



2021

AOÛT 2021 – VOL. 11 N° 1

p3 ÉDITORIAL – L'impact de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) sur la rédaction et la publication d'écrits scientifiques

p4 Objectifs et mode de fonctionnement de la revue

Articles

p5 Favoriser de saines habitudes de vie à l'aide du numérique

p14 Impact de la comorbidité dans le traitement des joueurs pathologiques

p24 Les conséquences de l'instauration du système des pensionnats autochtones au Canada

p42 Remerciements

PSYCAUSE – Août 2021 – VOL. 11 N° 1

La revue Psycause est éditée en partenariat avec l'École de psychologie de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval, Bureau 1116, Pavillon Félix-Antoine-Savard, 2325, rue des Bibliothèques, Université Laval Québec (Québec) G1V 0A6, Canada.

ISSN 2562-4377 (Imprimé)

ISSN 2562-4385 (En ligne)

Équipe éditoriale 2020-2021

Éditeur en chef: Frédéric Thériault-Couture, B.A.

Éditeur en chef adjoint: David Paquet, B.A.

Professeure-conseillère de l'École de Psychologie: Isabelle Blanchette, Ph. D.

Éditeurs et éditrices: Chloé Gingras, B.A., Laurence Dubé, Marie-Hélène Tessier, M.A.

Responsable du contenu complémentaire: Valérie Demers, Ph. D.

Responsable des communications: Samuel Gagné

Responsable des finances: William Trottier-Dumont

Responsable de la mise en page: Laura-Mihaela Bogza, B.A.

Responsable de la révision linguistique: Sophie Aubé, M.A.

Pour nous joindre

Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval

Bureau 938, Pavillon Félix-Antoine-Savard

2325, rue des Bibliothèques

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

CANADA

revuepsycause@psy.ulaval.ca

www.revuepsycause.psy.ulaval.ca

ÉDITORIAL – L'IMPACT DE LA PANDÉMIE DE MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19) SUR LA RÉDACTION ET LA PUBLICATION D'ÉCRITS SCIENTIFIQUES

David Paquet^{1*}, Frédéric Thériault-Couture^{1*}

¹ École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

* revuepsycause@psy.ulaval.ca

Depuis le mois de mars 2020, la maladie à coronavirus (COVID-19) a porté atteinte à l'ensemble des sphères de la société, que ce soit au niveau de l'économie, de l'éducation, de la santé, ou encore des contacts sociaux. C'est un événement sans précédent dans l'histoire récente, qui engendrera de multiples conséquences à court, moyen et long terme. Le domaine de la recherche scientifique souffrira-t-il de ces répercussions? La recherche souffrirait-elle déjà des impacts de la pandémie?

La littérature indique que le domaine scientifique ressent déjà l'effet de ces restrictions. Il devient plus complexe de mener des expériences en laboratoire, étant donné que les données de travaux déjà en cours ont été perdues ou suspendus et que plusieurs chercheur.es et étudiant.es ont rapporté une diminution de leur productivité ainsi qu'un plus grand sentiment de stress et d'anxiété face au fait de mener leurs projets à terme (Korbel et Stegle, 2020). Cette suspension des travaux de recherche peut ainsi avoir un impact sur le nombre d'articles scientifiques subséquentement publiés (Korbel et Stegle, 2020). Il est cependant pertinent de constater aussi certains effets positifs de la pandémie, comme l'aspect convivial du travail à la maison, qui diminue les allers-retours au travail. La communication à distance a été d'autant plus facilitée, grâce à la montée en popularité des applications comme Zoom ou Microsoft Teams, qui facilitent l'établissement de réunions d'équipe en virtuel (Serhan, 2020).

Le nombre d'articles scientifiques inclus dans la présente édition de la revue *Psycause*, plus faible que les années précédentes, pourrait possiblement refléter une forme de ralentissement de la recherche scientifique étudiante au courant de la pandémie de la COVID-19. Bien que l'édition soit moins étoffée en ce début d'année 2021, la qualité des articles qui y sont rédigés n'en est pas moindre. Du traitement des joueurs pathologiques aux conséquences des pensionnats autochtones, en passant par les saines habitudes de vie à l'aide du numérique, la publication de ces trois articles est un témoignage de la persistance

de la rédaction scientifique étudiante, et ce, peu importe le contexte dans lequel nous vivons. Pandémie ou non, la revue *Psycause* se consacre à encourager et à favoriser la rédaction, la publication et la communication d'articles scientifiques étudiants. En ce sens, nous travaillons déjà sur notre prochaine édition à paraître au début de l'automne. Celle-ci portera sur les résumés longs de travaux étudiant menés dans le cadre des cours Recherche Dirigée I et II au baccalauréat en psychologie.

Enfin, pour toutes suggestions nous permettant d'améliorer la revue ou de nous rapprocher de notre objectif, nous vous invitons à écrire à l'adresse suivante : revuepsycause@psy.ulaval.ca

Bonne lecture,

Frédéric Thériault-Couture, éditeur en chef

David Paquet, éditeur en chef adjoint

Références

- Korbel, J. O., & Stegle, O. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on life scientists. *Genome Biology*, 21, 112. <https://doi.org/10.1186/s13059-020-02031-1>
- Serhan, D. (2020). Transitioning from Face-to-Face to Remote Learning: Students' Attitudes and Perceptions of Using Zoom during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Technology in Education and Science*, 4(4), 335-342. <https://doi.org/10.46328/ijtes.v4i4.148>

Pour citer l'article

Paquet, D., & Thériault-Couture, F. (2021). Éditorial – L'impact de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) sur la rédaction et la publication d'écrits scientifiques. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 11(1), 3.

Droits d'auteur

© 2021 Paquet & Thériault-Couture. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

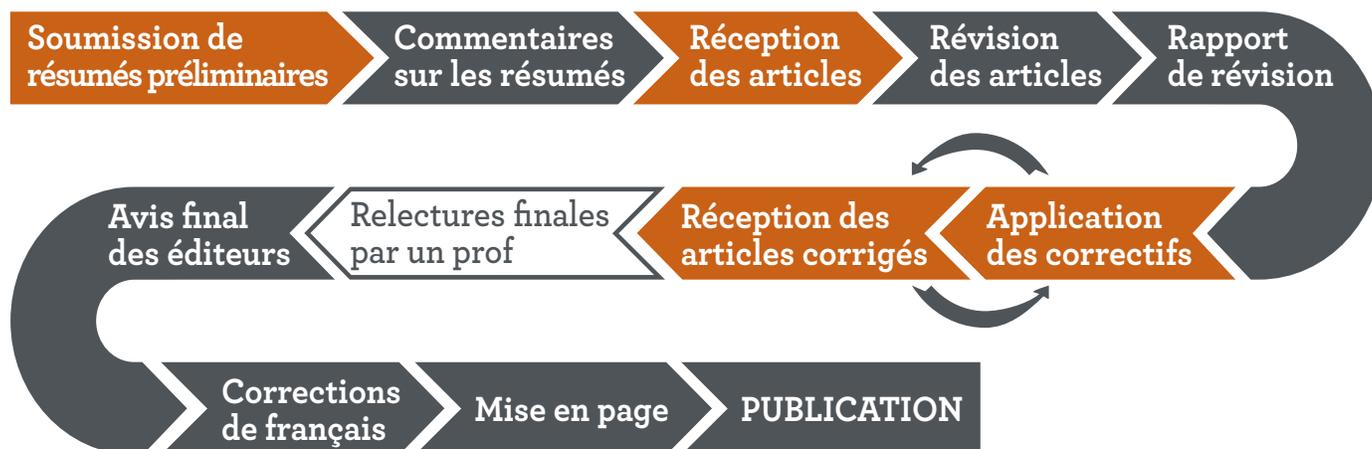
OBJECTIFS ET MODE DE FONCTIONNEMENT DE LA REVUE

La création de la revue dans sa forme actuelle vise les objectifs suivants :

(1). Informer et initier les étudiant(e)s de premier cycle au processus de révision par les pairs. Notre objectif premier est donc d'initier les étudiant(e)s au monde de l'écriture/de la révision scientifique.

(2). Vulgariser et diffuser les travaux et projets de recherche des étudiant(e)s du baccalauréat, de la maîtrise et du doctorat à l'ensemble de l'École de psychologie, mais aussi à la communauté universitaire.

Pour la publication de ces articles, le journal s'est doté d'une structure de révision par les pairs. Le processus de publication et de révision a été appliqué pour la première fois d'octobre 2016 à juin 2017. Toute idée ou proposition quant au processus de révision est la bienvenue! Vous pouvez nous écrire à revuepsy-cause@psy.ulaval.ca.



■ Vous

■ L'équipe de la revue

□ Professeur

Articles

FAVORISER DE SAINES HABITUDES DE VIE À L'AIDE DU NUMÉRIQUE : PLAIDOYER POUR UNE APPROCHE SCIENTIFIQUE INTÉGRÉE

Gregory FORTIN-VIDAH^{1*}

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

*gregory.fortin-vidah.1@ulaval.ca

Résumé

Il est largement reconnu que de saines habitudes de vie peuvent contribuer au bien-être des individus à long terme et réduire le risque de développer plusieurs maladies chroniques. Le développement de telles habitudes peut être favorisé par l'utilisation d'outils numériques conçus à cette fin, à la condition que ceux-ci soient efficaces et acceptés par les populations cibles. Or, les nombreuses connaissances scientifiques pouvant éclairer la conception de tels outils sont issues d'une grande variété de disciplines: de la psychologie au génie logiciel, en passant par la santé publique, l'économie et l'éthique. Ensemble, ces connaissances forment actuellement un champ de recherche très éclaté, ce qui limite la possibilité de bien considérer tous les principes et données probantes les plus récentes qui en ressortent. La présente lettre ouverte est donc un plaidoyer en faveur de l'adoption d'une approche plus intégrée en recherche sur le développement d'outils numériques favorisant de saines habitudes de vie. L'état actuel de ces recherches est d'abord abordé, puis les conséquences de leur faible intégration sont considérées. Enfin, quelques pistes prometteuses, face à cet enjeu, sont suggérées.

Mots-clés : saines habitudes, santé numérique, interdisciplinarité, lettre ouverte

Abstract

It is widely acknowledged that healthy lifestyle habits can contribute to the long-term well-being of individuals and reduce the risk of developing many chronic illnesses. The development of such habits can be promoted by using digital tools designed for this purpose, provided they are effective and accepted by the target populations. The vast scientific knowledge that can inform the design of such tools comes from a wide variety of disciplines: from psychology to software engineering, including public health, economics, and ethics. Taken together, this knowledge currently forms a very fragmented field of research, which limits the possibility of properly considering the most recent principles and evidence that emerge from it. This open letter is therefore a plea in favor of the adoption of a more integrated approach in research on the development of digital tools promoting healthy lifestyles. The current state of this research is first discussed and then the consequences of its poor integration are considered. Finally, a few promising avenues for addressing this issue are suggested.

Keywords : healthy lifestyles, digital health, interdisciplinarity, open letter

Depuis une trentaine d'années, les maladies chroniques (dont les maladies mentales, le cancer et le diabète) représentent un fardeau mondial grandissant (Bennett et al., 2020; Wagner et Brath, 2012). Elles sont désormais responsables de 71% des cas de mortalité dans le monde, soit 41 millions de personnes par année, dont 15 millions sont âgées entre 30 et 69 ans (Organisation mondiale de la santé, 2018). Au Canada, les maladies chroniques constituent aussi l'une des principales causes d'invalidité. De fait, elles représentent plus de 85% des années de vie en santé perdues à cause d'une incapacité ou d'un décès (Lang et al., 2018).

En plus de favoriser le bien-être général des individus, l'adoption de saines habitudes de vie peut contribuer à prévenir plusieurs de ces maladies (Beaglehole et al., 2011) et augmenter significativement l'espérance de vie (Li et al.,

2018; Loef et Walach, 2012). On peut définir une saine habitude de vie comme un ensemble de comportements qu'un individu intègre à son fonctionnement et qui est susceptible de promouvoir, de protéger ou de maintenir sa santé, tel que l'adoption d'une alimentation équilibrée et la pratique régulière d'activités physiques (Salvador-Carulla et al., 2013).

L'impact positif de ces habitudes sur la santé physique des individus est largement reconnu, mais elles jouent aussi un rôle important dans la prévention et le traitement des maladies mentales. Les recherches récentes ont montré que l'activité physique réduit significativement les risques de troubles dépressifs, bipolaires, anxieux et ceux liés à des facteurs de stress. De nombreux résultats significatifs ont également été trouvés en lien avec l'hygiène de sommeil, l'alimentation et la consommation de tabac (Firth et al., 2020).

Étant donné tous ces bienfaits, les agences de santé publique et divers acteurs ont priorisé le développement de saines habitudes de vie au cours des dernières décennies (Marrero et al., 2012). L'amélioration de la forme physique et l'adoption d'un mode de vie sain sont aussi devenues des objectifs de plus en plus populaires au sein des populations occidentales, augmentant les offres commerciales à cet effet (Maguire, 2008). Par exemple, certains types de yoga, auparavant peu connus en Occident, sont devenus largement consommés (Jain, 2012) sous forme de cours et de produits dérivés.

Avec l'avènement et l'adoption massive du Web et des technologies mobiles, de nombreuses initiatives commerciales et gouvernementales liées aux saines habitudes de vie ont pris la forme d'outils numériques tels que des sites Web d'information, des applications mobiles et des bracelets moniteurs d'activité physique (Cohen et al., 2020; Paré et al., 2018; Ross et al., 2016). Comparés aux interventions « traditionnelles » offertes en personne, ces nouveaux outils permettent d'offrir un soutien à un plus grand nombre de personnes et à moindre coût (Covolo et al., 2017; Garnett et al., 2018; Nour et al., 2016).

Comme pour d'autres types de technologies, les éléments à considérer dans le développement de tels outils ont fait l'objet de recherches dans plusieurs disciplines, dont la psychologie, la santé publique, le design et le marketing. Ces recherches portent aussi sur une grande variété de sujets : des facteurs influençant l'utilisation de ces outils (O'Connor et al., 2016) à l'évaluation de leur base scientifique (Direito et al., 2014) en passant par l'identification des techniques de changement de comportement que ces outils utilisent (Lyons et al., 2014).

Or, en plus de porter sur de nombreux sujets, ces recherches sont aussi majoritairement menées en isolation les unes des autres, et en se concentrant sur seulement un ou quelques-uns des multiples aspects à considérer (Taj et al., 2019). En outre, selon la recension des écrits menée en appui à la présente lettre ouverte, il existe très peu de synthèses exhaustives portant sur les connaissances générées par ces divers programmes de recherche. Il est donc actuellement très difficile de prendre en compte toutes les connaissances pertinentes au développement des outils numériques en question. Cela s'avère problématique, puisque les concepteurs risquent de ne s'appuyer que sur une partie de ces connaissances, courant le risque que les outils ainsi développés ne soient pas à leur plein potentiel.

Dans cet esprit, la présente lettre ouverte est un plaidoyer en faveur d'une approche scientifique intégrée pour le développement d'outils numériques favorisant de saines habitudes de vie. Un aperçu de l'état actuel du vaste champ

de recherche pouvant servir à un tel développement sera d'abord présenté, en faisant ressortir son caractère éclaté. Les conséquences de cet éclatement seront ensuite considérées. Enfin, quelques pistes prometteuses pour aborder ce champ d'une manière plus intégrée seront explorées.

Un champ de recherche éclaté

Selon la perspective défendue dans cette lettre, les nombreux objets d'études susceptibles d'éclairer la façon d'utiliser le numérique pour favoriser de saines habitudes de vie peuvent être considérés comme faisant partie d'un même champ de recherche multidisciplinaire qui souffre, cependant, d'un manque d'intégration. Afin de mieux comprendre ce champ de recherche, il est proposé ici de le décomposer en quatre axes : les comportements à privilégier et à éviter, les techniques et stratégies d'interventions, les enjeux technologiques et les enjeux éthiques. Les paragraphes qui suivent s'intéressent à chacun de ces axes de recherche.

Les comportements à privilégier et à éviter

Les comportements dont il est question dans ce premier axe de recherche sont ceux liés à la santé, plus particulièrement aux habitudes de vie à privilégier et à éviter. Depuis les années 1990, les études à ce sujet se comptent par centaines de milliers (pour une analyse bibliométrique partielle, voir Manyangu et al., 2019). Dans les dernières années, cette riche littérature a d'ailleurs donné lieu à de nombreuses synthèses (ou « *umbrella reviews* ») de revues systématiques. Par exemple, certaines portent sur l'alimentation (Ekmekcioglu, 2020), notamment sur la consommation de fruits et de légumes (Angelino et al., 2019), alors que d'autres portent sur les impacts de l'activité physique sur la prévention des cancers (Rezende et al., 2018), des maladies cardiaques (Kraus et al., 2019) et sur le fonctionnement cognitif (Erickson et al., 2019), ou encore sur les effets du café (Poole et al., 2017) et de l'alcool (Galán Labaca et al., 2020) sur la santé. Les effets de plusieurs de ces comportements sur la santé mentale ont également fait l'objet de synthèses de connaissances similaires (Catalan-Matamoros et al., 2016; Dale et al., 2019; Firth et al., 2020). Ainsi, les données probantes issues de cet axe de recherche sont possiblement les plus nombreuses et les plus robustes des quatre axes identifiés.

Cela dit, ces synthèses de connaissance et ces recherches continues font en sorte que les conclusions scientifiques en la matière ne cessent d'évoluer et que de nouvelles précisions sur les comportements à privilégier s'ajoutent constamment. Cela signifie que si une équipe de développement souhaite que son outil numérique reste à la fine pointe des connaissances concernant les saines habitudes

de vie, elle devra nécessairement s'efforcer d'être à jour sur les plus récentes données probantes générées par cet axe de recherche. Cependant, peu d'outils numériques développés par les experts sont adoptés à large échelle, entre autres parce qu'ils sont rarement commercialisés (Mohr et al., 2017). À l'inverse, les solutions commerciales les plus populaires s'appuient rarement sur les synthèses de connaissances les plus récentes et rigoureuses (Bardus et al., 2016). D'ailleurs, ce dernier point s'applique également en ce qui concerne le choix des interventions à intégrer aux outils qui aident à adopter les habitudes recommandées, ce qui relève du deuxième axe de recherche identifié.

Les techniques et stratégies d'interventions

Une intervention – qu'elle soit entièrement, partiellement ou aucunement numérique – peut être décomposée en une variété de techniques et se baser sur une ou plusieurs stratégies. Ces stratégies sont issues de modèles théoriques expliquant comment et pourquoi les gens modifient leurs habitudes de vie. Ces modèles étant nombreux, présenter chacun d'entre eux dépasserait le cadre de cette lettre. À titre d'exemples, les approches abordées seront la promotion de la santé à l'aide de l'éducation et du marketing, l'utilisation de techniques de changement du comportement et l'application de principes issus de l'économie comportementale.

Promotion de la santé

Au cours des dernières décennies, les efforts visant à favoriser de saines habitudes de vie ont notamment pris la forme d'activités éducatives et de campagnes de communication ou de marketing¹ (Buss et al., 2020; Truss et al., 2010). Dans les domaines de la santé publique et du marketing social, de telles interventions continuent d'ailleurs à être d'importants objets de recherche (de Matos et al., 2020). Par exemple, Mehmet et al. (2020) ont récemment mené une étude sur l'utilisation des médias sociaux pour promouvoir la santé physique des personnes vivant avec une maladie mentale.

Cependant, depuis une quinzaine d'années, des recherches montrent que de telles initiatives sont souvent insuffisantes pour changer le comportement des individus (Casagrande et al., 2007; Wood et Neal, 2016). Par ailleurs, lorsqu'elles sont efficaces, cela est rarement de manière durable (King et al., 2014; Volpp et al., 2009). En effet, la promotion d'un comportement mise sur le fait que les individus développent et maintiennent, par eux-mêmes, une volonté de mettre ce comportement en œuvre. Or, il est commun que la volonté fasse défaut et qu'un individu décide d'agir à l'en-

contre de ce qui lui semble préférable (Kalis et al., 2008). À l'opposé, une habitude bien intégrée (p. ex., se brosser les dents) devient automatique et ne dépend pas d'une volonté constante (Salvador-Carulla et al., 2013; Wood et Neal, 2016).

Techniques de changement du comportement

Face aux limites de la promotion de la santé, de nombreuses techniques d'altération du comportement (*behavior change techniques* ou BCT) ont été identifiées et intégrées aux interventions mises en œuvre pour des enjeux comme le tabagisme, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique (voir Michie et al., 2008). Ces techniques sont considérées comme les ingrédients actifs et les plus petites unités observables des interventions visant à modifier un comportement (Michie et al., 2013). Ainsi, elles sont une partie intégrante de plusieurs formes de psychothérapies. Certains exemples de BCT sont l'établissement d'objectifs, la rétroaction sur un comportement, ainsi que les diverses formes de récompenses et de punitions (Abraham et Michie, 2008).

Tant en psychologie que dans d'autres contextes, ces BCT sont en fait connues et utilisées depuis très longtemps. Cependant, ce n'est que récemment qu'elles ont commencé à être plus explicitement rapportées dans les recherches portant sur le développement et l'évaluation d'interventions liées aux habitudes de vie. Auparavant, les conclusions de ces recherches se limitaient souvent au fait qu'une intervention était significativement plus efficace qu'une autre intervention ou que l'absence d'une intervention. Il n'était alors pas possible d'identifier le ou les mécanismes d'action de l'intervention ayant contribué à cette efficacité (Michie et al., 2013). Par exemple, dans une étude randomisée contrôlée montrant l'effet significatif d'une intervention numérique pour la cessation du tabagisme, Brendryen et Kraft (2008) ont reconnu que les causes exactes de son efficacité ne sont pas claires et qu'étant donné sa nature complexe et multidimensionnelle, plusieurs mécanismes sont probablement impliqués.

Pour remédier à cette limite, depuis 2008, un nombre grandissant de techniques ont été recensées dans des taxonomies à visée exhaustive (Abraham et Michie, 2008) ou conçues pour des types d'interventions spécifiques (p. ex., Bird et al., 2012). À ce jour, la taxonomie la plus complète répertorie 93 BCT en 16 groupes différents (Michie et al., 2013). Le développement de cette taxonomie représente une avancée importante dans la direction d'une approche plus systématique dans la recherche sur les interventions au service des saines habitudes de vie. Elle facilite notamment l'identification des mécanismes d'action (c'est-à-dire des BCT) les plus efficaces selon les caractéristiques d'un indi-

¹ Les recherches et la pratique, en santé publique, ont aussi mis de l'avant d'autres types de mesures telles que l'adoption de politiques publiques et la modification des milieux de vie (Buss et al., 2020), mais puisqu'elles ne sont pas pertinentes pour le développement d'outils numériques pour les individus, elles ne sont pas considérées ici.

vidu et de son environnement. D'ailleurs, une édition complète de la revue *Health Psychology Review* a récemment été consacrée à ce sujet, incluant quatre *meta-reviews* (des synthèses de plusieurs méta-analyses) très rigoureuses (voir Davidson et Scholz, 2020).

Cependant, malgré ces vastes efforts de synthèses des connaissances, les résultats sont limités quant à leur capacité à guider le développement de nouvelles interventions. En effet, la principale *meta-review* de cette édition spéciale a conclu qu'aucune des BCT évaluées par les 66 méta-analyses considérées n'était efficace pour tous les besoins, et que certaines BCT ne disposaient pas encore de données probantes concluantes (Hennessy et al., 2020). Ainsi, avant d'être en mesure d'établir clairement l'efficacité de ces techniques, particulièrement au sein d'un outil numérique, davantage de recherches sont nécessaires. Par ailleurs, les recherches sur les BCT ne prennent pas en compte tous les aspects du comportement humain qui influencent les habitudes de vie. En effet, elles semblent ignorer les importantes pistes offertes par le domaine de l'économie comportementale.

Approches de l'économie comportementale

Née au courant des années 1980 des travaux de Daniel Kahneman et Richard Thaler, l'économie comportementale est une branche de l'économie s'appuyant sur les recherches en psychologie cognitive des récentes décennies (Nagatsu, 2015). Alors que la promotion de la santé et plusieurs BCT reposent sur l'idée que les individus agissent de manière rationnelle par rapport à leur santé, les principes de l'économie comportementale suggèrent que ce n'est souvent pas le cas. Selon ce point de vue, les habitudes de vie seraient plutôt influencées par divers biais cognitifs inconscients. Par exemple, la préférence pour le présent et la dévalorisation des gains futurs font que, face à un choix entre une gratification à long terme et une gratification à court terme d'une valeur objective moindre, l'humain aurait tendance à privilégier le bénéfice à court terme (Barlow et al., 2016; Loewenstein et al., 2012).

Les recherches sur le sujet offrent d'intéressantes pistes sur les manières de décourager les mauvaises habitudes de vie et de favoriser celles qui sont meilleures pour la santé. Par exemple, le menu d'une cafétéria peut être modifié de sorte que les options les plus saines deviennent les plus populaires. Autrement dit, en modifiant la manière dont différents choix leurs sont présentés, il est possible d'influencer positivement les habitudes alimentaires des gens (Arno et Thomas, 2016). Dans d'autres contextes, puisque les individus tendent à accorder plus de valeur aux gains immédiats qu'aux gains futurs, l'utilisation d'incitatifs financiers est aussi une autre approche qui peut s'avérer utile, notam-

ment pour favoriser une activité physique initiale jusqu'à ce qu'une habitude durable se développe, par exemple (Mitchell et al., 2013).

Bien que prometteuses, ces pistes d'application des principes de l'économie comportementale demanderont, elles aussi, beaucoup de recherches additionnelles pour en vérifier l'efficacité dans une variété de contextes. Naturellement, elles gagneront aussi à être intégrées aux analyses, aux perspectives et aux conclusions de l'ensemble des axes de recherche identifiés.

Les enjeux technologiques

Un autre axe du champ de recherche exploré ici est constitué des questions se rapportant à l'aspect technologique du développement d'outils numériques. Encore une fois, couvrir l'ensemble de ces questions dépasserait le cadre du présent article, mais à titre d'exemples, deux d'entre elles seront abordées. La première relève surtout du domaine du design et la seconde concerne la sécurité des données des utilisateurs.

Design

L'expérience utilisateur d'un outil numérique est l'ensemble des « perceptions et réactions d'un utilisateur qui résultent de l'utilisation effective et/ou anticipée » de cet outil (Organisation internationale de normalisation, 2019). Une question se pose : comment concevoir une expérience qui soit non seulement utile, mais aussi attrayante, conviviale et engageante ? En effet, si l'expérience que l'outil offre à ses utilisateurs laisse à désirer (par exemple, parce qu'il n'est pas facile d'emploi), il est probable que ceux-ci ne l'utiliseront pas suffisamment longtemps pour en tirer les bénéfices escomptés, même si l'outil promeut des objectifs pertinents et intègre des techniques d'interventions efficaces (Murray et al., 2016; Yardley et al., 2016).

Puisqu'une intervention doit aussi faire l'objet d'un certain design pour être offerte par le biais d'un outil numérique, il existe évidemment de nombreux liens entre cet enjeu et celui du choix des techniques et des stratégies d'interventions. Malheureusement, ces deux sujets ont rarement été intégrés dans le cadre de recherches communes.

Sécurité des données

Un autre enjeu technologique important pour le développement du type d'outil considéré ici est de développer une façon sécuritaire de traitement des données des utilisateurs, afin d'éviter qu'elles ne soient utilisées à l'encontre de ces derniers (Nurgalieva et al., 2020). Cet enjeu est particulièrement problématique lorsque ces données sont de nature sensible, comme c'est le cas pour beaucoup d'informa-

tions liées à la santé d'une personne (Maher et al., 2019; Martinez-Martin et Kreitmair, 2018). Par exemple, aux mains d'une compagnie comme Facebook, des données liées aux symptômes dépressifs ou anxieux d'une personne peuvent être utilisées à des fins de marketing (Reilly, 2017). Or, en plus de sa dimension technique (qui dépasse, elle aussi, le cadre de cet article), cette question est intimement liée à un autre axe du champ de recherche qui nous intéresse, soit celui de l'éthique.

Les enjeux éthiques

Si tous les axes de recherche identifiés jusqu'à présent sont liés, celui de l'éthique se distingue un peu puisqu'il peut être considéré comme un axe transversal. Autrement dit, chacun des trois axes précédents soulève ses propres questions éthiques.

Au niveau technologique, d'abord, l'enjeu de la sécurité – et plus particulièrement de la confidentialité – des données des utilisateurs en est un exemple. Un autre exemple est le défi de favoriser un consentement libre et éclairé au partage de données, du point de vue de l'expérience utilisateur, en assurant à l'utilisateur la possibilité de changer d'idée quant à sa participation en tout temps (pour une piste intéressante à cet effet, voir Kaye et al., 2015).

En lien avec les habitudes de vie à promouvoir, une question se pose sur le caractère éthique concernant la division de ces habitudes en catégories dichotomiques telles que « approuvé » et « désapprouvé » (Skrabanek, 1994, cité par Mayes, 2016, p. 2), puisqu'une telle catégorisation repose sur des normes socialement construites qui ne sont pas partagées par tous. Ce genre de catégories pourrait ainsi aller à l'encontre des valeurs d'une personne considérant le plaisir à court terme plus important que la longévité, par exemple. Par ailleurs, certains auteurs soutiennent que des enjeux comme l'obésité sont en fait causés par des facteurs systémiques, tels qu'un manque d'accès à des aliments frais, de qualité et abordables sur un territoire donné. Selon ce point de vue, se concentrer sur les comportements individuels serait non seulement peu efficace, mais aussi sujet à questionnement sur le plan éthique, puisque cela revient à tenir l'individu responsable des lacunes de son environnement (Mayes, 2016, p. 3).

Enfin, les stratégies d'interventions basées sur les principes de l'économie comportementale soulèvent aussi certains enjeux éthiques. Par exemple, quelles conditions sont acceptables pour influencer le comportement d'un individu par le biais d'incitations passives (*nudges*) agissant à un niveau inconscient? En effet, de telles incitations n'amènent-elles

pas les gens, notamment, à agir d'une manière différente de leurs désirs profonds et à perdre leur autonomie (Schmidt et Engelen, 2020)?

Toutes ces questions font l'objet de travaux par des chercheurs du domaine de l'éthique appliquée (pour un aperçu partiel, voir Kreitmair et al., 2017). Cependant, il est possible de se demander dans quelle mesure les résultats de ces travaux sont considérés par les chercheurs des trois autres axes de recherche. Par exemple, bien que des manières plus éthiques de gérer le consentement à participer à des projets de recherche aient été identifiées depuis plus de dix ans, leur adoption demeure encore faible (Teare et al., 2021). Par ailleurs, malgré toutes les connaissances utiles qu'on en tire, le fait que chaque axe de recherche fonctionne plus ou moins en silo est aussi, en soi, un enjeu non négligeable.

Les conséquences de l'éclatement

Le manque d'intégration des quatre axes de recherche identifiés précédemment est problématique à au moins deux niveaux: pour la production de la recherche et pour son utilisation. Dans le premier cas, un des enjeux concerne les études randomisées-contrôlées menées afin de vérifier l'efficacité d'un outil ou de produire des données probantes pour appuyer le développement d'un nouvel outil. Le large champ de recherche qui vient d'être abordé permet d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité d'un tel outil. À nouveau, ces facteurs sont nombreux et relèvent de disciplines variées. L'enjeu est que ces facteurs ne sont évidemment pas tous pris en compte lorsqu'une étude cherche à évaluer l'effet d'une intervention (ou d'une technique) contrôlée². Tant les résultats significatifs que non significatifs sont donc susceptibles d'avoir été influencés par un facteur indépendant de ceux à l'étude. Autrement dit, les recherches sont limitées dans leurs capacités à déterminer les raisons (ou mécanismes d'action) qui font qu'une intervention est efficace ou non (Sumner et al., 2018). Ainsi, une équipe de recherche souhaitant développer une intervention d'une nature légèrement différente ne peut savoir sur quels aspects des interventions précédemment étudiées elle devrait s'appuyer.

Dans le deuxième cas, c'est-à-dire au niveau de l'utilisation de la recherche, se baser sur un champ de recherche aussi éclaté fait qu'il est très difficile de prendre en considération l'ensemble des meilleures pratiques issues des quatre axes identifiés. C'est d'ailleurs le défi qui a été rencontré dans le projet de recherche qui a mené à la rédaction du présent article. En conséquence, même les travaux qui tentent de faire la synthèse de ces meilleures pratiques ne couvrent qu'une partie des quatre axes de recherche identifiés. Les

2 Pour une analyse des limites de telles études, voir Deaton et Cartwright (2018).

umbrella reviews, *meta-reviews* et autres synthèses de connaissances citées précédemment en sont des exemples.

Comme l'ont observé Ferretti et al. (2019), la plupart des lignes directrices fournies par les organisations internationales et les gouvernements souffrent du même problème, puisqu'elles sont morcelées en une variété de références parfois très spécifiques. Par exemple, le guide de bonnes pratiques du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada (2012) pour le développement d'applications mobiles peut être utile, mais pas autant que s'il avait intégré à un tout plus large. Lorsqu'on les considère conjointement, ces travaux et documents donnent un aperçu de ce que pourraient être les fruits d'un champ de recherche mieux intégré.

Des pistes pour une plus grande intégration

Quelques démarches contribuent déjà à mieux intégrer les recherches liées à l'utilisation du numérique pour favoriser de saines habitudes de vie. Par exemple, la British Standards Institution (2015) a publié un document intitulé *Health and wellness apps – Quality criteria across the life cycle – Code of practice* qui couvre plusieurs aspects du développement de telles applications, notamment sur les plans technologique et éthique.

Pour les projets visant spécifiquement la santé mentale, le modèle articulé par Mohr et al. (2017) pour accélérer le développement et la mise en œuvre de services s'appuyant sur le numérique semble également pertinent. Il vise à intégrer la recherche clinique – qui est ici liée aux habitudes de vie à privilégier et aux moyens de les favoriser – avec les meilleures pratiques pour la conception de nouvelles technologies. Cette intégration est aussi organisée de sorte que les services conçus ne soient pas seulement l'objet de recherches, mais que la population ciblée en bénéficie réellement.

À un autre niveau, en mettant en relation plus de 200 chercheurs dans une grande variété de disciplines (PULSAR, 2019), la plateforme de recherche et d'innovation en santé durable PULSAR, à l'Université Laval, offre une vision très inspirante et prometteuse de la manière dont le champ de recherche encore plus vaste de la santé durable peut être intégré³. Pour l'instant, aucun des projets publiquement soutenus par PULSAR ne vise le développement d'un outil numérique pour favoriser de saines habitudes de vie, mais étant donné sa mission et son approche scientifique, la plateforme serait tout indiquée pour accueillir et soutenir de tels projets.

Au-delà d'éventuels projets spécifiques, il est souhaitable qu'un vaste réseau multidisciplinaire de chercheurs puisse se développer à l'échelle mondiale. Ces chercheurs pourraient alors collaborer à générer un plus grand nombre de données probantes d'une manière coordonnée et systématique. Au sein de ce même réseau, des équipes pourraient produire régulièrement de nouvelles synthèses de connaissances et mettre à jour, en fonction de celles-ci, des guides de meilleures pratiques. Des outils technologiques variés pourraient ensuite être développés sur la base de ces pratiques, puis faire eux-mêmes l'objet de recherches pour valider leur efficacité. Si de tels développements peuvent survenir, alors le potentiel grandement anticipé de ces outils pourrait finalement se réaliser.

Références

- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology, 27*(3), 379-387. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.379>
- Alliance Santé Québec. (s. d.). *Qu'est-ce que la santé durable?* Alliance santé Québec. <https://www.alliancesantequebec.com/quest-ce-que-la-sante-durable/>
- Angelino, D., Godos, J., Ghelfi, F., Tieri, M., Titta, L., Lafranchi, A., Marventano, S., Alonzo, E., Gambera, A., Sciacca, S., Buscemi, S., Ray, S., Galvano, F., Rio, D. D., & Grosso, G. (2019). Fruit and vegetable consumption and health outcomes: An umbrella review of observational studies. *International Journal of Food Sciences and Nutrition, 70*(6), 652-667. <https://doi.org/10.1080/09637486.2019.1571021>
- Arno, A., & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 16*(1), 676. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3272-x>
- Bardus, M., van Beurden, S. B., Smith, J. R., & Abraham, C. (2016). A review and content analysis of engagement, functionality, aesthetics, information quality, and change techniques in the most popular commercial apps for weight management. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 13*(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0359-9>
- Barlow, P., Reeves, A., McKee, M., Galea, G., & Stuckler, D. (2016). Unhealthy diets, obesity and time discounting: A systematic literature review and network analysis. *Obesity Reviews, 17*(9), 810-819. <https://doi.org/10.1111/obr.12431>

3 Tel que définie par Alliance Santé Québec (s. d.), la «santé durable est un état complet de bien-être physique, mental et social qui est atteint et maintenu tout au long de la vie grâce à des conditions de vie saines, enrichissantes et épanouissantes et grâce à l'accès à des ressources appropriées, de qualité, utilisées de manière responsable et efficiente, au bénéfice des générations actuelles et futures».

- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P., Baugh, V., Bekedam, H., Billo, N., Casswell, S., Cecchini, M., Colagiuri, R., Colagiuri, S., Collins, T., Ebrahim, S., Engelgau, M., Galea, G., Gaziano, T., Geneau, R., ... Watt, J. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, 377(9775), 1438-1447. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60393-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60393-0)
- Bennett, J. E., Kontis, V., Mathers, C. D., Guillot, M., Rehm, J., Chalkidou, K., Kengne, A. P., Carrillo-Larco, R. M., Bawah, A. A., Dain, K., Varghese, C., Riley, L. M., Bonita, R., Kruk, M. E., Beaglehole, R., & Ezzati, M. (2020). NCD Countdown 2030: Pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet*, 396(10255), 918-934. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31761-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31761-X)
- Bird, E., Baker, G., Mutrie, N., Ogilvie, D., Sahlqvist, S., & Powell, J. (2012). Using a reliable taxonomy to code the content of walking and cycling interventions: Challenges and recommendations for future reporting. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, 270. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2012.11.654>
- Brendryen, H., & Kraft, P. (2008). Happy Ending: A randomized controlled trial of a digital multi-media smoking cessation intervention. *Addiction*, 103(3), 478-484. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02119.x>
- British Standards Institution. (2015). *Health and wellness apps: Quality criteria across the life cycle – code of practice*. [https://shop.bsigroup.com/upload/271432/PAS%20277%20\(2015\)bookmarked.pdf](https://shop.bsigroup.com/upload/271432/PAS%20277%20(2015)bookmarked.pdf)
- Buss, P. M., Hartz, Z. M. de A., Pinto, L. F., & Rocha, C. M. F. (2020). Health promotion and quality of life: A historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4723-4735. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- Casagrande, S. S., Wang, Y., Anderson, C., & Gary, T. L. (2007). Have Americans increased their fruit and vegetable intake?: The trends between 1988 and 2002. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(4), 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.12.002>
- Catalan-Matamoros, D., Gomez-Conesa, A., Stubbs, B., & Vancampfort, D. (2016). Exercise improves depressive symptoms in older adults: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research*, 244, 202-209. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.028>
- Cohen, A. B., Mathews, S. C., Dorsey, E. R., Bates, D. W., & Safavi, K. (2020). Direct-to-consumer digital health. *The Lancet Digital Health*, 2(4), e163-e165. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30057-1](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30057-1)
- Commissariat à la protection de la vie privée du Canada. (2012, octobre 24). *Une occasion à saisir: Développer des applis mobiles dans le respect du droit à la vie privée*. https://www.priv.gc.ca/fr/sujets-lies-a-la-protection-de-la-vie-privee/technologie/appareils-mobiles-et-numeriques/applications-mobiles/gd_app_201210/
- Covolo, L., Ceretti, E., Moneda, M., Castaldi, S., & Gelatti, U. (2017). Does evidence support the use of mobile phone apps as a driver for promoting healthy lifestyles from a public health perspective? A systematic review of Randomized Control Trials. *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2231-2243. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.032>
- Dale, L. P., Vanderloo, L., Moore, S., & Faulkner, G. (2019). Physical activity and depression, anxiety, and self-esteem in children and youth: An umbrella systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 16, 66-79. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.12.001>
- Davidson, K. W., & Scholz, U. (2020). Understanding and predicting health behaviour change: A contemporary view through the lenses of meta-reviews. *Health Psychology Review*, 14(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1719368>
- Deaton, A., & Cartwright, N. (2018). Understanding and misunderstanding randomized controlled trials. *Social science & medicine (1982)*, 210, 2-21. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.005>
- de Matos, N., Correia, M. B., Saura, J. R., Reyes-Menendez, A., & Baptista, N. (2020). Marketing in the Public Sector—Benefits and Barriers: A Bibliometric Study from 1931 to 2020. *Social Sciences*, 9(10), 168. <https://doi.org/10.3390/socsci9100168>
- Direito, A., Pfaeffli Dale, L., Shields, E., Dobson, R., Whittaker, R., & Maddison, R. (2014). Do physical activity and dietary smartphone applications incorporate evidence-based behaviour change techniques? *BMC Public Health*, 14(1), 646. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-646>
- Ekmekcioglu, C. (2020). Nutrition and longevity – From mechanisms to uncertainties. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 60(18), 3063-3082. <https://doi.org/10.1080/10408398.2019.1676698>
- Erickson, K. I., Hillman, C., Stillman, C. M., Ballard, R. M., Bloodgood, B., Conroy, D. E., Macko, R., Marquez, D. X., Petruzzello, S. J., & Powell, K. E. (2019). Physical activity, cognition, and brain outcomes: A review of the 2018 physical activity guidelines. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(6), 1242-1251. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001936>
- Ferretti, A., Ronchi, E., & Vayena, E. (2019). From principles to practice: Benchmarking government guidance on health apps. *The Lancet Digital Health*, 1(2), e55-e57. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30027-5](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30027-5)

- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, S. B., Jackson, S. E., Smith, L., Eaton, M., Jacka, F. N., Veronese, N., Marx, W., Ashdown-Franks, G., Siskind, D., Sarris, J., Rosenbaum, S., ... Stubbs, B. (2020). A meta-review of "lifestyle psychiatry": The role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry, 19*(3), 360-380. <https://doi.org/10.1002/wps.20773>
- Galán Labaca, I., Segura-García, L., Álvarez, F. J., & Bosque-Prous, M. (2020). Differential health effects of alcoholic beverages: An umbrella review of observational studies. *Revista Espanola de Salud Publica, 94*. <https://europepmc.org/article/med/33177485>
- Garnett, C. V., Crane, D., Brown, J., Kaner, E. F. S., Beyer, F. R., Muirhead, C. R., Hickman, M., Beard, E., Redmore, J., de Vocht, F., & Michie, S. (2018). Behavior change techniques used in digital behavior change interventions to reduce excessive alcohol consumption: A meta-regression. *Annals of Behavioral Medicine, 52*(6), 530-543. <https://doi.org/10.1093/abm/kax029>
- Hennessy, E. A., Johnson, B. T., Acabchuk, R. L., McCloskey, K., & Stewart-James, J. (2020). Self-regulation mechanisms in health behavior change: A systematic meta-review of meta-analyses, 2006–2017. *Health Psychology Review, 14*(1), 6-42. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679654>
- Jain, A. (2012). Branding yoga: The cases of Iyengar Yoga, Siddha Yoga and Anusara Yoga. *Approaching Religion, 2*(2), 3-17. <https://doi.org/10.30664/ar.67499>
- Kalis, A., Mojzisch, A., Schweizer, T. S., & Kaiser, S. (2008). Weakness of will, akrasia, and the neuropsychiatry of decision making: An interdisciplinary perspective. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 8*(4), 402-417. <https://doi.org/10.3758/CABN.8.4.402>
- Kaye, J., Whitley, E. A., Lund, D., Morrison, M., Teare, H., & Melham, K. (2015). Dynamic consent: A patient interface for twenty-first century research networks. *European Journal of Human Genetics, 23*(2), 141-146. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2014.71>
- King, A. C., Hekler, E. B., Castro, C. M., Buman, M. P., Marcus, B. H., Friedman, R. H., & Napolitano, M. A. (2014). Exercise advice by humans versus computers: Maintenance effects at 18 months. *Health psychology, 33*(2), 192-196. <https://doi.org/10.1037/a0030646>
- Kraus, W. E., Powell, K. E., Haskell, W. L., Janz, K. F., Campbell, W. W., Jakicic, J. M., Troiano, R. P., Sprow, K., Torres, A., & Piercy, K. L. (2019). Physical activity, all-cause and cardiovascular mortality, and cardiovascular disease. *Medicine and science in sports and exercise, 51*(6), 1270-1281. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001939>
- Kreitmair, K. V., Cho, M. K., & Magnus, D. C. (2017). Consent and engagement, security, and authentic living using wearable and mobile health technology. *Nature Biotechnology, 35*(7), 617-620. <https://doi.org/10.1038/nbt.3887>
- Lang, J. J., Alam, S., Cahill, L. E., Drucker, A. M., Gotay, C., Kayibanda, J. F., Kozloff, N., Mate, K. K. V., Patten, S. B., & Orpana, H. M. (2018). Global Burden of Disease Study trends for Canada from 1990 to 2016. *CMAJ, 190*(44), E1296-E1304. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180698>
- Li, Y., Pan An, Wang Dong D., Liu Xiaoran, Dhana Klodian, Franco Oscar H., Kaptoge Stephen, Di Angelantonio Emanuele, Stampfer Meir, Willett Walter C., & Hu Frank B. (2018). Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the us population. *Circulation, 138*(4), 345-355. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>
- Loef, M., & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine, 55*(3), 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>
- Loewenstein, G., Asch, D. A., Friedman, J. Y., Melichar, L. A., & Volpp, K. G. (2012). Can behavioural economics make us healthier? *BMJ, 344*, e3482. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3482>
- Lyons, E. J., Lewis, Z. H., Mayrsohn, B. G., & Rowland, J. L. (2014). Behavior change techniques implemented in electronic lifestyle activity monitors: A systematic content analysis. *Journal of Medical Internet Research, 16*(8), e192. <https://doi.org/10.2196/jmir.3469>
- Maguire, J. S. (2008). Leisure and the obligation of self-work: an examination of the fitness field. *Leisure Studies, 27*(1), 59-75. <https://doi.org/10.1080/02614360701605729>
- Maher, N. A., Senders, J. T., Hulsbergen, A. F. C., Lamba, N., Parker, M., Onnela, J.-P., Bredenoord, A. L., Smith, T. R., & Broekman, M. L. D. (2019). Passive data collection and use in healthcare: A systematic review of ethical issues. *International Journal of Medical Informatics, 129*, 242-247. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.06.015>
- Manyangu, G., Dineen, B., Geoghegan, R., & Flaherty, G. (2019). Descriptive bibliometric analysis of global publications in lifestyle-based preventive cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology, 20*47487319854827. <https://doi.org/10.1177/2047487319854827>
- Marrero, S. L., Bloom, D. E., & Adashi, E. Y. (2012). Non-communicable Diseases: A global health crisis in a New World order. *JAMA, 307*(19). <https://doi.org/10.1001/jama.2012.3546>
- Martinez-Martin, N., & Kreitmair, K. (2018). Ethical issues for direct-to-consumer digital psychotherapy apps: Addressing accountability, data protection, and consent. *JMIR Mental Health, 5*(2). <https://doi.org/10.2196/mental.9423>

- Mayes, C. (2016). *The Biopolitics of Lifestyle: Foucault, Ethics and Healthy Choices*. Routledge.
- Mehmet, M., Roberts, R., & Nayeem, T. (2020). Using digital and social media for health promotion: A social marketing approach for addressing co-morbid physical and mental health. *Australian Journal of Rural Health, 28*(2), 149-158. <https://doi.org/10.1111/ajr.12589>
- Michie, S., Hardeman, W., Fanshawe, T., Prevost, A. T., Taylor, L., & Kinmonth, A. L. (2008). Investigating theoretical explanations for behaviour change: The case study of ProActive. *Psychology & Health, 23*(1), 25-39. <https://doi.org/10.1080/08870440701670588>
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 46*(1), 81-95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Mitchell, M. S., Goodman, J. M., Alter, D. A., John, L. K., Oh, P. I., Pakosh, M. T., & Faulkner, G. E. (2013). Financial incentives for exercise adherence in adults: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 45*(5), 658-667. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.06.017>
- Mohr, D. C., Lyon, A. R., Lattie, E. G., Reddy, M., & Schueller, S. M. (2017). Accelerating digital mental health research from early design and creation to successful implementation and sustainment. *Journal of Medical Internet Research, 19*(5), e153. <https://doi.org/10.2196/jmir.7725>
- Murray, E., Hekler, E. B., Andersson, G., Collins, L. M., Doherty, A., Hollis, C., Rivera, D. E., West, R., & Wyatt, J. C. (2016). Evaluating digital health interventions: Key questions and approaches. *American journal of preventive medicine, 51*(5), 843-851. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.008>
- Nagatsu, M. (2015). Behavioral economics, history of. Dans *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (p. 443-449). <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.03053-1>
- Nour, M., Chen, J., & Allman-Farinelli, M. (2016). efficacy and external validity of electronic and mobile phone-based interventions promoting vegetable intake in young adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 18*(4), e58. <https://doi.org/10.2196/jmir.5082>
- Nurgalieva, L., O'Callaghan, D., & Doherty, G. (2020). Security and Privacy of mHealth Applications: A Scoping Review. *IEEE Access, 8*, 104247-104268. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.2999934>
- O'Connor, S., Hanlon, P., O'Donnell, C. A., Garcia, S., Glanville, J., & Mair, F. S. (2016). Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: A systematic review of qualitative studies. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 16*(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0359-3>
- Organisation internationale de normalisation. (2019). *Ergonomie de l'interaction homme-système—Partie 210: Conception centrée sur l'opérateur humain pour les systèmes interactifs (Norme ISO no 9241-210:2019)*. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-210:ed-2:v1:fr>
- Organisation mondiale de la santé. (2018, juin 1). *Maladies non transmissibles*. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Paré, G., Leaver, C., & Bourget, C. (2018). Diffusion of the digital health self-tracking movement in Canada: Results of a national survey. *Journal of Medical Internet Research, 20*(5), e177. <https://doi.org/10.2196/jmir.9388>
- Poole, R., Kennedy, O. J., Roderick, P., Fallowfield, J. A., Hayes, P. C., & Parkes, J. (2017). Coffee consumption and health: Umbrella review of meta-analyses of multiple health outcomes. *BMJ, 359*, 5024. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5024>
- PULSAR. (2019, Décembre 10). *Vers une recherche plus collaborative en santé*. <https://pulsar.ca/actualites/vers-une-recherche-plus-collaborative-en-sante>
- Reilly, M. (2017, Mai 1). *Is Facebook targeting ads at sad teens?* MIT technology review. <https://www.technologyreview.com/2017/05/01/105987/is-facebook-targeting-ads-at-sad-teens/>
- Rezende, L. F. M. de, Sá, T. H. de, Markozannes, G., Rey-López, J. P., Lee, I.-M., Tsilidis, K. K., Ioannidis, J. P. A., & Eluf-Neto, J. (2018). Physical activity and cancer: An umbrella review of the literature including 22 major anatomical sites and 770 000 cancer cases. *British Journal of Sports Medicine, 52*(13), 826-833. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098391>
- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: A systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science, 11*(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7>
- Salvador-Carulla, L., Alonso, F., Gomez, R., Walsh, C. O., Almenara, J., Ruiz, M., & Abellán, M. J. (2013). Basic concepts in the taxonomy of health-related behaviors, habits and lifestyle. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 10*(5), 1963-1976. <https://doi.org/10.3390/ijerph10051963>
- Schmidt, A. T., & Engelen, B. (2020). The ethics of nudging: An overview. *Philosophy Compass, 15*(4), e12658. <https://doi.org/10.1111/phc3.12658>

- Sumner, J. A., Carey, R. N., Michie, S., Johnston, M., Edmondson, D., & Davidson, K. W. (2018). Using rigorous methods to advance behaviour change science. *Nature human behaviour*, 2(11), 797-799. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0471-8>
- Taj, F., Klein, M. C. A., & Halteren, A. van. (2019). Digital health behavior change technology: Bibliometric and scoping review of two decades of research. *JMIR MHealth and UHealth*, 7(12), e13311. <https://doi.org/10.2196/13311>
- Teare, H. J. A., Pictor, M., & Kaye, J. (2021). Reflections on dynamic consent in biomedical research: The story so far. *European Journal of Human Genetics*, 29(4), 649-656. <https://doi.org/10.1038/s41431-020-00771-z>
- Truss, A., Marshall, R., & Blair-Stevens, C. (2010). A history of social marketing. Dans *Social marketing and public health: Theory and practice* (p. 19-28).
- Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., Galvin, R., Zhu, J., Wan, F., DeGuzman, J., Corbett, E., Weiner, J., & Audrain-McGovern, J. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 360(7), 699-709. <https://doi.org/10.1056/NEJMs0806819>
- Wagner, K.-H., & Brath, H. (2012). A global view on the development of non communicable diseases. *Preventive Medicine*, 54, S38-S41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.11.012>
- Wood, W., & Neal, D. T. (2016). Healthy through habit: Interventions for initiating & maintaining health behavior change. *Behavioral Science & Policy*, 2(1), 71-83. <https://doi.org/10.1353/bsp.2016.0008>
- Yardley, L., Spring, B. J., Riper, H., Morrison, L. G., Crane, D. H., Curtis, K., Merchant, G. C., Naughton, F., & Blandford, A. (2016). Understanding and promoting effective engagement with digital behavior change interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 833-842. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.015>

Pour citer l'article

Fortin-Vidah, G. (2021). Favoriser de saines habitudes de vie à l'aide du numérique: plaidoyer pour une approche scientifique intégrée. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 11(1), 5-14.

Droits d'auteur

© 2021 Fortin-Vidah. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

IMPACT DE LA COMORBIDITÉ DANS LE TRAITEMENT DES JOUEURS PATHOLOGIQUES

Noémie DANSEREAU TOUCHETTE^{1*}

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

*noemie.dansereau-touchette.1@ulaval.ca

Résumé

Les jeux de hasard et d'argent ne cessent de se développer à travers le monde et l'accroissement de leur visibilité permet un portrait plus juste des variables impliquées dans la problématique du trouble lié au jeu d'argent. Les données probantes quant à la compréhension de ce trouble se développent rapidement et le jeu d'argent pathologique se présente majoritairement en cooccurrence avec d'autres troubles de santé mentale. Les résultats de recherches ont démontré que jusqu'à 96 % des personnes ayant reçu un diagnostic de jeu d'argent pathologique ont satisfait aux critères d'au moins un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie (Bischof et al., 2013; Kessler et al., 2008; Steel et Blaszczynski, 1998). Par ailleurs, les troubles d'utilisation de substances (TUS) ont un taux de prévalence particulièrement élevé chez les joueurs pathologiques (Cowlshaw et al., 2014; Fernández, 2002) et cette concomitance peut avoir un impact important sur la problématique de même que sur l'issue d'un traitement. De plus, les joueurs pathologiques ne représentent pas un groupe homogène et plusieurs caractéristiques les distinguent entre eux. Ce sont ces caractéristiques qui demandent à être mieux comprises. Ainsi, l'objectif de cet article est d'identifier les différences étiologiques chez les joueurs en lien avec l'impact de la comorbidité, particulièrement le TUS associé au jeu d'argent pathologique (JAP) et leurs influences sur les programmes de traitement.

Mots-clés : joueur pathologique, comorbidité, traitement, recension, jeux de hasard et d'argent

Abstract

Gambling continues to gain in popularity around the world and the increased visibility provides a more accurate picture of the variables involved in the problem of gambling disorder. Evidence to understand this disorder is growing rapidly, and pathological gambling is unique in that it occurs predominantly in co-occurrence with other mental health disorders. Research have shown that up to 96 % of people diagnosed with pathological gambling met criteria for at least one other psychiatric disorder in their lifetime (Bischof et al., 2013; Kessler et al., 2008; Steel and Blaszczynski, 1998). In addition, substance use disorders (SUD) have a particularly high prevalence rate among pathological gamblers (Cowlshaw et al., 2014; Fernández, 2002) and this concomitance can have a strong impact on the disorder itself as well as on the outcome of treatment. Pathological gamblers do not represent an homogeneous group and several characteristics distinguish them from each other. These characteristics need to be better understood. Thus, the objective of this article is to identify the etiological differences in gamblers in relation to the impact of the comorbidity, particularly the SUD associated with pathological gambling (JAP) and their influence on treatment programs.

Keywords : pathological gambler, comorbidity, treatment, review, gambling

L'offre de jeux de hasard et d'argent ne cesse de se développer à travers le monde et l'accessibilité grandissante augmente le risque de développer des comportements addictifs (Chevalier et Allard, 2001; Gijzen et al., 2013). La disponibilité des données probantes quant à la compréhension du jeu d'argent pathologique (JAP) a également suivi cette accélération. Aujourd'hui, la littérature scientifique soutient que le JAP a la particularité de se retrouver majoritairement en cooccurrence avec d'autres troubles de santé mentale tels que le trouble d'utilisation de substances (TUS), les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité (Kessler et al., 2008; Lorains et al., 2011; Pelletier, 2007; Petry et al., 2005; Rush et al., 2008; Sacco et al., 2008). La recherche à ce sujet démontre que jusqu'à 96 % des personnes ayant reçu un diagnostic

de trouble lié au JAP ont satisfait aux critères d'au moins un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie (Bischof et al., 2013; Kessler et al., 2008; Steel et Blaszczynski, 1998). De ce fait, la forte association entre le TUS et les joueurs pathologiques est soutenue dans la littérature scientifique (Cowlshaw et al., 2014; Fernández, 2002; Kessler et al., 2008; Lorains et al., 2011; Petry, 2005). Cette concomitance peut avoir un impact important dans le développement de la problématique de même que dans le maintien des gains associés au traitement ou à la complétion de celui-ci. En effet, lorsque les deux troubles se retrouvent simultanément chez une même personne, la littérature démontre une augmentation de la sévérité clinique, ce qui provoque une capacité de traitement plus complexe ainsi qu'une augmentation de la prévalence des rechutes (Ferland et al., 2018;

Hodgins et el-Guebaly, 2010; Wieczorek et Dąbrowska, 2020). Les comorbidités associées au JAP agissent en amont et en aval de la problématique faisant fluctuer son intensité. Conséquemment, nombreuses sont les variables qui influencent la sévérité du JAP et ces mécanismes doivent être mieux compris afin d'en faciliter la modélisation. Or, les traitements actuellement disponibles font abstraction de la forte comorbidité entre le JAP et d'autres troubles (Pelletier et al., 2008). Cette conception ayant une validité interne unique et délimitée, ne permet pas une validité externe optimale et par conséquent, propose une vision restreinte ne reflétant pas la réalité propre au joueur pathologique. Cette optique peut également entraîner des effets délétères sur celui-ci. En effet, les traitements offerts peuvent eux-mêmes expliquer les taux élevés d'abandon au traitement (Ball et al., 2006). D'une part, il existe un enjeu à traiter les joueurs pathologiques ayant un double diagnostic dans un court laps de temps et dans un délai normalisé. Étant donné la sévérité clinique importante pour cette catégorie de joueur, le traitement peut être moins efficace. D'autre part, l'absence de lignes directrices pour les joueurs pathologiques atteints de troubles comorbides demeure préoccupante. Dans ce contexte, le but de cet article consiste à faire le point sur les connaissances actuelles concernant l'impact de la comorbidité dans le traitement pour joueurs pathologiques. Plus précisément, cette recension a pour objectifs de mettre en lumière les différentes variantes étiologiques du joueur pathologique en concordance avec l'impact du TUS sur le traitement du JAP.

L'hétérogénéité des joueurs pathologiques

Typologie des joueurs pathologiques

Bien que les psychopathologies et les traits de personnalités diffèrent entre les joueurs pathologiques, ceux-ci ont principalement été étudiés de façon homogène (Milosevic et Ledgerwood, 2010). Pour mieux conceptualiser le joueur pathologique, il est nécessaire d'illustrer les sous-groupes afin de comprendre les implications étiologiques, le traitement et la gravité du trouble.

Un des modèles les plus acceptés et utilisés dans la compréhension de l'hétérogénéité des joueurs adultes est celui proposé par Blaszczynski et Nower (2002; Milosevic et Ledgerwood, 2010). Ce modèle, validé par Milosevic et Ledgerwood (2010), propose des variables développementales, neurobiologiques et cognitives ce qui en fait un modèle explicatif complet. Il existe trois typologies distinctes de joueurs selon ces auteurs. D'abord, le joueur au comportement conditionné (CC) est caractérisé par une absence de pathologie prémorbide, ayant des problèmes

de jeu davantage transitoires et présenterait moins d'abus de substances et moins d'impulsivité. Ensuite, le joueur émotionnellement vulnérable (EV) présente des comorbidités préexistantes telles que l'anxiété et la dépression, a de faibles capacités d'adaptation, révèle davantage un historique de milieu familial défavorable et a vécu des événements de vie éprouvants. Finalement, le joueur antisocial impulsif (AI), quant à lui, se définit par une vulnérabilité biologique amenant davantage d'impulsivité, ainsi que par des troubles de la personnalité antisociale, des troubles attentionnels et des comportements sévèrement inadaptés (Blaszczynski et Nower, 2002). Or, chaque sous-groupe présente des caractéristiques qui doivent être prises en compte dans le traitement.

Chez le joueur de type CC, le développement de la problématique serait associé à l'exposition répétée au jeu et son maintien aux contingences comportementales (Blaszczynski et Nower, 2002). Ainsi, les problèmes de jeu sont moins sévères et sont moins susceptibles de subir l'interaction d'une psychopathologie sous-jacente. Les joueurs de type CC oscillent entre le jeu à risque et le JAP, mais en raison d'un bon fonctionnement prémorbide, ils sont plus enclins à vivre du succès dans le traitement (Ledgerwood et Petry, 2010).

Les joueurs de type EV ont des précurseurs similaires au type CC. Cependant, ils utilisent le jeu comme moyen afin de moduler un affect douloureux. Ainsi, ils sont plus résistants au changement de comportement et les interventions doivent inclure à la fois un traitement ciblant les vulnérabilités problématiques reliées au jeu et les vulnérabilités reliées à l'humeur et aux affects (Blaszczynski et Nower, 2002).

Finalement, les joueurs de type AI ont également une vulnérabilité émotionnelle, mais présentent davantage une dysrégulation émotionnelle reliée de près aux troubles de la personnalité limite et antisociale. Or, contrairement aux autres sous-types, les joueurs de type AI sont caractérisés par des niveaux élevés d'impulsivité, un dysfonctionnement neurologique qui, en combinaison avec des psychopathologies sous-jacentes, provoquent une combinaison étiologique unique qui explique l'apparition et le maintien du jeu (Blaszczynski et Nower, 2002). Ainsi, le traitement pour ce type de joueur inclut non seulement le jeu, mais également un éventail de traitements pour d'autres dysfonctionnements, tels les troubles de la personnalité et l'impulsivité (Blaszczynski et Nower, 2002).

La sévérité des problèmes de jeu est supérieure pour les joueurs de type EV et AI (Ledgerwood et Petry, 2010). Bien que les joueurs de type CC répondent mieux au traitement en raison de la moins grande sévérité de la cooccurrence de difficultés psychosociales, Ledgerwood et Petry (2010) ont démontré que lorsqu'ils sont en traitement, les trois sous-

groupes s'améliorent à un rythme similaire. Par contre, en raison de leur sévérité initialement plus élevée, les joueurs de type EV et AI montrent une gravité élevée du JAP à la fin du traitement et pendant la période du suivi. Comme le mentionnent Ledgerwood et Petry (2006), chaque sous-groupe présente des caractéristiques qui leur sont propres et peut nécessiter une approche de traitement différente. Par ailleurs, considérant que les joueurs de type EV et AI ont des difficultés psychosociales plus sévères (Ledgerwood et Petry, 2010) et que le TUS est une comorbidité largement associée à ces types de joueurs (Blaszczynski et Nower, 2002), il est important de comprendre l'interaction de ces deux troubles et leurs mécanismes sous-jacents afin de raffiner les traitements qui leur sont destinés.

Le trouble d'utilisation de substances et le jeu d'argent pathologique : similitudes, différences et prévalence

Il existe de nombreuses similitudes entre le trouble d'utilisation de substances et le jeu d'argent pathologique, particulièrement au niveau des critères diagnostiques dont cinq sont communs entre le TUS et le JAP. Les concordances sont également présentes au niveau neurobiologique par des déficits cognitifs dans les fonctions exécutives et d'inhibition du contrôle tels que l'impulsivité et la compulsion (Bosc et al., 2012; Leeman et Potenza, 2012; Nicholson et al., 2019; Rash et al., 2016). Ainsi, en raison des similitudes étiologiques et théoriques entre ces deux troubles, la prévalence du JAP serait plus élevée parmi les individus présentant un TUS que dans le reste de la population (Arsenault et al., 2001).

Malgré leurs similitudes, les deux troubles doivent être compris séparément, car le traitement du JAP cible uniquement les spécificités propres au joueur pathologique. La caractéristique fondamentale qui démarque le JAP du TUS sont les erreurs cognitives propres au trouble et qui amène une évaluation erronée de la réalité. Toneatto et ses collaborateurs (1997) ont identifié 13 distorsions cognitives qui influencent le maintien des comportements compulsifs de jeu. La plus fréquemment citée de par son importance (Barrault, 2012; Bosc et al., 2012; Lucas, et al., 2011; Toneatto et al., 1997), l'illusion de contrôle, se définit comme étant des comportements ou pensées superstitieuses qui amènent les gens à croire qu'ils influencent l'issue du jeu, niant ainsi la part importante de chance et de hasard. Cela amène les joueurs à attribuer leurs succès à des événements internes (Barrault, 2012). Les profils sociodémographiques et la sévérité clinique diffèrent lorsque les deux troubles sont en concomitance (Ferland et al., 2018). Or, il existe des enjeux cliniques et thérapeutiques lorsque les deux troubles se présentent ensemble.

Dans une étude de Petry et ses collaborateurs (2005), la prévalence pour le trouble d'utilisation de l'alcool (abus et

dépendance) était de 73% chez les JP, tandis que l'étude de Kessler et ses collaborateurs (2008) présentait plutôt une prévalence de 46% pour l'abus de drogue et alcool et de 32% pour la dépendance. Dans une étude combinant une revue systématique et une méta analyse, Lorains et ses collaborateurs (2011) ont trouvé un taux de prévalence de 58% pour le TUS chez les joueurs pathologiques. Or, bien que les taux varient d'une étude à l'autre, en moyenne, un joueur pathologique sur deux présente un TUS (Bronnec, 2010).

Influence du trouble d'utilisation de substances et jeu d'argent pathologique sur le traitement

Sévérité clinique

Un des plus grands impacts lorsque le JAP et le TUS se présentent simultanément demeure l'augmentation de la sévérité clinique. Cette enchevêtrement des deux troubles amène un éventail de difficultés plus importantes dans le processus de traitement (Ferland, et al., 2018; Lister et al., 2015). En effet, en comparant deux groupes mutuellement exclusifs, soit le groupe jeu sans TUS et le groupe jeu avec TUS, Ferland et al. (2018) montrent que les groupes ayant les deux troubles simultanément présentent des besoins en intervention plus importants sur plusieurs plans (p. ex., dégradation des relations interpersonnelles, présence de difficultés psychologiques, professionnelles, financières et judiciaires) et que la concomitance mènerait à une aggravation des difficultés vécues.

Les personnes atteintes de JAP ont également une prévalence plus élevée de symptômes d'anxiété et de dépression qui aggravent les difficultés de traitement (Parhami et al., 2014; Petry et al., 2005). La présence accrue de symptômes d'anxiété et de dépression augmente donc la sévérité clinique et, par conséquent, doit être prise en compte dans le traitement. En outre, interroger les comportements de jeu et intervenir dans les premiers stades du JAP peut empêcher la progression vers des formes plus graves du JAP et prévenir l'apparition d'une comorbidité future (Parhami et al., 2014).

Par ailleurs, certains individus atteints du JAP et du TUS peuvent également omettre de dire l'une ou l'autre des dépendances (Wieczorek et Dąbrowska, 2020). Ainsi, lors d'un traitement, l'intervention demeurera partielle puisqu'elle ne ciblera qu'une partie de la problématique. Ne pas traiter simultanément le JAP et le TUS peut aggraver l'un des deux troubles (Cowlshaw et al., 2014; Wieczorek et Dąbrowska, 2020). Ainsi, ces difficultés illustrent bien l'impact de la cooccurrence du jeu et du TUS lors du traitement.

L'association du JAP et du TUS, lorsque présent simultanément chez une même personne, provoque une interaction

biologique et comportementale engendrant une augmentation de la sévérité clinique (Barnes et al., 2005 ; Vitaro et al., 2007). Vitaro et ses collaborateurs (2007) montrent un lien fort entre la consommation de substances psychoactives, les comportements délinquants et les problèmes liés au jeu. Notamment, la force des relations entre ces trois comportements reste stable de 16 à 23 ans et le lien entre la pratique des JAP et les comportements délinquants augmente. Différents facteurs de risque à l'enfance pourraient expliquer la relation entre ces catégories. Or, il est possible de faire le lien avec le joueur de type AI de Blaszczynski et Nower (2002), sachant que ce type de joueur présente une sévérité clinique accrue et, par conséquent, une capacité de traitement plus difficile et complexe. De plus, plusieurs études ont mis en évidence le rôle de l'impulsivité, particulièrement au niveau de la sévérité des habitudes de jeu, de la consommation de substances psychoactives et du développement de ceux-ci (Gendron, 2012). Nombreuses sont les études ayant démontré une forte relation entre le JAP et un haut niveau d'impulsivité (Blanco et al., 2009 ; Gendron, 2012 ; Rash et al., 2016 ; Vitaro et al., 2007). De ce fait, les analyses de Dussault et ses collaborateurs (2011) ont révélé un lien prédictif positif entre l'impulsivité à l'âge de 14 ans, les symptômes dépressifs et les problèmes de jeu à l'âge de 17 ans. À son tour, les problèmes de jeu à l'âge de 17 ans prédisent une augmentation des symptômes dépressifs de 17 à 23 ans et des symptômes dépressifs à l'âge 17 ans prédisent une augmentation des problèmes de jeu de 17 à 23 ans. Également, Blanco et ses collaborateurs (2009) ont montré une corrélation positive entre le niveau d'impulsivité et la sévérité des symptômes du JAP. Conséquemment, l'impulsivité serait une variable médiatrice, car elle accentue la prise de risques, mène à une sévérité du JAP plus élevée et augmente la consommation de substances psychoactives (van Hamel et al., 2007). Ainsi, le lien entre la consommation et le JAP est médié par une impulsivité biologique plus élevée et peut mener à une pratique plus sévère des jeux de hasard et d'argent. Le traitement pour joueurs pathologiques est associé à une diminution des symptômes du JAP mais a également amoindri l'impulsivité (Blanco et al., 2009). Par conséquent, lors du traitement, il semblerait que des changements dans l'impulsivité pourraient jouer un rôle médiateur sur la gravité des symptômes du JAP (Blanco et al., 2009). Ainsi, il est important d'évaluer l'interaction entre l'impulsivité, la consommation de substances psychoactives et la sévérité des habitudes de jeu en raison de leur influence sur l'issue du traitement.

Efficacité des traitements incluant des problématiques de dépendances variées

Or, qu'en est-il des personnes atteintes de jeu pathologique sans comorbidité avec le TUS qui se retrouvent en

traitement dans les groupes incluant des problématiques de dépendances variées? Tout d'abord, il est important de souligner l'importance de la cohésion du groupe lors d'une thérapie. En effet, plus la cohésion de groupe est forte, meilleure est l'amélioration de la condition des participants. (Burlingame et al., 2011). Cependant, l'hétérogénéité des problématiques de dépendance affaiblirait la force du sentiment de cohésion (Légaré et al., 2019). Le discours des participants fait également mention d'aspects négatifs sur leur expérience lors d'un traitement incluant différentes dépendances (Chevalier et al., 2003 ; Légaré et al., 2019). Ils mentionnent que la thérapie aurait été davantage pertinente et efficace si celle-ci avait exclusivement été centrée sur leur dépendance personnelle (Légaré, 2018).

Il est également important de mentionner que l'utilisation des groupes incluant des problématiques de dépendances variées apparaît inopportun en raison de l'absence d'intervention sur les composantes spécifiques du traitement cognitif comportemental du JAP (Légaré et al., 2019). En effet, ces composantes ne sont pas présentées de manière systématique par les thérapeutes, malgré qu'elles soient identifiées comme étant importantes dans le processus de rétablissement des joueurs (Légaré et al., 2019). Ainsi, le traitement des groupes incluant des problématiques de dépendances variées semble peu approprié pour le joueur pathologique compte tenu de ses caractéristiques spécifiques qui ne sont pas prises en compte dans le traitement.

L'abandon du traitement chez les joueurs pathologiques

Dans une revue systématique comprenant 12 études, Melville et ses collaborateurs (2007) ont montré que l'abandon au sein d'études de traitement psychologique du JAP varie entre 14 et 50 %. De plus, Slutske (2006) rapporte que seulement 7 % à 12 % des personnes ayant reçu un diagnostic de JAP avaient demandé un traitement formel ou assisté à des réunions de Gamblers Anonymes. Certains auteurs tels que Hodgins et el-Guebaly (2000) ou Slutske (2006) croient que ce faible taux serait attribuable au fait que 33 % à 36 % des joueurs pathologiques se rétablissent sans traitement. Cependant, les joueurs pathologiques ayant une sévérité clinique faible ou modérée préfèrent ne pas suivre de traitement (Toneatto et al., 2008). Selon le modèle proposé par Blaszczynski et Nower (2002), il semble que les joueurs s'étant rétablis sans traitement ressemblent le plus étroitement aux joueurs CC qui ont généralement moins de psychopathologies prémorbides (Toneatto et al., 2008).

L'évaluation d'un traitement du JAP d'approche cognitive comportementale implanté au Québec a révélé un taux d'abandon de 5,5 % des joueurs en services internes et 65 % des joueurs en services externes (Allard et Papineau, 2006).

Cela signifie que plus de la moitié des joueurs en traitement à l'externe abandonne le traitement avant sa fin. Or, il faut faire la distinction entre les motifs d'abandon et les variables possiblement prédictives de l'abandon. Le premier réfère aux motifs propres à l'utilisateur (p. ex., manque de temps, la difficulté de transport, etc.), au traitement (p. ex., programme trop répétitif, programme de groupe uniquement, etc.), à l'intervenant (p. ex., manque de rigueur, de formation, d'expérience, etc.) et ne dégage pas de portrait statistiquement significatif (Allard et Papineau, 2006; Demers-Labonté, 2017; Giroux et al., 2015; Melville et al., 2007). Cependant, les motifs d'abandon nous informent que la comorbidité influence la trajectoire personnelle du joueur pathologique en modulant ses actions et perceptions. Quant aux variables possiblement prédictives de l'abandon, les facteurs psychologiques et psychosociaux (p. ex., la dépression, les troubles de personnalité, les abus d'alcool et de drogue, le stade de changement, les comorbidités, l'anxiété et la détresse psychologique) jouent un rôle prépondérant quant à l'issue du traitement (Bergeron et al., 1997; Juneau, 2006; Merkouris et al., 2016). Les recherches sur les variables possiblement prédictives de l'abandon permettent de mieux comprendre l'enjeu des comorbidités et des sous-groupes, tel que décrit par Blaszczynski et Nower (2002) dans la compréhension de l'abandon, particulièrement élevé chez les joueurs pathologiques. En effet, plusieurs auteurs rapportent que présenter une comorbidité est prédictif de l'issue du traitement (Echeburúa et al., 2001; Hodgins et el-Guebaly, 2010; Merkouris et al., 2016). Plus particulièrement, les troubles de personnalité ainsi que le TUS sont deux comorbidités fortement corrélées à l'abandon et à la difficulté de maintenir l'abstinence (Hodgins et el-Guebaly, 2010; Giroux et al., 2015; Merkouris et al., 2016; Milton et al., 2002; Pelletier, 2007). Le jeu, combiné à la consommation d'alcool, entraînerait un renforcement négatif significatif, lequel est particulièrement résistant au traitement et associé à un abandon prématuré (Milton et al., 2002). De plus, ne pas considérer les comorbidités sous-jacentes au JAP dans le traitement constitue une variable prédictive de l'issue du traitement (Légaré et al., 2019; Merkouris et al., 2016). Par ailleurs, tel que rapporté par Leblond et ses collaborateurs (2003), l'impulsivité, une variable importante dans le TUS et le JAP, est significative et prédit l'abandon au traitement. Ceci appuie également la pertinence des sous-groupes de Blaszczynski et Nower (2002), car les joueurs AI et EV montrent un niveau d'impulsivité supérieur et une moins grande réponse au traitement (Ledgerwood et Petry, 2010). Enfin, l'interaction entre le JAP et le TUS doit être mieux comprise afin de développer et suggérer des traitements efficaces.

Plusieurs recommandations ont déjà été portées à l'attention des instances quant à l'amélioration du traitement pour les joueurs pathologiques. De ce fait, au Québec, le Guide

des bonnes pratiques de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (2008) propose, entre autres, que les interventions auprès des joueurs pathologiques s'inscrivent dans un modèle biopsychosocial, allant de la pharmacothérapie aux approches psychosociales. Reconnaître la comorbidité dans l'intervention clinique permet de maximiser la réponse au traitement, améliore la satisfaction du patient et diminue son attrition (Dowling et al., 2015; Maniaci et al., 2017).

Limites

Il faut toutefois demeurer prudent quant aux résultats des études présentées. Le manque d'uniformité dans les études ne permet pas une généralisation adéquate aux populations de joueurs pathologiques. En effet, il est important de mentionner que la notion d'abandon du traitement ne fait pas consensus auprès des chercheurs. Selon certains auteurs, l'abandon se produit avant le début du traitement (Robson et al., 2002), pour d'autres il survient pendant le traitement (Echeburúa et al., 2001). Ainsi, les taux de variabilité rapportés d'une étude à l'autre dépendent de la définition proposée par les auteurs. Le manque de cohérence dans la définition de l'abandon rend difficile la comparaison des résultats entre les études ainsi que leur réplique. Par conséquent, ces études ne permettent pas d'offrir un tableau juste et clair de la situation (Demers-Labonté, 2017; Giroux et al., 2015; Melville et al., 2007).

Également, le taux de prévalence lorsque les TUS et le JAP sont en comorbidités diffère d'une étude à l'autre. Cela s'explique, entre autres, par le fait que les études n'utilisent pas les mêmes outils pour mesurer la dépendance. En effet, certaines études incluent le trouble d'abus de substances (Lorains et al., 2011), d'autres utilisent une mesure pour l'abus et la dépendance (Petry et al., 2005), ou encore, certaines mesurent uniquement l'abus aux drogues et à l'alcool (Kessler et al., 2008). Puisque les outils mesurent des réalités différentes, cela influence l'interprétation des résultats et réduit sa généralisation. Or, il devient impératif d'uniformiser les définitions tant pour l'abandon que pour les mesures reliées au TUS afin de mieux comparer les études entre elles et ainsi améliorer la compréhension des variables impliquées dans le JAP. Ce n'est qu'avec un portrait précis que l'efficacité des traitements deviendra optimale.

Conclusion

La littérature scientifique montre l'hétérogénéité de la problématique et ses conséquences lors du traitement. Les différences étiologiques du JAP ne semblent pas s'harmoniser avec les programmes de traitement standardisés et, par conséquent, peuvent être un facteur explicatif du fort taux

d'abandon. De plus, le taux élevé de comorbidité associé au JAP, particulièrement le TUS, augmente la sévérité et dans de graves circonstances, le traitement peut même avoir un effet iatrogène (Wieczorek et Dąbrowska, 2020). Également, le traitement incluant des dépendances variées fait état d'une non-concordance entre les spécificités propres aux joueurs et les interventions reliées au traitement. Or, les difficultés reliées à la concomitance de ces deux troubles ne permettent pas le traitement optimal. Considérant les taux élevés d'abandon lors du traitement (Melville et al., 2007; Allard et Papineau, 2006) et la faible recherche d'aide (Slutske, 2006), la plupart des études se sont concentrées à identifier les variables prédictives de l'abandon ou les obstacles à la recherche d'aide. Cependant, il serait intéressant de comprendre comment ces joueurs ont surmonté les obstacles à la demande d'aide et quels sont les facteurs associés au maintien du traitement. Une meilleure compréhension des facteurs de protection favorisant le maintien en traitement permettrait d'optimiser les stratégies de traitements et d'en bonifier la conceptualisation.

Références

- Allard, D., & Papineau, É. (2006). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu / Rapport synthèse*. Institut national de santé publique du Québec.
- Arsenault, L., Ladouceur, R., & Vitaro, F. (2001). Jeu de hasard et consommation de substances psychotropes: prévalence, coexistence et conséquences. *Canadian Psychology, 43*(3), 173-184. <https://doi.org/10.1037/h0086890>
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. (2008). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance; guide des bonnes pratiques et offre de services de base*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Ball, S., Carroll, K., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors, 31*(2), 320-330. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.013>
- Barnes, G., Welte, J., Hoffman, J., & Dintcheff, B. (2005). Shared predictors of youthful gambling, substance use, and delinquency. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(2), 165-174. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.2.165>
- Barrault, S. (2012). *Étude des distorsions cognitives, des troubles anxiodépressifs et de la personnalité chez des joueurs pathologiques en ligne et hors ligne*. Université Paris Descartes.
- Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Cournoyer, L.-G. (1997). Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie: une approche multidimensionnelle. Rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U., & Rumpf, H.-J. (2013). Comorbid Axis I-disorders among subjects with pathological, problem, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: Results of the PAGE study. *Psychiatry Research, 210*(3), 1065-1070. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.026>
- Blanco, C., Potenza, M., Kim, S., Ibáñez, A., Zaninelli, R., Saiz-Ruiz, J., & Grant, J. (2009). A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. *Psychiatry Research, 167*(1-2), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.04.023>
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*(5), 487-499. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x>
- Bosc, E., Fatséas, M., Alexandre, J.-M., & Auriacombe, M. (2012). Similitudes et différences entre le jeu pathologique et la dépendance aux substances: qu'en est-il? *L'Encéphale, 38*(5), 433-439. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.02.004>
- Bronnec, M. R.-L. (2010). Jeu et addiction. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique, 168*(7), pp. 509-512. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.06.004>
- Burlingame, G., McClendon, D., & Alonso, J. (2011). Cohesion in Group Therapy. *Psychotherapy, 48*(1), 34-42. <https://doi.org/10.1037/a0022063>
- Chevalier, S., & Allard, D. (2001). *Jeu pathologique et joueurs problématiques; Le jeu à Montréal*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal.
- Chevalier, S., Geoffrion, C., Audet, C., Papineau, É., & Kimpton, M.-A. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 8 — Le point des usagers*. Institut national de santé publique., Montréal.
- Costes, J.-M., Pousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J., Guignard, R., Beck, F., & Arwidson, P. (2011). Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances, 77*. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/niveaux-et-pratiques-jeux-de-hasard-et-argent-en-2010-tendances-77-septembre-2011/>
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Chapman, A., & Radermacher, H. (2014). Pathological and problem gambling in substance use treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(2), 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.019>

- Cox, J., Yu, N., Afifi, T., & Ladouceur, R. (2005). A National Survey of Gambling Problems in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 213-217. <https://doi.org/10.1177/070674370505000404>
- Demers-Labonté, B. (2017). *Synthèse des connaissances sur l'abandon d'un traitement par les joueurs de jeux de hasard et d'argent*. [Mémoire doctoral, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/27881/1/33360.pdf>
- Dowling, N., Cowlshaw, S., Jackson, A., Merkouris, S., Francis, K., & Christensen, D. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(6), 519-539. <http://doi.org/10.1177/0004867415575774>
- Echeburúa, E., Fernandez-Montalvo, J., & Baez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379-383. <http://doi.org/10.1017/S1352465801003113>
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Savard, A.-C., Vézina, É., Légaré, A.-A., Champagne, A., Baillargeon-Lemieux, H., Giroux, I., & Garceau, P. (2018). Les joueurs pathologiques en traitement sont-ils un groupe homogène? Différences selon la concomitance d'un trouble d'utilisation d'une substance. *Journal of Gambling Issues*, 39, 124-146. <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2018.39.11>
- Fernández, D. G.-S. (2002). *La comorbidité chez les joueurs pathologiques en traitement*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8897>
- Gendron, A. (2012). *Influence de la sévérité de la consommation de substances psychoactives, de la détresse psychologique et de l'impulsivité sur la sévérité des habitudes de jeux de hasard et d'argent à l'adolescence*. [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières] <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/6168/1/030403993.pdf>
- Gijzen, P., Jammaer, R., Mourad, H., & Pitchot, W. (2013). Le jeu pathologique: Evolution conceptuelle, caractéristiques cliniques et perspectives psychothérapeutiques. *Revue Médicale de Liège*, 68(5-6), 359-364. Récupéré sur <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/196458/1/Jeu%20pathologique.pdf>
- Giroux, I., Bouchard, S., & Sévigny, S. (2015). *Synthèse des connaissances sur l'entrée, la persistance et l'abandon des joueurs pathologiques en traitement*. Québec, Université Laval.
- Hodgins, D., & el-Guebaly, N. (2010). The Influence of Substance Dependence and Mood Disorders on Outcome from Pathological Gambling: Five-Year Follow-Up. *Journal of Gambling Studies*, 26, 117-127. <http://doi.org/10.1007/s10899-009-9137-9>
- Hodgins, D., & el-Guebaly, N. (2000). Natural and Treatment-assisted Recovery From Gambling Problems: A Comparison of Resolved and Active Gamblers. *Addiction*, 95, 777-789. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95577713.x>
- Juneau, S. (2006). *Motivation et persévérance au traitement; le cas des joueurs pathologiques du Saguenay-Lac-St-Jean*. [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais.]
- Kairouz, S., Paradis, C., Nadeau, L., Hamel, D., & Robillard, C. (2015). Patterns and trends in gambling participation in the Quebec population between 2009 and 2012. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 106(3), 115-120. <http://doi.org/10.17269/CJPH.106.4854>
- Kessler, R., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N., Winters, K., et Shaffer, H. (2008). The prevalence and correlates of DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351-1360. <http://doi.org/10.1017/S0033291708002900>
- Leblond, J., Ladouceur, R., & Blaszczynski, A. (2003). Which pathological gamblers will complete treatment? *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 205-209. <https://doi.org/10.1348/014466503321903607>
- Ledgerwood, D., & Petry, N. (2006). Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research*, 144(1), 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.017>
- Ledgerwood, D., & Petry, N. (2010). Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression and anxiety. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 680-688. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0019906>
- Leeman, R., & Potenza, M. (2012). Similarities and Differences between Pathological Gambling and Substance Use Disorders: A Focus on Impulsivity and Compulsivity. *Psychopharmacology*, 219(2), 469-490. <http://doi.org/10.1007/s00213-011-2550-7>
- Légaré, A.-A. (2018). *Traitements de groupes incluant des joueurs et des toxicomanes: Retombées du traitement et exploration des facteurs thérapeutiques*. [Thèse de doctorat, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/29951/1/34154.pdf>
- Légaré, A.-A., Giroux, I., & Ferland, F. (2019). Traitement en groupe incluant des joueurs et des toxicomanes: atteinte des objectifs thérapeutiques et retombées. *Journal of Gambling Issues*, 41, 124-146. <http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2019.41.7>
- Lister, J., Milosevic, A., & Ledgerwood, D. (2015). Personality traits of problem gamblers with and without alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 47, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.021>

- Lorains, F., Cowlshaw, S., & Thomas, S. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population survey. *Addiction*, 106(3), 490-498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
- Lucas, C., Lucia, R., Legauffre, C., Nichols, E., Morvannou, A., & Adès, J. (2011). Distorsions cognitives dans le jeu récréatif et problématique. Etat de la question. *Alcoologie et addic-tologie*, 33(4), 325-331.
- Maniaci G., La Cascia, C., Picone, F., Lipari, A., Cannizzaro, C., & La Barbera, D. (2017). Predictors of early dropout in treatment for gambling disorder: The role of personality disorders and clinical syndromes. *Psychiatry Research*, 257, 540-545. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.003>
- Melville, K., Casey, L., & Kavanagh, D. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 944-958. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.004>
- Merkouris, S., Thomas, S., Browning, C., & Dowling, N. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 48, 7-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.06.004>
- Milosevic, A., & Ledgerwood, D. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 988-998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.013>
- Milton, S., Rocco, C., Hunt, C., & Prosser, E. (2002). The Effect of Compliance-Improving Interventions on the Cognitive-Behavioural Treatment of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18(2), 207-229. <http://doi.org/10.1023/a:1015580800028>
- Nicholson, R., Mackenzie, C., Aff, T., Keough, M., & Sareen, J. (2019). An Examination of Comorbid Psychiatric Disorders in Disordered Gamblers Versus Other Substance Related Disorders. *Journal of Gambling Studies*, 35(3), 829-847. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09839-y>
- Parhami, I., Mojtabai, R., Rosenthal, R., Afifi, T., & Fong, T. (2014). Gambling and the Onset of Comorbid Mental Disorders: A Longitudinal Study Evaluating Severity and Specific Symptoms. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 207-219. <http://doi.org/10.1097/01.pra.0000450320.98988.7c>
- Pelletier, O. (2007). *Trouble de la personnalité et jeu pathologique: comorbidité et prédicteurs d'abandon du traitement*. [Thèse de doctorat, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/20351>
- Pelletier, O., Ladouceur, R., & Rhéaume, J. (2008). Personality Disorders and Pathological Gambling: Comorbidity and Treatment Dropout Predictors. *International Gambling Studies*, 8(3), 299-313. <https://doi.org/10.1080/14459790802405913>
- Petry, N. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. American Psychological Association.
- Petry, N., Stinson, F., & Grant, B. (2005). Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n0504>
- Rash, C., Weinstock, J., & Van Patten, R. (2016). A review of gambling disorder and substance use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 3-13. <https://doi.org/10.2147/SAR.S83460>
- Robson E., Edwards, J., Smith, G., & Colman, I. (2002). Gambling decisions: An early intervention program for problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 18(3), 235-255. <http://doi.org/10.1023/A:1016888705033>
- Rush, B., Bassani, D., Urbanoski, K., & Castel, S. (2008). Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. *Addiction*, 103(11), 1847-1856. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02338.x>
- Sacco, P., Cunningham-Williams, R., Ostmann, E., & Spitznagel, E. (2008). The association between gambling pathology and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 42(13), 1122-1130. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.11.007>
- Slutske, W. (2006). Natural Recovery and Treatment-Seeking in Pathological Gambling: Results of Two U.S. National Surveys. *The American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297-302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.297>
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.93689511.x>
- Toneatto T., Cunningham, J., Hodgins, D., Adams, M., Turner, N., & Koski-Jannes, A. (2008). Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 111-120. <https://doi.org/10.1080/16066350801923638>
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., & Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies volume*, 3, 253-266. <https://doi.org/10.1023/A:1024983300428>
- van Hamel, A., Derwensky, J., Takane, Y., Dlcho, L., & Gupta, R. (2007). Adolescent Gambling and Coping; within Generalized High-risk Behavior Framework. *Journal of Gambling Studies*, 23(4), 377-393. <http://doi.org/10.1007/s10899-007-9066-4>

- Vitaro, F., Wanner, B., Carbonneau, R., & Tremblay, R. (2007). La pratique des jeux de hasard et d'argent, les comportements délinquants et la consommation problématique de substances psychotropes: une perspective développementale. *Criminologie*, 40(1), 59-77. <https://doi.org/10.7202/016015ar>
- Wieczorek, Ł., & Dąbrowska, K. (2020). Difficulties in treatment of people with comorbid. *Journal of Substance Use*, 25(4), 350-356. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1704078>

Pour citer l'article

Dansereau Touchette, N. (2021). Impact de la comorbidité dans le traitement des joueurs pathologiques. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 11(1), 15-23.

Droits d'auteur

© 2021 Dansereau Touchette. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

MIEUX CONNAÎTRE, MIEUX-ÊTRE : LES CONSÉQUENCES DE L'INSTAURATION DU SYSTÈME DES PENSIONNATS AUTOCHTONES AU CANADA SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES

Oana GEANTA^{1*}

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

*oana.geanta.1@ulaval.ca

Résumé

Entre 1874 et 1996, environ 150 000 enfants des Inuits, des Métis et des Premières Nations du Canada sont arrachés de leur famille et placés dans des pensionnats, sous prétexte qu'ils bénéficieront d'une scolarisation. En réalité, l'État tente de rayer les Autochtones du territoire en les assimilant à la société eurocanadienne. L'État s'engage à « tuer l'Indien dans l'enfant ». Dans ces établissements financés par le gouvernement fédéral et dirigés par l'Église, les enfants sont obligés de renoncer à leur culture autochtone. Les enfants sont également victimes de graves supplices : négligence, travaux forcés et violence physique, psychologique et sexuelle. En reconnaissant les différents passés historiques des diverses populations autochtones, cet article se concentrera sur les Autochtones victimes de l'instauration du système des pensionnats au Canada, dans l'objectif de mettre en lumière les conséquences de cet événement sur les peuples autochtones. Effectivement, la transmission intergénérationnelle des traumatismes, le cumul de difficultés individuelles et collectives, la perte culturelle, la difficulté à divulguer les sévices subis, la perpétuation de ceux-ci dans les communautés, les troubles de santé mentale, la dépendance, les suicides et les difficultés familiales ne sont que quelques séquelles découlant de l'instauration des pensionnats. Cet article vise également à sensibiliser les lecteurs à un traumatisme historique imprégné dans l'histoire du pays, démontrant que la stigmatisation, la discrimination et le racisme à l'égard des Autochtones ne sont qu'une continuité des idéologies assimilationnistes d'autrefois.

Mots-clés : Autochtones, pensionnats, assimilation, colonisation

Abstract

Between 1874 and 1996, approximately 150 000 Inuit, Metis, and First Nations children in Canada were torn from their families and placed in residential schools. Under the pretext of giving them a better education, the government's intentions were to assimilate Indigenous people into Eurocanadian society, by « killing the Indian in the child ». In these federally funded and church-run facilities, children are forced to give up their indigenous culture. Children were also subjected to severe torture : neglect, forced labor, physical, psychological, and sexual violence. Recognizing the historical differences between many Indigenous populations, this article will focus on Indigenous victims of the residential school system in Canada with the aim of highlighting the associated consequences. Indeed, the intergenerational transmission of trauma, the accumulation of individual and collective difficulties, cultural loss, the difficulty in disclosing the abuses suffered as well as the perpetuation of it in the communities, mental health disorders, addiction, suicide, and family difficulties are only a few of many consequences originated from these schools. The second purpose of this article is to sensitize readers to a historical trauma that has been neglected in this country's history, demonstrating that stigma, discrimination, and racism against Indigenous people are only the continuation of the assimilationist's ideologies of the past.

Keywords : Aboriginal people, residential schools, assimilation, colonization

Dès l'arrivée des Européens sur le territoire, une forte tension s'instaure entre eux et les Autochtones. Le rapport à l'autre est problématique (Todorov, 1982). Pour les nouveaux arrivants, la présence des Premiers Peuples, jouissant d'une autonomie complète depuis des millénaires (Bacon, 2020), fait obstacle au développement colonial en Amérique du Nord. Ce sont des « sauvages », des êtres « primitifs » devant être « intégrés à la civilisation » (Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR], 2015a). Les non-Autochtones, ayant appris à croire en la supériorité de leur nation, sont persuadés que le statut social des Autochtones est inférieur à leur. Le Canada actuel est fondé sur ce système

d'inégalité de pouvoirs (CVR, 2012 ; 2015a).

Depuis 500 ans, les Autochtones sont victimes d'innombrables tentatives d'assimilation forcée. Vers 1700, les Français créent des alliances militaires et économiques (p. ex., commerce de fourrure) avec eux pour s'approprier ce territoire qu'ils rebaptisent la Nouvelle-France. La signature du traité de Paris, la Proclamation royale et les traités historiques permettant à la Couronne de prendre possession des terres ancestrales autochtones marquent la période anglaise (1763-1867). À cette époque, les alliances avec les Autochtones deviennent inutiles, car la fourrure perd

en valeur et la menace militaire n'est plus présente. Les Britanniques ont aussi besoin de ressources forestières, soit un élément central au mode de vie des Autochtones avec lequel ils entretiennent des liens sacrés et un rapport de respect (CVR, 2015d). C'est donc au 19^e siècle que les autorités coloniales mentionnent le « problème indien⁴ ». Elles instaurent des mesures de sédentarisation forcée pour déposséder les Autochtones de l'intégralité du territoire et créent des réserves afin d'isoler les communautés, les obligeant à délaisser leur mode de vie traditionnel. Au milieu des années 1800, l'État envisage des stratégies légales, comme l'Acte pour encourager la civilisation graduelle des tribus sauvages en cette province (1857), afin d'assimiler les Autochtones et leur retirer d'autres droits. Après la Confédération (1867), cette loi sert d'assise à la première rédaction de l'Acte des sauvages. Autrement dit, l'objectif est d'éradiquer les Autochtones sur le plan légal et culturel (Bacon, 2020). En 1874, le gouvernement fédéral opte finalement pour l'instauration du système des pensionnats autochtones (CVR, 2015a).

Le système des pensionnats autochtones s'étend sur plus de 130 ans et affecte sept générations. Plusieurs des difficultés socioéconomiques, culturelles, familiales et psychologiques actuelles des Autochtones découlent de cet événement (CVR, 2015a). Toutefois, le manque de sensibilisation historique des non-Autochtones (Vitenti, 2018), l'omission des pensionnats dans les manuels scolaires (CVR, 2012) et le déni des autorités provinciales quant à l'existence du racisme systémique au Québec (Sioui, 2020) démontrent que ce génocide culturel est difficilement reconnu comme ayant façonné le Canada. L'objectif de cet article est de sensibiliser les lecteurs au sujet des pensionnats autochtones en présentant un résumé des événements. L'article vise ensuite à identifier dans la littérature scientifique diverses conséquences de l'instauration du système des pensionnats au Canada sur les peuples autochtones.

Terminologie

L'article utilise le terme « Autochtones » pour désigner collectivement les peuples visés par l'instauration des pensionnats : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les expériences vécues par ces peuples dans les établissements diffèrent collectivement. Il faut aussi reconnaître la diversité considérable au sein de ces communautés⁵ (Lepage, 2019). Celles-ci comprennent des particularités culturelles, structurelles, politiques, traditionnelles et historiques devant être

respectées (Morin, 2009). Les indicateurs de santé varient également entre les populations et la réalité dans les réserves diffère de celle hors réserve, qui ne représente pas un portrait complet des communautés au Canada. D'autres facteurs comme l'âge, le sexe, l'époque de fréquentation des établissements⁶ et le niveau de traumatisme influencent l'expérience des victimes dans les pensionnats. En recherche, il devient difficile de tenir entièrement compte de cette hétérogénéité (Bombay, Matheson et Anisman, 2009) et c'est pourquoi chaque étude se concentre souvent sur une communauté particulière. Il faut ainsi demeurer prudent en interprétant et généralisant des résultats d'un groupe à l'autre (Hackett, Feeny et Tompa, 2016). Ne pouvant résumer intégralement cette variabilité en quelques pages, l'article met plutôt en évidence les difficultés semblables auxquelles les Autochtones sont confrontés à l'échelle nationale.

Les pensionnats autochtones du Canada

Commission de vérité et réconciliation du Canada

Les faits historiques présentés dans cette section sont principalement issus du rapport final de la CVR publié en 2015. Celui-ci met notamment en lumière les témoignages d'environ 7000 survivants des pensionnats et 94 appels à l'action aux gouvernements offrant une voie vers la réconciliation. Créée en 2008 à l'occasion de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens (CRRPI), la CVR avait l'objectif de permettre aux individus, aux familles et aux collectivités de partager leurs expériences des pensionnats. La CVR a organisé sept événements à Inuvik, Halifax, Saskatoon, Montréal, Vancouver et Edmonton pour mobiliser et sensibiliser la population canadienne à l'histoire des pensionnats et pour rendre hommage aux victimes (CVR, 2015a).

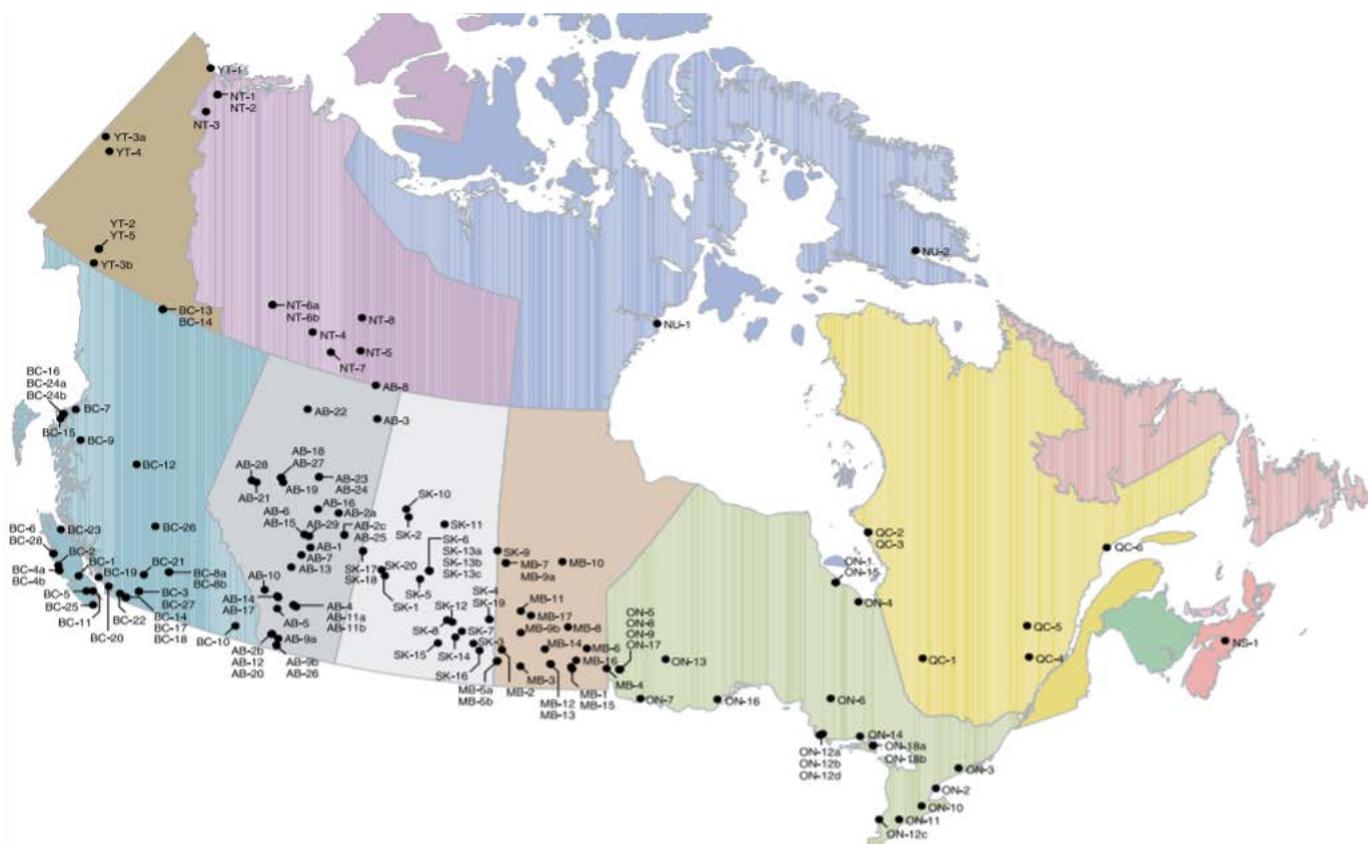
Création des pensionnats et objectifs gouvernementaux

De 1874 à 1996, plus de 150 000 enfants inuits, métis et de Premières Nations sont envoyés aux pensionnats. Les 139 établissements sont financés par l'État fédéral et dirigés par l'Église jusqu'en 1969. Ils sont ensuite pris en charge par l'État jusqu'à la fermeture du dernier établissement en 1996, et en 1980 au Québec (Fondation autochtone de guérison [FADG], 2007).

4 Terme historiquement utilisé pour désigner les Autochtones.

5 Le Québec dénombre 55 communautés regroupant 11 nations (Secrétariat aux Affaires autochtones, 2019). Le Canada regroupe environ 600 communautés réparties en 50 nations (Gouvernement du Canada, 2017).

6 Une amélioration générale des expériences est constatée après la laïcisation des pensionnats en 1969 (p. ex., diminution d'agressions sexuelles rapportées).



Répertoire des pensionnats au Canada (FADG, 2007).

Les pensionnats sont présentés aux Autochtones comme une occasion de bénéficier d'une scolarisation et d'une formation professionnelle. Certains parents envoient leurs enfants en croyant leur fournir une bonne éducation. Cependant, l'objectif du gouvernement fédéral est d'assimiler les Autochtones à la société eurocanadienne. Il vise intentionnellement à détruire les structures politiques et sociales, les pratiques et le patrimoine culturel des Autochtones pour les empêcher de continuer à vivre en tant que groupe (CVR, 2015a). L'État s'en prend alors aux enfants, car à cet âge, les facteurs environnementaux ont un impact majeur sur le développement (National Scientific Council on the Developing Child, 2010). Les Autochtones allant aux pensionnats se font arracher leur famille, leur culture, leur identité et leur spiritualité pour se faire enseigner les rudiments de la société eurocanadienne. À l'âge adulte, ces mêmes individus intégreront la société en tant que citoyens eurocanadiens. Ainsi, si aucun individu ne se considère comme autochtone, l'État s'assure d'un meilleur contrôle des populations, des terres et des ressources. Il peut se départir du fardeau des responsabilités légales et financières envers ces peuples (CVR, 2015a). Duncan Campbell Scott, le surintendant général des Affaires indiennes du Canada (1913 à 1932), mentionne explicitement l'intention gouvernementale :

Notre objectif est de continuer jusqu'à ce qu'il n'y ait plus un seul Indien du Canada qui n'ait été absorbé par notre politique, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de problème indien ni de département des Affaires indiennes [traduction libre] (Library and Archives Canada, RG10, tel que cité par Truth and Reconciliation Commission of Canada, 2015).

En 1920, la Loi sur les Indiens est modifiée. Tous les Autochtones de 4 à 15 ans sont dorénavant obligés d'aller aux pensionnats. Les autorités arrachent alors les enfants de force aux familles (CVR, 2015a).



École de Fort Simpson, Colombie-Britannique (gauche). École de Round Lake, Saskatchewan (droite). Les enfants de tous les âges fréquentent les pensionnats (Archives de l'Église Unie du Canada, tel que cité par CVR, 2015a).

Loi sur les Indiens (1876)

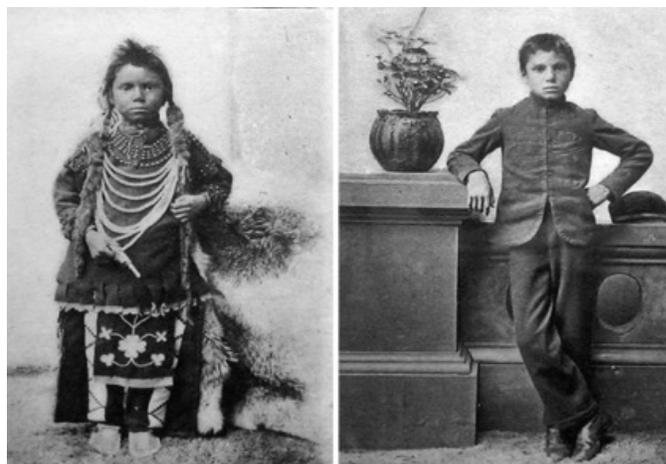
Établie en 1876, la Loi sur les Indiens (Acte des Sauvages) est le principal texte de loi fédérale concernant les Autochtones (CVR, 2015a). Sa plus récente version date de 1985. Au Canada, les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont reconnus comme peuples autochtones (Gouvernement du Canada, 1982), mais la Loi ne s'applique pas aux deux derniers. Par son entremise, l'État fédéral contrôle la vie dans les réserves. Il décide qui a le droit d'être autochtone et de détenir le statut d'Indien. Si plus d'un million d'individus se disent autochtones en 2016, seulement 820 120 personnes sont reconnues légalement (Statistique Canada, 2017c). Les individus détenant le statut d'Indien sont placés sous tutelle du gouvernement et sont soumis à des droits restreints (p. ex., ne pas payer d'impôt). Ils sont aussi reliés à une bande, soit un groupe auquel l'État attribue une portion de territoire appelée réserve. Avec cette loi, l'État gère également les gouvernements et les ressources financières des Premières Nations.

Dans les pensionnats

Les enfants amenés aux pensionnats se retrouvent à des milliers de kilomètres de leur domicile et sont privés de contact familial. Vers 1960, ils obtiennent l'autorisation de visiter annuellement leur famille quelques jours. Plusieurs ne reviennent jamais à la maison, car ils succombent aux supplices subis. Les taux de mortalité infantile aux pensionnats sont exubérants, notamment à cause des maladies, des blessures, des mauvais traitements et des suicides. Chaque école a un cimetière. Environ 3200 morts sont enregistrées, mais l'estimation réelle est supérieure à 6000. Les parents sont rarement avisés du décès des enfants.

Les élèves qui osent fuir les pensionnats y sont ramenés et placés en isolement. Certains sont transférés dans un établissement plus éloigné du domicile. D'autres s'enfuient durant l'hiver et meurent de froid (CVR, 2015a; CVR, 2012).

Dans les établissements, les vêtements traditionnels sont substitués par des uniformes. Les tresses des enfants sont coupées et leurs cheveux sont rasés. Les pensionnaires se font attribuer un numéro ou un nom anglais (Miller, 2020). Avec l'interdiction de parler les langues autochtones, ceux qui ne connaissent pas le français ou l'anglais perdent le droit de parole (CVR, 2015a). Les traditions spirituelles autochtones sont sévèrement punies. Seules les religions à dénomination chrétienne sont autorisées (Miller, 2020). Les élèves sont séparés selon l'âge et le sexe. Les frères et sœurs ne peuvent ainsi pas communiquer. Les enfants sont traités comme des criminels ou des animaux. Ils doivent marcher en file et se laver dans des douches communes, parfois avec des produits chimiques (CVR, 2012).



Thomas Moore avant et après son arrivée au pensionnat (Département des Affaires autochtones et du Nord Canada).

Les élèves suivent un horaire très strict. Ils doivent se livrer à des messes, des entraînements militaires et des travaux en cuisine et dans les champs. Les garçons sont chargés des tâches manuelles, tandis que les filles sont chargées des tâches domestiques. La jeune main-d'œuvre passe plus d'heures à faire d'exigeantes corvées d'entretien d'établissements qu'à étudier. Rarement supervisés, les enfants risquent de sérieuses blessures lorsqu'ils travaillent avec de puissantes machines mal sécurisées (CVR, 2015a). Par exemple, une fillette de Mount Elgin se coince la main dans une presse à vapeur et une élève du pensionnat de Qu'Appelle se fait amputer les doigts par une essoreuse (Bibliothèque et Archives Canada, 1929; 1936, tel que cité par CVR, 2015a).



Pensionnaires travaillant dans les champs d'agriculture (Archives du Synode général de l'Église anglicane du Canada; Bibliothèque et Archives du Canada, tel que cité par CVR, 2015a).

Les professeurs sont peu nombreux (p. ex., deux pour 140 élèves) et sous-qualifiés (CVR, 2015a; Bibliothèque et Archives Canada, 1915, tel que cité par CVR, 2015a). En 1913, quatre-vingt-treize pour cent des enseignants d'écoles rurales d'Alberta, Saskatchewan et Ontario n'ont pas de formation (Stamp, 1970, tel que cité par CVR, 2015a). La qualité des cours donnés est médiocre, ceux-ci sont culturellement inadaptés et donnés en français ou en anglais, des langues inconnues de la majorité des élèves autochtones. Les enseignements sont basés sur des connaissances

strictement eurocanadiennes et sur la conviction que les Autochtones sont intellectuellement inférieurs. Les professeurs persuadent les enfants qu'ils ne valent rien, qu'ils n'ont pas d'avenir et qu'être autochtone est honteux (CVR, 2015a). Conséquemment, les résultats scolaires sont faibles. Après huit ans d'études, plusieurs élèves complètent leur scolarité avec une formation équivalente à la troisième année du primaire et sont illettrés. Ils possèdent quelques aptitudes techniques, mais celles-ci sont insuffisantes pour survivre dans la société eurocanadienne ou dans leurs communautés (CVR, 2015c).

Les pensionnats sont sous-financés, insalubres et dangereux. Les élèves sont intentionnellement sous-alimentés, ingurgitent des aliments périmés et tombent malades. Plusieurs souffrent de carences nutritionnelles. Les bilans des décès causés par des maladies infectieuses, principalement la tuberculose, sont lourds. Les maladies se propagent rapidement dans les établissements surpeuplés et les soins de santé y sont rares. Des enquêteurs rédigent des rapports dénonçant les conditions de vie dans ces bâtiments, mais aucun changement n'est apporté (CVR, 2015a). D'ailleurs, l'État fédéral connaît déjà les dommages causés par les maladies. En 1910, Duncan Campbell Scott écrit à l'agent des Affaires indiennes de la Colombie-Britannique :

Il est facilement admis que les enfants indiens perdent leur résistance naturelle à la maladie en s'habituant de si près dans les pensionnats indiens et qu'ils meurent à un rythme beaucoup plus élevé que dans leurs villages. Mais cela ne justifie pas un changement de politique de ce département qui est orienté vers une solution définitive de notre problème indien [traduction libre] (Department of Indian Affairs Archives, tel que cité par McDougall, 2018).

Peu d'instructions sont données aux employés quant aux mesures disciplinaires, ce qui laisse place aux abus. En 2015, les survivants déposent 37 963 demandes d'indemnisation pour la violence subie aux pensionnats. Les Autochtones sont victimes de sévices affectifs, psychologiques, physiques, sexuels et de négligence grave. Les enfants sont punis avec des instruments variés : baguette, verge de bouleau, lanière en cuir, ceinture, cravache, fouet d'écuyer, pelle, fer à cheval (CVR, 2015a). Les jeunes sont déshabillés, roués de coups, battus jusqu'au sang, fouettés et enchaînés. Les travaux forcés durant les vacances sont aussi imposés aux enfants désobéissant aux règles (Gouvernement du Canada, 1896, tel que cité par CVR, 2015a). Les pensionnaires sont des proies faciles pour les prédateurs sexuels qui travaillent dans les écoles. Selon le rapport final de la CVR (2015a), « [il] est impossible d'évaluer dans quelle mesure des abus sexuels ont été perpétrés [...] ». Néanmoins, un grand nombre de victimes rapportent des actes de voyeurisme, d'attouchements, de masturbation forcée, de péné-

tration et de séquestration. Par exemple, le directeur de l'école Shoal Lake fait des avances sexuelles aux pensionnaires et entre dans une salle de bain lorsqu'une élève s'y trouve pour lui faire des attouchements. Le directeur de Middlechurch regarde fréquemment les filles se déshabiller au dortoir. Il garde prisonnière une élève de 13 ans et l'agresse sexuellement. Le boulanger d'une école demande à un garçon de baisser ses pantalons et lui donne un verre de vin en disant que cela va l'aider à ne pas avoir peur. Un prêtre amène un garçon en bateau et menace de jeter l'enfant à l'eau s'il ne se livre pas à des actes sexuels avec lui. L'intimidation entre pensionnaires reflète la manière dont ils sont traités par les instructeurs. Par exemple, des élèves se font agresser sexuellement par d'autres et les intervenants obligent les victimes à ne rien dénoncer (Bibliothèque et Archives Canada, 1939 ; 1903, tel que cité par CVR, 2015b).

Plusieurs élèves et parents d'élèves portent plainte aux autorités judiciaires. Des rapports de preuves sont rédigés, mais l'État et l'Église contrarient les procédures et nient les accusations (Bibliothèque et Archives Canada, 1924, tel que cité par CVR, 2015a). Certains directeurs d'établissements affirment qu'ils ne sont pas au courant des actes, que les punitions ne sont pas sévères et que les châtiments corporels sont rares. Des enseignants justifient les punitions violentes par le fait que les Autochtones sont trop sauvages pour comprendre les consignes après n'avoir reçu qu'un avertissement (Gouvernement du Canada, 1896 ; 1885, tel que cité par CVR, 2015a). Ils ajoutent que les élèves fuguent à cause de leur instinct primitif (Bibliothèque et Archives Canada, 1902, tel que cité par CVR, 2015a) et que les normes parentales autochtones sont inappropriées, c'est pourquoi les enfants perçoivent les conséquences imposées aux pensionnats comme exagérées. Pour préserver leur réputation, lorsque l'Église et l'État admettent qu'une agression sexuelle a lieu, ils ne la signalent pas aux autorités policières et n'intentent aucune poursuite judiciaire. De plus, la CVR (2015a) n'a trouvé aucun document officiel témoignant des mesures entreprises par l'État et la direction d'établissements pour protéger les enfants.

Vers la fin des années 1980, le système judiciaire commence à réagir à l'accumulation de plaintes des victimes en reconnaissant des agressions commises par d'anciens employés. Or, cela est souvent effectué de façon inappropriée en victimisant les survivants qui ont l'impression que le système judiciaire penche la balance en faveur des agresseurs (CVR, 2015c). En 2007, des recours collectifs et les multiples procédures politiques et juridiques débouchent sur la CRRPI. Celle-ci vise à reconnaître officiellement les sévices infligés aux victimes, leur rendre justice et les dédommager pour les torts causés. La CRRPI verse également des fonds à la FADG et aux événements commémoratifs (CVR, 2015d ; 2015b). En 2008, environ 7000 survivants ont enfin l'occa-

sion de verbaliser publiquement leurs récits. La CVR (2015a) donne «[...] une voix à ceux qui n'avaient encore jamais été entendus... ou crus».

Conséquences multiples

Traumatisme intergénérationnel

Les pensionnats autochtones opèrent au Canada de 1874 à 1996, mais les traumatismes, les deuils non résolus et les séquelles associées à leur fréquentation ne se limitent pas qu'aux anciens élèves (Brave Heart et DeBruyn, 1998). Ils se répercutent sur chaque génération d'Autochtones par un mécanisme de transmission intergénérationnelle.

Une particularité des traumas vécus par les Autochtones implique qu'ils affectent des communautés entières. Ces expériences traumatiques de masse ont ainsi généré un cumul complexe de blessures émotionnelles et psychologiques qui se manifestent au travers des générations, constituant un traumatisme historique (Brave Heart, 2003). Ce processus continu est maintenu par le stress d'acculturation et englobe les séquelles du racisme, de l'oppression et du génocide culturel (Duran et al., 1998). Davantage d'études de cohortes d'Autochtones doivent être envisagées pour mieux saisir la façon dont ces grandes populations sont affectées. Les résultats provenant de petits échantillons omettent l'envergure des traumatismes.

Il existe plusieurs modèles explicatifs du traumatisme intergénérationnel élaborés auprès d'autres groupes ethniques comme les survivants de l'Holocauste. Ces modèles sont souvent généralisés aux Autochtones, car ceux spécifiques aux pensionnats sont encore peu documentés (Duran, Duran et Brave Heart, 1998). Effectivement, l'Holocauste est comparable à l'instauration des pensionnats en raison des intentions génocidaires semblables des politiques gouvernementales et des conséquences similaires engendrées par celles-ci (Brave Heart et DeBruyn, 1998). Néanmoins, plus d'études doivent être réalisées pour mieux comprendre comment le traumatisme intergénérationnel associé à l'instauration des pensionnats autochtones se transmet dans les communautés (Bombay et al., 2009).

La fréquentation des pensionnats par un membre d'une famille a un impact négatif direct sur la perception de la santé, la santé mentale, la détresse, les idéations et les tentatives suicidaires des descendants (Hackett et al., 2016). Avoir un parent ayant fréquenté les pensionnats agit comme modérateur entre les expériences de vie stressantes (p. ex., expériences infantiles aversives, traumatisme à l'âge adulte, discrimination perçue) et les symptômes dépressifs de la seconde génération (Bombay, Matheson et Anisman, 2011). D'après le cycle intergénérationnel de la victimisa-

tion dans l'enfance, les victimes risquent de commettre les actes qu'elles ont elles-mêmes subis, devenant des agresseurs dans leur propre famille (Newcomb et Locke, 2001). Directement confrontée à cette dynamique familiale, la descendance subit les conséquences des pensionnats (Hackett et al., 2016). L'adversité vécue à l'enfance génère aussi des modifications épigénétiques, comme la méthylation de l'ADN, qui altèrent la structure et les fonctions neuronales ainsi que l'expression des gènes (Booij, Wang, Levesque, Tremblay et Szyf, 2013). Ces vulnérabilités neurobiologiques durables et génétiquement transmissibles (Roth, Lubin, Funk et Sweatt, 2009) peuvent engendrer des troubles psychiatriques et des retards cognitifs (Bombay, Matheson et Anisman, 2014). D'ailleurs, les modifications épigénétiques peuvent se transmettre sur au moins trois générations suivant les victimes (Babenko, Kovalchuk et Metz, 2015; Harper, 2005; Szyf, 2011). Dès la naissance, les descendants risquent d'internaliser le deuil non résolu et les symptômes dépressifs résultant du traumatisme historique (Duran et al., 1998). Selon Bombay et al. (2009), les traumatismes vécus à l'âge adulte peuvent aussi être transmis aux générations suivantes en affectant la bulle familiale de l'individu.

D'autres mécanismes socioculturels, psychologiques et familiaux du traumatisme intergénérationnel seront prochainement abordés dans l'article.

Cumul de difficultés

Les conséquences négatives de l'instauration du système des pensionnats sur les Autochtones résultent d'un cumul de facteurs de risque (Brave Heart, Chase, Elkins et Altschul, 2011).

Certains facteurs sont propres à la fréquentation d'établissements. Effectivement, les pensionnaires subissent collectivement d'immenses injustices. D'une part, l'assimilation forcée par la rupture familiale, la privation de la langue et des traditions autochtones, l'éducation eurocanadienne et la perte culturelle. D'autre part, la destruction par la violence, la victimisation, la négligence et la mort. Les enfants ayant expérimenté différents types de victimisation, comme plusieurs pensionnaires, présentent davantage de symptômes de traumatisme que ceux qui ont vécu un type de victimisation à plusieurs reprises (Turner, Finkelhor et Ormrod, 2010). Solis et al. (2015) ont observé des conséquences biologiques ou une usure physiologique due à l'exposition répétée ou chronique à un stresser (charge allostatique) plus importantes chez les adultes ayant vécu une expérience infantile aversive comparativement à ceux qui n'en ont vécu aucune. Le score est davantage élevé chez les individus ayant vécu deux expériences ou plus. Effectivement, l'activation physiologique cumulative et répétée en réponse au stress chronique peut entraîner des dérèglements neuroendocriniens, métaboliques, inflammatoires ou cardiovasculaires. Cela suggère un lien biologique

entre le cumul d'expériences traumatiques vécu aux pensionnats et l'état de santé des survivants.

Le cumul de traumatismes propres aux pensionnats ne peut pas être pris en compte isolément pour comprendre la roue d'adversité dans laquelle se trouvent plusieurs Autochtones. Il est difficile d'établir des liens causaux entre la fréquentation des établissements et les séquelles directement associées, car les enjeux sociohistoriques et les conditions de vie actuelles entrent en ligne de compte (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004). La création des pensionnats résulte d'un système social basé sur des idéologies assimilationnistes et colonisatrices affectant également la santé mentale, physique et collective des Autochtones (Barnes et Josefowitz, 2019). Ces idéologies se manifestent aujourd'hui par le racisme, la discrimination, l'indifférence aveugle des non-Autochtones à l'égard des réalités autochtones ainsi que dans les lois et les politiques institutionnelles établies (McDonough, 2013).

Les disparités de conditions de vie, de revenus, de santé et d'éducation entre les Autochtones et les non-Autochtones s'ajoutent au cumul de facteurs de risque même si elles ne découlent pas directement des pensionnats (CVR, 2015c; National Steering Committee, 1999). Actuellement, les conditions dans plusieurs réserves ressemblent à celles du tiers-monde; dépourvues de services sanitaires, de systèmes d'évacuation d'égouts et d'accès à l'eau potable, éloignées des services essentiels et constituées de logements surpeuplés. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) (2015-2016) réalisée dans 21 communautés du Québec révèle qu'un adulte sur cinq vit dans un logement nécessitant des réparations majeures (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2018). De plus, un enfant sur quatre des Premières Nations au Canada vit dans la pauvreté, contrairement à un enfant non-Autochtone sur six (Campagne 2000, 2006). Au Québec, 47 % des adultes de Premières Nations vivent dans un ménage sous le seuil de faible revenu et seulement 49 % ont un emploi rémunéré (CSSSPNQL, 2018). Dans plusieurs communautés, les taux de mortalité augmentent et l'espérance de vie diminue annuellement (Brave Heart et al., 2011). Chez les adultes des Premières Nations du Québec, 59 % cumulent plusieurs problèmes de santé chronique (CSSSPNQL, 2018). D'autres indicateurs comme la mortalité infantile, le VIH/sida et la précarité du logement sont plus élevés chez les Autochtones que les non-Autochtones (CVR, 2015c). D'importantes lacunes existent aussi dans les services de santé offerts aux Autochtones, dont l'accès inéquitable aux soins, l'éloignement géographique des centres hospitaliers et le manque de professionnels soignants en région (National Collaborating Center for Aboriginal Health, 2011; CSSSPNQL, 2018). Au Canada, le financement des services

d'enseignement autochtones est insuffisant et beaucoup moins élevé que chez les non-Autochtones. Les taux de réussite scolaire sont plus faibles chez les Autochtones, même si l'obtention des diplômes d'études secondaires a augmenté depuis la fermeture des pensionnats (CVR, 2015c). En somme, ces conditions de vie contribuent aux difficultés des anciens pensionnaires et des communautés en accentuant les effets néfastes qu'ont laissés chez eux leurs séjours aux pensionnats (National Steering Committee, 1999).

Perte culturelle

Pour beaucoup d'Autochtones, la culture donne sens à la vie. C'est une représentation tangible de l'identité collective et un facteur de protection (Affaires indiennes et du Nord Canada [AINC], 1996; CVR, 2015c). L'ERS (2002-2003) a recensé une meilleure santé et estime de soi chez les Autochtones se considérant plus près de leurs racines, croyances et pratiques spirituelles. Les croyances, les valeurs traditionnelles et la participation aux pratiques culturelles ont même un effet tampon contre l'adversité et la prise de risque (Fast et Collin-Vézina, 2010). Selon Kinnon (2002), il existe une association positive entre l'intériorisation d'une identité culturelle positive, la résilience et la bonne santé mentale chez les minorités. L'identité autochtone peut également contribuer au sain développement de l'individu, car la communauté et le sentiment d'appartenance sont inhérents aux croyances autochtones (Gouvernement du Canada, 2013).

En créant les pensionnats, le Canada souhaitait « tuer l'Indien dans l'enfant » (CVR, 2015b). Cette attaque contre la culture autochtone et la perte culturelle qui en résulte affectent grandement le bien-être des communautés (Kinnon, 2002). Les pensionnaires se font enseigner qu'être autochtone est mauvais et que leur culture est sans valeur. Ils se font interdire leurs croyances, leurs valeurs, leurs traditions, leur mode de vie et leur langue. Les employés posent plusieurs gestes constituant une outrance aux valeurs sacrées autochtones (CVR, 2012). Par exemple, ils coupent les cheveux des enfants de force alors que les Autochtones leur attribuent une puissance spirituelle. Les cheveux représentent un état d'âme, un sentiment, une situation de vie. Chaque coiffure est significative et les cheveux coupés symbolisent le deuil. Il ne s'agit pas d'esthétique, mais d'expression spirituelle. Durant l'enfance, la tresse représente la reconnaissance du jeune face au Créateur, à la Terre-Mère et à sa mère (Bourgault, 2016), choses qui sont retirées aux pensionnats. Les instructeurs interdisent aux Autochtones de parler leur langue maternelle. Cela contribue d'ailleurs à la disparition de plusieurs langues autochtones. Les dernières existantes sont en danger (CVR, 2015c). Pour certains peuples, la langue symbolise la profonde compréhension de leur place dans le monde et régénère la connexion entre les êtres

de chaque génération (Katsi'tsakwas, 2015). La langue est intrinsèque à la santé individuelle, communautaire, mentale, physique et spirituelle. Elle renforce la cohésion familiale et permet aux communautés de renouer avec le passé (First People's Cultural Council, 2010). Sans établir une relation causale, Hallett, Chandler et Lalonde (2007) ont observé un taux de suicide plus faible parmi 16 bandes dont les membres ont une meilleure connaissance de leur langue maternelle, comparativement à 136 bandes restantes (1 suicide contre 84 en 6 ans).

Ainsi, intériorisant la honte et la haine de leurs origines, beaucoup d'élèves perdent leur identité (CVR, 2012; 2015c). Lorsqu'ils quittent les pensionnats, les enfants à qui la culture a été arrachée retournent à la maison sans repères et ne se reconnaissent plus. N'étant plus autochtones, mais n'étant pas eurocanadiens, ils ne sont plus rien (Bennett et Blackstock, 2002). Certains survivants ont assimilé les enseignements reçus aux pensionnats, se sont distanciés des communautés ou ont intégré la société eurocanadienne (CVR, 2015c). D'autres sont incapables de transmettre à leurs enfants la langue, les savoirs et les valeurs autochtones qui s'estompent alors au fil des générations (Wekerle, Waechter, Leung et Leonard, 2007). C'est d'ailleurs pourquoi Good, Sims, Clarke et Russo (2020) soulignent que le renouement des nouvelles générations avec les traditions culturelles perdues aux pensionnats favoriserait la guérison des séquelles intergénérationnelles. Toutefois, le désir de reconnecter ou non avec la culture est propre à chacun. Il existe effectivement un large spectre de possibilités dans la guérison, passant notamment par la reconstruction individuelle, la libération de la haine de soi, la réconciliation des communautés, la commémoration, etc.

Agressions sexuelles

Dans les pensionnats, beaucoup d'Autochtones sont victimes d'agressions sexuelles (CVR, 2015a). Les conséquences d'agressions sexuelles vécues en bas âge varient d'un enfant à l'autre: retards développementaux, peur, colère, agressivité, comportements sexuels problématiques, symptômes post-traumatiques, dépressifs et anxieux, problèmes comportementaux et d'adaptation en milieu scolaire, isolement social, somatisation et symptômes dissociatifs (Baril et Tourigny, 2009; Hébert, 2011; Wolfe, 2007). D'autres recherches observent une plus forte probabilité de développer certaines problématiques à long terme comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la toxicomanie (Boroughts et al., 2015), la dépression (Putnam, 2003; Easton, Roh, Kong et Lee, 2019), les troubles de la personnalité, les troubles anxieux (Spataro, Mullen, Burgess, Wells et Moss, 2004), la revictimisation sexuelle (Scoglio, Kraus, Saczynski, Jooma et Molnar, 2019), les idéations et les tentatives suicidaires (Dube et al., 2005).

Le lourd passé de victimisation sexuelle aux pensionnats peut expliquer l'occurrence élevée d'agressions sexuelles dans les communautés autochtones (First Nations Centre, 2005). Les taux d'agressions sexuelles déclarées chez les Autochtones du Canada (Premières Nations, Métis, Inuit) sont trois fois plus élevés que chez les non-Autochtones. Le ratio est de 58 pour 1000 personnes chez les Autochtones (94% des victimes sont des femmes) et de 20 pour 1000 personnes chez les non-Autochtones (Statistique Canada, 2017a). Les chiffres réels sont probablement plus élevés, considérant que l'oppression, la marginalisation et le passé colonial ont un effet négatif sur la décision des Autochtones à dénoncer les agressions sexuelles aux autorités (Braithwaite, 2018). Le fait que certaines victimes perpétuent les agressions subies à l'enfance peut aussi expliquer ces statistiques. Dans une étude effectuée auprès de 23 anciens pensionnaires, 8% admettent avoir été l'auteur d'agression sexuelle (Corrado et Cohen, 2003). Toutefois, l'échantillon est petit et aucune analyse statistique n'a été effectuée à partir de cette donnée. Glasser et al. (2001) ont observé une corrélation positive entre le risque de devenir un agresseur sexuel et le fait d'avoir été agressé sexuellement à l'enfance chez les patients d'un centre thérapeutique médico-légal, mais seulement de sexe masculin. Parmi 747 hommes, 35% ont un vécu d'abus sexuel et sont devenus des agresseurs. D'autre part, les enfants sont plus à risque de victimisation sexuelle lorsqu'ils évoluent dans un milieu familial imprégné de violence et d'instabilité et que les parents éprouvent des difficultés psychologiques et parentales (Baril et Tourigny, 2015), soit des caractéristiques pouvant émerger du traumatisme historique.

Perte de la parole

La divulgation d'un événement traumatique par une victime est une étape importante du processus de rétablissement (Lewis, 2021), car cela permet de solliciter du soutien social (McAuslan, 1998; Campbell, Ahrens, Sefl, Wasco et Barnes, 2001). Le dévoilement permet la mise en place d'un filet de sécurité autour de la victime et parfois la cessation d'abus multiples. Le mieux-être de la victime dépend aussi des réactions d'autrui lors du dévoilement. Lorsque la victime reçoit une réponse positive, la divulgation peut notamment soulager la souffrance, briser l'isolement et réduire le sentiment d'impuissance (Easton, 2020). Parler du traumatisme est aussi une stratégie thérapeutique facilitant la compréhension de l'évènement (Pennebaker, Mayne et Francis, 1997). Par rapport à la divulgation écrite, la divulgation verbale améliore davantage l'estime de soi et des stratégies d'adaptation (Esterling, Antoni, Fletcher, Margulies et Schneiderman, 1994). L'expression verbale du sentiment de détresse a aussi des effets cathartiques. Tant que les émotions négatives ne sont pas révélées, elles se manifestent sous forme de pensées intrusives (Gold et Wegner, 1995).

La divulgation des sévices physiques, psychologiques et sexuels subis par les pensionnaires ne s'apparente aucunement au scénario ci-haut. Lorsque la divulgation est invalidée par autrui, les effets bénéfiques du dévoilement sont aussitôt minimisés (Lepore, Ragan et Jones, 2000). De plus, une réponse négative engendre un sentiment (à l'échelle collective pour les pensionnaires) de honte et de réprobation (Ahrens, Stansell et Jennings, 2010). La direction d'établissements, l'Église et l'État accueillent négativement les dénonciations d'élèves, ne reconnaissent aucun tort causé aux enfants et contrarient les procédures judiciaires entamées par les élèves et leurs parents. Les institutions méprisent tellement les Autochtones que les accusations n'ont aucun poids contre les rétroactions négatives des autorités fédérales et religieuses. Avant d'aboutir à la CRRPI et à la CVR, des communautés entières perdent la parole durant plusieurs décennies. Beaucoup d'Autochtones cessent de verbaliser leur souffrance, car ils n'ont longuement disposé d'aucun moyen formel pour les aider. L'absence de dénonciation et le refoulement des traumatismes infantiles accentuent les problèmes de santé mentale et physique ainsi que la détresse chronique (Guay, Billette et Marchand, 2002). Parmi quatre modèles de dévoilement élaborés auprès de femmes victimes d'agression sexuelle (non-divulgateur, victime ayant pris beaucoup de temps avant de dévoiler, divulgateur en situation de crise, dévoilement de manière continue), Ahrens et al. (2010) ont observé plus de symptômes de dépression et du TSPT chez les non-divulgateurs. Le sujet des pensionnats demeure donc longtemps (et encore aujourd'hui) un tabou dans la société.

Santé mentale

En sortant des pensionnats, des milliers d'Autochtones retournent vivre dans les réserves, formant des communautés vulnérables (Tremblay, 2008). En réaction à la souffrance infligée aux pensionnats, plusieurs troubles de santé mentale sont prévalents chez les Autochtones : troubles de comportements internalisés et externalisés, TSPT (Gilbert et al., 2009 ; Brave Heart et al., 2011 ; McFarlane, 1998), conduites sexuelles inappropriées (Gilbert et al., 2009), dépendance aux psychotropes (Brave Heart et al., 2011) et comportements suicidaires (Víteni, 2018). Le développement de ces troubles constitue ainsi une réponse historique au traumatisme (Brave Heart, 2003). Dans une étude canadienne effectuée auprès de 93 survivants, le TSPT (64,2%), l'abus de substances (26,3%), la dépression majeure (21,2%) et le trouble dysthymique (20%) sont plus fréquemment observés (Corrado et Cohen, 2003). Chez les anciens pensionnaires, la détresse et les souvenirs douloureux se déclenchent également à la vue d'objets, d'aliments et de personnes associés aux établissements (CVR, 2012). La littérature soulève cependant que le TSPT est trop limité pour décrire un tra-

matisme cumulatif massif qui s'étend à travers les générations (Brave Heart, 1999 ; 2003). Ce diagnostic ne tient pas compte de la sévérité des stressors (p. ex. racisme systématique, discrimination), du rôle de la culture et du fait qu'il s'agit d'une expérience collective (Bryant-Davis, 2007 ; Menzies, 2010). Le manque d'instruments d'évaluation du TSPT, de la dépression et de la toxicomanie normalisés auprès de populations autochtones est également problématique, car les différences culturelles ont des répercussions sur la représentativité des résultats obtenus (Bombay et al., 2009).

Plus de 50% de la collectivité autochtone nécessite le recours à des programmes de guérison pour atténuer les séquelles psychologiques des sévices subis aux pensionnats (AINC, 2009). Pourtant, les ressources d'aide et les services de santé occidentaux sont inadaptés aux enjeux autochtones (Hackett et al., 2016), laissant souvent les victimes à elles-mêmes (CVR, 2012). Par exemple, le rapport colonial, les stéréotypes et les préjugés qu'ont les professionnels de santé non-Autochtones envers les Autochtones se manifestent dans les soins offerts à cette population. Les Autochtones anticipent les jugements qu'ont les professionnels sur leur identité autochtone, souvent associée à des préjugés (p. ex., toxicomanie, pauvreté, surutilisation des services, plaintes de douleurs injustifiées). Conséquemment, ils deviennent réticents à recourir à l'aide institutionnelle (Browne, Smye, Rodney, Tang, Mussell et O'Neil, 2011). Un long travail d'intégration de la sécurisation culturelle aux politiques d'institutions de santé et aux pratiques du personnel soignant non-Autochtone doit donc encore être effectué.

Dépendances

Les Autochtones qui fréquentent les pensionnats sont exposés à divers facteurs de risque associés aux dépendances. Plusieurs ont perdu des années de leur vie à noyer leur souffrance dans l'autodestruction ainsi que dans l'excès d'alcool et de drogue (CVR, 2015c). Ils tentent de neutraliser leurs souvenirs (CVR, 2012 ; Chansonneuve, 2007) ou de surmonter les expériences traumatiques de façon inadaptée (Söchting, Corrado, Cohen, Ley et Brasfield, 2007). Des études ont observé une association entre la dépendance à l'alcool d'anciens élèves et la souffrance vécue aux pensionnats (Gone, 2009 ; Koss et al., 2003). Dans une analyse de 127 dossiers de survivants, 82% ont consommé de l'alcool après avoir quitté les pensionnats et 78,8% en consomment excessivement (Corrado et Cohen, 2003). Une étude autre effectuée auprès de 358 Autochtones du Québec, dont 102 anciens pensionnaires, révèle une corrélation positive entre la fréquentation des pensionnats et la consommation d'alcool. L'usage d'alcool et de drogue corrèle avec le sexe masculin et le jeune âge tandis que la consommation de drogue est liée aux mauvais traitements infantiles (Ross, 2013).

En général, l'usage excessif d'alcool (73%) et de substances psychoactives (59%) est une problématique chez les Premières Nations. Environ 20% des jeunes utilisent des solvants et le tiers d'entre eux ont moins de 15 ans (Santé Canada, 2003). Selon l'ERS (2015-2016), même si la majorité des adolescents (59%) et des aînés (60%) ne boivent pas d'alcool, 23% des adolescents et 50% des individus entre 18 et 34 ans rapportent une consommation excessive. Le cannabis est la drogue la plus consommée chez tous les groupes d'âge, particulièrement chez les 18 à 34 ans (CSSSPNQL, 2018). Parmi 202 Autochtones en milieu urbain souffrant de dépendance, 49,3% ont déjà été victimes d'agression sexuelle, 65,7% d'agression physique et 71,6% de violence psychologique (Jacobs et Gill, 2001).

Suicide

Les taux de suicide varient entre les communautés autochtones du Canada. Or, les taux observés chez les Autochtones, en augmentation depuis les dernières décennies (Kirmayer et al., 2007), sont environ quatre fois supérieurs à ceux des non-Autochtones. La violence familiale et conjugale, la toxicomanie et le chômage dû au manque d'emploi contribuent à l'augmentation du risque suicidaire (Vitenti, 2018; CVR, 2015c). Les Autochtones de 10 à 29 ans habitant sur les réserves sont six fois plus à risque de passage à l'acte que les non-Autochtones du même âge. Pour ceux de 20 à 44 ans, le taux de suicide est de 23% (CVR, 2015c; National Native Alcohol and Drug Abuse Program, 2000).

La transmission intergénérationnelle des traumatismes vécus aux pensionnats est un facteur de risque suicidaire important. Comparativement aux Autochtones vivant dans une réserve n'ayant aucun antécédent familial de fréquentation des pensionnats, ceux dont les parents et/ou les grands-parents sont allés aux pensionnats ont davantage d'idées suicidaires et font plus de passages à l'acte. Plus de tentatives de suicide sont observées chez les Autochtones dont les parents et les grands-parents (deux générations) ont fréquenté les pensionnats que chez ceux dont une seule génération y est allée (McQuaid et al., 2017). Pour les Autochtones hors réserve ayant des antécédents familiaux de fréquentation des pensionnats, le risque de tentatives est deux fois plus élevé (Hackett et al., 2016). Dans un autre ordre d'idées, une étude effectuée auprès de Premières Nations habitant dans des réserves au Manitoba révèle que les idées suicidaires d'anciens pensionnaires sont associées au fait d'avoir un plus jeune âge et d'avoir été victime d'abus (Elias, Mignone, Hall, Hong, Hart et Sareen, 2012).

Difficultés familiales

L'instauration des pensionnats vise à supprimer toute influence autochtone de l'existence des enfants. Ceux-ci

sont alors retirés de force à leurs parents sécurisants, soit d'importants vecteurs de transmission culturelle. Outre la perte culturelle combinée aux séquelles psychologiques, cela engendre des conséquences familiales. Chaque fois qu'une nouvelle génération franchit les portes des pensionnats, les liens familiaux se détruisent davantage, et ce, de façon permanente (CVR, 2015c; 2015a).

D'après les théories de l'attachement, les premiers liens entretenus avec les parents sont centraux dans le développement de l'enfant, car ils façonnent le style d'attachement futur (Bowlby, 1982). Élevés par des instructeurs violents, c'est-à-dire des modèles d'attachement dysfonctionnels, la majorité des pensionnaires se sentent abandonnés de leurs parents et vivent une solitude chronique. Plusieurs victimes témoignent difficilement leur amour et du soutien de qualité à leurs enfants et adoptent des pratiques parentales inappropriées (CVR, 2012; Haig-Brown, 1988). Coincés dans un cercle vicieux de violence, les survivants deviennent parfois violents avec leurs enfants (CVR, 2015a). Dans une analyse de 27 dossiers d'Autochtones de la Colombie-Britannique ayant fréquenté les pensionnats, 33,3% admettent avoir imposé une discipline ou des punitions inappropriées, 18,5% se disent trop sévères et 22,2% ont infligé de la violence physique à leurs enfants (Corrado et Cohen, 2003). Les pensionnaires sont également exposés à des facteurs de risque associés aux troubles de l'attachement comme la privation de liens affectifs sains, la victimisation sexuelle et les punitions lorsqu'ils manifestent leur anxiété de séparation (Saakvitne, Gamble, Pearlman et Lev, 2000). La séparation précoce des figures d'attachement augmente aussi la probabilité de souffrir de dépression majeure, trouble anxieux généralisé (Kendler, Neale, Kessler, Health et Eaves, 1992), trouble de la personnalité (Brown, Harris et Copeland, 1977) et de trouble panique (Battaglia et al., 2009) à l'âge adulte. Les générations suivantes risquent d'internaliser les symptômes dès la naissance (Madigan, Wade, Plamondon et Jenkins, 2015).

Protection de la jeunesse

Les séquelles liées aux pensionnats mènent parfois à des trajectoires de violence familiale justifiant la prise en charge d'enfants par le système de protection de la jeunesse. En 2016, les autochtones ne constituent que 7,7% des enfants canadiens, mais 52,2% des enfants en foyer d'accueil sont autochtones (Statistique Canada, 2017b). La rafle des années 1960, un évènement historique en continuité avec les pensionnats, explique également les hauts taux d'adoptions et de prises en charge d'Autochtones par le système de protection de la jeunesse (Bombay et al., 2009). Vers 1960, la mortalité est très élevée dans les réserves et les Autochtones éprouvent de sérieuses difficultés socioéconomiques. La Loi sur les Indiens et l'instauration du système des pensionnats

sont en cause. Plutôt que d'offrir des ressources d'aide aux communautés, l'État ordonne au système de protection de la jeunesse de retirer les enfants inuits, métis et de Premières Nations aux familles qui ne semblent plus aptes à s'en occuper. Toutefois, les travailleurs sociaux n'ont aucune connaissance quant à la culture autochtone. Les comportements parentaux qu'ils jugent nuisibles aux enfants ne sont souvent qu'une question de différence culturelle. Ainsi, environ 20 000 enfants autochtones sont pris en charge entre 1960 et 1990 (Sinclair et Dainard, 2020; CVR, 2015c). De plus, les enfants sont majoritairement placés dans des familles d'accueil non-Autochtones, ce qui les éloigne davantage de leur identité et du sentiment d'appartenance autochtone (Trocmé, Knoke et Blackstock, 2004). Cet événement s'inscrivant dans le génocide culturel autochtone est donc une autre tentative gouvernementale d'assimilation forcée (Doran, 2018).

Conclusion

Pour conclure, rappelons-nous qu'environ 150 000 enfants autochtones ont été enfermés aux pensionnats durant plus de 130 ans. Par le passé, l'État mentionnait explicitement ses intentions et a entrepris des efforts systémiques pour assimiler les Autochtones à la société eurocanadienne. Cela a généré un niveau de détresse élevé dans les communautés et plusieurs difficultés vécues par les Autochtones découlent aujourd'hui de cet événement. L'instauration du système des pensionnats a eu diverses conséquences sur les Autochtones du Canada : perte culturelle, perte de parole collective, troubles de santé mentale, agressions sexuelles, dépendances, suicides, difficultés familiales et surreprésentation d'enfants autochtones dans le système de protection de la jeunesse. Les pensionnats ont été créés il y a plus d'un siècle et le dernier établissement a fermé en 1996, mais les séquelles perdurent et ne s'effaceront pas de sitôt (CVR, 2015a; Evans-Campbell, 2008). Les traumatismes se répercutent sur chaque génération par le mécanisme de transmission intergénérationnelle. Pour comprendre les conséquences de cet événement historique, il faut aussi considérer l'interaction entre les injustices vécues dans les établissements et le cumul de difficultés associé au contexte sociohistorique et aux conditions de vie actuelles. Cependant, d'autres facteurs individuels, collectifs et systémiques ainsi que des interactions complexes entre ceux-ci n'ont pas été abordés dans l'article. Ces données recensées dans la littérature ne constituent qu'une compréhension sommaire du phénomène.

Résilience

L'article présente différentes conséquences négatives de l'instauration du système des pensionnats. Or, il est primordial de ne pas uniquement considérer les survivants comme des victimes (CVR, 2015d). Cela minimise la diversité de réponses à l'évènement et contribue aux préjugés (Fast et Collin-Vézina, 2010). Dotés d'une immense résilience, les peuples autochtones luttent pacifiquement pour se relever et renouer les liens familiaux et communautaires. Les survivants se sont courageusement mobilisés pour dénoncer l'histoire des pensionnats, confronter leurs agresseurs devant les tribunaux et contribuer à l'évolution des politiques gouvernementales afin d'éviter que ce type de violence se reproduise. Plusieurs sont aujourd'hui des aînés, des gardiens du savoir, des leaders communautaires, des conseillers ou des activistes politiques (CVR, 2015d). La force individuelle et collective, la capacité d'adaptation positive malgré l'adversité vécue et la croissance qui en découle, caractérisée par le renforcement de qualités résilientes, doivent être soulignées (Luthar, 2006; Richardson, 2002): « Ils sont nos plus grands visionnaires et ils nous inspirent à voir l'avenir différemment » (Simpson, 2011).

Autodétermination

La fermeture des pensionnats ne signifie pas la fin de l'héritage canadien du colonialisme. Les Autochtones se heurtent encore au racisme, à la discrimination, aux lois et aux politiques les plaçant en marge sociétale. Ces facteurs systémiques sont hors de leur contrôle. Les Autochtones à eux seuls ne réussissent pas à les modifier. La relation actuelle entre les Autochtones et les non-Autochtones est construite sur une base d'inégalités et différents conflits divisent ces groupes. Cet enjeu sociohistorique est si fortement enraciné dans la société que la guérison des Autochtones devient difficile sans que les non-Autochtones s'y impliquent. Outre les excuses du gouvernement Harper en 2008, la conscientisation des non-Autochtones aux réalités autochtones, la reconnaissance de leur rôle actif dans les conflits historiques et d'importants changements systémiques favorisent la réconciliation (CVR, 2015c). Au-delà des négociations inéquitables effectuées dans un cadre sociopolitique préétabli qui n'ébranle pas le rapport colonial de domination (Simpson, 2011; Paquet, 2016), ces changements impliquent notamment que l'État réaccorde aux communautés le pouvoir et la liberté d'appliquer leurs propres solutions. Par exemple, actuellement, les gouvernements misent davantage sur des programmes et des stratégies de financement (souvent culturellement inadaptés) pour contrer la pauvreté dans les communautés autochtones (Cornell, 2006). Néanmoins, cela ne permet pas aux Autochtones de cesser la dépendance financière envers l'État, contrôler les activités économiques sur leur territoire, développer leurs ressources humaines

et d'en bénéficier (Alfred, 2014). Selon des observations effectuées aux États-Unis, Cornell (2006) avance qu'une des solutions réside dans l'autodétermination et l'autonomie gouvernementale. Il faut donner aux Autochtones des moyens pour développer leurs institutions gouvernementales, permettant ensuite de maintenir l'économie durable et des programmes sociaux basés sur leurs conceptions. Les communautés autochtones mettant en œuvre ces éléments connaissent notamment une réduction du taux de chômage, un développement d'entreprises économiques diversifiées dans les réserves et une amélioration de l'administration des programmes et services sociaux. Elles sont meilleures que les administrateurs fédéraux n'ont jamais été pour gérer leurs ressources et leurs activités.

Résurgence

Selon d'autres auteurs, une régénération culturelle, spirituelle et politique émergeant à l'intérieur des populations autochtones doit précéder la réconciliation (Vallée, 2020). Depuis une décennie, la perspective de résurgence autochtone prend donc de l'ampleur. Celle-ci implique un changement de paradigme par lequel les Autochtones confrontent l'image internalisée d'infériorité coloniale, se reconnectent aux terres ancestrales dépossédées, se réapproprient leur culture et se réinventent l'expérience de leur propre réalité (Université Concordia, 2015; Simpson, 2011). Cette transformation vise la capacité individuelle et collective de penser pour soi-même (plutôt qu'un contrôle des Autochtones par un pouvoir étranger) en reconnaissant la culture comme un cadre d'orientation (Paquet, 2016; Alfred, 2014). La résurgence ne dépend pas de l'approbation ou des normes du colonisateur (Simpson, 2011; Eisenberg, Webber, Coulthard et Boisselle, 2014; Alfred et Corntassel, 2005), mais de l'existence autochtone «au-delà de l'État» (plutôt qu'en opposition ou dans un rapport dominant/dominé) (Corntassel, 2012; Paquet, 2016). Alfred (2005) évoque une révolution spirituelle par laquelle, malgré les conséquences du colonialisme, les Autochtones affirment leur identité et leur dignité. Ils créent ainsi «des espaces de liberté dans les interstices du système colonial canadien» (Tully, 2008). Des pratiques concrètes et transformatives de résurgence incluent, notamment, la revitalisation des langues, la transmission de la culture et du savoir autochtone, la pratique d'activités sociales, spirituelles, artistiques et familiales autochtones, le retour à l'alimentation traditionnelle et l'élaboration de politiques et d'institutions autochtones. Même un geste simple comme marcher sur le territoire devient un acte de liberté permettant de retisser les liens sacrés avec la terre : «Le contact avec le territoire [...] devient le vecteur pour la revitalisation d'une vision autochtone du monde. Dans le rapport étroit avec l'environnement, la relation avec celui-ci et l'identité culturelle sont transformées» (Paquet,

2016). L'image que chaque personne se fait d'elle-même, les conceptions du monde, les modes de vie communautaires et le vivre-ensemble sont également régénérés (Alfred et Corntassel, 2005), favorisant la renaissance des valeurs autochtones pré-colonisation et le bien-être des futures générations (Paquet, 2016).

Ainsi, les avenues sont multiples. Le travail est long et ardu et vise à «transformer la société canadienne afin que nos enfants et nos petits-enfants puissent vivre ensemble dans la paix, la dignité et la prospérité sur ces terres que nous partageons» (CVR, 2015d).

Références

- Affaires indiennes et du Nord Canada [AINC]. (1996). *Rapport de la Commission Royale sur les Peuples autochtones, Volume 3 – Vers un ressourcement*. Gouvernement du Canada. Repéré à <http://data2.archives.ca/e/e448/e011188231-03.pdf>
- Affaires indiennes et du Nord Canada [AINC]. (2009). *Rapport final. Évaluation des initiatives de guérison communautaire offertes par la Fondation autochtone de guérison*. Gouvernement du Canada. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aadnc-aandc/R5-21-2009-fra.pdf
- Ahrens, C. E., Stansell, J., & Jennings, A. (2010). To tell or not to tell: The impact of disclosure on sexual assault survivors' recovery. *Violence and Victims*, 25(5), 631–648. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.5.631>
- Alfred, T. (2005). *Wasáse: Indigenous Pathways of Action and Freedom*. Toronto: University of Toronto Press.
- Alfred, T. (2014). *Paix, pouvoir et droiture: Un manifeste autochtone*. Wendake: Les éditions Hannenorak.
- Alfred, T., & Corntassel, J. (2005). Being Indigenous: Resurgences against contemporary colonialism. *Government and Opposition*, 40(4), 597–614. <https://doi.org/10.1111/j.1477-7053.2005.00166.x>
- Assemblée des Premières Nations. (2007). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03: Résultats relatifs aux adultes, aux adolescents et aux enfants vivant dans des communautés des Premières Nations*. Repéré à <https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/Enquête-régionale-longitudinale-sur-la-santé-des-Première-Nations-ERS-2002-03.pdf>
- Babenko, O., Kovalchuk, I., & Metz, G. A. (2015). Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 48, 70–91. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.11.013>

- Bacon, A. (2020). Réflexions et perspectives sur les participations autochtones aux processus politiques canadiens. Dans S. Guimont Marceau, J. Roy et D. Salée (dir.), *Peuples autochtones et politique au Québec et au Canada: Identités, citoyennetés et autodétermination* (328). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Baril, K., & Tourigny, M. (2009). La violence sexuelle envers les enfants. Dans M. E. Clément et S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (145-160). Anjou: Éditions CEC.
- Baril, K., & Tourigny, M. (2015). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance: modèle explicatif base sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 1(1), 28-63. <https://doi.org/10.3917/cnmi.151.0028>
- Barnes, R., & Josefowitz, N. (2019). Indian residential schools in Canada: Persistent impacts on Aboriginal students' psychological development and functioning. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 3(60), 65-76. <https://doi.org/10.1037/cap0000154>
- Battaglia, M., Pesenti-Gritti, P., Medland, S. E., Ogliari, A., Tambs, K., & Spatola, C. A. M. (2009). A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO(2), panic disorder, and the effect of childhood parental loss. *Archives of General Psychiatry*, 66(1), 64. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.513>
- Bennett, M., & Blackstock, C. (2002). *Recensement des écrits et bibliographie annotée traitant de certains aspects du bien-être des enfants autochtones au Canada*. Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada. Repéré à <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/BibliographieAutochtones.pdf>
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes among First Nations peoples in Canada. *International Journal of Indigenous Health*, 5, 6-47. <https://doi.org/10.18357/IJH53200912337>
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2011). The impact of stressors on second generation Indian residential school survivors. *Transcultural Psychiatry*, 48(4), 367-391. <https://doi.org/10.1177/1363461511410240>
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2014). Appraisals of discriminatory events among adult offspring of Indian residential school survivors: the influences of identity centrality and past perceptions of discrimination. *Culture Divers Ethnic Minor Psychology*, 20(1), 75-86. <https://doi.org/10.1037/a0033352>
- Booji, L., Wang, D., Levesque, M. L., Tremblay, R. E., & Szyf, M. (2013). Looking beyond the DNA sequence: the relevance of DNA methylation processes for the stress-diathesis model of depression. *Philosophical transactions of the Royal Society B*, 368. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0251>
- Boroughs, M. S., Valentine, S. E., Ironson, G. H., Shipherd, J. C., Safren, S. A., Taylor, S. W., Dale, S. K., Baker, J. S., Wilner, J. G., & O'Cleirigh, C. (2015). Complexity of Childhood Sexual Abuse: Predictors of Current Post-Traumatic Stress Disorder, Mood Disorders, Substance Use, and Sexual Risk Behavior Among Adult Men Who Have Sex with Men. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1891-1902. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0546-9>
- Bourgault, L. (2016, 24 mai). Les cheveux longs dans la tradition amérindienne [Billet de blogue]. Repéré à <https://aigle-bleu.net/2016/05/les-cheveux-longs-dans-la-tradition-amerindienne/>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Braithwaite, J. (2018). Colonized silence: Confronting the colonial link in rural Alaska Native survivors non-disclosure of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 27(6), 589-611. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1491914>
- Brave Heart, M. Y.H. (1999). Oyate Ptayela: Rebuilding the Lakota Nation through addressing historical trauma among Lakota parents. *Journal of Human Behavior and the Social Environment* 2(1-2), 109-126. https://doi.org/10.1300/J137v02n01_08
- Brave Heart, M. Y. H. (2003). The historical trauma response among natives and its relationship with substance abuse: A Lakota illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(1), 7-13. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399988>
- Brave Heart, M. Y. H., Chase, J., Elkins, J., & Altschul, D. B. (2011). Historical trauma among indigenous peoples of the Americas: Concepts, research, and clinical considerations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 282-290. <https://doi.org/10.1080/02791072.2011.628913>
- Brave Heart, M. Y. H., & DeBruyn, L. M. (1998). The American Indian Holocaust: healing historical unresolved grief. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 8(2), 56-78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9842066/>
- Brown, G. W., Harris, T., & Copeland, J. J. (1977). Depression and Loss. *British Journal of Psychiatry*, 130(1), 1-18. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.1.1>
- Browne, A. J., Smye, V. L., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B., & O'Neil, J. (2011). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*, 21(3), 333-348. <https://doi.org/10.1177/1049732310385824>

- Bryant-Davis, T. (2007). Healing requires recognition: The case for race-based traumatic stress. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 135–143. <https://doi.org/10.1177/0011000006295152>
- Campaign 2000 [Campagne 2000]. (2006). *Oh Canada! Too Many Children in Poverty for Too Long*. Repéré à https://canadiancrc.com/PDFs/Campaign2000_06NationalReportCard_EN.pdf
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., & Barnes, H. E. (2001). Social Reactions to Rape Victims: Healing and Hurtful Effects on Psychological and Physical Health Outcomes. *Violence and Victims*, 16(3), 287–302. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.16.3.287>
- Chansonneuve, D. (2007). *Comportements de dépendance chez les Autochtones au Canada*. Fondation autochtone de guérison. Repéré à <http://www.fadg.ca/downloads/addictive-behaviours.pdf>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL]. (2018). *Faits saillants ERS 2015*. Repéré à https://cssspnql.com/docs/default-source/ERS-2015/faits_saillant_ers_fra_web.pdf?sfvrsn=2
- Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR]. (2012). *Commission de vérité et réconciliation du Canada: Rapport intérimaire* (Publication no IR4-3/1-2012F-PDF). Gouvernement du Canada. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/cvrc-trcc/IR4-3-1-2012-fra.pdf
- Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR]. (2015a). *Pensionnats du Canada: L'histoire, partie 1 des origines à 1939. Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, Volume 1* (Publication no IR4-9-1-1-2015-fra.pdf). Gouvernement du Canada. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-9-1-1-2015-fra.pdf
- Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR]. (2015b). *Pensionnats du Canada: L'histoire, partie 2 de 1939 à 2000. Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, Volume 1* (Publication no IR4-9-1-1-2015-fra.pdf). Gouvernement du Canada. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-9-1-1-2015-fra.pdf
- Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR]. (2015c). *Pensionnats du Canada: Les séquelles. Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, Volume 5* (Publication no IR4-9-5-2015-fra.pdf). Gouvernement du Canada. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-9-5-2015-fra.pdf
- Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR]. (2015d). *Pensionnats du Canada: La réconciliation. Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, Volume 6* (Publication no IR4-9-6-2015-fra.pdf). Gouvernement du Canada. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-9-6-2015-fra.pdf
- Cornell, S. (2006). *Indigenous peoples, poverty and self-determination in Australia, New Zealand, Canada and the United States*. Native Nations Institute for Leadership, Management, and Policy on behalf of the Arizona Board of Regents, Harvard Project on American Indian Economic Development. Repéré à <https://hpaied.org/sites/default/files/publications/Indigenous%20Peoples,%20Poverty%20and%20Self%20Determination%20in%20Australia,%20New%20Zealand,%20Canada%20and%20the%20US.pdf>
- Corntassel, J. (2012). Re-envisioning resurgence: Indigenous pathways to decolonization and sustainable self-determination. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 1(1), 86–101. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/des/article/view/18627>
- Corrado, R. R., & Cohen, I. M. (2003). *Profils de la santé mentale d'un échantillon d'autochtones de la Colombie-Britannique survivants du régime canadien des pensionnats*. Fondation autochtone de guérison. Repéré à <http://www.fadg.ca/downloads/mental-health.pdf>
- Department of Indian Affairs Archives, RG10.
- Doran, J. M. (2018). *A long way home: First nations adoptions and repatriations* [Thèse de doctorat, University of Toronto]. <http://hdl.handle.net/1807/82420>
- Dube, S., Anda, R., Whitfield, C., Brown, D., Felitti, V., Dong, M., & Giles, W. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430–438. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.01.015>
- Duran, B., Duran, E., & Brave Heart, M. Y. H. (1998). Native Americans and the trauma of history: Theory of historical trauma. Dans R. Thornton (dir.), *Studying native America: Problems and prospects* (60–76). University of Wisconsin Press.
- Easton, S. D. (2020). Disclosure of child sexual abuse: Directions for breaking new ground. *Child Abuse & Neglect*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104287>
- Easton, S. D., Roh, S., Kong, J., & Lee, Y.-S. (2019). Childhood sexual abuse and depression among American Indians in adulthood. *Health & Social Work*, 44(2), 95–103. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz005>
- Eisenberg, A., Webber, J., Coulthard, G., & Boisselle, A. (2014). *Recognition versus self-determination: Dilemmas of emancipatory politics*. Vancouver: UBC Press.
- Elias, B., Mignone, J., Hall, M., Hong, S. P., Hart, L., & Sareen, J. (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: An empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1560–1569. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.026>

- Esterling, B. A., Antoni, M. H., Fletcher, M. A., Margulies, S., & Schneiderman, N. (1994). Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 130–140. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.130>
- Evans-Campbell, T. (2008). Historical trauma in American Indian/Native Alaska communities: A multilevel framework for exploring impacts on individuals, families, and communities. *Journal of Interpersonal Violence, 23*(3), 316–338. <https://doi.org/10.1177/0886260507312290>
- Fast, E., & Collin-Vézina, D. (2010). Historical trauma, race-based trauma and resilience of Indigenous people: A Literature Review. *First Peoples Child & Family Review, 5*(1), 126–136. <https://doi.org/10.7202/1069069ar>
- First Peoples' Cultural Council. (2010). *Report on the status of B.C. First Nations Languages*.
- Fondation autochtone de guérison [FAGD]. (2007). *Répertoire des pensionnats au Canada*. Fondation autochtone de guérison. Repéré à <https://www.fadg.ca/downloads/res-school-directory.pdf>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61706-7)
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., & Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: Links between being a victim and becoming a perpetrator. *The British Journal of Psychiatry, 179*(6), 482–494. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.482>
- Gold, D. B., & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology, 25*(14), 1245–1261. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02617.x>
- Gone, J. P. (2009). A community-based treatment for Native American historical trauma: Prospects for evidence-based practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 751–762. <https://doi.org/10.1037/a0015390>
- Good, A., Sims, L., Clarke, K., & Russo, F. A. (2020). Indigenous youth reconnect with cultural identity: The evaluation of a community- and school-based traditional music program. *Journal of Community Psychology, 49*(2), 588–604. <https://doi.org/10.1002/jcop.22481>
- Gouvernement du Canada. (1982). *Lois constitutionnelles de 1867 à 1982*. Repéré à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-18.html#f80>
- Gouvernement du Canada. (1985). Loi sur les Indiens. Repéré à <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/l-5/>
- Gouvernement du Canada. (2013, 20 janvier). Les jeunes autochtones: le pouvoir guérisseur de l'identité culturelle. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/programmes-initiatives/programme-aide-prescolaire-autochtones-collectivites-urbaines-nordiques-papacun/jeunes-autochtones-pouvoir-guerisseur-identite-culturelle.html>
- Gouvernement du Canada. (2017, 4 décembre). Peuples et communautés autochtones. Repéré à [Peuples et communautés autochtones \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](https://www.peuplesautochtones.ca/)
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique: Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue québécoise de psychologie, 23*(3), 165–184. https://www.researchgate.net/publication/308055209_Soutien_social_et_trouble_de_stress_posttraumatique_Theories_pistes_de_recherche_et_recommandations_cliniques
- Hackett, C., Feeny, D., & Tompa, E. (2016). Canada's residential school system: measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes. *Journal of Epidemiology and Community Health, 70*(11), 1096–1105. <https://www.jstor.org/stable/44017853>
- Haig-Brown, C. (1988). *Resistance and Renewal: Surviving the Indian Residential School*. Vancouver: Arsenal Pulp Press.
- Hallett, D., Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development, 22*(3), 392–399. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.02.001>
- Harper, L. (2005). Epigenetic Inheritance and the Intergenerational Transfer of Experience. *Psychological Bulletin, 131*(3), 340–360. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.3.340>
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome 1* (149–204). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Jacobs, K., & Gill, K. (2001). Substance Abuse in an Urban Aboriginal Population. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 1*(1), 7–25. https://doi.org/10.1300/j233v01n01_02
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R., & Andrews, B. (1993). Crisis support in the aftermath of disaster: A longitudinal perspective. *British Journal of Clinical Psychology, 32*(2), 177–185. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1993.tb01042.x>
- Katsi'tsakwas, E. G. (2015). Revitaliser les langues et cultures autochtones. *Droits et libertés, 32*(2). <https://liguedesdroits.ca/revitaliser-les-langues-et-cultures-autochtones/>
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Childhood parental loss and adult psychopathology in women: A twin study perspective. *Archives of General Psychiatry, 49*(2), 109–116. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820020029004>

- Kinnon, D. (2002). *Improving population health, health promotion, disease prevention and health protection services and programs for Aboriginal people*. National Aboriginal Health Organization. Repéré à https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2012/15388/pdf/research_pop_health.pdf
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Trait, C. (2007). *Suicide Among Aboriginal People in Canada*. Fondation autochtone de guérison. Repéré à <https://www.douglas.qc.ca/uploads/File/2007-AHF-suicide.pdf>
- Koss, M. P., Yuan, N. P., Dightman, D., Prince, R. J., Polacca, M., Sanderson, B., & Goldman, D. (2003). Adverse childhood exposures and alcohol dependence among seven Native American tribes. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 238-244. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(03\)00195-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(03)00195-8)
- Lepage, P. (2019). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones*. Institut Tshakapesh. Repéré à <https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/Mythes-Realites.pdf>
- Lepore, S. J., Ragan, J. D., & Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 499-508. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.499>
- Levesque, M., Szyf, M., & Booji, L. (2016). Epigenetic mechanisms in depression. *Academic Press*, 181-207. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802456-0.00006-6>
- Lewis, L. (2021). *Self-conscious emotions among survivors of trauma* [Thèse de doctorat, Lancaster University]. <https://doi.org/10.17635/lancaster/thesis/885>
- Library and Archives Canada, RG10, volume 6810, file 470-2-3, volume 7, Evidence of D. C. Scott to the Special Committee of the House of Commons Investigating the Indian Act amendments of 1920, (L-2)(N-3).
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. Dans D. Cicchetti et D. J. Cohen (dir.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* (740-795). New-York: Wiley.
- Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A., & Jenkins, J. (2015). Maternal abuse history, postpartum depression, and parenting: links with preschoolers' internalizing problems. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 146-155. <https://doi.org/10.1002/imhj.21496>
- McAuslan, P. (1998). After sexual assault: The relationship between women's disclosure, the reactions of others, and health [Thèse de doctorat, Wayne State University, Detroit.]
- McDonough, B. (2013). Le drame des pensionnats autochtones. *Relations*, 768, 33-35. <https://id.erudit.org/iderudit/70217ac>
- McDougall, R. (2018). Duncan Campbell Scott. Dans *The Canadian Encyclopedia* [Encyclopédie canadienne]. Repéré à <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/duncan-campbell-scott>
- McFarlane, A. C. (1998). Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse. *Addictive Behaviors*, 23(6), 813-825. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00098-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00098-7)
- McQuaid, R. J., Bombay, A., McInnis, O. A., Humeny, C., Matheson, K., & Anisman, H. (2017). Suicide Ideation and Attempts among First Nations Peoples Living On-Reserve in Canada: The Intergenerational and Cumulative Effects of Indian Residential Schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(6), 422-430. <https://doi.org/10.1177/0706743717702075>
- Menzies, P. (2010). Intergenerational trauma from a mental health perspective. *Native Social Work Journal*, 7, 63-85. <https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/OSUL/TC-OSUL-384.PDF>
- Miller, J. (2020). Pensionnats indiens au Canada. Dans *l'Encyclopédie Canadienne*. Repéré à <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/pensionnats>
- Morin, F. (2009). L'autochtonie comme processus d'ethnogénèse. Dans A. Gagné, T. Martin et M. Salaün (dir.), *Vues de France et du Québec* (59-74). Québec: Presses de l'Université Laval.
- National Collaborating Center for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2011). *Looking for Aboriginal health in legislation and policies, 1970 to 2008: A policy synthesis project*. Repéré à [http://nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20\(English%20-%20Web\).pdf](http://nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20(English%20-%20Web).pdf)
- National Native Alcohol and Drug Abuse Program [NNA-DAP]. (2000). *General Review 1998, Final Report*. Repéré à https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/1998_rpt-nnadap-pnlaada-eng.pdf
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development* (Working Paper No. 10). Repéré à <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2010/05/Early-Experiences-Can-Alter-Gene-Expression-and-Affect-Long-Term-Development.pdf>
- National Steering Committee. (1999). *First Nations and Inuit Regional Health Survey*. Repéré à https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/rhs_1997_final_report.pdf
- Newcomb, M. D., & Locke, T. F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: A popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1219-1240. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00267-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00267-8)

- Paquet, N. (2016). La résurgence autochtone, un passage nécessaire vers une réconciliation : l'exemple de l'alimentation traditionnelle. *Cahiers du CIÉRA*, 13, 79-99. https://www.ciera.ulaval.ca/sites/ciera.ulaval.ca/files/article_5.pdf
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., & Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 863-871. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.4.863>
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Ross, A. (2013). *Effet de la fréquentation des pensionnats autochtones et des mauvais traitements durant l'enfance sur les problèmes de consommation d'alcool et de drogues* [Essai doctoral, Université du Québec à Chicoutimi]. Repéré à <https://constellation.uqac.ca/2648/1/030585732.pdf>
- Roth, T. L., Lubin, F. D., Funk, A. J., & Sweatt, J. D. (2009). Lasting epigenetic influence of early-life adversity on the BDNF gene. *Biological Psychiatry*, 65(9), 760-769. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.11.028>
- Saakvitne, K. W., Gamble, S., Pearlman, L. A., & Lev, B. T. (2000). *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. The Sidran Press.
- Santé Canada. (2003). *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*. Gouvernement du Canada.
- Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2019). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 41-53. <https://doi.org/10.1177/1524838018823274>
- Secrétariat aux Affaires autochtones. (2019). *Profils des nations autochtones du Québec*. Gouvernement du Québec. Repéré à https://www.autochtones.gouv.qc.ca/relations_autochtones/profils_nations/profil.asp
- Sinclair, N., & Dainard, S. (2020). *Rafle des années soixante*. Dans *l'Encyclopédie Canadienne*. Repéré à <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/sixties-scoop>
- Simpson, L. (2011). *Dancing on our turtle's back: Stories of Nishnaabeg re-creation, resurgence, and a new emergence*. Winnipeg: Arbeiter Ring Publishing.
- Sioui, M.-M. (2020, 9 octobre). *Racisme systémique: Anglade dénonce l'entêtement du premier ministre*. Le Devoir. Repéré à <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/587472/racisme-systemique-racisme-systemique-le-gault-est-boque-selon-l-opposition>
- Söchting, I., Corrado, R., Cohen, I. M., Ley, R. G., & Brasfield, C. (2007). Traumatic pasts in Canadian Aboriginal people: Further support for a complex trauma conceptualization? *BC Medical Journal*, 46(9), 320-326. <https://bcmj.org/articles/traumatic-pasts-canadian-aboriginal-people-further-support-complex-trauma-conceptualization>
- Solis, C. B., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T., & Delpierre, C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(7), E738-E746. <https://doi.org/10.1073/pnas.1417325112>
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184(5), 416-421. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.416>
- Statistique Canada. (2011). *Aboriginal Peoples in Canada: First Nations People, Métis and Inuit*. Gouvernement du Canada. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-nenm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-eng.pdf>
- Statistique Canada. (2017a). *Les agressions sexuelles auto-déclarées au Canada, 2014*. Gouvernement du Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2017001/article/14842-fra.pdf?st=kunJm-7Z>
- Statistique Canada. (2017b). *Recensement en bref: Les différentes caractéristiques des familles des enfants autochtones de 0 à 4 ans*. Gouvernement du Canada. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016020/98-200-x2016020-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2017c, 25 octobre). *Thème du Recensement de 2016: Peuples autochtones*. Gouvernement du Canada. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/rt-td/ap-pa-fra.cfm>
- Szyf, M. (2011). The early life social environment and DNA methylation. *Epigenetics*, 6(8), 971-978. <https://doi.org/10.4161/epi.6.8.16793>
- Todorov, T. (1982). *La conquête de l'Amérique. La question de l'autre*. Paris: Seuil.
- Tremblay, D. (2008). *L'éveil des survivants: Récits des abus sexuels dans les pensionnats amérindiens du Québec*. Montréal: Michel Brûlé.
- Trocme, N., Knoke, D., & Blackstock, C. (2004). Pathways to the Overrepresentation of Aboriginal Children in Canada's Child Welfare System. *Social Service Review*, 78(4), 577-600. <https://doi.org/10.1086/424545>
- Truth and Reconciliation Commission of Canada [TRC]. (2015). *What We Have Learned: Principles of Truth and Reconciliation* (Publication no IR4-6/2015E). Repéré à <https://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/cn000043633402-eng.pdf>

- Tully, J. (2008). The struggles of Indigenous peoples for and of freedom. In *Public Philosophy in a New Key* (Ideas in Context, pp. 257-288). Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9780511790737.010>
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>
- Université Concordia. (2015, 1 mai). *What can universities do to support Indigenous resurgence?* [Vidéo en ligne]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=cVGiYmNT-P1w&lc=UgjV4ZNRt88A93gCoAEC>
- Vitenti, L. (2018). Les déclencheurs du suicide chez les atikamekw et les anishnabek. *Drogues, santé et société*, 17(1), 70-84. <https://doi.org/10.7202/1059139ar>
- Wekerle, C., Waechter, R. L., Leung, E., & Leonard, M. (2007). Adolescence: A Window of Opportunity for Positive Change in Mental Health. *First Peoples Child & Family Review*, 3(2), 8-16. <https://doi.org/10.7202/1069457ar>
- Wesley-Esquimaux, C. C., & Smolewski, M. (2004). *Traumatisme historique et guérison autochtone*. Fondation autochtone de guérison. Repéré à <http://www.fadg.ca/downloads/historic-trauma.pdf>
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Dans E. J. Mash et R. A. Barkley (dir.), *Assessment of childhood disorders* (4^e éd.) (685-748). New York: Guilford Press.

Pour citer l'article

Geanta, O. (2021). Mieux connaître, mieux-être : Les conséquences de l'instauration du système des pensionnats autochtones au Canada sur les peuples autochtones. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 11(1), 24-41.

Droits d'auteur

© 2021 Geanta. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

REMERCIEMENTS

Le comité exécutif de la revue *Psycause* tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué de près ou de loin au développement de la revue au sein des dernières années :

- Les professeur(e)s et chercheur(e)s nous ayant rencontré pour discuter de nos idées, et pour nous émettre leurs commentaires et critiques: Isabelle Blanchette (Ph. D.) et Alexandre Marois (Ph. D.),
- L'équipe de la diffusion de la recherche, des communications savantes et du Bureau du droit d'auteur de la Bibliothèque de l'Université Laval. Plus particulièrement, nous voulons remercier Mme Maude Laplante-Dubé, bibliothécaire aux communications savantes, qui a permis au site du *Psycause* de gagner en visibilité en nous formant, tout au long de l'année, sur l'utilisation d'une plateforme plus interactive.
- La direction de l'École de psychologie, qui nous appuie dans la mise en place de la revue au sein de l'École de psychologie et nous offre la chance de collaborer avec le corps professoral.

La revue tient également à remercier les auteurs et autrices ayant soumis des manuscrits ainsi que tous les membres étudiants ou du corps professoral qui se sont impliqués bénévolement, que ce soit pour le processus de révision par les pairs ou pour la révision linguistique.



Boutique spécialisée dans la vente d'illustrations et produits personnalisés

Vous pouvez choisir parmi une sélection d'illustrations originales ou en faire concevoir une personnalisée. Par la suite, vous pouvez décider sur quel type de support vous désirez la recevoir, comme par exemple sur carte postale, carte de souhait, carnet de notes, affiche, chandail, étui à cellulaire, tasse, chandelle et bien plus encore.

Pour plus de détails, pour voir la sélection d'illustrations ou passer une commande, rendez-vous sur les différentes pages de la boutique.

La page Facebook : fb.me/Boutique2902
La boutique Esty : www.etsy.com/shop/2902



psycause

ÉDITION RECHERCHE DIRIGÉE 2021

SURVEILLEZ LA PROCHAINE PARUTION DU PSYCAUSE PRÉVUE À LA RENTRÉE D'AUTOMNE 2021.

Cette édition Recherche Dirigée met de l'avant les projets de recherche des étudiant(e)s des concentrations recherche et recherche intervention du baccalauréat en psychologie. La formule vous permettra d'apprécier ces projets sous la forme d'un résumé long ; édition idéale pour survoler la variété de champs d'études offerts au sein de l'École de psychologie.