

Le Questionnaire sur les facteurs contextuels (QFC) : un outil pour favoriser le mentorat de rétablissement et l'humanisation des soins et pour prévenir les maladies mentales nosocomiales

Jean-François Pelletier¹
Marc Laporta²
Marie-Ève Rioux³
Larry Davidson⁴

¹ Professeur agrégé, Département de psychiatrie et d'addictologie
Université de Montréal
Assistant Clinical Professor
Department of Psychiatry
Yale University

² Assistant Professor
Department of Psychiatry
McGill University

³ Candidate au doctorat
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

⁴ Professor
Department of Psychiatry
Yale University

Résumé. La Classification internationale des maladies (CIM), qui en est à sa 10^e version, est la norme internationale utilisée pour les statistiques et l'épidémiologie, la prise en charge des soins, l'allocation des ressources, le suivi, l'évaluation et la recherche. Les diagnostics de troubles mentaux et du comportement sont décrits dans le chapitre V de la CIM-10. Or, pour la première fois les usagers et les familles sont invités par l'Organisation mondiale de la santé à prendre part au processus de révision de la CIM-10 et donc à la préparation de la CIM-11. Cet article présente et discute les résultats d'un projet de recherche participative grâce auquel des usagers ayant un diagnostic du chapitre V, ainsi que des membres de leur entourage, ont pris part à la révision de la CIM. Pour ce projet, ils ont choisi de commenter les *Facteurs contextuels influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*, soit les catégories du chapitre XXI de la CIM-10. Les participants ont répondu au Questionnaire sur les facteurs contextuels (QFC), lequel correspond aux 18 principaux facteurs contextuels (version bêta). Il leur était demandé d'indiquer à quel point ces facteurs pouvaient selon eux avoir eu une influence ; (a) sur l'apparition d'un problème de santé mentale, (b) sur la réapparition d'un problème de santé mentale, et (c) sur leur rétablissement. Parmi ces trois dimensions, c'est le rétablissement qui fut considéré comme étant particulièrement influencé par les facteurs contextuels. Parmi ceux-ci, les services de santé eux-mêmes sont associés à l'induction de la maladie, surtout selon les femmes ayant pris part à l'étude. D'où le phénomène de maladies mentales nosocomiales (*trauma informed services*), lequel peut être prévenu par l'intervention des pairs aidants formés pour discuter des déterminants de la santé et des trajectoires de vie avec leurs pairs aidés en utilisant le QFC.

Mots clés : santé mentale, stigmatisation, autonomisation, responsabilité sociale, CIM, facteur de risque, état de santé, recherche, France, Québec, questionnaire

Abstract. The Contextual Factors Questionnaire (QFC): a tool to support recovery mentoring and humanization of care and to prevent nosocomial mental illnesses. The International Classification of Diseases (ICD), 10th version, is the international standard diagnostic tool for epidemiology, health management, and clinical purposes. The diagnoses of *Mental and behavioral disorders* are described in Chapter V of the ICD-10. For the first time, users and families are invited by the World Health Organization to take part in the revision of ICD-10 and thus in the preparation of ICD-11. This project consisted of asking users with a diagnosis of Chapter V (and their relatives) to focus on the *Factors influencing health status and contact with health services* these are the categories of Chapter XXI of ICD-10. Research participants answered the Contextual Factor Questionnaire (QFC), corresponding to the 18 main contextual factors (beta version). They were asked to indicate to what extent these factors influenced a) the onset of a mental or behavioral disorder ; b) the resurgence of such a disorder ; and c) the recovery process. As reported in this paper, among these dimensions it was for the recovery process that the contextual factors were considered to be the most influential. Among these factors, health services, particularly for women, were associated with the onset of a mental or behavioral disorder (*trauma informed services*), hence the phenomenon of nosocomial mental illnesses, which can be prevented by the intervention of peer mentors who are trained the discuss health determinants and life trajectories by using the QFC.

Key words: mental health, stigma, empowerment, social accountability, ICD, risk factor, health status, research, France, Quebec, questionnaire

Correspondance : J.-F. Pelletier
<jean-francois.pelletier@yale.edu>

Resumen. El Cuestionario sobre los factores contextuales (CFC): una herramienta para favorecer el mentorato de restablecimiento y humanización de los cuidados y para prevenir las enfermedades mentales nosocomiales.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE/CIM), que va por su 10^a versión, es la norma internacional utilizada por las estadísticas y la epidemiología, la asunción de los cuidados, la asignación de recursos, el seguimiento, la evaluación y la investigación. Los diagnósticos de los trastornos mentales y del comportamiento están descritos en el capítulo V de la CIM-10. Ahora bien, por primera vez los usuarios y las familias están invitados por la Organización Mundial de la Salud a ser parte del proceso de revisión de las CIM-10 y por lo tanto a la preparación de la CIM-11. Este artículo presenta y discute los resultados de un proyecto de investigación participativa gracias al cual unos usuarios con un diagnóstico del capítulo V, así como miembros de su entorno han sido parte de la revisión de la CIM. Para este proyecto, han escogido comentar los *Factores contextuales que influyen en el estado de salud y motivos de recursos a los servicios de salud*, o sea las categorías del capítulo XXI de la CIM-10. Los participantes han contestado al Cuestionario sobre los factores contextuales (QFC), el cual corresponde a los 18 principales factores contextuales (versión beta). Se les pedía que indicaran hasta qué punto estos factores contextuales según ellos haber podido tener una influencia; (a) sobre la aparición de un problema de salud mental, b) sobre la reaparición de un problema de salud mental, y c) sobre su restablecimiento. Entre estas tres dimensiones, fue el restablecimiento el considerado como contextualmente influenciado por los factores contextuales. Entre los mismos, los mismos servicios de salud están asociados a la inducción de la enfermedad, sobre todo según las mujeres que participaron en el estudio. De ahí el fenómeno de enfermedades mentales nosocomiales (*trauma informed services*), el cual puede ser prevenido por la intervención de los ayudantes entre pares formados para discutir los determinantes de la salud y de los trayectorias de vida con sus pares ayudados con la utilización del CFC.

Palabras claves: salud mental, estigmatización, autonomización, responsabilidad social, CIM, factor de riesgo, estado de salud, investigación, Francia, Quebec, cuestionario

Introduction

Pour des soins personnalisés favorisant le rétablissement en santé mentale, il est tout aussi important de bien saisir les déterminants socioéconomiques et psychosociaux dans lesquels un patient évolue, que de poser le bon diagnostic. Les déterminants de la santé en général et incluant ceux de la santé mentale sont en effet composés de facteurs individuels, mais tout autant de facteurs interpersonnels, sociaux, environnementaux, culturels, économiques et politiques, facteurs sur lesquels il est nécessaire de chercher à exercer une influence pour des résultats optimaux. Cet article rapporte et discute les résultats d'un projet de recherche qui visait à faire ressortir l'importance éventuelle des déterminants sociaux de la santé selon des usagers québécois de services de santé mentale et leurs proches. Ce projet s'inscrivait dans le cadre de la révision par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de la Classification internationale des maladies, 10^e version (CIM-10).

La CIM est la norme internationale permettant de rendre compte des données de mortalité et de morbidité. Elle organise et code les informations sanitaires qui sont utilisées pour les statistiques et l'épidémiologie, la prise en charge des soins, l'allocation des ressources, le suivi, l'évaluation et la recherche. Les diagnostics de *troubles mentaux et du comportement* sont décrits dans le chapitre V de la CIM-10. Il s'agit des catégories F00 à F99. Ce projet mené en partenariat de recherche par-

ticipative avec des usagers leur a permis de contribuer à la révision de la CIM-10 en se penchant sur les *Facteurs contextuels influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*, soit les catégories Z00 à Z99 du chapitre XXI de la CIM-10. Il est prévu que lorsqu'une personne reçoit des soins de santé, physique ou mentale, de tels facteurs de contexte psychosocial et socioéconomique soient pris en compte. La participation des sujets de recherche consistait à discuter en entrevue de l'importance, selon eux, de ces facteurs contextuels (FC), ou autrement dit des déterminants sociaux, puis de proposer une façon pertinente de les prendre en compte. En effet, l'OMS élabore présentement la CIM-11 et pour la première fois, elle demande aux experts mais aussi à diverses catégories d'utilisateurs de la CIM de collaborer à la révision de cette classification, dont les patients et usagers de services de santé et leurs proches.

Or la plupart des gens qui auraient cliniquement besoin de soins pour leur santé mentale, ne consultent pas pour des troubles dits psychiatriques. Ils peuvent cependant vouloir consulter à propos des conditions socioéconomiques ou psychosociales qu'ils associent à des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (catégories F10-F19 de la CIM-10), à des troubles de l'humeur ou affectifs (catégories F30-F39), ou encore à des troubles névrotiques, des troubles liés à des facteurs de stress et des troubles somatoformes (catégories F40-F48). En fait, moins de la moitié des personnes souffrant d'une maladie mentale consulte pour discuter de

maladie mentale [1]. Ces personnes peuvent plutôt chercher à entrer en contact avec les services sociaux ou de santé pour une raison autre, par exemple pour discuter d'un problème qui à leurs yeux ne représente pas nécessairement en soi une maladie psychiatrique. Les catégories Z00 à Z99 du chapitre XXI de la CIM sont destinées à l'enregistrement de tels motifs de recours aux services de santé, autres que maladie. Selon l'OMS, ces facteurs contextuels (FC) devraient être enregistrés comme facteurs supplémentaires à prendre en compte lorsque le sujet reçoit des soins et traitements pour une maladie diagnostiquée, par exemple un trouble mental ou du comportement faisant l'objet de l'une ou l'autre des catégories F00 à F99.

L'une des raisons pour expliquer pourquoi des personnes souffrant d'une maladie mentale ne consultent pas pour une telle maladie, c'est qu'elles ne croient pas que le système de santé mentale et de psychiatrie puisse leur offrir de l'aide et du soutien pour discuter de leurs « problèmes » [2]. Il y a aussi la perception que ce système est insensible aux particularités culturelles [3] et le fait d'avoir eu des expériences négatives par le passé [4]. L'une des principales insatisfactions des personnes qui consultent est de ne pas se sentir écoutées, de ne pas se sentir considérées comme personnes à part entière lors de l'énonciation et du traitement d'un diagnostic de la catégorie « F » de la CIM-10. Nombre d'entre elles ne souhaiteront pas revivre une telle expérience parce que l'intervention alors proposée ne porte que trop exclusivement sur un syndrome ou un symptôme auquel correspond d'avance une prescription précise, indépendamment ou presque de ce que vit la personne et de ce qu'elle a à dire sur ses conditions de vie. Que l'on se sente déprimé pour un deuil ou pour une situation de chômage prolongé ne changera pas, par exemple, la prescription ni le dosage de tel ou tel médicament par le médecin traitant. De sorte qu'effectivement, « des services dispensés ne signifient pas nécessairement que les besoins ont été comblés » [5]. De tels besoins pourraient n'être satisfaits que chez une personne sur six qui en reçoivent [6].

Si les personnes qui consultent le font d'abord par besoin de discuter de leurs « problèmes » et pas nécessairement de leur « maladie psychiatrique », elles risquent de voir leurs attentes non satisfaites si aucune question n'est posée sur les FC qui selon eux peuvent être la source du problème. Le fait que l'attention ne porte que sur les manifestations observables de la maladie et non sur ses causes au sens large ne favorise ni la satisfaction, ni la communication, si c'est pour parler de leurs problèmes que les personnes consultent. Les personnes en détresse psychique, par exemple à l'urgence psychiatrique, peuvent être déçues de ne pas se faire demander ce qui ne va pas dans leur vie et qui pourrait expliquer cette détresse [7]. D'où l'importance de poser des questions sur ces FC et ce, tel que les usagers et les proches souhaiteraient se les faire poser au contact

de ces services et afin que ceux-ci puissent leur offrir des soins personnalisés qui tiennent compte des FC en présence.

Une stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP)

Pour améliorer et personnaliser davantage les soins et services de santé, les organismes subventionnaires de recherche comme les Instituts de recherche en santé du Canada préconisent désormais des stratégies de recherche axées sur le patient (SRAP). Les SRAP situent le patient au centre des préoccupations et en font un acteur de premier plan dans sa propre trajectoire de soins, ce qui correspond très bien au rétablissement en tant que principe directeur des réformes des politiques et systèmes de santé mentale contemporains [8]. En effet, le rétablissement met en avant la capacité des personnes aux prises des troubles mentaux ou du comportement à prendre le contrôle de leur vie, individuellement et collectivement, et à participer activement à la vie en société et ce, nonobstant la persistance ou la sévérité éventuelle de tels troubles. En fait, le principe actif du rétablissement est non seulement le maintien des gens dans la communauté, mais surtout la volonté de faire en sorte qu'ils soient et restent membres de la communauté en y vivant à peu près comme tout le monde [9]. Le milieu de la recherche en tant que secteur économique peut être inclusif de telles personnes et être lui-même un laboratoire propice à leur rétablissement [10, 11].

Les SRAP désignent donc un continuum scientifique allant des recherches initiales sur des humains jusqu'aux études comparatives sur l'efficacité et les résultats, et son intégration au système de santé et aux pratiques cliniques [12]. Le thème *recherche axée sur le patient* dénote particulièrement un niveau d'engagement supérieur du patient dans le processus de recherche, de développement et de transfert des connaissances. La recherche démontre de plus en plus l'utilité d'inclure les patients et de tenir compte de leurs préférences dans la recherche en santé [13-16] et c'est pourquoi l'innovation et les investissements en SRAP sont devenus hautement prioritaires, particulièrement aux États-Unis [17], au Royaume-Uni [18], en Europe (Allemagne, France, Scandinavie, Italie) [19, 20] et en Australie [21].

La SRAP s'intéresse aux soins prodigués aux patients en contexte clinique, par opposition à l'étude de populations entières, mais il ne fait plus de doute que les résultats en santé reposent en bonne partie sur les déterminants sociaux et qu'il existe de fortes synergies entre la recherche axée sur le patient et la recherche en santé des populations. Le projet qui fait l'objet de cet article était non seulement axé sur le patient ; il était en fait porté par des patients et ce, de plusieurs façons complémentaires :

– Il a émané d’une série de 5 rencontres entre le Centre collaborateur de l’OMS de Montréal, plus une sixième avec celui de Lille, et les patients partenaires du Centre de recherche de l’Institut universitaire en santé mentale de Montréal [22].

– Ce sont des patients partenaires et professionnels de recherche qui ont coordonné le projet, incluant le suivi avec le Comité d’éthique de la recherche, la conduite et la codification des entrevues, et la diffusion des résultats [23].

– L’expérience des patients participants aux entrevues a été mise en valeur pour mieux comprendre l’influence complexe des FC sur l’apparition des problèmes de santé mentale, leur réapparition et sur le rétablissement en santé mentale.

Méthode

Dans le cadre de ce projet, nous nous demandions quelles seraient les modalités pertinentes, du point de vue des patients et des proches, de la prise en compte des FC, et si cette prise en compte serait susceptible de faire en sorte qu’ils se sentent davantage considérés par le système de santé comme des personnes à part entière (approche globale et holistique). Plus spécifiquement, ce projet comportait deux objectifs de recherche :

1. Faire ressortir ce que pensent des usagers de services de santé mentale et des proches concernant l’influence des FC sur :

- a. l’apparition d’un problème de santé mentale,
- b. la réapparition d’un problème de santé mentale,
- c. le rétablissement en santé mentale.

2. Identifier des modalités pertinentes selon des usagers de services de santé mentale et des proches pour la prise en compte des FC.

Pour atteindre ces objectifs, un devis de recherche mixte fut proposé, soit la conduite d’entrevues individuelles (données qualitatives) et l’utilisation d’une grille de mesure (données quantitatives). Quinze usagers de services de santé mentale ont été rencontrés en entrevues individuelles. Pour chacun des 18 FC de la CIM-11 version bêta (*Annexe 1*), il leur a d’abord été demandé d’évaluer à quel point, sur une échelle de Likert allant de 0 à 6 (0 correspond à *aucune influence* et 6 à une *très grande influence*), s’ils considéraient que ce facteur pouvait influencer 1.a) l’apparition d’un trouble mental ou d’un comportement, 1.b) la réapparition d’un tel trouble et 1.c) le processus de rétablissement. Lors de l’entrevue individuelle semi-structurée subséquente, ce même *Questionnaire sur les facteurs contextuels* (QFC) a servi de grille d’entrevue. Quinze proches furent également rencontrés en entrevues individuelles. De la même manière, il leur fut d’abord demandé de graduer et commenter l’influence de chacun des FC sur l’apparition du trouble mental ou du comportement, sa réapparition,

et le rétablissement d’une personne de leur entourage immédiat elle-même atteinte d’un tel trouble.

Suivant un modèle itératif ou circulaire de l’analyse de données, le travail d’analyse fut un processus progressif qui intervint tôt durant la phase-même de collecte de données et il y eut un va-et-vient constant entre les différentes composantes de l’analyse [24]. La constitution de l’échantillon et sa représentativité furent ici conceptualisés en termes de cas traceurs par opposition à la représentativité statistique. Les échantillons qualitatifs sont en effet généralement restreints, constitués de façon plutôt intentionnelle ou raisonnée que de manière aléatoire ou randomisée. En prolongement du critère de pertinence théorique de l’échantillon, il y a aussi le principe de saturation des catégories qui est de plus en plus la référence pour estimer la fin de la collecte de données et la taille de l’échantillon. On dira dans ce cas que l’échantillon est représentatif en ce qui concerne les processus sociaux [25]. En général, s’agissant d’un devis qualitatif et compte tenu de la diversité des milieux de recrutement, on pouvait s’attendre à ce que le nombre de participants ici proposé soit suffisant pour atteindre la saturation, soit 15 entrevues avec des usagers et 15 entrevues avec des proches. La collecte des données fut assumée par des patients partenaires de recherche, aussi appelés pairs assistants de recherche [26]. Leur savoir expérientiel du système et procédures hospitalières fut particulièrement utile pour faire en sorte que les sujets de recherche se sentent à l’aise de partager leurs expériences parfois difficiles et pour donner sens à cette expérience.

Recrutement

Pour recruter les usagers participants aux entrevues individuelles (N = 15), une invitation à participer a circulé via les comités des usagers des trois instituts universitaires en santé mentale du Québec ainsi que dans divers environnements cliniques jugés appropriés. Des séances d’information ont été organisées en collaboration avec les comités des usagers et des invitations à participer furent également rendues visibles pour recruter les participants potentiels, par exemple dans les unités de suivi internes ou externes pour ce qui est des troubles mentaux graves (ex. : schizophrénie) et des troubles courants (ex. : anxiété et dépression). Au besoin, un pair-assistant de recherche pouvait se présenter dans ces endroits afin de présenter le projet de recherche directement aux individus présents. Pour leur participation, qui serait d’une durée maximale de 2 heures, les usagers et les proches participants se verraient offrir une indemnité compensatoire. Pour les proches, une procédure similaire a été utilisée via des associations. Dans l’un et l’autre cas, les sujets usagers ou proches approchés se firent expliquer qu’il n’y avait aucun risque d’associé à la participation aux entrevues,

sauf peut-être de l'inconfort pouvant être lié à l'évocation de situations familiales de vulnérabilité. Les personnes approchées signaient le formulaire d'information et de consentement à la recherche, le cas échéant où ils acceptaient de participer.

Résultats

Les analyses quantitatives (tests de t pour échantillons appariés) ont fait ressortir des différences statistiquement significatives ($p \leq 0,5$) entre d'une part les usagers et les proches, et d'autre part entre les hommes et les femmes [27]. Ainsi, l'influence des *finances personnelles* était considérée comme plus importante selon les usagers que selon les proches pour l'ensemble des dimensions réunies (apparition, réapparition et rétablissement), tandis que le *logement* était encore une fois plus important selon les usagers pour expliquer l'apparition et la réapparition de la maladie, de même que pour les 3 dimensions réunies. Pour les usagers, le FC *emploi/chômage* était plus important que pour les proches pour expliquer l'apparition du trouble mental ou du comportement. En général, les proches considéraient les FC moins influents que les usagers ne le faisaient.

En ce qui concerne les différences hommes-femmes (*tableau 1*), le FC *eau et nutrition* était considéré plus influent par les femmes par rapport au rétablissement et aux 3 dimensions réunies. L'*éducation* était davantage associée à la réapparition de la maladie selon les femmes, tandis que le *système de santé* était associé par celles-ci, plus que par les hommes, à l'apparition-même de la maladie. Globalement, soit selon tous les répondants réunis, les résultats au QFC ont montré que c'est le rétablissement qui est le plus sujet à l'influence des FC [28].

Discussion

Les analyses qualitatives détaillées des transcriptions des entrevues sont en cours pour bien faire ressortir ce que pensent des usagers de services de santé mentale et des proches québécois concernant l'influence des FC (obj. 1). On peut par contre d'ores et déjà considérer que l'acceptabilité et la faisabilité d'utiliser le QFC pour graduer cette influence perçue sont maintenant démontrées. Le QFC figure donc parmi les modalités pertinentes selon des usagers de services de santé mentale et des proches pour la prise en compte des FC (obj. 2). Toutefois, pour aller plus loin par rapport à ce second objectif de la recherche, il fallait non seulement se demander grâce à quel(s) outil(s) les FC pourraient être pris en compte, mais aussi et peut-être surtout, par qui. Or depuis quelques années déjà, les mentors pairs aidants ont fait leur apparition dans le domaine de la santé mentale et en psychiatrie (en France, on

les appelle les médiateurs de santé/pairs). Le mentor pair aidant est une personne qui présente ou qui a présenté un problème de santé mentale et dont les aptitudes personnelles, les compétences et la formation au mentorat des pairs aidants en font un modèle de rétablissement positif pour l'équipe soignante et pour les personnes utilisatrices de services, soit les pairs aidés. Il représente une source d'espoir et de reprise du pouvoir d'agir, procure un soutien psychosocial en brisant l'isolement, fait bénéficier les personnes usagères de services avec qui il est en contact d'une reconnaissance de son vécu, participe à la réduction des hospitalisations, facilite le maintien de la personne dans la communauté tout en rehaussant la qualité des services offerts. Une formation en ligne offerte par la faculté de médecine de l'Université de Montréal permet aux apprentis mentors pairs aidants de discuter de l'influence de FC sur le rétablissement et de leur rôle sur un tel plan [29]. Ces derniers furent particulièrement intrigués du fait que le système de santé mentale puisse lui-même induire, selon les femmes participant à l'étude, des troubles mentaux et du comportement parce que le système ne les écoute pas et semble insensible à l'expression de leurs préoccupations intimes, ce qui ajoute au désespoir et à la détresse. Le concept de maladies mentales nosocomiales a ainsi été proposé pour illustrer la possibilité que le contact avec le système puisse être si froid et si austère qu'il rende les gens plus malades qu'avant leur arrivée, par exemple à l'urgence psychiatrique. Il s'agirait d'une pathologie liée à une non-écoute des besoins spécifiques et globaux des patients du fait de l'obnubilation des soignants sur la maladie et ses symptômes. La présence des mentors pairs aidants utilisant des outils comme les QFC pourrait corriger ce biais. C'est en effet dans un tel environnement que les mentors pairs aidants peuvent se montrer particulièrement disposés pour venir au-devant des gens qui s'y présentent ou qui y sont amenés plus ou moins contre leur gré. Les mentors pairs aidants peuvent alors offrir un espace de discussion et d'écoute, par exemple avec le QFC en main pour une meilleure compréhension et prise en compte subséquente par l'équipe soignante des conditions de vie du soigné. Le mentor pair aidant soutiendra ensuite son pair aidé à cheminer et à exercer sa propre influence sur ses FC.

Bien que la non-prise en compte par les équipes traitantes des facteurs contextuels concernant un patient en particulier puisse avoir des effets délétères sur son processus de rétablissement en le ralentissant, tel que suggéré par les résultats au QFC rapportés dans cet article ; cette non-prise en compte (ou prise en compte négligée) pourrait difficilement faire l'objet d'une demande de réparation du dommage, comme cela se fait dans le domaine chirurgical pour des erreurs médicales. Plus de recherche est en effet nécessaire pour établir hors de tout doute un lien de causalité, ce qui est nécessaire pour dresser une preuve lors d'un

Tableau 1. Différences hommes-femmes au Questionnaire sur les facteurs contextuels (QFC).

Facteur contextuel	Apparition			Réapparition			Rétablissement			
	homme (n=12) ou femme (n=16)	Moy.	ÉT	Signification bilatérale	Moy.	ÉT	Signification bilatérale	Moy.	ÉT	Signification bilatérale
Finances personnelles	homme	2,1	2,39	0,78	2,42	2,1	0,55	3,3	1,72	0,59
	femme	1,8	2,51		2,94	2,4		3,8	2,15	
Eau - nutrition	homme	1,6	2,39	0,80	1,42	1,4	0,14	2,2	2,25	0,00*
	femme	1,8	2,29		2,60	2,4		4,4	1,55	
Logement	homme	2,5	2,20	0,84	2,42	1,8	0,74	3,8	2,04	0,55
	femme	2,3	2,60		2,69	2,4		4,3	2,09	
Environnement social - culturel	homme	3,5	1,78	0,73	3,67	1,6	0,90	4,3	1,37	0,21
	femme	3,2	2,64		3,56	2,5		4,9	1,12	
Emploi - non-emploi	homme	2,5	2,15	0,61	3,17	2,2	0,91	3,6	2,31	0,40
	femme	2,1	2,27		3,07	2,5		4,3	1,79	
Éducation	homme	1,0	1,35	0,13	1,17	1,9	0,05*	2,8	2,17	0,13
	femme	2,3	2,52		2,88	2,4		4,0	1,73	
Sécurité sociale	homme	1,3	2,26	0,35	1,42	2,0	0,10	3,8	2,22	0,77
	femme	2,1	2,50		2,88	2,4		4,0	2,28	
Système judiciaire	homme	0,3	0,62	0,39	0,83	1,5	0,24	1,1	2,07	0,59
	femme	0,8	1,88		1,69	2,1		1,5	1,97	
Facteurs de risque	homme	3,9	2,02	0,81	3,33	2,2	0,75	3,1	1,98	0,85
	femme	4,1	2,36		3,63	2,5		3,3	2,38	
Relations interpersonnelles	homme	3,8	2,04	0,13	3,75	1,8	0,60	3,9	1,38	0,19
	femme	2,5	2,37		3,33	2,2		4,8	1,77	
Comportement d'autrui	homme	3,4	1,83	0,70	3,25	1,9	0,22	2,8	2,08	0,25
	femme	3,1	2,77		4,25	2,2		3,8	2,02	
Maladie d'autrui	homme	0,9	1,44	0,58	2,58	2,2	0,34	1,9	2,15	0,72
	femme	1,3	2,12		1,75	2,3		2,3	2,60	

Tableau 1. (Suite)

Facteur contextuel	homme (n=12) ou femme (n=16)	Apparition			Réapparition			Rétablissement		
		Moy.	ÉT	Signification bilatérale	Moy.	ÉT	Signification bilatérale	Moy.	ÉT	Signification bilatérale
Perte ou décès d'un proche	homme	1,7	2,15	0,35	2,58	1,9	0,73	2,4	1,62	0,39
	femme	2,5	2,50		2,87	2,2		3,1	2,42	
Agresion - violence	homme	2,8	2,45	0,96	2,75	2,3	0,64	2,0	2,49	0,29
	femme	2,8	2,60		3,20	2,5		3,1	2,50	
Peur	homme	2,9	2,71	0,67	3,17	2,5	0,64	1,8	2,25	0,06
	femme	3,4	2,75		3,63	2,6		3,7	2,58	
Incapacité, limitation	homme	2,4	2,31	0,77	2,25	2,3	0,72	1,9	2,39	0,50
	femme	2,1	2,64		1,93	2,2		2,5	2,23	
Interventions	homme	0,6	1,08	0,14	1,83	2,1	0,09	4,6	1,93	0,66
	femme	1,6	2,19		3,40	2,4		4,9	1,50	
Système de santé	homme	0,5	1,00	0,04*	2,08	1,6	0,08	4,5	1,93	0,79
	femme	2,2	2,62		3,53	2,4		4,7	1,78	
Total	homme	376	18,12	0,68	45,08	16,7	0,22	53,9	23,15	0,13
	femme	41,4	27,02		54,31	21,0		65,9	17,74	

Moy. = moyenne /ÉT = écart-type ; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p = 0,0$.

recours devant les tribunaux. Nous suggérons que pour l'instant, cette prise en compte puisse relever de la responsabilité sociale plutôt que de la responsabilité légale des établissements, tout comme leur choix d'intégrer ou non des médiateurs de santé pairs ou mentors pairs aidants dans leurs équipes. Il s'agirait donc de récompenser le mérite plutôt que de sanctionner la faute. En effet, tel que le recommande la Société internationale francophone d'éducation médicale, « la responsabilité sociale devrait être appréciée à l'aide de normes relevant de trois domaines interdépendants : la conception, la production et l'utilisabilité des personnels de santé. L'institution qui forme et qui vérifie son impact sur la société mérite un label d'excellence, en ce qu'elle assume pleinement son rôle d'acteur responsable dans le système de santé et se pose en garante de l'intérêt général. » [30].

Limites et retombées potentielles

Cette étude visait à mieux connaître les déterminants socio-économiques et psychosociaux de la santé mentale, soit les facteurs dits contextuels, tels que les usagers et les proches se les représentent et tels qu'ils pensent qu'ils pourraient être utilement pris en compte. Il est cependant possible que les personnes qui se sont portées volontaires étaient des personnes déjà intéressées à parler et à échanger leurs préoccupations à ce sujet. Il se peut que tel ne soit pas le cas pour l'ensemble des patients et usagers, ce qui limite la représentativité de l'échantillon, de même que le potentiel de généralisation des résultats. De plus, nous demandions aux participants de se prononcer sur l'influence des FC, et non de dire si cette influence était positive ou négative. Par exemple : est-ce que l'influence de l'accès à l'eau et à la nutrition sur le rétablissement, plus importante selon les femmes que selon les hommes, est à l'effet qu'un moindre accès à ces ressources fait obstacle au rétablissement ou est-ce à l'effet que plus une personne est en rétablissement, plus elle est capable de satisfaire par elle-même de tels besoins ?

Quant aux retombées potentielles, des combinaisons de catégories F-Z (ex. : *épisode dépressif moyen* (F32.1) et *deuil* (Z43.2) pour la combinaison F/Z suivante : F32.1/Z43.2, pourraient être testées. Il y a aussi cette possibilité pour des usagers et des proches de se constituer en force de représentation pour exprimer leurs attentes et préoccupations face à la future CIM-11. D'ailleurs, la mise au point de l'actuel chapitre XXI de la CIM-10 concernant les FC provient des travaux entourant une autre classification internationale, soit la Classification internationale du fonctionnement (CIF), et non de la CIM comme telle. La CIF a été développée par l'OMS en réponse aux revendications de groupes de défense et de promotion des droits qui reprochaient à la CIM de réduire les usagers et leurs proches à des catégories

diagnostiques de maladie [31]. La prise en compte des FC représente une avancée vers une reconnaissance plus holistique des usagers et des proches comme personnes et citoyens à part entière, tandis que les mentors pairs aidants (et les médiateurs de santé pairs) sont sans doute les mieux placés pour personifier des soins et services de santé mentale davantage personnalisés. Ils aident à adoucir le contact avec les soins psychiatriques la plupart du temps non sollicités et à rendre ce contact plus humain justement en s'offrant pour discuter des FC qui tracassent les usagers et leurs proches, ce que les autres membres du personnel clinique n'ont pas nécessairement toujours le temps de faire de manière pleinement satisfaisante. Ils présentent un visage différent et plus accueillant de la psychiatrie institutionnelle. Ainsi, ce travail de synthèse autour des facteurs contextuels de santé, tel que mis en place par des patients partenaires de recherche et des médiateurs de santé/pairs aidants, a permis de formaliser ces facteurs. Pour le praticien un outil comme le QFC permettrait de se décaler d'une lecture clinique centrée sur les symptômes et la psychopathologie. Il pourrait donner des idées pour organiser des réunions transdisciplinaires avec des travailleurs sociaux par exemple ou les familles.

Liens d'intérêt L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Rabinowitz J, Gross R, Feldman D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 141-6.
2. Bayer J, Peay M. Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31: 504-13.
3. Cauce AM, Domenech-Rodríguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D, Baydar N. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 44-55.
4. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 113.
5. Lesage A, Vasiliadis HM, Gagné MA, Dudgeon S, Kasman N, Hay C. *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 2006.
6. Fournier L, Lemoine O, Poulin C, Poirier L. 2002. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002. Rapport ISBN 2-89494r-r342-3
7. Pelletier JF, Rowe M, François N, Bordeleau J, Lupien S. No personalization without participation : on the active contribution of psychiatric patients to the development of a mobile application for mental health. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013; 27: 13.
8. Farkas M. The vision of recovery today : what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007; 6: 68-74.
9. Davidson L, Shaw J, Welborn S, et al. "I don't know how to find my way in the world": contributions of user-led research to transforming mental health practice. *Psychiatry* 2010; 73: 101-13.
10. Pelletier JF. The role of consumers in participatory action research. A Canadian experience. *Health Issues* 2014; 113: 30-3.

11. Pelletier JF, Fortin D, Laporta M, *et al.* The Global Model of Public Mental Health through the WHO QualityRights Project. *Journal of Public Mental Health* 2013; 12: 212-23.
12. Instituts de recherche en santé du Canada. Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada : Améliorer les résultats en santé par des soins basés sur des données scientifiques. 2011.
13. Oliver S, Armes DG, Gyte G. Public involvement in setting a national research agenda : a mixed methods evaluation. *Patient* 2009; 2: 179-90.
14. Chalmers I. What do I want from health research and researchers when I am a patient ? *BMJ* 1995; 20: 1315-8.
15. Oliver S. How can health service users contribute to the NHS research and development program ? *BMJ* 1995; 20: 1318-20.
16. Thornton H. Patient and public involvement in clinical trials. *BMJ* 2008; 26: 903-4.
17. National Center for Research Resources. *Strategic plan 2009-2013*. NIH Publication 2008. N° 08-6439. 2008.
18. United Kingdom Clinical Research Collaboration. *UK Clinical Research Collaboration progress report, 2006-2008*. 2008 (United Kingdom). https://www.ukcrc.org/wp-content/uploads/2014/03/UKCRC_Progress_2006-2008.pdf (consulté le 18 décembre 2018).
19. European Strategy Forum on Research Infrastructures. *European Roadmap for Research Infrastructures: Roadmap 2006*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
20. European Strategy Forum on Research Infrastructures. *European roadmap for research infrastructures: Roadmap 2008*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
21. Department of Innovation, Industry, Science and Research, Australian Government. *Strategic roadmap for Australian research infrastructure*, 2008.
22. Pelletier JF, Fortin D, Bordeleau J. Pour nous, être citoyens à part entière, ça veut dire... *Santé Mentale*; 39 : 311-24.
23. Pelletier JF, Bordeleau J. La recherche-action participative comme levier de changement en santé mentale: étapes de promotion du savoir expérientiel des usagers et des familles. 4^e Rencontres internationales du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale - Comment promouvoir les expériences d'empowerment/autonomisation des usagers et aidants en santé mentale en Europe ? Indicateurs et bonnes pratiques, Place Joseph Hentgès ; 2014 Jan 30-31 ; Lille.(France).
24. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives* 2006; 26: 110-38.
25. Pourtois JP, Desmet H. *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines (2e éd.)*. Sprimont: Mardaga Éditeur, 1997.
26. Pelletier JF, Bordeleau J, Dumais A, Renaud P, Rowe M. Les pairs assistants de recherche : pour favoriser l'évolution d'un statut de patients vers celui de citoyens à part entière. *Drogues, santé et société* 2013; 12: 57-78.
27. Pelletier JF. Gender Differences to the Contextual Factors Questionnaire and Implications for General Practice. *J Gen Pract* 2007; 5: 297.
28. Pelletier JF. Contribution of Service Users to the Revision of the WHO International Classification of Diseases: Should Recovery also Apply to General Practice ? *J Gen Pract* 2017; 5: 289.
29. Pelletier JF. Le mentorat de rétablissement : introduction d'un programme de formation médicale et d'une approche de e-learning par et pour les usagers, *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité* 2017; 65-66: 33-4.
30. Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J, Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale* 2008; 9: 235-44.
31. Organisation mondiale de la santé (2000). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Équipe Classification, Évaluation, Enquêtes et Terminologie*. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2000.

Annexe I. Questionnaire sur les facteurs contextuels influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*

Instructions : Pour chacun de facteurs contextuels suivant, dites-nous sur une échelle de 0 à 6 à quel point vous pensez qu'il est influent (0 = *aucune influence*, 6 = *très grande influence*).

Facteur contextuel	Apparition	Réapparition	Rétablissement
1 Finances personnelles Note :			
2 Eau et nutrition Note :			
3 Logement et environnement physique Note :			
4 Environnement social et culturel Note :			
5 Emploi / chômage Note :			
6 Éducation Note :			
7 Sécurité sociale Note :			
8 Système juridique Note :			
9 Facteurs de risque (antécédents personnels ou familiaux) Note :			
10 Relations interpersonnelles Note :			
11 Comportement d'une autre personne Note :			
12 Maladie d'une autre personne Note :			
13 Absence, perte ou décès d'une autre personne Note :			
14 Agression ou événement menaçant Note :			
15 Peur Note :			
16 Incapacité, limitation ou contrainte Note :			
17 Interventions Note :			
18 Système de santé Note :			

* Source : World Health Organization, 2014, ICD-11 Beta Draft, Joint Linearization of Mortality and Morbidity Statistics.