par contre, on notera toutes les demandes de service effectuées dans la dernière année, qu'elles soient pour des problèmes de santé mentale ou de santé physique.

### **Directives pour l'interviewer :**

Compléter une fiche par demande de service faite, indépendamment de l'issue de la demande, et indiquer à quel le type d'adversité la demande correspond.

Compléter une feuille pour chacune des demandes d'aide quant à des problèmes psychologiques et des problèmes physiques ayant une incidence sur la vie psychologique.

Pour chaque demande de service

→ D'abord indiquer en lien avec quel problème / adversité

→ Quand? Durée?

→ Consultation auprès de quelle ressource?

→ A-t-il reçu une médication? Si oui, laquelle? Quand et durée? Que pense S de cette médication?

→ Satisfaction de l'accueil lors de la formulation de la demande d'aide?

→ Satisfaction du traitement/service? Qu'est-ce qui fait que S est satisfait ou insatisfait?

→ Quel type de professionnel a-t-il consulté?

→ Qu'est-ce qui explique la fin du traitement ou du service? (ou est-ce que le service est toujours en cours?)

**Instrument de trajectoire de vie**

<u>Identification</u>	
<u>Intervieweur</u>	
<u>Date d'entrevue</u>	
<u>Durée de l'entrevue</u>	

Auteurs :

Séguin, Monique, Di Mambro, Mélanie & Chawky, Nadia

Université du Québec en Outaouais

**Copyright © 2002, 2011, 2012, 2013**

**Séguin, Monique; Di Mambro, Mélanie; Chawky, Nadia.**

**Tous droits réservés**

**Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est strictement interdite sans l'autorisation de ces auteurs.**

**NOTE : Toutes les variables suivies d'un astérisque (\*) indiquent des événements ponctuels dans le temps.**

**Synthèse des éléments d'adversités**

<b>1. ENDROIT ET MILIEU DE RÉSIDENCE</b>	
Vit en famille (parents et enfants dans le même lieu) (parents de S sont responsables du foyer)	RES01
Vit dans deux foyers-tantôt avec un parent, tantôt avec l'autre (S en tant qu'enfant/adolescent ; adulte aussi selon contexte)	RES02
Vit dans un foyer avec un seul parent ( <b>avec</b> un autre conjoint) (S en tant qu'enfant/adolescent; adulte aussi selon contexte)	RES03-1
Vit dans un foyer avec un seul parent ( <b>sans</b> un autre conjoint) (S en tant qu'enfant/adolescent; adulte aussi selon contexte)	RES03-2
Vit dans un foyer avec un adulte-famille élargie-autre que les parents	RES04
Vit en famille d'accueil	RES05
Vit en centre d'accueil ouvert (centre jeunesse, DPJ : avec permission de sortir) et/ou en foyer de groupe (ex. réadaptation psychiatrique, orphelinat)	RES06-1
Vit en centre d'accueil en milieu intensif	RES06-2

Vit en centre d'accueil en milieu fermé (centre jeunesse, DPJ : sans possibilité de sortir)	RES06-3
Vit en appartement seul ou avec des co-locataires	RES07
Vit en couple	RES08
Vit en résidence/pensionnat/couvent (pour études...)	RES09-1
Vit en institution (psychiatrique...)	RES09-2
Vit seul avec ses enfants (S en tant qu'adulte) (S est chef de famille monoparentale)	RES10
Vit dans un CHSLD (Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée)	RES12
Vit dans appartement pour personnes âgées autonomes (loyer réduit)	RES13
Vit dans appartement pour personnes âgées semi-autonomes (services médicaux sur place)	RES14
Vit avec un(e) aidant(e)/membre de la famille ,(ex. parent âgé qui vit chez ses enfants)	RES16
Prison	RES15



Période de déménagements multiples	RES11
Vit en couple avec son/ses enfants (S est responsable du foyer)	RES17
Période de vie à l'étranger	RES18
Autre	RES88

**2. RELATION DE LA PETITE ENFANCE (S AVEC SES PARENTS, SES TUTEURS OU LES PERSONNES ADMINISTRANT LES SOINS (SI EN CENTRE JEUNESSE)) / DIFFICULTES VECUES PAR S.**

**\*\*Bien spécifier la relation (ex : AFF06-M pour la relation avec la mère; AFF06-P = père; AFF06-GM= grand-mère; AFF06-GP= grand-père; AFF06-CJ= centre jeunesse, etc.)\*\***

Problèmes de comportement de S sans la présence de diagnostic (opposition, délinquance, fugues, etc.) ; comportements extériorisés/acting-out.	AFF01
Problèmes de santé physique de S : (handicaps, accident, maladie chronique ou terminale, etc.)	AFF05
Violence physique <u>subie par S</u>	AFF03-1
Abus sexuel <u>subi par S</u> (non-familial)	AFF03-2
Inceste <u>subi par S</u> (intrafamilial : parents de 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> degré)	AFF13
Interactions conflictuelles avec S (entre S et un autre membre de la famille) (argumentations constantes, etc.)	AFF04
Négligence physique ou affective, rejet/abandon, indifférence, manque de chaleur dans la relation parent-enfant ; manque de soutien/de guide/d'encouragement	AFF06

<u>Manque</u> de discipline/supervision-ou <u>trop</u> de discipline/supervision (exigeant).	AFF07
Contradiction ou incohérence dans les règles/directives parentales (imprévisibilité)	AFF14
Présence de violence psychologique- antipathie / bouc émissaire <u>subie par S</u>	AFF08
Secrets (avoir conservé un secret ou avoir été maintenu à l'écart du secret)	AFF09
Climat général de tensions/discordes familiales ; incluant S ou pas; (bris dans la relation, crises, tensions, disputes importantes)	AFF10
Renversement des rôles	AFF20
Distance affective, difficulté/absence de communication sans la présence de tensions/conflits ouverts ; manque d'engagement ou d'échange affectif	AFF22
Violence psychologique <u>instiguée par S</u> -envers parents, fratrie et famille élargie	AFF21-1
Violence physique <u>instiguée par S</u> -envers parents, fratrie et famille élargie	AFF21-2

Violence sexuelle <u>instiguée par S</u> -envers parents, fratrie et famille élargie	AFF21-3
Séparation (absence parent/fratrie, prison, en centre jeunesse fermé...)	AFF12
Changement dans la fréquence des interactions (divorce, pas assez de contact ou trop de contact, en famille d'accueil, en centre jeunesse...)	AFF15
Séparation /divorce des parents de S	AFF23*
Condition de vie difficile des parents (finances, logement, pauvreté...)	AFF16
Difficulté de santé mentale parent/fratrie (alcool, drogue, dépression...)	AFF11-1
Difficulté de santé physique parent/fratrie (handicaps, accident, maladie chronique, maladie terminale...)	AFF11-2
Problèmes légaux parent/fratrie (fraude, arrestation...)	AFF17
Hospitalisation parent/fratrie	AFF18

Présence / Nouveau conjoint dans la vie du parent (présence importante)	AFF19*
Autre (version antérieure (initiale) = AFF13)	AFF88

<b>3. VIE AFFECTIVE–VIE DE COUPLE</b>	
Début de relation affective	AM01*
Fin d'une relation affective (séparation, divorce)	AM02*
Difficultés de couple (tensions, ...)	AM03-1
Violence conjugale <u>subie par S</u> (de type psychologique)	AM03-2
Violence conjugale <u>subie par S</u> (de type physique)	AM03-3
Violence conjugale <u>subie par S</u> (de type sexuel)	AM03-4
Violence conjugale <u>instiguée par S</u> (de type psychologique)	AM22-1

Violence conjugale <u>instiguée par S</u> (de type physique)	AM22-2
Violence conjugale <u>instiguée par S</u> (de type sexuel)	AM22-3
Relation extramaritale de S	AM04
Relation extramaritale du partenaire	AM05
Partenaires multiples (ex. relations ouvertes ; plusieurs relations à la fois)	AM20
Changement d'orientation ou d'identité sexuelle (si difficultés présentes)	AM06
Difficultés associées à des problèmes affectifs (ne jamais trouver de partenaire ; incapable d'en trouver) (version antérieure (initiale) = PE05)	AM07
Difficultés associées à la sexualité (dans un contexte de couple)	AM21
Problème de santé physique du (de la) conjoint(e)	AM12

Problème de santé mentale du (de la) conjoint(e)	AM13
Placement d'un membre du couple	AM14*
Problèmes légaux du (de la) conjoint(e)	AM15
Autre (version antérieure (initiale) = AM07) (déceptions sentimentales, promiscuité sexuelle etc.)	AM88-1

#### 4. GROSSESSES / NAISSANCES

Difficulté de conception	AM08-1
Infertilité	AM08-2
Grossesse non désirée	AM09-1*
Fausse-couche	AM09-2*
Avortement	AM09-3*

Complications lors de la naissance (inclut naissance prématurée)	AM09-4*
Grossesse difficile / Grossesse à risque (diabète, jumeaux, fertilisation in vitro)	AM19*
Décès périnatal (28 semaines de grossesse à 28 jours de vie)	AM16*
Difficultés d'allaitement	AM17
Sevrage précoce	AM18*
S donne son enfant en adoption	AM10*
Naissance/adoption d'un enfant	AM11*
Autre (version antérieure (initiale) = AM12)	AM88-2

## 5. VIE FAMILIALE

### ÉDUCATION/RELATION ENTRE S ET SES ENFANTS

Problèmes de comportement de l'enfant (opposition, délinquance, fugues, etc.)	EDU01
---	-------



Problèmes psychiatriques de l'enfant (hyperactivité, dépression, anxiété, mutilation, abus de substance, problèmes alimentaires, etc.)	EDU02
Violence psychologique subie par l'enfant ( <u>instigateur autre que S</u> )	EDU03-1
Violence physique subie par l'enfant ( <u>instigateur autre que S</u> )	EDU03-2
Violence sexuelle subie par l'enfant ( <u>instigateur autre que S</u> )	EDU03-3
Violence psychologique subie par l'enfant ( <u>S est l'instigateur</u> )	EDU19-1
Violence physique subie par l'enfant ( <u>S est l'instigateur</u> )	EDU19-2
Violence sexuelle subie par l'enfant ( <u>S est l'instigateur</u> )	EDU19-3
Interactions conflictuelles avec l'enfant (argumentations constantes, tensions, difficultés à communiquer, rejet des enfants etc.)	EDU04
Problème de santé physique (handicaps, accident, maladie chronique, maladie terminale, etc.)	EDU05

Hospitalisation de l'enfant de S	EDU08
Difficultés scolaires de l'enfant	EDU06
Problèmes légaux de l'enfant	EDU18
Séparation d'avec l'enfant (maladie, etc.)	EDU07-1
Changement dans la fréquence de l'interaction avec l'enfant (déménagement avec autre parent, etc.)	EDU07-2
Perte des enfants : retrait des enfants du milieu familiale par les autorités (DPJ)	EDU07-3*
Maltraitance émanant des enfants (violence verbale ou physique, chantage émotif ou violence physique/verbale pour soutirer argent)	EDU15
Autre (version antérieure (initiale) = EDU08)	EDU88-1
<b>RELATION ENTRE ADULTES (AU SUJET DE L'ÉDUCATION DES ENFANTS)</b>	
Conflits / Difficultés au sujet de l'éducation de ses enfants	EDU17

Autre	EDU88-3
<b>FAMILLE ÉLARGIE (2<sup>E</sup>-3<sup>E</sup> DEGRÉ) – FAMILLE RECOMPOSÉE</b>	
Augmentation ou diminution dans les interactions (pas assez de contact ou trop de contact)	EDU09
Difficultés relationnelles (bris de la relation, crises, tensions, disputes importantes)	EDU10
Difficulté de santé mentale d'un membre de la famille (comportement antisocial, abus de substance, etc.)	EDU11
Difficulté de santé d'un membre de la famille-accident-maladie physique	EDU12
Hospitalisation d'un membre de la famille	EDU16
Problèmes légaux	EDU13
Séparation ou divorce d'un membre de la famille élargie	EDU14*
Autre (version antérieure (initiale) = EDU15)	EDU88-2

6. ÉPISODES DE DIFFICULTÉS PERSONNELLES- DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE	
Accidents sérieux (accident grave, etc.)	PE01*
Problème de santé physique / Maladie de S	PE02
Problème de santé mentale de S – AXE I (tout âge)	PE03-1
Problème de santé mentale de S – AXE II (Trouble de la personnalité) (tout âge)	PE03-2
Problèmes psychiatriques de l' Axe II de S sans la présence de diagnostic (présence de traits de personnalité cliniquement significatifs et ayant un impact sur le fonctionnement ou sous-seuil diagnostique) (tout âge)	PE03-3
Épisode de détresse ; difficultés psychologique de S, sans la présence de diagnostic (hyperactivité, dépression, anxiété, problèmes alimentaires, etc.) ; comportements intériorisés (tout âge)	PE11
Abus physique sur S (adulte)	PE09
Abus sexuel sur S (adulte)	PE10

Tentative de suicide de S (tout âge)	PE04-1*
Gestes d'automutilations sans intentions suicidaires (self-harm)	PE04-2
Abus/dépendance (alcool, drogue...) (tout âge) Changement nom de variable mais réfère au même contenu (dx alcool et drogues) (version antérieure (initiale) = conséquences associées à la consommation d'alcool et de drogues-période de désintoxication, etc.)	PE06
Période d'hospitalisation psychiatrique	PE07-1
Période d'hospitalisation pour des problèmes physiques ; (opérations, etc.)	PE07-2
Autre (version antérieure (initiale) = PE08)	PE88

#### **7. JEU PATHOLOGIQUE (VÉCU PAR S)**

Début du jeu par S (et circonstances qui ont amenées S à jouer)	JEU01*
Fin du jeu par S	JEU02*
Arrêt du jeu par S durant une période donnée (indiquer l'âge de S durant ce temps d'arrêt)	JEU03

Présence d'une ou de plusieurs autres abus/dépendances (alcool, drogue, etc.) durant la période de jeu pathologique (indiquer l'âge et l'abus/dépendance)	JEU04
Antécédents familiaux de jeu pathologique (indiquer le lien unissant S à cette personne et l'âge de S lorsque cette personne avait son problème de jeu)	JEU05
Recherche d'aide spécifique au problème de jeu (G.A., site Internet, services d'aide téléphonique...) (indiquer la ressource consultée et pour chacune l'âge de S)	JEU06
Offenses criminelles commises par S dans le but de pouvoir jouer (vol d'argent, fraude...) (indiquer l'offense et pour chacune l'âge de S)	JEU07
Type(s) de jeu (casino, vidéo poker...) (indiquer le type de jeu et pour chacun l'âge de S)	JEU08
Accumulation de dettes (indiquer l'âge de S)	JEU09
Emprunt d'argent (indiquer à qui S empruntait de l'argent et l'âge de S à cette période)	JEU10
Mensonges aux autres pour pouvoir jouer (indiquer l'âge de S)	JEU11
Autre	JEU88

8. VIE ACADÉMIQUE	
Difficultés d'apprentissage-problèmes scolaires	ACA01
Difficultés associées au contexte social de l'école (victime d'intimidation, etc.)	ACA02
Difficultés de <u>comportements en milieu scolaire; envers autrui</u> (intimidation- vandalisme, mise à la porte d'un établissement, etc.)	ACA03
Difficultés associées à la <u>performance scolaire</u> (Échecs académiques dans une matière, refus d'admission dans un programme d'étude, mis à la porte d'un établissement d'enseignement, retard scolaire dans une matière, doubler une année, etc.)	ACA04
Cheminement particulier	ACA08
Changement fréquent de programme (cégep et université)	ACA09
Période de manque de motivation scolaire	ACA10
Abandon scolaire / Décrochage scolaire	ACA11*

Autre (version antérieure (initiale) = ACA08)	ACA88
---	-------

<b>9. VIE PROFESSIONNELLE</b>	
<p>Difficulté à trouver du travail</p> <p>(emplois précaires, à la recherche d'emploi, sans emplois réguliers ('jobines') etc.)</p> <p>(version antérieure (initiale) = ACA05)</p>	PROF01
Être sans emploi (arrêt de travail suite à problème de santé mentale ; chômage, invalidité, aide sociale, rentes, etc.)	PROF16
Travail non-relié au domaine d'études ou de spécialisation	PROF05
Changements fréquents d'emploi	PROF06
<p>Conditions de travail difficile – tâche</p> <p>(horaires chargés, lourdeur de la tâche, surqualification ou sous-qualification, complexité de la tâche, etc.) (version antérieure (initiale) = ACA06)</p>	PROF02
<p>Conditions de travail difficile – milieu</p> <p>(milieu physique difficile (e.g., travail dehors, malpropreté, chaleur, mauvaise aération, en contact avec produit chimique/toxique, etc.), manque de ressources (humaines et matérielles)).</p>	PROF07



<p>Relations de travail difficiles avec les collègues</p> <p>(conflits, isolement, différences au niveau des valeurs, manque de collaboration, etc.) (version antérieure (initiale) = ACA07)</p>	PROF03-1
<p>Relations de travail difficiles avec les employeurs</p> <p>(conflits, manque de rétroaction, manque de reconnaissance, manque de confiance, manque de respect, différences au niveau des valeurs, difficulté de promotion)</p> <p>(version antérieure (initiale) = ACA07)</p>	PROF03-2
<p>Perte d'emploi (congédiement, mise à pied...)</p>	PROF04*
<p>Discrimination et âgisme en milieu du travail (être mis au rancart dû à l'âge, ne pas se faire donner des postes de responsabilité, être tourné en dérision par collègues, subir pression pour partir à la retraite, etc.)</p>	PROF08
<p>Harcèlement psychologique</p>	PROF15-1
<p>Harcèlement sexuel</p>	PROF15-2
<p>Facteurs personnels qui provoquent de l'adversité personnelle (implication trop grande, workaholism, bourreau de travail, obsession pour le travail)</p>	PROF09
<p>Relations difficiles avec la clientèle qui provoquent de l'adversité personnelle (demandes exigeantes, charge émotionnelle importante, confrontations, gestion des insatisfactions, etc.)</p>	PROF10

Conflits travail – vie personnelle qui provoquent de l’adversité personnelle (temps exigé par le travail empêche de s’impliquer comme on le voudrait dans notre vie personnelle, pression et stress générés par le travail font qu’une fois à la maison nous sommes trop fatigués pour s’impliquer comme on le voudrait dans notre vie personnelle)	PROF11
Conditions salariales qui provoquent de l’adversité personnelle (rémunération insuffisante, avantages sociaux incomplets, etc.)	PROF12
Manque autonomie professionnelle qui provoque de l’adversité personnelle (pas d’option ou de choix sur comment faire le travail, environnement très directif, agissait à l’encontre de ses valeurs personnelles)	PROF13
Impact qui provoque de l’adversité personnelle (travail / emploi n’avait pas d’impact, inutilité, manque de sens, etc.)	PROF14
Autre (version antérieure (initiale) = ACA08) ; sentiment d’imposteur ; sentiment de manque de compétence/accomplissement/efficacité personnelle	PROF88
<b>10. VIE SOCIALE</b>	
Difficultés à s’engager dans des relations sociales-difficultés à se faire des amis	AMI01
Perte ou séparation d’un ami (baisse d’interaction, départ)	AMI02

Querelles importantes avec un/des ami/s	AMI03
Interactions conflictuelles avec des pairs-rejet du groupe de pair	AMI04
Isolement social	AMI05
Autre (version antérieure (initiale) = AMI06)	AMI88

<b>11. PERTES/SÉPARATIONS/DÉPART</b>	
Autres séparations/bris de relation	PER01
Départ/déménagement (ex. changement de résidence)	PER02-1*
Départ/perte (ex. immigration)	PER02-2*
Perte de l'apparence physique jeune (rides, cheveux gris, etc.)	PER03
Pertes graduelles des capacités cognitives et mnésiques	PER04
Perte d'autonomie physique graduelle (mobilité amoindrie, temps de récupération plus long)	PER05

Difficultés du cycle du sommeil	PER06
Changements dans activités de loisirs (ne plus être capable de faire certaines activités comme par exemple, patiner ou skier) <u>contre sa volonté</u>	PER07
Autres pertes importantes (version antérieure (initiale) = PER03)	PER88

<b>12. AUTRES ADVERSITES</b>	
<b>LOGEMENT</b>	
Sans domicile fixe	AD01
Éviction	AD02*
Conditions de vie difficile (logement petit, peu de vie privée, difficultés avec les voisins, etc.)	AD03
Difficultés légales associées au logement	AD04
Déménagement à cause d'une perte d'autonomie (quitter son logement pour être placé, ajustement difficile)	AD17*
Perte de maison accidentelle (incendie, catastrophes naturelles, eau, etc.)	AD21*

<b>FINANCES</b>	
Problèmes financiers (importantes dettes, pauvreté, faillite, etc.)	AD05
Perte de gains (vols, perte d'objets de valeurs, etc.)	AD06
<b>DIFFICULTÉS LÉGALES</b>	
Poursuite judiciaire à S (arrestation, prison...)	AD07
Harcèlement commis par S (téléphone anonyme, harcèlement sexuel, etc.)	AD08
Instigateur d'actes criminels (vols, possession ou vente de drogue, fraude, dettes impayées etc.)	AD09
Victime d'acte criminel (attaque, vol à main armée, etc.)	AD10
<b>DÉCÈS</b>	
Membre de la famille immédiate ou personne très proche (spécifiez)	AD11*
Membre de la famille élargie (spécifiez)	AD12*

Amis, collègues	AD13*
Décès par suicide d'un proche (version antérieure (initiale) = AD11, AD12, AD13)	AD20*
Autre (version antérieure (initiale) = AD17)	AD88-1

<b>13. EXPERIENCES NEGATIVES</b>	
Transition travail/retraite	AD18*
Quitter emploi pour devenir aidant	AD19*
Tentative de suicide d'un proche / tiers	AD14*
Victime ou témoin d'un événement traumatisant	AD15
Relations négatives – déceptions importantes (déceptions relationnelles importantes, déceptions d'expériences de vie importantes, ne jamais réaliser son rêve, relations négatives, etc.)	AD16

Autre (version antérieure (initiale) = AD17)	AD88-2
--	--------

<b>14. PROTECTION (nouvelles variables)</b>	
Mécanismes internes/ressources psychiques	PR01-1
Mécanismes internes/ comportements individuels	PR01-2
Mécanismes externes/ressources sociales	PR02-1
Mécanismes externes/événements	PR02-2
Mécanismes externes/ressources d'aide	PR02-3

<b>15. RECHERCHE DE SERVICES</b>	
<b>Demande d'aide effectuée pour (indiquer type d'adversité):</b> _____	
Oui	
Non (pourquoi ?)- raison de non-consultation (pas besoin ou besoin mais services non-disponibles/non-existants, liste d'attente trop longue)	
<b>NSP</b>	
<b>Type de traitement/services</b>	
Consultation en santé mentale (clinique, bureau privé, psychothérapie, CLSC)	T01
Hospitalisation en psychiatrie	T02
Consultation à l'urgence psychiatrique/observation	T03
Consultation à l'urgence générale	T15
Hospitalisation générale (non-psychiatrique)	T17
Hébergement en santé mentale/psychosociale (centre jeunesse, centre de crise, maison sans abri, maison des jeunes)	T04
Participation gr. d'entraide/soutien (organisme communautaire, hôpital de jour, réinsertion emploi/psychosociale)	T05
Consultation scolaire (conseiller, psychologue, etc.)	T06
Consultation non-professionnelle (AA, NA, GA. consultation spirituelle)	T07
Généraliste (médecin non-attitré; clinique sans rendez-vous)	T08
Groupe de médecine familiale / Clinique santé (médecin de famille)	T16
Médecine alternative (chiro., acup., homéo.)	T09
Lignes d'écoute (centres de crise, Suicide-Action Montréal)	T10
Centre de désintoxication-maison de thérapie pour abus/dépendance substances	T11
Info-santé ou Info-social	T12
PAE	T13
Internet	T14
DPJ	T18
Autres (version antérieure (initiale) = T11)	T88
NSP (version antérieure (initiale) = T12)	T99
<b>Prise de médication</b>	
Début de la prise de médication	_____
Fin de la prise de médication	_____
Antidépresseurs	M01
Antipsychotiques	M02
Anxiolytiques et somnifères	M03
Autres psychotropes	M04
Autres	M05
Conséquences perçues de la prise des médicaments (précisez)	MC



<b>Satisfaction du traitement/service</b>	
Pas du tout satisfait	S01
Peu satisfait	S02
Modérément satisfait	S03
Très satisfait	S04
Mitigé	S05
NSP (version antérieure (initiale) = S06)	S99
Satisfaction de l'accueil reçu	SAR
<b>Type de professionnel</b>	
Psychiatre	P01
Médecin	P02
Psychologue	P03
Travailleur Social	P04
Infirmière	P05
Non professionnel	P06
Sage-femme	P07
Psychoéducateur	P08
Professionnel (ex. psychothérapeute, arh, etc.)	P09
Autre (version antérieure (initiale) = P07)	P88
NSP (version antérieure (initiale) = P08)	P99
<b>Raison de cessation</b>	
Pas efficace	C01
Déménagement	C02
Fin du processus	C03
Liste d'attente trop longue- perte d'intérêt	C04
Conflits avec le/les professionnel/s	C05
Actuellement-en cours	C06
Autres (version antérieure (initiale) = C06)	C88
NSP (version antérieure (initiale) = C07)	C99

## ANNEXE B