UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ISABELLE MOREAU

# ANALYSE DES COMPOSANTES CARACTÉRISANT LA CLIENTÈLE DITE « MULTIPROBLÉMATIQUE » DANS UN CONTEXTE D'ORGANISATION DE SERVICES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

AVRIL 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**Cette thèse a été dirigée par :**

| | |
|---|---|
| Suzanne Léveillée, Ph.D., directrice de recherche | Université du Québec à Trois-Rivières |

**Jury d'évaluation de la thèse :**

| | |
|---|---|
| Suzanne Léveillée, Ph.D. | Université du Québec à Trois-Rivières |
| Carl Lacharité, Ph.D. | Université du Québec à Trois-Rivières |
| Julie Lefebvre, Ph.D. | Université du Québec à Trois-Rivières |
| Gilles Tremblay, Ph.D. | Université Laval |

Thèse soutenue le 2 décembre 2016

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le (les) article(s) a (ont) été rédigé(s) selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaitre comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

## Sommaire

Depuis quelques années, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) mentionnent être davantage confrontés à des limites importantes quant à leurs capacités d'accueil d'une clientèle qu'ils qualifient de « multiproblématique » (ASSS MCQ, 2009). Parallèlement à cette situation, des personnes présentant des problématiques multiples et partageant des traits comportementaux, dont le cumul, l'intensité et la gravité constituent le profil général, ne trouveraient pas de réponse ajustée à leurs besoins dans le réseau des services publics. Plus précisément, un groupe d'experts cliniques du RSSS de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ) a proposé une définition d'une clientèle dite multiproblématique en 2010, soit : « Une clientèle qui ne trouve pas de réponse ajustée à ses besoins dans le réseau des services publics et qui se caractérise par une symptomatologie pouvant être associée ou non à d'autres pathologies se traduisant par le cumul, l'intensité et la gravité de comportements jugés problématiques puisqu'ils s'écartent des normes sociales considérées comme étant acceptables dans leurs contextes ». À l'égard de cette problématique, la thèse consiste à mieux connaitre cette clientèle dans un contexte d'organisation des services du RSSS et déterminer l'existence de regroupements parmi cette population par une analyse typologique. Dans le cadre de la présente thèse, l'analyse typologique sert d'outil d'exploration d'une masse de données complexes tirée d'une population d'apparence hétérogène. En somme, ce type d'analyse permet de séparer les individus se distinguant clairement les uns des autres et de regrouper ceux qui partagent des attributs communs permettant de ce fait, le dégagement de

sous-groupes d'une clientèle dite multiproblématique. Ainsi, cette classification par sous-groupes de personnes présentant un risque accru de comportements violents pourrait soutenir les cliniciens et les gestionnaires du RSSS qui ont à adapter leurs services pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle. En somme, la thèse présente dans un premier temps le cadre conceptuel et les connaissances générales et actuelles quant à la clientèle dite multiproblématique, de même que l'architecture des services du RSSS au Québec. En second lieu, deux articles scientifiques sont présentés. Le premier article ayant pour titre « Les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique au sein du réseau de la santé et des services sociaux » dresse de ce fait, un portrait des principales composantes particulières chez cette clientèle sous cinq dimensions. Les dimensions sociodémographique, historique, psychosociale, contextuelle, et clinique composent la Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite multiproblématique (GAMM). En effet, cette grille fut conçue spécifiquement pour l'analyse des 128 dossiers d'usagers répertoriés par les établissements du RSSS de la région de la MCQ. Les analyses statistiques démontrent que la majorité de la clientèle dite multiproblématique présentait déjà des indices d'inadaptation et de comportements problématiques avant l'âge adulte tout en ayant un historique de facteurs de risque de violence bien documentés. Par ailleurs, la convergence des résultats soulève l'hypothèse d'une organisation de services réactive au regard de cette clientèle de sorte que le réseau se situe davantage en gestion de l'urgence des situations plutôt qu'en organisation des services planifiés. De surcroit, l'ampleur de l'intensité des services que cette clientèle requiert va bien au-delà de celle de la

population générale. Le deuxième article intitulé « Vers une typologie de la clientèle dite multiproblématique au sein du réseau de la santé et des services sociaux » propose une classification de la population à l'étude. Ainsi, la classification hiérarchique effectuée à partir d'un échantillon de 121 adultes considérés comme une clientèle multiproblématique permet de dégager trois sous-groupes de personnes mettant au défi le RSSS dans sa capacité d'accueil à leurs égards. L'interprétation clinique des résultats statistiques obtenus permet de suggérer une appellation de ces trois sous-groupes, soit : le sous-groupe 1, Clientèle multiproblématique « autodestructrice »; le sous-groupe 2, Clientèle multiproblématique « complexe »; et le sous-groupe 3, Clientèle multiproblématique « adversité sociale ». Les résultantes de cette thèse exploratoire ouvrent sur l'éventualité de mieux concevoir l'étiologie des comportements violents chez cette clientèle aux besoins particuliers, de même que la manière dont le RSSS peut organiser ses services pour y répondre. Bien que la présente thèse soit par article, le choix de présenter les résultats dans leur ensemble est privilégié par souci de convivialité pour le lecteur. Finalement, à la suite des deux articles, la dernière section de la thèse met en lumière les points saillants de cette recherche par une discussion et une conclusion génériques.

**Table des matières**

Sommaire ..... iv

Liste des tableaux ..... xiii

Liste des figures ..... xiv

Remerciements ..... xv

Introduction ..... 1

Description de la problématique de recherche et l'ampleur du phénomène ..... 3

Cadre conceptuel ..... 7

Les programmes au sein du RSSS ..... 7

Les programmes-services destinés à la population générale ..... 9

Les programmes-services répondant à des problématiques particulières ..... 9

La pertinence de constituer un programme-services ..... 10

L'organisation des services par programme-services ..... 11

Regard clinique sur la clientèle dite multiproblématique ..... 12

La clientèle dite multiproblématique et les concepts souvent associés ..... 13

La symptomatologie et facteurs de risque de violence associés ..... 16

Les facteurs de risque sociodémographiques et individuels ..... 17

Les facteurs de risque historiques ..... 18

Les facteurs de risque psychosociaux ..... 19

Les facteurs de risque contextuels ..... 19

Les facteurs de risque cliniques ..... 20

Les typologies de clientèles à risque de présenter des comportements violents ..... 21

Objectifs généraux de la thèse ..... 25

Objectifs spécifiques par article ..... 26

Article 1 ..... 26

Article 2 ..... 27

Méthode générale ..... 27

Participants ..... 27

Instrument de mesure ..... 28

Déroulement général ..... 31

Analyses statistiques et opérationnalisation des variables ..... 34

Opérationnalisation des variables internes à l'analyse typologique ..... 34

Opérationnalisation des variables externes à l'analyse typologique ..... 42

Analyses statistiques et choix des techniques ..... 43

Résultats ..... 44

Résultats descriptifs de la clientèle dite multiproblématique ..... 45

Portrait sociodémographique de la clientèle à l'étude ..... 45

Portrait historique de la clientèle à l'étude ..... 47

Portrait situationnel et psychosocial de la clientèle à l'étude ..... 50

Portrait contextuel de la clientèle à l'étude ..... 52

En lien avec l'organisation des services du RSSS et des partenaires impliqués ..... 52

En lien avec la judiciarisation et les activités criminelles ..... 54

Portrait clinique de la clientèle à l'étude ..... 56

En lien avec les comportements problématiques ..... 56

En lien avec la médication prescrite à la clientèle ..... 57

Résultats de la classification hiérarchique à l'égard de la clientèle dite multiproblématique ..... 58

Chapitre 1. Premier article : Les principales composantes caractérisant la clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux ..... 59

Résumé ..... 61

Abstract ..... 61

Définition et ampleur du phénomène ..... 62

Recension des écrits ..... 65

Perspective d'organisation des services de santé et services sociaux ..... 65

Perspective clinique ..... 66

Les principaux facteurs de risque de comportements violents ..... 67

Les facteurs de risque sociodémographiques et individuels ..... 68

Les facteurs de risque historiques ..... 69

Les facteurs de risque psychosociaux et contextuels ..... 69

Les facteurs de risque cliniques ..... 70

Objectif de la recherche ..... 72

Méthode ..... 72

Participants ..... 72

Instrument de mesure ..... 72

Déroulement ..... 73

Résultats ..... 74

Méthode d'analyse ..... 74

Présentation des résultats ..... 75

Dimension sociodémographique ..... 75

Dimension historique ..... 75

Dimension situationnelle et psychosociale ..... 76

Dimension contextuelle ..... 79

Dimension clinique ..... 80

Discussion ..... 81

Une organisation de services réactive ..... 82

L'ampleur de l'intensité de service ..... 83

Les facteurs de risque de violence prédominants ..... 84

Forces et limites de cette étude ..... 86

Conclusion ..... 87

Références ..... 89

Chapitre 2. Deuxième article : Vers une typologie de la clientèle dite « multiproblématique » au sein du RSSS ..... 94

Résumé ..... 96

Abstract ..... 96

Recension des écrits ..... 98

Les concepts d'agressivité, de violence et de dangerosité ..... 98

Les principales typologies associées aux comportements violents ..... 99

Les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique ..... 103

Objectif de la présente recherche ..... 106

Méthode ..... 106

Participants ..... 107

Opérationnalisation des variables ..... 107

Analyses statistiques et choix des techniques ..... 109

Résultats ..... 110

Analyses de variance sur les variables internes à la classification ..... 111

Comparaison et interprétation des sous-groupes sur les variables internes ..... 113

Validation des groupes ..... 115

Comparaison et bonification d'interprétation des sous-groupes sur les variables externes ..... 116

Discussion ..... 120

Présentation des trois sous-groupes ..... 120

Groupe 1 : Clientèle multiproblématique « autodestructrice » ..... 120

Groupe 2 : Clientèle multiproblématique « complexe » ..... 121

Groupe 3 : Clientèle multiproblématique « adversité sociale » ..... 122

Liens avec les typologies existantes ..... 123

Forces et limites de cette étude ..... 125

Conclusion ..... 126

Références ..... 128

Discussion générale ..... 131

Les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique ..... 132

Présentation des sous-groupes ..... 134

Sous-groupe 1 : Clientèle multiproblématique autodestructrice ..... 135

Sous-groupe 2 : Clientèle multiproblématique complexe ..... 136

Sous-groupe 3 : Clientèle multiproblématique adversité sociale ..... 137

L'organisation des services du RSSS et la clientèle dite multiproblématique ..... 139

Pistes cliniques à prendre en compte dans le cadre de la mise en place d'une offre de services spécifique destinée à la clientèle dite multiproblématique ..... 141

Forces et limites de l'étude ..... 142

Recherches futures ..... 143

Conclusion générale ..... 146

Références générales ..... 149

Appendice. Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite « multiproblématique » GAMM ..... 156

## Liste des tableaux

Tableau


1 La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension contextuelle ..... 37

2 La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension situationnelle et psychosociale ..... 38

3 La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension clinique en lien avec la présence de traits associés à des troubles mentaux ..... 39

4 La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension clinique en lien avec les principaux diagnostics ..... 40

5 La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension clinique en lien avec les principaux comportements problématiques ..... 41

6 Les proportions des différents types de comportements au cours de l'enfance et de la jeunesse de la clientèle à l'étude ..... 48

7 Les proportions des différents types de mauvais traitements répertoriés au cours de l'enfance et de la jeunesse de la clientèle à l'étude ..... 49

8 Les proportions des principaux antécédents d'activités criminelles répertoriés au cours de l'enfance et de la jeunesse de la clientèle à l'étude ..... 50

9 Les principaux motifs justifiant la notion de « multiproblématique » ..... 54

10 Les principaux types d'antécédents d'activités criminelles ..... 55

11 Les principaux types de comportements problématiques ..... 57

12 Distinction des groupes de clientèle dite « multiproblématique » sur les variables internes ..... 112

13 Validation des groupes sur les variables externes ..... 119

## Liste des figures

Figure

1 Configuration des programmes du MSSS ..... 9

2 Comparaison des proportions de la population générale ayant consulté à l'urgence d'un hôpital au cours d'une période de 12 mois à celles de la population à l'étude ..... 78

3 Comparaison des proportions de la population générale ayant été hospitalisée au cours d'une période de 12 mois à celles de la population à l'étude ..... 79

**Remerciements**

Tout d'abord, j'aimerais exprimer ma plus profonde gratitude à ma directrice de thèse, Madame Suzanne Léveillée, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien constant et bienveillant. Au fil des années, tel un phare, madame Léveillée a su être un guide me permettant de mener cette thèse à bon port et je lui en suis des plus reconnaissante. Par ailleurs, l'esprit d'analyse et de synthèse qu'elle m'a transmis tout au long de mon parcours doctoral guidera inévitablement mes projets de recherches futurs. Bref, merci pour tout Suzanne.

Je souhaite aussi remercier les membres de mon comité de thèse, Madame Julie Lefebvre et Monsieur Carl Lacharité, tous deux professeurs au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il importe de mentionner que leur intérêt pour le sujet a mené à des discussions riches, contribuant de ce fait à l'amélioration continue de ce projet de recherche. Un merci tout particulier à Monsieur Gilles Tremblay, professeur titulaire à la Faculté des sciences sociales, école de service social de l'Université Laval, qui a accepté d'endosser le rôle d'évaluateur externe à la présente.

Évidemment, ce projet de recherche n'aurait pu être possible sans la contribution du Réseau régional de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En ce sens, je tiens à remercier sincèrement les dirigeants de l'Agence de la

santé et des services sociaux de l'époque, Messieurs Jean-Denis Allaire, président-directeur général et Marc Lacour, directeur des services sociaux. Ceux-ci ont cru en la pertinence, voire même en la nécessité d'améliorer les connaissances scientifiques à l'égard de la clientèle dite « multiproblématique » afin de favoriser une meilleure prestation de services, des programmes et des pratiques professionnelles au sein du réseau. Par ailleurs, je souhaite remercier l'ensemble des établissements du réseau régional de la Mauricie et du Centre-du-Québec et évidemment tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude. Malheureusement, ceux-ci sont trop nombreux pour tous les nommer, certes leur apport n'en est pas moins important. Enfin, merci à tous.

Pour terminer, j'aimerais rendre hommage à mes parents, Monsieur Raoul Moreau et Madame Pierrette Tourville, qui m'ont inculqué depuis aussi longtemps que je me souvienne, que : « *Tout ce qui mérite d'être fait, mérite d'être bien fait, tout en se rappelant que la perfection n'existe pas, qu'il s'agit tout simplement d'un idéal dans le but d'atteindre l'excellence* ». En ce sens et sur ces bases, il y a donc une partie de vous dans cette thèse. Encore une fois merci de m'avoir transmis les valeurs du travail et de m'avoir donné l'élan vers le dépassement et l'accomplissement.

*À mes enfants, Charles, Rosalie et Simon, qui ont bien voulu partager leur mère pour la réalisation de cet ouvrage*

*À mon époux André pour son soutien indéfectible*

# Introduction

D'entrée de jeu, il importe de préciser la nature de cette étude et le contexte dans lequel celle-ci prend forme. En effet, il existe plusieurs perspectives et types de recherches pour étudier une problématique, et ce, dépendamment de l'angle sous lequel cette dernière est analysée. Lorsqu'une problématique est étudiée sous un angle clinique, on réfère davantage à une tentative de définir ou de comprendre les causes sous-jacentes de celle-ci ou les facteurs de risque pour mieux traiter. En contrepartie, lorsqu'une problématique est étudiée sous l'angle de l'organisation des services du RSSS, celle-ci prend une toute autre dimension. En effet, l'organisation des services réfère davantage à la capacité d'accueil d'un réseau visant à assurer l'offre de service d'un type de clientèle en particulier, ceci en tenant compte des différentes ressources humaines, matérielles ou financières. Ainsi, cette recherche porte donc sur les composantes caractérisant cette clientèle sous un angle clinique, dans un contexte d'organisation des services du RSSS. Conséquemment, les données probantes et les retombées de cette étude sont un premier pas vers la compréhension des motifs amenant les établissements du RSSS à qualifier une clientèle comme étant multiproblématique.

Les pages qui suivent précisent le cadre conceptuel, les objectifs généraux de la thèse et la méthodologie générale de la présente recherche. Mais tout d'abord, portons un regard sur la problématique ainsi que sur l'ampleur du phénomène dans la région de la MCQ.

**Description de la problématique de recherche et l'ampleur du phénomène**

Au cours des dernières décennies, l'appellation « clientèle multiproblématique » a pris beaucoup d'ampleur dans le RSSS. Mais de quelle clientèle s'agit-il spécifiquement? Sommes-nous confrontés à de nouvelles pathologies non spécifiées ou de nouveaux besoins émergents au regard d'une problématique sociale? Est-ce que le RSSS est confronté à une organisation des services en transformation ou face à l'intersectorialité qui a du mal à s'arrimer? Enfin, plusieurs questionnements qui méritent réflexion puisqu'à l'heure actuelle, il s'agit d'un défi de taille auquel le réseau doit faire face dans sa capacité d'accueil à l'égard de cette clientèle.

La terminologie « clientèle multiproblématique » se veut abondamment utilisée dans le langage des intervenants et des gestionnaires du RSSS. Toutefois, elle est très peu utilisée dans la littérature. Par ailleurs, lorsqu'elle est utilisée, celle-ci n'abonde pas nécessairement dans le même sens que celui utilisé au sein du RSSS. On fait davantage référence à plus d'une problématique de façon générale, sans plus. Néanmoins, le réseau régional de la santé et des services sociaux de la MCQ décrit cette clientèle comme étant « des personnes adultes qui forment un groupe hétérogène partageant des traits cliniques et comportementaux dont le cumul, l'intensité et la gravité constituent le profil général. » (ASSS MCQ, 2009). Par ailleurs, il importe de mentionner qu'un groupe d'experts cliniques[1] du RSSS a proposé une définition d'une clientèle dite

[1] Comité d'experts cliniques, institué dans le cadre des travaux d'implantation des mesures du complément aux Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples et complexes dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

multiproblématique en 2010, soit : « Une clientèle qui ne trouve pas de réponse ajustée à ses besoins dans le réseau des services publics et qui se caractérise par une symptomatologie pouvant être associée ou non à d'autres pathologies se traduisant par le cumul, l'intensité et la gravité de comportements jugés problématiques puisqu'ils s'écartent des normes sociales considérées comme étant acceptables dans leurs contextes. ».

En somme, nous comprenons d'un premier abord qu'il s'agit d'une clientèle au profil hétérogène, présentant des problématiques comportementales importantes et qui ne trouve pas de services ajustés à ses besoins particuliers, mettant ainsi le RSSS au défi dans sa capacité d'accueil à son égard.

Sur la scène provinciale, plusieurs travaux ont été initiés de façon indépendante dans différents secteurs du réseau pouvant toucher de près ou de loin les problématiques comportementales, soit une problématique souvent associée à la clientèle dite multiproblématique. En 2010, un comité interministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du ministère de la Sécurité publique (MSP) a publié un rapport sur les interventions policières en situation d'urgence auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) avec ou sans troubles du spectre de l'autisme (TSA). Leurs travaux furent initiés à la suite de préoccupations exprimées par des parents et des associations de promotion et de défense des droits quant à l'usage d'une arme à impulsions électriques à l'égard de personnes présentant une DI avec ou sans TSA en

épisode d'agressivité. De plus, en 2013, le MSSS mandatait l'Institut universitaire en DI et en TSA de procéder à la recension critique de la littérature sur les interventions de crise auprès de la clientèle concernée (CIUSSS MCQ, 2015).

Dans un autre secteur, le Comité de la santé mentale du Québec avait pour mandat d'amener un certain éclairage sur les enjeux de la transformation des services de santé mentale à la suite de la désinstitutionalisation. Leur rapport fut certainement une aide précieuse pour les décideurs du RSSS. Néanmoins, malgré la réorganisation des services à la suite de la réforme et de son Plan d'action en santé mentale 2005-2010, et bien que la désinstitutionalisation fut pour une grande majorité des personnes qui l'ont vécue, un « virage qualité de vie », encore aujourd'hui des impacts importants sont ressentis par une certaine portion de la clientèle, les familles ainsi que par l'ensemble du réseau (Dorvil, 2005; Dorvil, Guttman, Ricard, & Villeneuve, 1997; Fleury & Ouadahi, 2002; Lamboley, 2009). L'état de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux publié par le commissaire à la santé et au bien-être va également en ce sens (Fleury & Grenier, 2012). La configuration des services de santé et des services sociaux a beaucoup changé depuis l'ère de la désinstitutionalisation. Cependant, depuis quelques années, certains auteurs observent un mouvement de réinstitutionalisation de la clientèle présentant des troubles mentaux graves (TMG), que ce soit en psychiatrie de longue durée, en psychiatrie légale ou même en prison (Priebe et al., 2008).

Dans la région de la MCQ en 2009, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) stipule qu'elle est plus fréquemment interpellée pour gérer des litiges et arbitrer des différends entre les partenaires du réseau quant à la prestation de services de la clientèle dite multiproblématique. Les motifs les plus fréquemment évoqués sont les impacts financiers quant à la prise en charge de cette clientèle, l'absence de ressources adaptées pour répondre à leurs besoins particuliers dans la communauté, et la gestion des risques tant pour la population que pour le personnel œuvrant auprès de celle-ci. Dans le même ordre d'idées, une des conséquences observées est le développement de réflexes protectionnistes des programmes services se traduisant par une interprétation restrictive de leur mission, de sorte que les critères d'exclusion prennent le dessus sur les critères d'inclusion de la clientèle. À titre d'exemple, la nécessité d'un diagnostic précis est fréquemment l'un des premiers critères d'accès ou d'exclusion d'un programme, générant de ce fait des vides de services importants dans le réseau (ASSS MCQ, 2009).

Malgré la volonté du réseau à promouvoir l'intégration et la participation sociale dans la communauté, force est de constater que celui-ci est vite confronté à des limites importantes lorsqu'une personne présente de multiples problématiques associées au caractère dangereux des comportements qu'elle adopte (ASSS MCQ, 2009; Desjardins, D'Amours, Poissant, & Manseau, 2008). En présence de comportements perturbateurs, la personne est souvent *étiquetée* comme délinquante, réduisant de ce fait ses chances d'une prise en charge du système de santé et des services sociaux (Dumais, 2012).

À l'heure actuelle, l'ampleur du phénomène demeure parcellaire puisque le taux de prévalence de la clientèle dite multiproblématique est inconnu. En effet, le profil hétérogène de cette clientèle ne permet pas de pointer un indicateur afin de la comptabiliser dans les systèmes d'information du réseau. Considérant qu'il n'y a pas nécessairement de diagnostic précis, ou un profil de besoins, ou un requis de services similaires autour de cette clientèle, son identification se voit complexifiée. Bien que la proportion de cette clientèle se veut inconnue à ce jour, il n'en reste pas moins que l'ampleur du phénomène génère des soucis dans le réseau et engendre par conséquent des coûts importants (ASSS MCQ, 2009; Desjardins et al., 2008; Fleury & Grenier, 2012).

## Cadre conceptuel

Rappelons que le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit la présente recherche intègre une perspective clinique à l'intérieur d'une perspective d'organisation des services dans le RSSS.

### Les programmes au sein du RSSS

Au Québec, la structure organisationnelle du RSSS est reconnue comme étant une des plus complexes du gouvernement québécois. Afin d'en faciliter sa compréhension, le MSSS publie en 2004 un document intitulé « L'architecture des services de santé et des services sociaux » venant préciser ce qu'est un programme au sein du RSSS. Ainsi, un programme est décrit comme un regroupement de services et d'activités. Deux types de

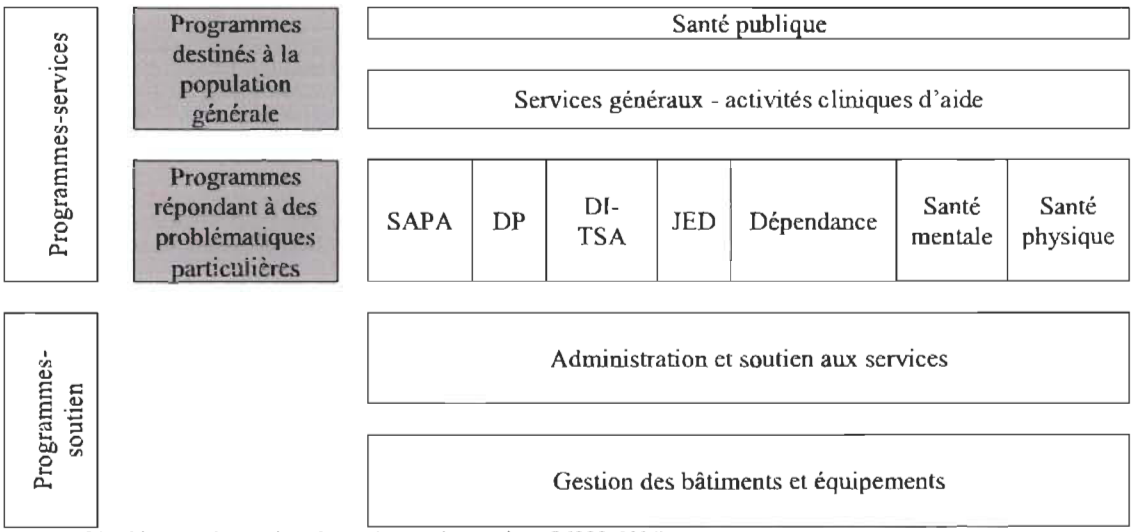
programmes sont existants au sein du réseau, soit les programmes-services et les programmes-soutien; ces derniers étant davantage des programmes administratifs en soutien aux programmes-services.

Un programme-services se veut un regroupement de services fondé sur la notion de besoin de la population. Par conséquent, chaque programme doit intégrer un amalgame de services et d'activités permettant de répondre à un profil de besoins d'un groupe de personnes. Le MSSS (2004) précise même que « [...] les besoins ou les profils de besoins priment par rapport aux frontières des établissements, aux territoires professionnels, à des domaines d'activités et autre [...] ».

Conséquemment, le rôle des programmes-services est d'orienter l'organisation des services de santé et des services sociaux autour des besoins de la population et des profils de besoins de groupes de personnes aux prises avec des problématiques particulières. De surcroit, cette configuration des programmes permet aux gestionnaires et aux cliniciens de structurer et de planifier leur offre de service à partir d'un cadre intégrateur uniforme à l'ensemble du réseau (MSSS, 2004).

Comme mentionné précédemment, et tel qu'illustré à la Figure 1, la configuration des programmes se subdivise en deux types de programmes, les programmes-services et les programmes-soutien. Quant à eux, les programmes-services se subdivisent également

en deux types de programmes : les programmes destinés à la population générale et les programmes répondant à des problématiques particulières.




Source : L'architecture des services de santé et services sociaux (MSSS, 2004)

*Figure 1.* Configuration des programmes du MSSS.

**Les programmes-services destinés à la population générale**. Les programmes-services destinés à la population générale se subdivisent aussi en deux types de programmes, soit les programmes de Santé publique et les programmes de Services généraux d'activités cliniques et d'aide.

**Les programmes-services répondant à des problématiques particulières**. Les programmes-services répondant à des problématiques particulières, quant à eux, se subdivisent en sept programmes : le programme Soutien à l'autonomie des personnes ainées (SAPA), le programme déficience physique (DP), le programme déficience

intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), le programme jeunes en difficultés (JED), le programme dépendance, le programme santé mentale et le programme santé physique. Ainsi, chacun de ces programmes répond à des profils de besoins des groupes de personnes aux prises avec des problématiques particulières relativement aux sept types de programmes identifiés par le MSSS (2004).

Force est de constater que la configuration des programmes du MSSS ne prévoit pas de programmes-services au regard de la clientèle dite multiproblématique. En contrepartie, il importe de rappeler que cette clientèle particulière peut nécessiter parallèlement des services d'un ou de plusieurs de ces programmes. Par ailleurs, le taux de prévalence de cette clientèle est inconnu, entre autres en raison de son profil hétérogène. Quoi qu'il en soit, portons un regard sur les balises à partir desquelles le MSSS s'appuie quant à la pertinence de constituer un programme-services ou non.

**La pertinence de constituer un programme-services.** Pour constituer un programme-services, le MSSS (2004) s'appuie sur six balises afin d'en déterminer la pertinence. Ces balises sont :

- les services organisés doivent s'inscrire dans un continuum pour répondre aux besoins, tant de la population générale que des groupes de personnes présentant des problématiques communes;
- la nature des besoins est suffisamment différente pour nécessiter une organisation de services distincte;

- la masse critique est suffisamment importante;
- l'importance des ressources (humaines, financières et matérielles) qui y sont investies;
- la problématique soulève une préoccupation sociale importante;
- la problématique concerne l'ensemble des régions.

À première vue, la problématique au regard de la clientèle dite multiproblématique semble répondre à plusieurs de ces critères. Demeure le taux de prévalence de la clientèle à identifier afin d'avoir une meilleure idée de la masse critique pour en constituer un programme-services ou à tout le moins, une offre de services spécifique.

**L'organisation des services par programme-services.** L'organisation des services se fait de façon indépendante par programme-services à partir des orientations ministérielles propres à chacun. Ainsi, chaque direction clinique se définie individuellement avec ses indicateurs de résultats qui lui sont propres et ses cibles respectives à atteindre quant à sa clientèle (CIUSSS MCQ, sous presse).

Par ailleurs, le MSSS (2004) stipule que l'intégration des services sous-tend deux grands principes, soit l'approche de responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Le second principe tend vers une meilleure coordination des activités cliniques dans une perspective de continuum hiérarchique des services. Ce principe vise à assurer la complémentarité et l'amélioration de l'accessibilité des services de

proximité (première ligne) vers des services spécialisés (deuxième ligne) et finalement vers des services surspécialisés (troisième ligne). Toutefois, malgré cette structure qui semble sans faille, arrive une clientèle qui ne cadre pas dans cette organisation et pour laquelle il importe d'intervenir, soit la clientèle dite multiproblématique.

**Regard clinique sur la clientèle dite multiproblématique**

Le regard clinique sur les personnes répondant à un profil dit multiproblématique est la pierre angulaire de la présente recherche. Il importe donc de démystifier ce qu'est une clientèle dite multiproblématique. En effet, cette terminologie est abondamment utilisée dans le langage courant des intervenants et des gestionnaires du RSSS sans pour autant être clairement définie dans la littérature.

D'un premier abord, il importe de mentionner les choix de la terminologie utilisée dans le cadre de la présente recherche. Comme mentionné précédemment, la variabilité ainsi que l'utilisation abondante au cours des dernières années de la terminologie multiproblématique nous amènent, dans le cadre de cette étude, à bien circonscrire ce concept afin de limiter les ambiguïtés ainsi que les interprétations variées. De plus, au-delà de la définition fonctionnelle présentée en introduction, il s'agit d'un défi important d'identifier cette clientèle. En ce sens, il importe de mentionner que dans le cadre de la présente recherche, l'étau se resserre autour d'une clientèle adulte, âgée entre 18 et 65 ans.

Suivant ce raisonnement, soit la complexité de circonscrire la clientèle cible en raison des multiples facteurs amenant le RSSS à la qualifier de clientèle multiproblématique, il appert d'aborder la situation sous un angle différent. En effet, considérant qu'il n'existe pas de diagnostic précis chez cette clientèle, soit en raison d'une absence de diagnostic consensuel ou de comorbidité non spécifiée, il apparait justifié d'aborder la situation différemment. Par conséquent, le regard clinique s'oriente sous l'angle des concepts souvent associés à cette clientèle, tels la dangerosité, l'agressivité et la violence, ainsi que sous l'angle de la convergence de la symptomatologie, tels les facteurs de risque de violence et de comportements violents. Dans le même esprit, et en cohérence avec l'objectif de cette recherche, un regard sera également porté sur les typologies de clientèles à risque de présenter des comportements violents.

**La clientèle dite multiproblématique et les concepts souvent associés**. En 2009, l'ASSS MCQ constate que l'objectivation des concepts d'agressivité, de violence et de dangerosité au regard de la clientèle dite multiproblématique est à géométrie variable entre les programmes-services. Cet état de fait a pour conséquence d'invalider des consensus cliniques, des plans d'intervention, de soins et de traitements. De plus, il est rapporté que la sensibilité de chacun est susceptible d'influencer les perceptions face à un comportement inattendu.

Certains auteurs proposent une clarification des concepts d'agressivité, de violence et de dangerosité (Dumais, 2012; Millaud, 2009; Millaud, Roy, Gendron, & Aubut, 1992). En ce sens, ces derniers soutiennent que l'agressivité correspond à l'expression d'une pulsion dont le contrôle de la personne est relativement incertain. Par conséquent, suivant ce raisonnement, l'agressivité se veut du registre de l'expression pulsionnelle et de l'expression de l'affect. En ce qui a trait à la violence, celle-ci renvoie davantage aux actes réels posés envers autrui étant ainsi susceptibles de porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique. Enfin, la dangerosité d'une personne évoque un état dans lequel celle-ci est susceptible de commettre un acte violent envers elle-même, autrui ou l'environnement. Conséquemment, la dangerosité n'est pas un état permanent, elle fluctue dans le temps et selon les circonstances, le contexte et l'interaction de la personne avec son environnement.

Certains auteurs proposent certaines nuances en ce qui a trait au concept d'agressivité. Contrairement à la croyance populaire, l'agressivité n'est pas négative en soit. Comme mentionné précédemment, elle est l'expression d'une pulsion. Par conséquent, lorsque canalisée dans des comportements socialement acceptables, l'agressivité peut même être valorisée à certains égards. L'agressivité devient problématique lorsqu'elle se traduit par des actes violents préjudiciables en raison entre autres du contrôle incertain de celle-ci. Néanmoins, une catégorisation binaire est abondamment utilisée dans la littérature au regard du concept d'agressivité, soit l'agressivité impulsive et l'agressivité instrumentale (McGuire, 2009; Siever, 2008).

La composante d'impulsivité réfère à un comportement réactif se traduisant par une faible capacité de régulation de la pulsion agressive tandis que la composante instrumentale renvoie plus spécifiquement à un comportement prémédité. Ainsi, l'agressivité instrumentale réfère davantage à l'utilisation de cette agressivité pour les avantages que celle-ci procure. Elle est calculée et utilisée comme un pouvoir coercitif sur l'autre (Siever, 2008). Par contraste, l'agressivité impulsive réfère à une perte de contrôle en réaction à une situation ou par l'accumulation d'événements faisant en sorte qu'une personne perde son sang-froid. C'est en quelque sorte une agressivité réactive, ou explosive, donc incontrôlable à ce moment précis (McGuire, 2009; Siever, 2008).

Dans le même ordre d'idées, la dangerosité se caractérise de façon générale par une propension à commettre des actes d'une certaine gravité portant préjudice à autrui ou à soi-même avec violence. Certains auteurs font une distinction entre la dangerosité dite « criminologique » et la dangerosité dite « psychiatrique ». Contrairement à la dangerosité psychiatrique qui se définit comme une manifestation de symptômes associés aux troubles mentaux (Voyer, Senon, Paillard, & Jaafari, 2009), la dangerosité criminologique, quant à elle, réfère davantage à un phénomène psychosocial se caractérisant par des indices de probabilité de passage à l'acte violent et transgressif (Bourgeois & Bénézech, 2001). En contrepartie, cette distinction ne permet pas une association quelconque à la catégorisation dichotomique de l'agressivité et le type de dangerosité.

Néanmoins, Voyer et al. (2009) soulèvent que malgré l'augmentation du risque de violence chez les personnes présentant des troubles mentaux, ces derniers sont rarement à l'origine des actes criminels les plus graves. D'autre part, bien que la littérature mette en évidence une association entre la maladie mentale et la violence, il importe de nuancer cet état de fait (Douglas, Guy, & Hart, 2009). En effet, la propension à commettre des actes violents est d'origine multifactorielle. En ce sens, il importe de porter un regard sur les facteurs de risque de violence et la symptomatologie associée (Elbogen & Johnson, 2009).

**La symptomatologie et facteurs de risque de violence associés**. Deux types de facteurs de risque de violence sont régulièrement repris dans la littérature, les facteurs de risque statiques et les facteurs de risque dynamiques. Les facteurs de risque statiques font référence à des éléments qui ne peuvent être modifiés ou qui sont difficilement modifiables, tels les facteurs de risque associés aux variables sociodémographiques et historiques (Voyer et al., 2009). Les facteurs de risque statiques constituent en quelque sorte la toile de fond immuable du portrait clinique d'une personne. Quant à eux, les facteurs de risque dynamiques sont propices au changement. Ces facteurs réfèrent entre autres aux symptômes tels les comportements problématiques, notamment les variables dites cliniques ou d'autres variables pouvant être attribuables à un contexte, telles une rupture amoureuse ou une perte d'emploi. Ce sont également les variables sur lesquelles la prise en charge thérapeutique peut investir. Les facteurs de risque de comportements violents les plus courants dans la littérature se regroupent principalement en cinq

dimensions : la dimension sociodémographique et individuelle, la dimension historique, la dimension psychosociale, la dimension contextuelle et la dimension clinique. Il est à noter que l'ensemble des facteurs de risque figure dans le premier article. Toutefois, afin de favoriser la fluidité du cadre conceptuel, ceux-ci font également état de l'ensemble du contenu.

***Les facteurs de risque sociodémographiques et individuels.*** L'âge est un facteur de risque de violence bien connu et documenté dans la littérature. Entre autres, une étude de Senninger (2005) démontre que 78 % des personnes soumises à une évaluation pour dangerosité sont âgées de moins de 40 ans. Le genre est aussi à considérer comme facteur de risque à certains égards. En effet, bien que dans la population générale les hommes adopteraient des comportements davantage violents que les femmes, lorsque combiné à un trouble mental, le genre ne peut être retenu comme un facteur de risque de violence discriminant (Millaud & Dubreucq, 2005; Voyer, 2013). En contrepartie, Voyer (2013) rapporte que le risque de condamnations pour infraction avec violence est plus élevé chez la femme présentant un TMG (OR = 27,4) que chez l'homme présentant un TMG (OR = 4,2).

Dans le même ordre d'idées, les personnes célibataires encourent un risque plus élevé de commettre des actes violents que les personnes vivant en couple (Hodgins et al., 2011; Millaud & Dubreucq, 2005). Par ailleurs, certains auteurs s'entendent sur le fait qu'un faible statut socioéconomique est associé à une augmentation du risque de

violence (Senon, Jonas, & Voyer, 2013; Voyer et al., 2009) et qu'il est pour les jeunes un facteur de risque de comportements violents vers la délinquance au même titre que le faible niveau de scolarité (Guedeney & Dugravier, 2006).

***Les facteurs de risque historiques***. Plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que les antécédents de violence sont un facteur prédicteur de comportements violents des plus significatifs (Lunsky, Balogh, & Cairney, 2012; Weiss, Slusarczyk, & Lunsky, 2012). De surcroit, les délits perpétrés antérieurement sont considérés comme un facteur de risque de violence important à considérer lors d'une évaluation du risque de récidive (Hodgins et al., 2011; Klassen & O'Connor, 1994). Par ailleurs, la littérature indique que les cibles des actes de violence ainsi que le type de violence, qu'il soit subi ou agi, sont des facteurs de risque prépondérants (Hodgins, Tiihonen, & Ross, 2005; Murray & Farrington, 2010; Voyer et al., 2009).

De plus, l'historique lié à l'enfance et à la jeunesse joue un rôle déterminant dans le portrait clinique de la personne. En effet, l'exposition à des mauvais traitements, à une éducation coercitive ou une dynamique familiale dysfonctionnelle influence de façon manifeste l'adoption de comportements violents (Murray & Farrington, 2010; Senon et al., 2013). Dans le même ordre d'idées, les antécédents d'inadaptation durant l'enfance et l'adolescence, qu'ils soient d'ordre familial, scolaire ou social, sont aussi considérés comme un facteur de risque (Guedeney & Dugravier, 2006).

***Les facteurs de risque psychosociaux***. La littérature présente les composantes psychosociales davantage comme des facteurs de protection que des facteurs de risque. En ce sens, le soutien psychosocial a une importance clinique reconnue dans le processus de rétablissement d'une personne. À l'inverse, l'absence de soutien d'un réseau social et familial peut très bien être considéré dans la gestion du risque de sorte que la présence d'un environnement social et familial favorable pourrait agir comme facteur de protection à l'adoption de comportements violents (Desjardins et al., 2008; Ouellet & Hodgins, 2014). Néanmoins, pour certaines clientèles plus vulnérables, la combinaison du soutien familial à celui psychosocial s'avère une valeur ajoutée. En effet, chez une clientèle présentant une DI ou une lenteur intellectuelle, le recours à l'urgence d'un centre hospitalier en provenance des familles naturelles est de trois à quatre fois plus important chez cette clientèle que chez la population générale. En contrepartie, lorsque cette clientèle bénéficie d'un soutien professionnel spécialisé, celle-ci est moins dirigée en urgence psychiatrique (CIUSSS MCQ, 2015; ISQ, 2013; Lunsky et al., 2010; Weiss et al., 2012).

***Les facteurs de risque contextuels***. Ceux-ci sont des facteurs liés aux conditions sociales, à l'environnement ainsi qu'aux circonstances de la vie d'une personne. Évidemment, le stress engendré par des événements circonstanciels, tels que des problèmes financiers, une rupture amoureuse, le décès d'un être cher, des problèmes judiciaires, ou un événement traumatique, est susceptible d'occasionner une

augmentation du risque de violence (Elbogen, Van Dorn, Swanson, Swartz, & Monahan, 2006; Millaud & Dubreucq, 2005; Senon et al., 2013; Silver, 2000; Voyer et al., 2009).

***Les facteurs de risque cliniques***. Bien qu'une méta-analyse mette en évidence une association entre la psychose et l'accroissement du risque de violence, il importe d'en nuancer l'interprétation (Douglas et al., 2009). Voyer et al. (2009) rapportent que malgré l'augmentation du risque à commettre des actes violents chez les personnes présentant des troubles mentaux, ces derniers sont rarement à l'origine des actes criminels les plus graves. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la propension à commettre des actes violents est d'origine multifactorielle (Elbogen & Johnson, 2009). En ce sens, la symptomatologie clinique est un meilleur indicateur à prendre en compte puisqu'elle peut être associée ou non à certains troubles, qu'ils soient psychiatriques, psychologiques, neurologiques ou développementaux. Conséquemment, les symptômes tels que le niveau d'impulsivité, la tolérance à la frustration, la capacité de discernement et de jugement sont des facteurs de risque déterminants (Senon et al., 2013; Voyer et al., 2009). Par ailleurs, chez les personnes aux prises avec des troubles neurologiques, la capacité d'insight, l'autorégulation des émotions et le contrôle pulsionnel sont prépondérants (CIUSSS MCQ, 2015; Joyal, Gendron, & Côté, 2008; Voyer et al., 2009).

La désinstitutionalisation a évidemment amené plusieurs chercheurs à se pencher sur la question de l'intégration sociale des personnes ayant un profil similaire à celles jadis institutionnalisées. L'élément consensuel de plusieurs de ces études démontre que

les comportements perturbateurs et agressifs sont prédicteurs de l'échec à l'intégration sociale (Bénézech, 2004). De plus, plusieurs auteurs soutiennent que l'adhésion aux soins et l'observance thérapeutique font le pont entre la désinstitutionalisation et les symptômes associés à une augmentation du risque de passage à l'acte violent (Elbogen et al., 2006; Senon & Manzanera, 2006; Weiss et al., 2012). En contrepartie, un suivi serré augmente l'adhésion aux soins diminuant ainsi les risques de comportements violents (Voyer et al., 2009). De surcroit, les quatre à cinq mois suivant la fin d'une hospitalisation constituent une période charnière où le risque de comportements violents est considérable (Swanson et al., 2000, 2006). Par ailleurs, Sabourin, Sénécal et Paquet (2016) constatent une forte tendance voulant que les personnes suivies par du personnel spécialisé au quotidien soient moins dirigées vers les urgences psychiatriques lors d'un épisode de crise comportementale (CIUSSS MCQ, 2015). Conséquemment, la rigueur du suivi par des interventions spécifiques combinées à une médication ajustée deviennent incontournables dans l'organisation des services du RSSS (Hodgins et al., 2011).

**Les typologies de clientèles à risque de présenter des comportements violents**

Dans le cadre de la présente recherche, il apparait aussi intéressant de porter un regard sur les typologies de clientèles à risque de présenter des comportements violents. Bien que la clientèle à l'étude ne possède pas nécessairement de diagnostic de troubles mentaux graves (TMG), la littérature documente bien le risque de récidive chez certains profils types, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie légale. En effet,

plusieurs auteurs proposent une catégorisation de profils d'individus présentant des TMG étant susceptibles de commettre des actes de violence.

Prenant assise sur une recherche exhaustive de la littérature scientifique dans le domaine, un collectif d'auteurs a procédé à une mise à jour critique des principaux troubles mentaux à risque de passage à l'acte violent en proposant une catégorisation en trois groupes types : le premier groupe rassemble des personnes présentant une schizophrénie avec de multiples comorbidités, comme un trouble de la personnalité antisociale (TPA) et l'abus de substances. Les auteurs stipulent que pour ce groupe d'individus, les comportements violents sont impulsifs et non planifiés (Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005; Joyal, Dubreucq, Gendron, & Millaud, 2007). L'origine multifactorielle du risque de violence de ce groupe abonde dans le même sens que les travaux soutenus par Elbogen, Swanson, Swartz et Van Dorn (2005). Par ailleurs, la composante d'agressivité impulsive se veut aussi appuyée par plusieurs auteurs (Hodgins, Cree, Alderton, & Mak, 2007; Monahan et al., 2001; Senon et al., 2013; Voyer et al., 2009).

Le deuxième groupe proposé par Dubreucq et al. (2005) ainsi que par Joyal et al. (2007) intègre des personnes ayant une schizophrénie sévère et persistante de type indifférencié, associée à des indices neuropsychologiques se traduisant par un manque d'inhibition. Le passage à l'acte violent de ce groupe se caractérise par une réaction à une frustration. Tout comme un profil type décrit par Hodgins (2008), ce groupe n'aurait

pas d'histoire de comportements violents préalable à l'émission du diagnostic de schizophrénie.

Le troisième et dernier groupe proposé par ce même collectif d'auteurs est composé de personnes atteintes de schizophrénie de type paranoïde, pour lesquelles le passage à l'acte violent s'inscrit dans un délire de persécution. Par ailleurs, l'acte de violence est généralement dirigé vers un membre de la famille. Pour ce groupe, les antécédents de violence sont plutôt rares au même titre que le taux de récidive (Dubreucq et al., 2005; Joyal et al., 2007).

Un autre collectif d'auteurs propose également une classification en trois groupes de patients à risque de présenter des comportements violents (Senon et al., 2013; Voyer et al., 2009). Pour ceux-ci, le premier groupe intègre des personnes ayant des troubles neurologiques combinés à des TMG. L'adoption de comportements violents est en réaction à une frustration, de sorte que ces comportements sont impulsifs. En contrepartie, il est soutenu que la récidive pour ce groupe de personnes est relativement fréquente. À certains égards, ce premier groupe peut s'apparenter au deuxième groupe de Dubreucq et al. (2005) et de Joyal et al. (2007). En effet, la présence de troubles neurologiques et le caractère réactionnel des comportements violents sont similaires entre les deux groupes.

Le deuxième groupe proposé par Senon et al. (2013) ainsi que par Voyer et al. (2009) réunit des personnes présentant un TMG aux prises avec un délire de persécution dont l'acte de violence est dirigé de façon générale vers un membre de la famille. Pour ce groupe, les auteurs estiment le risque de récidive comme étant plutôt rare. Ce groupe est similaire au troisième groupe proposé par Dubreucq et al. (2005) et Joyal et al. (2007). Toutefois, certains auteurs stipulent que la catégorisation de ce groupe est matière à débat. En effet, Elbogen et Johnson (2009) ont mené une étude où les résultats démontrent qu'un trouble psychiatrique ne peut être considéré comme étant un facteur de risque de violence à lui seul. La convergence de facteurs, tant psychologiques, neurologiques, développementaux, sociaux et environnementaux, est davantage importante à prendre en compte quant au risque de violence que la relation directe à un TMG (Dumais, 2012).

Le troisième et dernier groupe est composé de personnes présentant un trouble de la personnalité associé (Senon et al., 2013; Voyer et al., 2009). Pour les personnes de ce groupe, les comportements violents sont impulsifs et souvent associés à l'utilisation d'alcool ou de drogues. De plus, dans le contexte où la personne présente des antécédents de violence avant l'émission du diagnostic psychiatrique, les auteurs soutiennent que le potentiel de récidive se veut conséquent. Ce groupe est en quelque sorte une combinaison du premier et du deuxième groupe proposé par Dubreucq et al. (2005) et Joyal et al. (2007).

Force est de constater que plusieurs études documentent largement les facteurs de risque de violence de la clientèle présentant des TMG dans une perspective de psychiatrie légale (Swanson et al., 2006). Par ailleurs, la littérature est abondante en ce qui a trait aux indices de vulnérabilité d'une clientèle présentant une DI à risque de présenter des crises comportementales et un trouble grave du comportement (TGC) (CIUSSS MCQ, 2015; Lunsky et al., 2012; Lunsky & Elserafi, 2011). En contrepartie, il importe de souligner que ce n'est guère le cas pour la clientèle dite multiproblématique dans un contexte d'organisation des services du RSSS (ASSS MCQ, 2009). En effet, à l'heure actuelle, aucune étude ne traite spécifiquement du sujet dans la littérature.

## Objectifs généraux de la thèse

Par définition, la clientèle dite multiproblématique est une clientèle au profil hétérogène présentant des problématiques comportementales et qui ne trouverait pas de réponse ajustée à ses besoins dans le réseau des services publics. Ainsi, l'objectif principal de cette recherche consiste à mieux connaitre cette clientèle et déterminer l'existence de regroupements parmi cette population. Le but visé par cette classification consiste ultimement à soutenir la prise de décision des cliniciens et des gestionnaires du RSSS qui ont à organiser des services pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle. Par conséquent, les objectifs spécifiques de la thèse sont :

1. Identifier les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique au sein du RSSS;

2. À partir des composantes recensées, déterminer l'existence de regroupements parmi cette population et proposer une classification par sous-groupes de personnes présentant un risque accru de comportements violents, mais chez lesquels l'origine de ces comportements est différente.

Dans le but de répondre à ces objectifs, une thèse par article fut privilégiée. Ainsi, chacun des objectifs spécifiques est circonscrit en deux articles distincts.

## Objectifs spécifiques par article

**Article 1**

Moreau, I., & Léveillée, S. *Les principales composantes caractérisant la clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux*. En préparation pour la revue Santé mentale au Québec.

Objectif : l'objectif principal de l'étude présentée dans le premier article vise à décrire cette clientèle dite multiproblématique par l'identification des principales composantes qui la caractérise dans un contexte d'organisation des services du RSSS, tout en comparant certaines de ces composantes à celles de la population générale.

**Article 2**

Moreau, I., & Léveillée, S. *Vers une typologie de la clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux.* En préparation pour la Revue québécoise de psychologie.

Objectif : l'objectif principal de l'étude présentée dans le deuxième article consiste à proposer une classification par sous-groupes de clientèle dite multiproblématique dans le but de dégager des profils distincts au sein du RSSS. En ce sens, ces regroupements de clientèles présentant des comportements violents pourraient permettre aux RSSS de prévoir des stratégies cliniques ajustées à la spécificité de chacun de ces groupes.

## Méthode générale

La méthodologie de cette recherche exploratoire prend assise sur une analyse de dossiers. Conséquemment, aucun usager ne fut rencontré. Le choix de cette méthodologie répond aux objectifs de cette recherche en considérant la nature du problème et les ressources disponibles. Le biais potentiel pouvant menacer la validité des données fut minimisé par le calcul d'un taux d'accord interjuge à partir de la GAMM sur 20 % de l'échantillon.

### Participants

Cette recherche vise une population particulière. En effet, il s'agit de la clientèle dite multiproblématique au sein du RSSS. Par définition, il s'agit d'une clientèle qui ne

trouverait pas de réponse ajustée à ses besoins dans le réseau des services publics et qui se caractérise par une symptomatologie pouvant être associée ou non à diverses pathologies se traduisant par le cumul, l'intensité et la gravité de comportements jugés problématiques puisqu'ils s'écartent des normes jugées acceptables dans son contexte. Ces dossiers sont bien connus du réseau puisqu'ils font souvent l'objet de plan de service individualisé, requérant parfois même l'arbitrage de l'ASSS MCQ. Cette population peut être jugée apte ou inapte. Toutefois, il ne s'agit pas d'un critère d'inclusion ou d'exclusion et ne constitue pas une variable mesurée dans le cadre de cette étude.

En somme, l'échantillon de la population ci-haut mentionné est composé de dossiers d'usagers âgés entre 18 et 65 ans (N = 128), considérés comme multiproblématiques au sein des établissements de la santé et des services sociaux de la région de la MCQ.

**Instrument de mesure**

Le développement d'une grille d'analyse type s'avérait incontournable afin de permettre une analyse de dossiers rigoureuse et structurée. Conséquemment, la Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite multiproblématique (GAMM) fut développée avec la collaboration de plusieurs experts cliniques du RSSS MCQ. Il est à noter que celle-ci est inspirée de la Grille d'analyse multidimensionnelle de l'homicide conjugal de Léveillée, Dubé, Martins Borges et Lefebvre (2005).

Bien que le but de la thèse n'était pas de procéder à une validation psychométrique de l'instrument de mesure utilisé, la GAMM a néanmoins fait l'objet d'une validation de contenu de base quant à la pertinence et l'exhaustivité des items et des variables.

En effet, deux comités de travail ont été consultés totalisant douze personnes reconnues pour leur expertise clinique et de gestion dans le RSSS de la région de la MCQ (psychologues, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, médecins et gestionnaires). Ainsi, chacun d'eux a commenté la version initiale de la GAMM. Tous les items ont été jugés pertinents et des suggestions d'ajouts de variables ont été proposées et retenues de sorte que la GAMM passe de 412 à 430 variables. Les items sont principalement dichotomiques regroupés sous cinq dimensions : sociodémographiques, historiques, psychosociales, contextuelles et cliniques (voir Appendice).

La dimension clinique de la GAMM dresse plusieurs comportements problématiques. Plusieurs d'entre eux sont tirés et définis dans l'Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques version 2 révisée (EGCP-II-R) (Sabourin, 2007; Sabourin et al., 2016) et dans l'Échelle d'évaluation globale des troubles du comportement (ÉEGTC; Godbout & Sabourin, 2003).

Certains comportements répertoriés nécessitent quelques éléments de précision afin de mieux en comprendre leur teneur. Ainsi, les comportements sexuels aberrants font référence tant à des comportements liés à l'immaturité du développement affectif et

psychosexuel (ex. : exhiber son corps dans un lieu public) que des comportements à caractère agressif sexuel (ex. : agression sexuelle armée). Par ailleurs, il importe de mentionner que Sabourin et al. (2016) précisent que les comportements sexuels aberrants ne sont pas forcément associés à une excitation sexuelle de la personne.

En ce qui a trait aux comportements sociaux perturbateurs, Sabourin et al. (2016) les décrivent comme des comportements essentiellement dérangeants pour autrui (ex. : crier ou rire fort dans un endroit public, déranger les activités des autres sans raison, etc.). Ces mêmes auteurs amènent une nuance importante entre les comportements sociaux perturbateurs et les comportements sociaux offensants. En effet, ces derniers se distinguent par le non-respect des règles sociales de base (ex. : uriner en public, cracher sur les autres, menacer autrui, etc.). Les comportements de non-collaboration, d'opposition et de provocation, quant à eux, réfèrent à la rébellion, à la contestation et même à des actes délictuels tels des activités criminelles (ex. : mentir, tricher, voler, etc.). Dans le même ordre d'idées, les comportements agressifs physiques envers autrui font référence à un acte violent physique sur l'autre. Ces comportements peuvent aller d'une poussée à un voie de fait grave (Sabourin, 2007; Sabourin et al., 2016).

Concernant les comportements de persévération et de régulation motrice, Godbout et Sabourin (2003) réfèrent à la poursuite d'une activité ou d'un geste sans pouvoir s'en empêcher. Pour ces mêmes auteurs, les comportements d'impulsivité référent à des prises de décisions sans peser le pour et le contre sous l'inspiration du moment. Il s'agit

donc de gestes soudains et irréfléchis. La nuance entre les comportements d'impulsivité et la faible tolérance à la frustration réside en la notion de contrariété. Ainsi, une faible tolérance à la frustration peut se traduire par un comportement impulsif mais pas forcément et un comportement impulsif n'est pas nécessairement une réponse à la contrariété. En ce qui a trait aux comportements de labilité émotive, ceux-ci se décrivent comme un changement d'humeur soudain, passant des rires aux pleurs (Godbout & Sabourin, 2003).

Pour ce qui est des symptômes et des traits cliniques associés à certains troubles de santé mentale, il est à noter qu'uniquement ceux tirés du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition* (DSM-5, APA, 2015) furent retenus dans le cadre de la présente étude.

**Déroulement général**

En cohérence avec l'objectif de la recherche, le déroulement de cette étude implique inévitablement une contribution significative du RSSS. Bien que depuis le 1er avril 2015 nous parlions du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), au moment de la recherche, ce projet a nécessité la participation de huit centres de santé et de services sociaux de la MCQ ainsi que de quatre établissements spécialisés à vocation régionale.

Le déroulement de ce projet de recherche est composé essentiellement de quatre phases distinctes :

1. La première phase consiste en la conceptualisation de la GAMM;
2. La deuxième phase consiste en l'identification des dossiers d'usagers considérés comme étant multiproblématiques;
3. La troisième phase consiste en l'analyse des dossiers;
4. La quatrième phase consiste en la saisie, le traitement et l'analyse des données.

La première phase qui consistait à conceptualiser la GAMM a nécessité la contribution d'experts cliniques du RSSS afin de valider la pertinence des items de la Grille. Il est à noter que deux groupes sont consultés, soit deux comités de travail institués dans le plan d'implantation des mesures du Complément aux Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples, totalisant douze personnes reconnues pour leur expertise clinique et de gestion dans la région. Les résultantes de ces consultations convergent vers la GAMM à l'Appendice.

La deuxième phase qui consiste en l'identification des dossiers d'usagers considérés comme étant multiproblématiques est charnière. Les dossiers correspondant à la définition de la clientèle dite multiproblématique sont identifiés de façon indépendante

par les répondants multiproblématiques[1] de chacun des établissements du RSSS de la MCQ. Ainsi, en collaboration avec les répondants, un calendrier est planifié afin de rendre disponibles les dossiers pour analyse, au sein même des établissements. Il est à noter que seules la chercheuse principale et la directrice de la présente thèse ont accès à ces dossiers.

Par surcroit, la collaboration des directions des services professionnels est essentielle afin de consentir en lieu et place des usagers tel que stipulé à l'article 19.2 de la LSSSS. En effet, considérant qu'il s'avérait difficile et peu opportun de communiquer avec chacun des usagers pour obtenir leur consentement d'accès à leur dossier à des fins d'étude et de recherche, les directeurs des services professionnels autorisent la prise de connaissance des dossiers de ceux-ci.

La troisième phase consiste en l'analyse des dossiers. Les 128 dossiers retenus sont tous analysés par la première auteure de cet article, étudiante au doctorat de recherche en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et professionnelle de recherche au CIUSSS MCQ. Le biais potentiel susceptible de menacer la validité de l'étude est minimisé par le calcul d'un taux d'accord interjuge sur 20 % des dossiers analysés mettant à contribution la directrice de la thèse, professeure au Département de

---

[1] Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, les répondants multiproblématiques sont désignés par la direction générale d'un établissement. Ceux-ci assurent des fonctions de coordination et de liaison dans une perspective clinico-administrative tout en veillant au partage d'une vision commune de la clientèle cible, des traits qui la caractérisent.

psychologie de l'UQTR. Ainsi, le pourcentage d'accord interjuge de 25 dossiers sélectionnés aléatoirement varie de 97,91 à 99,53 %.

La quatrième phase consiste en la saisie, le traitement et l'analyse des données. Cette phase est composée de plusieurs étapes préalables à la finalité de l'analyse typologique. Celles-ci sont explicitées sous la rubrique « Analyses statistiques ». Par ailleurs, c'est lors de la quatrième phase que des comparatifs sont effectués sur certaines variables entre la population à l'étude et la population générale afin de mettre en relief les résultats des analyses. Les données concernant la population générale sont tirées principalement de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

## Analyses statistiques et opérationnalisation des variables

Compte tenu des objectifs de cette étude, plusieurs étapes préalables sont incontournables à la réalisation d'une analyse typologique[1]. Dans un premier temps, des analyses de fréquence sont effectuées sur l'ensemble des variables de la GAMM permettant de dégager les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique à partir d'un échantillon total (N = 128).

### Opérationnalisation des variables internes à l'analyse typologique

Considérant le nombre élevé de variables et considérant que la littérature suggère entre 6 et 15 variables maximum à tout type d'analyse typologique (Everitt, Landau,

[1] Il est à noter que le traitement statistique des données fut réalisé à partir du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), version 23.

Leese, & Stalh, 2011), une deuxième étape consiste à réduire le nombre de variables tout en conservant un maximum d'informations. Ainsi, des analyses en composantes principales (ACP) dans une approche exploratoire sont effectuées permettant de retenir des facteurs (regroupement de variables) qui serviront de variables internes à l'analyse typologique. Comme toute analyse factorielle, l'ACP institue quatre postulats de base à respecter afin d'assurer la solidité des facteurs (Husson, Josse, & Pagès, 2010) :

1. Dans un premier temps, l'analyse des corrélations inter-items s'impose d'entrée de jeu;
2. En second lieu, la mesure de l'adéquation de l'échantillonnage (indice Kaiser-Meyer-Olkin). Celle-ci offre par surcroit un aperçu global de la qualité des corrélations inter-items, donnant ainsi de l'information complémentaire au regard de la matrice de corrélation;
3. Dans un troisième temps, bien que la présente s'inscrit dans une approche exploratoire sans a priori théorique sur la structure sous-jacente des données, le test de sphéricité de Bartlett est souhaité significatif ($p < 0{,}05$), indiquant ainsi que la matrice de corrélation n'est pas une matrice identité voulant que toutes les corrélations soient égales à zéro;
4. Par ailleurs, un autre postulat voulant qu'aucune donnée ne soit manquante réduit également le nombre de variables pouvant servir à l'ACP de sorte que

dans le cadre de la présente étude, chacun des facteurs est opérationnalisé par les scores obtenus des ACP de 121 participants.[1]

Conséquemment, cinq ACP ont été effectuées permettant de dégager 14 facteurs servant de variables internes à l'analyse typologique. Ainsi, les 14 facteurs dégagés à partir de 45 variables de la GAMM sont : 1) Contexte d'activités criminelles et de judiciarisation; 2) Contexte d'absence de diagnostic consensuel ou multiples diagnostics; 3) Contexte d'encadrement et d'hébergement complexe; 4) Situation d'assistance continue par mesure de sécurité; 5) Situation d'utilisation des services hospitaliers; 6) Situation associée au soutien familial et social; 7) Traits cliniques et symptômes tels : traits de personnalité limite, traits dépressifs et traits anxieux (sans diagnostic); 8) Traits cliniques et symptômes liés à l'abus de substances (alcool et drogues) et conduites addictives (sans diagnostic); 9) Traits cliniques et symptômes liés aux troubles sexuels et du contrôle des impulsions (sans diagnostic); 10) Diagnostics : troubles neurologiques, trouble de l'attachement, TPA et lenteur intellectuelle; 11) Diagnostics : TPL et trouble de l'adaptation; 12) Diagnostics : ESPT et troubles de l'humeur; 13) Comportements problématiques autodirigés; et 14) Comportements problématiques hétérodirigés.

Les Tableaux 1 à 5 font état des variables composant chacun des facteurs par dimension et le pourcentage de la variance expliquée par chacun d'eux. Il est à noter que le choix des 45 variables de la GAMM s'est principalement effectué sur la présence de

---

[1] Il est à noter que sept dossiers sont exclus de l'échantillon initial en raison de données manquantes des variables internes.

la donnée dans chacun des dossiers afin de respecter les postulats de l'ACP. Le deuxième filtre du choix des variables vise essentiellement des items globaux ayant une portée clinique jugée pertinente au regroupement. Ainsi, le Tableau 1 décrit la composition des trois facteurs dégagés de la dimension contextuelle à partir de 10 variables sélectionnées de la GAMM.

Tableau 1

*La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension contextuelle*

| Facteurs | Variables | Variance expliquée par facteur % |
|---|---|---|
| Contexte d'activités criminelles et de judiciarisation | Judiciarisation<br>Prison<br>Activité criminelle<br>Évaluation psychiatrie légale<br>Multiproblématique judiciaire | 41,21 |
| Contexte d'absence de diagnostic consensuel ou multiples diagnostics | Diagnostic renversé (DI)<br>Diagnostic renversé (Santé mentale)<br>Multiples diagnostics | 15,17 |
| Contexte d'encadrement et d'hébergement complexe | Règlement de litige et arbitrage de l'ASSSS MCQ<br>Encadrement hors normes | 13,80 |

*Note.* L'indice KMO est de 0,77 et le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0{,}001$). La variance expliquée par dimension (%) est de 70,18.

Le Tableau 2 décrit la composition des trois facteurs dégagés de la dimension situationnelle et psychosociale à partir de huit variables sélectionnées de la GAMM.

Tableau 2

*La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension situationnelle et psychosociale*

| Facteurs | Variables | Variance expliquée par facteur % |
|---|---|---|
| Situation d'assistance continue par mesure de sécurité | Ordonnance d'hébergement<br>Ordonnance de traitement<br>Mesures de contrôle[1]<br>Accompagnement par mesure de sécurité lors des déplacements | 28,34 |
| Situation d'utilisation des services hospitaliers | Visites à l'urgence<br>Hospitalisations | 24,73 |
| Situation associée au soutien familial et social | Présence d'un réseau social<br>Présence d'un soutien familial | 17,73 |

*Note.* L'indice KMO est de 0,59 et le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0{,}001$). La variance expliquée par dimension (%) est de 70,80.

[1] Le MSSS définit les mesures de contrôle ainsi : Contention : « Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. ». Isolement : « Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. » Substance chimique : « Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. » (MSSS, 2015).

Le Tableau 3 fait état de la composition des trois facteurs dégagés de la dimension clinique à partir des traits de divers troubles de santé mentale sélectionnés de la GAMM.

Tableau 3

*La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension clinique en lien avec la présence de traits associés à des troubles mentaux*

| Facteurs | Variables | Variance expliquée par facteur % |
|---|---|---|
| Traits cliniques et symptômes tels : traits de personnalité limite, traits dépressifs et traits anxieux (sans diagnostic) | Présence de traits associés aux troubles dépressifs<br>Présence de traits associés aux troubles anxieux<br>Présence de traits associés au trouble de la personnalité limite | 25,78 |
| Traits cliniques et symptômes liés à l'abus de substances (alcool et drogues) et conduites addictives (sans diagnostic) | Présence de traits associés au trouble d'utilisation de substances (alcool)<br>Présence de traits associés au trouble d'utilisation de substances (drogues)<br>Présence de traits associés au trouble addictif | 19,55 |
| Traits cliniques et symptômes liés aux troubles sexuels et du contrôle des impulsions (sans diagnostic) | Présence de traits associés aux troubles sexuels<br>Présence de traits associés au trouble du contrôle des impulsions | 16,64 |

*Note.* L'indice KMO est de 0,64 et le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0{,}001$). La variance expliquée par dimension (%) est de 61,98.

Le Tableau 4 dresse la composition des trois facteurs dégagés de la dimension clinique à partir de huit diagnostics sélectionnés de la GAMM.

Tableau 4

*La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension clinique en lien avec les principaux diagnostics*

| Facteurs | Variables | Variance expliquée par facteur % |
|---|---|---|
| Diagnostics : troubles neurologiques, trouble de l'attachement, TPA et lenteur intellectuelle | Troubles neurologiques<br>Trouble de l'attachement<br>Lenteur intellectuelle<br>Trouble de la personnalité antisociale | 28,49 |
| Diagnostics : TPL et trouble de l'adaptation | Trouble de la personnalité limite<br>Trouble de l'adaptation | 19,61 |
| Diagnostics : ESPT et troubles de l'humeur | Troubles de l'humeur<br>État de stress post-traumatique | 14,13 |

*Note.* L'indice KMO est de 0,64 et le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0{,}001$). La variance expliquée par dimension (%) est de 62,23.

Finalement, le Tableau 5 fait état de la composition des deux facteurs dégagés de la dimension clinique à partir de 11 comportements problématiques sélectionnés de la GAMM.

Tableau 5

*La composition des facteurs servant de variables internes pour la dimension clinique en lien avec les principaux comportements problématiques*

| Facteurs | Variables | Variance expliquée par facteur % |
|---|---|---|
| Comportements problématiques hétérodirigés | Comportements de faible tolérance à la frustration (adulte) | 33,34 |
| | Comportements d'opposition et provocation (adulte) | |
| | Comportements impulsifs (adulte) | |
| | Comportements sociaux perturbateurs (adultes) | |
| | Comportements agressifs envers autrui (adulte) | |
| | Comportements sociaux offensants (adulte) | |
| | Comportements sexuels aberrants (adulte) | |
| Comportements problématiques autodirigés | Tentative de suicide (adulte) | 21,82 |
| | Comportements d'automutilations (adulte) | |
| | Comportements de labilité émotive (adulte) | |
| | Comportement d'isolement (adulte) | |

*Note.* L'indice KMO est de 0,77 et le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0{,}001$). La variance expliquée par dimension (%) est de 55,16.

Bien que les tests de sphéricité de Bartlett soient tous significatifs à $p < 0{,}001$, il importe d'amener certaines nuances au regard de la mesure de l'adéquation de l'échantillonnage. En effet, l'indice KMO est considéré comme étant très bien pour les facteurs de la dimension contextuelle et de la dimension clinique en lien avec les comportements problématiques. Pour les facteurs de la dimension situationnelle et psychosociale, de la dimension clinique en lien avec la présence de traits associés à des troubles mentaux et les diagnostics, l'indice KMO est jugé acceptable. Ceci s'explique en partie par le nombre de variables utilisées, la taille de l'échantillon et la corrélation inter-items moins élevée entre certaines variables (Husson et al., 2010). Certes, le choix de conserver les 14 facteurs comme variables internes à l'analyse typologique se justifie d'une part par le fait que ceux-ci sont tous significatifs et appuyés par une mesure de l'échantillonnage jugée d'acceptable à très bien[1] et d'autre part, par la pertinence clinique de chacun d'eux.

**Opérationnalisation des variables externes à l'analyse typologique**

Dans le but de rendre compte de la pertinence de la typologie obtenue, une toute dernière étape de validation est incontournable. Cette étape s'opère à partir des variables externes mises en lien avec chacun des sous-groupes (Kos & Psenicka, 2000). Le choix des variables externes sont : (1) Âge; (2) Sexe; (3) Scolarité; (4) Hébergement; (5) Régime de protection; (6) Bénéficiaire du RSSS durant la jeunesse; (7) Indices d'inadaptation durant la jeunesse; (8) Comportements problématiques durant la jeunesse;

[1] La mesure d'adéquation de l'échantillonnage (KMO) varie entre 0 et 1. Son interprétation va d'excellent (0,80 et plus) à inacceptable (moins de 0,50) (Husson et al., 2010).

(9) Antécédents d'activités criminelles durant la jeunesse; (10) Victimes de mauvais traitements durant la jeunesse; (11) Placements durant la jeunesse; (12) Registre national des délinquants sexuels; (13) Prise d'antipsychotique; (14) Prise d'antidépresseur; (15) Prise de psychostimulant; (16) Diagnostics troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie; et (17) Diagnostics de DI.

Ainsi, ces variables externes servent à soutenir la description des groupes. En fait, ce sont les variables sur lesquelles se discriminent les profils types.

**Analyses statistiques et choix des techniques**

Dans un premier temps, des analyses de fréquence sont effectuées sur l'ensemble des variables de la GAMM, permettant de ce fait le dégagement des principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique à partir d'un échantillon total (N = 128).

Dans un deuxième temps, la méthode d'analyse statistique retenue pour l'analyse typologique est la classification hiérarchique à partir d'un échantillon de (N = 121). En plus de permettre la réduction du nombre de variables tout en conservant un maximum d'informations, l'ACP en amont de la classification hiérarchique permet la transformation des variables qualitatives en variables continues, ce qui accroit le rendement de la méthode de classification hiérarchique (Husson et al., 2010). Conséquemment, les scores standardisés des 14 facteurs issus des ACP permettent,

d'une part, l'utilisation du carré de la distance euclidienne comme mesure de distance entre les individus et d'autre part, la méthode d'agrégation de Ward comme technique d'agglomération dans le but de minimiser la variance intragroupe. Tant la mesure de similarité retenue (carré de la distance euclidienne) que la méthode d'agrégation privilégiée (méthode d'agrégation de Ward) sont largement utilisées dans les recherches du domaine des sciences humaines (Everitt et al., 2011).

Dans un troisième temps, des analyses de variance sont effectuées sur les variables internes à l'aide d'ANOVAs dont le seuil de signification préétabli est de ($p < 0{,}05$). Ces analyses visent à soutenir le choix du nombre de classes à retenir dans la solution finale de la classification.

Dans un quatrième temps, la validation de la pertinence de la classification s'opère à partir des variables externes qui sont mises en lien avec chacun des groupes retenus de la classification hiérarchique. Comme pour les variables internes, ces comparaisons de moyennes s'effectuent à l'aide d'ANOVAs et le seuil de signification préétabli est de ($p < 0{,}05$) (Everitt et al., 2011).

## Résultats

Rappelons que la présente thèse est composée de deux articles. Le premier article correspondant au Chapitre 1 fait état des résultats à l'égard des principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique au sein du RSSS. Le deuxième article

correspondant au Chapitre 2 fait état des résultats de l'analyse typologique effectuée à partir des composantes recensées. Conséquemment, les résultats présentés dans cette section sont essentiellement des résultats complémentaires à ceux présentés au Chapitre 1 et au Chapitre 2. Néanmoins, il est possible que certains résultats soient présentés tant dans cette section que dans les articles afin d'en faciliter la lecture et l'interprétation.

**Résultats descriptifs de la clientèle dite multiproblématique**

Des analyses de fréquence ont été effectuées afin de décrire l'échantillon total (N = 128). Ainsi, les résultats descriptifs de la clientèle dite multiproblématique sont présentés par dimension de la GAMM.

**Portrait sociodémographique de la clientèle à l'étude**. L'échantillon de la population à l'étude est composé de personnes âgées entre 18 et 65 ans dont l'âge moyen est de 41,14 ans (*ÉT* = 15,414). Il est à noter que cette distribution s'explique, entre autres, par le fait que le groupe des personnes âgées entre 18 et 25 ans est plus nombreux (22,7 %) tout comme le groupe des personnes âgées entre 56 et 65 ans (24,9 %). De plus, 66,4 % sont des hommes, 33,6 % sont des femmes. Par ailleurs, 91,4 % ne sont pas en couple et 8,6 % sont mariés ou conjoints de fait. De surcroit, 29,7 % sont parents d'au moins un enfant. Quant au lieu de naissance, 93 % sont nés au Québec, 2,3 % sont nés à l'extérieur du Québec, mais au Canada, et 4,7 % sont nés à l'extérieur du Canada. Par

ailleurs, les résultats indiquent que 40,8 % bénéficient d'un régime de protection publique.

Le niveau de scolarité de l'échantillon de la population à l'étude va du primaire à universitaire. Cependant, 57,7 % ont un niveau de scolarité primaire ou présecondaire. En ce qui a trait à l'occupation des personnes composant l'échantillon, les résultats démontrent que 95,3 % sont prestataires d'un programme gouvernemental d'aide financière (sécurité du revenu, SAAQ, CSST, programme de retour aux études, etc.) et 4,7 % sont sans emploi et sans soutien financier gouvernemental.

En ce qui a trait au milieu de vie de la clientèle étudiée dans le cadre de la présente recherche, plusieurs types d'hébergements sont répertoriés. Les résultats indiquent que 43,8 % sont hébergées par le RSSS, plus précisément : 13,3 % habitent une ressource non institutionnelle du programme santé mentale, 8,6 % sont hospitalisés pour des raisons de sécurité au moment de l'étude, 6,3 % habitent une ressource non institutionnelle du programme SAPA, 5,5 % habitent une résidence à assistance continue (RAC), 5,5 % habitent en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 2,3 % habitent une ressource non institutionnelle du programme DI-TSA et 2,3 % habitent une ressource non institutionnelle du programme Jeunes en difficulté (JED). Par ailleurs, les résultats indiquent que 26,6 % vivent de façon autonome, plus précisément : 15,6 % habitent seul en logement et 11 % habitent en collocation de façon autonome. De surcroit, les résultats démontrent que 13,2 % habitent des ressources d'hébergement

privées ou communautaires, 8,6 % sont sans domicile fixe et 7 % vivent dans leur famille naturelle comme personne à charge et 0,8 % sont en prison au moment de l'étude. En ce qui a trait à la stabilité du milieu de vie, les résultats font ressortir que 47,7 % ont un milieu de vie jugé stable par les intervenants et 52,3 % ont un milieu de vie jugé instable par les intervenants (ex. : plusieurs déménagements dans une même année).

**Portrait historique de la clientèle à l'étude.** Concernant la dimension historique, les données répertoriées sont essentiellement liées à l'enfance et à la jeunesse. Conséquemment, certaines données sont manquantes car sur certains aspects, l'information n'était pas notée au dossier.

Les résultats font ressortir que 78,2 % ont bénéficié des services sociaux du réseau avant l'âge adulte et 49,5 % ont vécu au moins un placement. Par ailleurs, les résultats démontrent que 81,7 % présentaient des indices de difficultés d'adaptation sociale ou scolaire (ex. : peu ou pas d'amis, conflits fréquents avec les pairs et les adultes en autorité, difficultés à respecter les règles et l'encadrement scolaire, difficultés d'apprentissage, etc.) et 88,9 % présentaient déjà des comportements problématiques[1]. Le Tableau 6 dresse les différents types de comportements répertoriés.

---

[1] Sur un échantillon de104 personnes, ce qui représente 81,25 % de l'échantillon total.

Tableau 6

*Les proportions des différents types de comportements au cours de l'enfance et de la jeunesse de la clientèle à l'étude*

| Types de comportements | Échantillon | Fréquence | % |
|---|---|---|---|
| Comportements impulsifs | N = 94 | 56 | 59,6 |
| Comportements de non-collaboration, d'opposition et de provocation | N = 93 | 52 | 55,9 |
| Comportements agressifs envers autrui | N = 94 | 46 | 48,9 |
| Comportements d'abus d'alcool | N = 101 | 43 | 42,6 |
| Comportements agressifs verbaux | N = 94 | 42 | 44,7 |
| Comportements de faible tolérance à la frustration | N = 93 | 42 | 45,2 |
| Comportements sociaux perturbateurs | N = 93 | 40 | 43,0 |
| Comportements destructeurs envers les objets | N = 92 | 36 | 39,1 |
| Comportements sociaux offensants | N = 93 | 32 | 34,4 |
| Comportements d'abus de drogues | N = 100 | 31 | 31,0 |
| Comportements d'automutilation | N = 93 | 23 | 24,7 |
| Comportements sexuels aberrants | N = 92 | 20 | 21,7 |
| Tentatives de suicide | N = 93 | 11 | 11,8 |

Les résultats font ressortir que 75 % vivaient au sein d'une dynamique familiale complexe, se traduisant entre autres par la consommation abusive d'alcool des parents, la violence familiale, la pauvreté, les problématiques de santé mentale ou judiciaire des

parents[1]. Par ailleurs, les résultats démontrent que 55,6 % ont été victimes de mauvais traitements[2]. Le Tableau 7 dresse les différents types de mauvais traitements répertoriés.

Tableau 7

*Les proportions des différents types de mauvais traitements répertoriés au cours de l'enfance et de la jeunesse de la clientèle à l'étude*

| Types de mauvais traitements | Échantillon | Fréquence | % |
|---|---|---|---|
| Abus physique | N = 105 | 40 | 38,1 |
| Abus sexuel | N = 98 | 26 | 26,5 |
| Négligence | N = 99 | 25 | 25,3 |
| Tentative de meurtre | N = 100 | 4 | 4,0 |
| Autres traumatismes | N = 92 | 37 | 40,2 |

Les résultats indiquent que 37,3 % ont des antécédents d'activités criminelles avant l'âge adulte[3]. Le Tableau 8 présente les principaux types d'antécédents d'activités criminelles répertoriés au dossier de la clientèle à l'étude.

---

1 Sur un échantillon de 96 personnes, ce qui représente 75 % de l'échantillon total.
2 Sur un échantillon de 108 personnes, ce qui représente 84,38 % de l'échantillon total.
3 Sur un échantillon de 110 personnes, ce qui représente 85,94 % de l'échantillon total.

Tableau 8

*Les proportions des principaux antécédents d'activités criminelles répertoriés au cours de l'enfance et de la jeunesse de la clientèle à l'étude*

| Types d'antécédents d'activités criminelles | Échantillon | Fréquence | % |
|---|---|---|---|
| Antécédents de violence envers autrui | N = 108 | 24 | 22,2 |
| Antécédents de vol | N = 109 | 17 | 15,6 |
| Antécédents de violence envers l'environnement (ex. : vandalisme) | N = 108 | 14 | 13,0 |
| Antécédents de violence sexuelle | N = 110 | 11 | 10,0 |
| Antécédents de violence envers les animaux | N = 109 | 6 | 5,5 |

**Portrait situationnel et psychosocial de la clientèle à l'étude**. Dans une perspective psychosociale, les résultats démontrent que 87,5 % des personnes composant l'échantillon n'ont pas de réseau social, 68,8 % n'ont pas de soutien familial et 77,3 % n'ont pas d'activités sociales, d'activités occupationnelles ou de loisirs.

Dans une perspective davantage situationnelle, les résultats indiquent que 43 % des usagers ont besoin d'assistance continue et d'accompagnement dans leurs déplacements par mesure de sécurité et 30,5 % ont des mesures de contrôle prévues au plan d'intervention déposé au dossier. Par ailleurs, 14,1 % sont assujetties à une ordonnance de traitement[1] et 16,4 % sont assujetties à une ordonnance d'hébergement de la Cour.

[1] Lorsqu'une personne adulte est jugée inapte à consentir aux soins et qu'elle refuse de recevoir un traitement, la Cour autorise par une ordonnance de traitement de passer outre ce refus permettant ainsi de traiter la personne inapte contre son gré (Beaudoin & Robert, 2012).

Par ailleurs, les résultats font ressortir que pour 47,6 % des personnes de l'échantillon, leur milieu de vie ne répondrait pas à leurs besoins selon les intervenants œuvrant auprès d'eux. Dans le même ordre d'idées, 46,6 % n'auraient pas le bon taux d'encadrement et 35,9 % n'auraient pas un requis de services ajusté à leurs besoins selon les notes aux dossiers colligées par les intervenants œuvrant auprès d'eux.

Dans une perspective d'utilisation des services d'urgence d'un centre hospitalier et d'hospitalisation au cours de l'année précédant l'analyse du dossier des personnes de l'échantillon, 71,8 % ont utilisé les services d'urgence pour une moyenne annuelle de quatre consultations. Plus précisément, 15,6 % ont obtenu de une à deux consultations et 56,2 % ont obtenu trois consultations et plus. De plus, il est à noter que 12,5 % ont obtenu 12 consultations et plus à l'urgence au cours de l'année précédant l'analyse de leur dossier. En complément d'information, il est à noter que le Chapitre 1 met en comparaison la proportion de consultation à l'urgence d'un hôpital de la population générale de 15 ans et plus à celle de la population à l'étude.

En ce qui a trait au taux d'hospitalisation au cours de l'année précédant l'analyse du dossier des personnes de l'échantillon, les résultats démontrent que 58,6 % ont été hospitalisées pour une moyenne de 1,9 hospitalisation par an. Plus précisément, 10,2 % ont été hospitalisées une fois et 48,5 % deux fois et plus. Dans le même ordre d'idées que pour les visites à l'urgence, il est à noter que le Chapitre 1 met en comparaison la proportion d'hospitalisation de la population générale à celle de la population à l'étude.

**Portrait contextuel de la clientèle à l'étude**. Le portrait contextuel de la clientèle à l'étude fait principalement référence à deux aspects. Dans un premier temps, les aspects en lien avec l'organisation des services du RSSS et des partenaires impliqués, et en second lieu, les aspects en lien avec la judiciarisation de la clientèle et les activités criminelles.

***En lien avec l'organisation des services du RSSS et des partenaires impliqués***. Les résultats démontrent que 70,3 % des personnes composant l'échantillon obtiennent des services de première ligne (services de proximité de court terme), 37,5 % obtiennent des services de deuxième ligne (services spécialisés) et 2,3 % obtiennent des services de troisième ligne (services surspécialisés). Par ailleurs, les résultats font également état de la répartition de la clientèle à l'étude au sein des programmes-services institués par le MSSS. Ainsi, 47,7 % sont desservies par le programme-services santé mentale, 27,3 % sont desservies par le programme-services DI-TSA, 11,7 % sont desservies par le programme-services dépendance, 7 % sont desservies par le programme-services SAPA et 6,3 % sont desservies par le programme DP. Par ailleurs, uniquement 41,4 % ont un plan de services individualisés (PSI)[1].

Par ailleurs, les résultats démontrent que les personnes considérées comme étant multiproblématiques sont majoritairement tributaires de litiges entre les partenaires du

---

[1] L'article 103 de la LSSSS stipule que : « ... l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé ».

réseau quant à leur prestation de services (69,5 %). Les responsabilités cliniques, administratives et financières sont les principales sources de différends évoqués considérant que plusieurs de ces personnes ne répondent pas nécessairement aux critères d'accès des programmes-services, et ce, tant en amont d'un même programme que de façon transversale entre les différents programmes.

De plus, au-delà des situations litigieuses, les résultats font ressortir les principaux motifs amenant les intervenants et les gestionnaires du RSSS à qualifier ces personnes comme étant une clientèle dite multiproblématique. En effet, sept principaux motifs sont fréquemment évoqués dans les dossiers des usagers et figurent dans le Tableau 9 ci-après.

Tableau 9

*Les principaux motifs justifiant la notion de « multiproblématique »*

| Motifs | Échantillon | Fréquence | % |
|---|---|---|---|
| La gestion du risque des comportements problématiques dans la communauté | N = 128 | 89 | 69,5 |
| Inobservance thérapeutique | N = 128 | 68 | 53,1 |
| Traumatisme antérieur non traité | N = 125 | 50 | 40,0 |
| Encadrement hors-norme (ex. : encadrement d'un intervenant pour un usager « 1 pour 1 ») | N = 128 | 48 | 37,5 |
| Multiples diagnostics | N = 128 | 34 | 26,6 |
| Arrimage entre le réseau judiciaire et le RSSS | N = 128 | 33 | 25,8 |
| Diagnostic renversé et absence de diagnostic consensuel | N = 128 | 26 | 20,3 |

***En lien avec la judiciarisation et les activités criminelles***. La dimension contextuelle de la GAMM intègre des variables associées à la judiciarisation et aux activités criminelles en lien ou non avec le système judiciaire. Ainsi, les résultats démontrent que 46,8 % des personnes composant l'échantillon ont des antécédents d'activités criminelles (ex. : présence d'actes délictuels sans nécessairement être arrêté ou condamné pour ces gestes). Le Tableau 10 présente les principaux antécédents d'activités criminelles ainsi que la proportion associée à la clientèle. De plus, les résultats indiquent que 37 % des dossiers analysés font état de notes où des interventions policières ont été nécessaires au cours de l'année. Il importe de mentionner que ces interventions ne résultaient pas nécessairement en des arrestations, il pouvait s'agir de

divers motifs (ex. : accompagnement des techniciens ambulanciers vers les services d'urgence d'un centre hospitalier, gestion de conflits entre voisins ou intervention lors de violence conjugale ou familiale, comportements sociaux perturbateurs ou sociaux offensants dans la communauté, etc.).

Tableau 10

*Les principaux types d'antécédents d'activités criminelles*

| Types d'antécédents d'activités criminelles | Échantillon | Fréquence | % |
|---|---|---|---|
| Antécédent de voie de fait | N = 126 | 39 | 31,0 |
| Antécédent d'activités criminelles autres (ex. : menace, invasion de domicile, meurtre, etc.) | N = 126 | 29 | 23,0 |
| Antécédent de bris de conditions ou de probations | N = 125 | 25 | 20,0 |
| Antécédent de vol | N = 126 | 23 | 18,3 |
| Antécédent d'agression sexuelle | N = 126 | 14 | 11,1 |

Dans le même ordre d'idées, les résultats indiquent que 40,5 % des personnes de l'échantillon sont judiciarisées et 29,4 % ont fait de la prison. Par ailleurs, 18,4 % ont été évaluées en psychiatrie légale en lien avec la commission d'examen des troubles mentaux et 7,3 % ont obtenu un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

**Portrait clinique de la clientèle à l'étude**. Le portrait clinique de la clientèle à l'étude est abondamment développé dans le Chapitre 1. Néanmoins, il appert justifié de mettre en lumière certains résultats complémentaires dans cette section de la thèse, particulièrement en ce qui a trait aux comportements problématiques et à la médication prescrite à cette clientèle.

***En lien avec les comportements problématiques***. Par définition, la clientèle dite multiproblématique présente nécessairement des comportements problématiques. Le Tableau 11 présente les différents types de comportements répertoriés et leur proportion.

Il importe de mentionner que la GAMM est dotée d'une section à l'égard de la fréquence des comportements problématiques. Toutefois, l'information figurant aux dossiers ne permettait pas de colliger ce type de données.

Tableau 11

*Les principaux types de comportements problématiques*

| Types de comportements problématiques | Échantillon | Fréquence | % |
|---|---|---|---|
| Comportements impulsifs | N = 128 | 93 | 72,7 |
| Comportements de non-collaboration, d'opposition et de provocation | N = 128 | 76 | 59,4 |
| Comportements de faible tolérance à la frustration | N = 128 | 76 | 59,4 |
| Comportements agressifs envers autrui | N = 128 | 74 | 57,8 |
| Comportements sociaux offensants | N = 127 | 71 | 55,9 |
| Comportements sociaux perturbateurs | N = 128 | 68 | 53,1 |
| Comportements destructeurs envers les objets | N = 128 | 63 | 49,2 |
| Comportements d'abus d'alcool | N = 127 | 60 | 47,2 |
| Comportements d'automutilation | N = 128 | 41 | 32,0 |
| Tentatives de suicide | N = 127 | 37 | 29,1 |
| Comportements d'abus de drogues | N = 127 | 36 | 28,3 |
| Comportements d'isolement et de retrait | N = 128 | 36 | 28,1 |
| Comportements sexuels aberrants | N = 128 | 34 | 26,6 |
| Comportements de labilité émotive | N = 128 | 26 | 20,3 |
| Comportements de persévérations et de régulations motrices | N = 127 | 25 | 19,7 |

***En lien avec la médication prescrite à la clientèle***. Les résultats font ressortir que 86,6 % des personnes composant l'échantillon prennent une médication sous prescription. Plus précisément, 71,7 % prennent une médication de la famille des

antipsychotiques, 42,52 % prennent une médication de la famille des antidépresseurs, 48,82 % prennent une médication de la famille des psychostimulants et 65,35 % prennent une médication autre. Par ailleurs, les résultats démontrent que 24,4 % prennent des doses importantes d'antipsychotiques, soit trois molécules différentes et plus.

### Résultats de la classification hiérarchique à l'égard de la clientèle dite multiproblématique

Rappelons que le traitement des données s'est effectué par la réalisation d'une classification hiérarchique, ce qui nous amène à privilégier une solution à trois groupes. L'ancrage de trois groupes s'explique dans un premier temps par la taille homogène de ceux-ci : groupe 1 ($n = 38$), groupe 2 ($n = 52$), groupe 3 ($n = 31$). Dans un deuxième temps, les analyses de variance effectuées sur les variables internes viennent confirmer le choix de trois groupes. En troisième lieu, la pertinence clinique du profilage de chacun des groupes se voit soutenue et validée par les variables externes énumérées précédemment. Considérant que le Chapitre 2 contient tous les résultats obtenus de la classification hiérarchique et des étapes de validation, ceux-ci ne sont pas présentés dans cette section. Conséquemment, le lecteur est invité à consulter la section « Résultats » du Chapitre 2.

# Chapitre 1

Premier article : Les principales composantes caractérisant la clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux

# LES PRINCIPALES COMPOSANTES CARACTÉRISANT LA CLIENTÈLE DITE « MULTIPROBLÉMATIQUE » AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

***Isabelle Moreau***
candidate Ph.D. en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et professionnelle de recherche de la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

***Suzanne Léveillée***, Ph.D.
Professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Adresse de correspondance : Isabelle Moreau, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7. Courriel : Isabelle.moreau1@ssss.gouv.qc.ca

**Résumé**

Cet article présente les résultats d'une étude exploratoire descriptive portant sur les principales composantes caractérisant la clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux (N = 128). Le portrait d'ensemble qui se dégage de cette étude met en évidence les facteurs de risque de comportements violents prédominant chez cette clientèle et l'ampleur de l'intensité de services qu'elle requiert. Par ailleurs, les résultats démontrent que le réseau se situe davantage en gestion de l'urgence des situations plutôt qu'en organisation de services planifiés auprès de cette clientèle aux besoins particuliers.

*Mots clés* : multiproblématique, facteur de risque, violence, réseau de la santé et des services sociaux

**Abstract**

This article presents the results of a descriptive exploratory study about the main components characterizing the so-called people "multiproblematique" in health and social services (N = 128). The overall picture that emerges from this study highlights risk factors for violent behavior in this population. The results show that the network is more in management of emergency situations rather than organization planned services to this clientele with special needs.

*Key words*: multiproblematique, risk factor, violence, health and social services

L'usage de l'appellation « clientèle multiproblématique » a pris beaucoup d'ampleur au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). De quel type de clientèle s'agit-il? Sommes-nous devant de nouvelles pathologies non spécifiées ou de nouveaux besoins émergents? Le RSSS est-il confronté à une organisation de services en transformation ayant à s'ajuster ou face à des collaborations énigmatiques avec des partenaires d'autres secteurs tels les services correctionnels? Plusieurs questions méritant réflexion puisqu'à l'heure actuelle, il s'agit d'un défi de taille auquel le réseau doit faire face dans sa capacité d'accueil au regard de cette clientèle.

## Définition et ampleur du phénomène

La présente étude permet de constater que la terminologie « clientèle multiproblématique » est abondamment utilisée dans le langage des intervenants sans pour autant être clairement définie dans la littérature. En contrepartie, le réseau régional de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ) décrit cette clientèle adulte comme « des personnes qui forment un groupe hétérogène partageant des traits cliniques et comportementaux dont le cumul, l'intensité et la gravité constituent le profil général. » (ASSS MCQ, 2009). Plus précisément, des travaux régionaux menés auprès d'un groupe d'experts cliniques[1] du RSSS en 2010 ont permis de proposer une définition d'une clientèle dite multiproblématique, soit : « Une clientèle

[1] Comité d'experts cliniques, institué dans le cadre des travaux d'implantation des mesures du complément aux Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples et complexes dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

qui ne trouve pas de réponse ajustée à ses besoins dans le réseau des services publics et qui se caractérise par une symptomatologie pouvant être associée ou non à d'autres pathologies se traduisant par le cumul, l'intensité et la gravité de comportements jugés problématiques puisqu'ils s'écartent des normes sociales considérées comme étant acceptables dans leurs contextes. ».

En 2009, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la MCQ stipule qu'elle est plus fréquemment interpellée pour trancher des litiges et arbitrer des différends dans le réseau quant aux services à offrir à cette clientèle. À titre d'exemple, l'impact financier important de la prise en charge de cette clientèle, l'absence de ressources adaptées pour répondre à leurs besoins et la gestion des risques que celle-ci génère sont des conséquences fréquemment évoquées. Par ailleurs, il est observé que la gestion des programmes-services développe des réflexes protectionnistes par une interprétation davantage restrictive de leur mission de sorte que les critères d'exclusion dominent les critères d'inclusion de la clientèle, telle la nécessité d'un diagnostic, générant de ce fait des vides de services (ASSS MCQ, 2009).

Ces impacts dans l'offre de services du RSSS avaient déjà été identifiés à certains égards par le Comité de la santé mentale du Québec il y a près de 20 ans. En effet, ce comité avait mis en lumière les enjeux de la transformation des services à la suite de la désinstitutionalisation. Celui-ci avait alors souligné les limites dans l'offre de services du RSSS étant susceptibles d'engendrer l'itinérance, la judiciarisation, le fardeau des

familles ainsi que le syndrome de la porte tournante (Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve, 1997; Lamboley, 2009). Malgré la réorganisation des services institués par la réforme du RSSS et bien que l'intégration sociale fut un « virage qualité de vie » pour une grande majorité des personnes qui l'ont vécue (Fleury et Ouadahi, 2002), encore aujourd'hui des impacts importants sont ressentis par une certaine portion de la clientèle, les familles ainsi que par l'ensemble du réseau (Fleury et Grenier, 2012). En effet, malgré la bonne volonté du réseau à promouvoir l'intégration et la participation sociale dans la communauté, celui-ci est vite confronté à des limites importantes lorsqu'une personne présente des problématiques multiples et complexes associées au caractère dangereux des comportements qu'elle présente (ASSS MCQ, 2009; Desjardins, D'Amours, Poissant et Manseau, 2008).

Quoi qu'il en soit, l'ampleur du phénomène demeure parcellaire puisque le taux de prévalence de la clientèle dite multiproblématique est inconnu. Cela s'explique en partie par son profil hétérogène ne permettant pas de cibler un indicateur de la clientèle afin de la comptabiliser dans les systèmes d'information du réseau. En effet, il n'y a pas nécessairement de diagnostic précis autour de cette clientèle, ni un profil de besoins convergents ou un requis de services similaires. Néanmoins, il s'agit d'une clientèle principalement âgée entre 18 et 65 ans. La région de la MCQ compte plus de 510 000 habitants dont le groupe d'âge concerné représente un peu plus de 60 % de sa population (CIUSSS MCQ, 2015a).

## Recension des écrits

Considérant que la terminologie « clientèle multiproblématique » constitue davantage une expression courante au sein du RSSS et qu'elle est peu utilisée dans la littérature, la recension des écrits fut orientée vers deux perspectives. La première converge vers le contexte de cette étude, soit l'organisation des services de santé et services sociaux au Québec, et la deuxième s'oriente vers la symptomatologie présentée par cette clientèle d'un point de vue clinique.

### Perspective d'organisation des services de santé et services sociaux

Au Québec, le RSSS est reconnu comme étant celui dont la structure organisationnelle est la plus variée et la plus complexe (MSSS, 2004). Afin d'en simplifier sa compréhension, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publie en 2004 un document intitulé « L'architecture des services de santé et des services sociaux ». Ce document décrit un programme-services comme un regroupement de services et d'activités fondé sur la notion de besoins. Ainsi, son rôle est d'orienter l'organisation des services selon les besoins de la population en général et les profils de besoins des groupes de personnes aux prises avec des problématiques particulières. Ces derniers sont subdivisés en sept programmes :

- Soutien à l'autonomie des personnes ainées (SAPA);
- Déficience physique (DP);
- Déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA);
- Jeunes en difficulté (JED);

- Dépendance;
- Santé mentale;
- Santé physique.

De plus, pour une meilleure coordination des activités cliniques par la complémentarité de celles-ci, le MSSS institue la hiérarchisation linéaire des services[1]. Toutefois, malgré cette architecture qui semble sans faille, arrive une clientèle qui ne trouve pas sa place dans ce cadre, venant ainsi bousculer tant les silos entre les programmes-services que la hiérarchisation au sein d'un même programme, soit la clientèle dite multiproblématique.

Au-delà de la perspective de l'organisation des services du réseau, il appert tout aussi opportun de porter un regard clinique sur la clientèle à l'étude et sur les concepts souvent évoqués concernant celle-ci, soit les concepts d'agressivité, de violence, de dangerosité, et des facteurs de risque de comportements violents.

**Perspective clinique**

Certains auteurs proposent une clarification quant à l'usage des concepts d'agressivité, de violence et de dangerosité (Millaud, 2009; Millaud, Roy, Gendron et Aubut, 1992). Ces derniers soutiennent que l'agressivité correspond à l'expression de l'affect pour laquelle le contrôle de la personne est relativement incertain. En ce qui a

---

[1] La hiérarchisation se décrit par des services : de proximité (1re ligne), spécialisés (2e ligne) et surspécialisés (3e ligne).

trait à la violence, celle-ci renvoie aux actes réels posés par la personne, pouvant porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'autrui ou d'elle-même. Enfin, la dangerosité d'une personne évoque un état dans lequel celle-ci est susceptible de commettre un acte violent. Conséquemment, la dangerosité n'est pas un état permanent, elle fluctue dans le temps et selon les circonstances en fonction du contexte et de l'interaction entre la personne et son environnement (Dumais, 2012; Millaud, 2009).

**Les principaux facteurs de risque de comportements violents**. Deux types de facteurs de risque de comportements violents sont régulièrement repris dans la littérature : les facteurs de risque statiques et les facteurs de risque dynamiques. Les facteurs de risque statiques font référence à des éléments qui sont difficilement modifiables, tels les facteurs de risque sociodémographiques et historiques (Voyer, Senon, Paillard et Jaafarie, 2009). Ils constituent la toile de fond immuable du portrait clinique d'une personne[1]. En ce qui a trait aux facteurs de risque dynamiques, ceux-ci sont propices au changement. Ces facteurs réfèrent notamment aux symptômes cliniques ou aux variables pouvant être attribuables à un contexte[2]. Ce sont également les variables sur lesquelles la prise en charge thérapeutique pourrait être centrée. Les facteurs de risque de comportements violents les plus courants dans la littérature se

---

[1] Les facteurs de risque statiques sont souvent associés à ceux que l'on retrouve dans différents outils actuariels tels que le *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 1998).

[2] Certains outils regroupent des variables statiques et dynamiques comme le *Historical Clinical Risk* 20 version 3 (HCR-20 V3) (Douglas, Hart, Webster et Belfrage, 2013).

regroupent principalement sous cinq dimensions, soit : sociodémographique et individuelle, historique, psychosociale, contextuelle, et clinique.

***Les facteurs de risque sociodémographiques et individuels***. L'âge est un facteur de risque bien documenté dans la littérature. Entre autres, une étude de Senninger (2005) démontre que 78 % des personnes soumises à une évaluation pour dangerosité sont âgées de moins de 40 ans. De plus, bien que dans la population générale les hommes adopteraient des comportements davantage violents que les femmes, lorsque combiné à un trouble mental, le genre ne peut être retenu comme un facteur discriminant (Millaud et Dubreucq, 2005). Cependant, le risque de condamnations pour infraction avec violence est plus élevé chez la femme présentant un TMG (OR = 27,4) que chez l'homme présentant un TMG (OR = 4,2) (Voyer, 2013).

Certains auteurs s'entendent sur le fait qu'un faible niveau socioéconomique est associé à une augmentation du risque de violence (Senon, Jonas et Voyer, 2013; Voyer *et al.*, 2009) et qu'il est un facteur de risque de comportements violents vers la délinquance au même titre que le faible niveau de scolarité (Guedeney et Dugravier, 2006). De plus, les personnes célibataires encourent un risque plus élevé de commettre des actes violents que les personnes vivant en couple (Hodgins *et al.*, 2011; Millaud et Dubreucq, 2005).

***Les facteurs de risque historiques***. Les antécédents de violence sont considérés comme étant un facteur prédicteur des plus significatifs (Lunsky, Balogh et Cairney, 2012; Weiss, Slusarczyk et Lunsky, 2012). Par ailleurs, le type de violence, qu'elle soit subie ou agie, ainsi que les cibles des actes violents sont des facteurs de risque prépondérants (Hodgins, Tiihonen et Ross, 2005; Murray et Farrington, 2010; Voyer *et al.*, 2009). De plus, tout acte délictuel perpétré antérieurement est considéré comme un facteur de risque de violence (Hodgins *et al.*, 2011; Klassen et O'Connor, 1994).

De surcroit, l'exposition à des mauvais traitements, à une éducation coercitive ou une dynamique familiale dysfonctionnelle joue un rôle manifeste à l'adoption de comportements violents (Murray et Farrington, 2010; Senon *et al.*, 2013). Par ailleurs, les antécédents d'inadaptation durant l'enfance et l'adolescence, qu'ils soient d'ordre familial, scolaire ou social, sont aussi considérés comme un facteur de risque (Guedeney et Dugravier, 2006).

***Les facteurs de risque psychosociaux et contextuels***. Bien qu'ils aient une importance clinique reconnue, les différents facteurs psychosociaux sont difficiles à hiérarchiser puisqu'ils ne sont pas nécessairement répertoriés comme tel. Néanmoins, l'absence de soutien d'un réseau social et familial est à considérer dans la gestion du risque, de sorte que la présence d'un environnement social et familial favorable pourrait agir comme facteur de protection (Desjardins *et al.*, 2008; Ouellet et Hodgins, 2014). Chez une clientèle présentant une DI ou une lenteur intellectuelle, le recours à l'urgence

d'un centre hospitalier en provenance des familles naturelles est de trois à quatre fois plus important chez cette clientèle que chez la population générale (CIUSSS MCQ, 2015b; ISQ, 2013; Lunsky *et al.*, 2010; Weiss *et al.*, 2012).

Les facteurs de risque contextuels sont des facteurs liés aux conditions sociales, à l'environnement ainsi qu'aux circonstances de la vie d'une personne. Évidemment, le stress engendré par des événements circonstanciels, tels qu'une rupture amoureuse, des problèmes judiciaires ou un événement traumatique, est susceptible d'occasionner une augmentation du risque de violence (Elbogen, Van Dorn, Swanson, Swartz et Monahan, 2006; Millaud et Dubreucq, 2005; Senon *et al.*, 2013; Silver, 2000; Voyer *et al.*, 2009).

***Les facteurs de risque cliniques***. Voyer *et al.* (2009) rapportent que malgré l'augmentation du risque à commettre des actes violents chez les personnes présentant des troubles mentaux, ces derniers sont rarement à l'origine des actes criminels les plus graves. Bien qu'une méta-analyse mette en évidence une association entre la psychose et l'accroissement du risque de violence, il importe d'en nuancer l'interprétation (Douglas, Guy et Hart, 2009). En effet, la propension à commettre des actes violents est d'origine multifactorielle (Elbogen *et al.*, 2006; Elbogen et Johnson, 2009). Conséquemment, la symptomatologie est un meilleur indicateur à prendre en compte puisqu'elle peut être associée ou non à certains troubles, qu'ils soient psychiatriques, neurologiques ou développementaux. Ainsi, le niveau d'impulsivité, d'irritabilité, la capacité de discernement, de jugement et de tolérance à la frustration sont des facteurs de risque

prépondérants (Senon *et al.*, 2013; Voyer *et al.*, 2009). Par ailleurs, la capacité d'insight, l'autorégulation des émotions et le contrôle pulsionnel sont considérables, particulièrement chez les personnes aux prises avec des troubles neurologiques (CIUSSS MCQ, 2015b; Joyal, Gendron et Côté, 2008; Voyer *et al.*, 2009).

L'adhésion aux soins et l'observance thérapeutique font le pont entre la désinstitutionalisation et les symptômes associés à une augmentation du risque de violence (Elbogen *et al.*, 2006; Senon et Manzanera, 2006; Weiss *et al.*, 2012). Il est surtout intéressant de soulever qu'un suivi serré augmente l'adhésion aux soins diminuant ainsi les risques de comportements violents (Voyer *et al.*, 2009). Par ailleurs, il importe de noter que la période de 20 semaines suivant la fin d'une hospitalisation est une période charnière où le risque de passage à l'acte violent est considérable (Swanson *et al.*, 2006). De plus, Sabourin, Sénécal et Paquet (2016) rapportent une forte tendance voulant que les personnes suivies par du personnel spécialisé au quotidien soient moins dirigées vers les urgences psychiatriques lors d'un épisode de crise (CIUSSS MCQ, 2015b). Ainsi, la rigueur du suivi par des interventions spécifiques et une médication ajustée devient incontournable dans l'organisation des services au sein du RSSS (Hodgins *et al.*, 2011).

## Objectif de la recherche

L'objectif de la présente étude consiste à décrire cette clientèle dite multiproblématique par l'identification des principales composantes qui la caractérise dans un contexte d'organisation des services du RSSS.

## Méthode

Cette recherche se veut exploratoire et prend assise sur une analyse de dossiers. Le choix de cette méthodologie répond aux objectifs de cette étude en considérant la nature du problème et les ressources disponibles.

### Participants

L'échantillon de la population à l'étude est composé de 128 dossiers d'usagers âgés entre 18 et 65 ans, considérés comme étant une clientèle multiproblématique au sein des établissements de la santé et des services sociaux de la MCQ. Il s'agit donc d'un échantillon de 0,04 % de la population adulte en MCQ[1].

### Instrument de mesure

Afin de permettre une analyse de dossiers rigoureuse et structurée, le développement d'une grille d'analyse type est incontournable. Inspirée de la Grille d'analyse multidimensionnelle de l'homicide conjugal de Léveillée, Dubé, Martins Borges et Lefebvre (2005), une Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite

[1] La population adulte de la région de la MCQ âgée entre 18 et 65 ans est de 308 300 personnes (CIUSSS MCQ, 2015a).

multiproblématique fut développée avec la collaboration de plusieurs experts cliniques du RSSS MCQ. La Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite multiproblématique (GAMM) est composée de cinq dimensions regroupant des variables :

- sociodémographiques;
- historiques;
- situationnelles et psychosociales;
- contextuelles;
- cliniques.

En ce qui a trait à la dimension clinique, les principaux comportements répertoriés dans la GAMM correspondent aux définitions de l'Échelle de gravité des comportements problématiques version 2 (EGCP-II) (Sabourin, 2007) et de l'Échelle d'évaluation globale des troubles du comportement (ÉEGTC) (Godbout et Sabourin, 2003). Pour ce qui est des symptômes et des traits cliniques associés à certains troubles de santé mentale, uniquement ceux tirés du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition* (DSM-5, APA, 2015) furent retenus dans le cadre de la présente étude.

**Déroulement**

Au moment de l'étude, ce projet de recherche a nécessité la participation de huit centres de santé et des services sociaux de la MCQ ainsi que de quatre établissements

spécialisés à vocation régionale. Conséquemment, les dossiers correspondant à la définition de la clientèle dite multiproblématique sont identifiés de façon indépendante par chacun de ces établissements. De surcroit, la collaboration des directions des services professionnels fut essentielle afin de consentir en lieu et place des usagers tel que stipulé à l'article 19 de la LSSSS[1].

Les 128 dossiers retenus ont tous été analysés par la première auteure de cet article, étudiante au doctorat de recherche en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et professionnelle de recherche au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) MCQ. Le biais potentiel pouvant menacer la validité de l'étude fut minimisé par le calcul d'un taux d'accord interjuges sur 20 % des dossiers mettant à contribution la deuxième auteure de cet article, professeure au Département de psychologie de l'UQTR.

## Résultats

### Méthode d'analyse

Le traitement statistique des données fut réalisé à partir du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), version 23. Des analyses de fréquence ont été effectuées afin de décrire l'échantillon total (N = 128). Par ailleurs, afin de mettre en

---

[1] Dans les établissements du RSSS, le directeur des services professionnels (DSP) peut autoriser un professionnel à prendre connaissance du dossier d'un usager à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Cette autorisation du DSP constitue une exception à la règle du consentement de l'usager prescrit à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et réitérée à l'article 19.1 pour les demandes d'accès au dossier à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche. Loi sur les services de santé et les services sociaux.

relief les résultats des analyses, des comparatifs ont été effectués sur certaines variables entre la population à l'étude et la population générale. Les données de cette dernière sont tirées principalement de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

**Présentation des résultats**

**Dimension sociodémographique**. L'échantillon est composé de personnes âgées entre 18 et 65 ans dont l'âge moyen est de 41,14 ans (*ÉT* = 15,414). Cette distribution s'explique par le fait que le groupe d'âge des 18 à 25 ans est un peu plus nombreux (22,7 %), tout comme celui des 56 à 65 ans (24,9 %). De plus, 66,4 % sont des hommes, 33,6 % sont des femmes et 91,4 % ne sont pas en couple.

Le niveau de scolarité de ces personnes va du primaire à universitaire. Toutefois, 57,7 % d'entre elles ont un niveau de scolarité primaire ou présecondaire. Par ailleurs, en termes d'occupation, 95,3 % sont prestataires d'un programme gouvernemental d'aide financière (sécurité du revenu, SAAQ, CSST, etc.). Au regard du type d'hébergement, 43,8 % sont hébergées par le RSSS, 26,6 % vivent de façon autonome, 13,2 % habitent des ressources d'hébergement privées ou communautaires, 8,6 % sont sans domicile fixe et 7 % vivent dans leur famille naturelle comme personne à charge. De surcroit, 40,8 % bénéficient d'un régime de protection publique.

**Dimension historique**. En ce qui a trait à la dimension historique, les informations recensées sont liées à l'enfance et à la jeunesse. Par conséquent, cette section comporte

des données manquantes puisque sur certains aspects, l'information ne figurait pas au dossier. Néanmoins, sur un échantillon de 104 personnes[1], 78,2 % ont bénéficié des services sociaux du réseau avant l'âge adulte et 49,5 % ont vécu au moins un placement. Par ailleurs, 81,7 % présentaient des indices de difficultés d'adaptation sociale ou scolaire (ex. : peu ou pas d'amis, conflits fréquents avec les pairs et les adultes en autorité, difficultés à respecter les règles et l'encadrement scolaire, difficultés d'apprentissage, etc.) et 88,9 % présentaient déjà des comportements problématiques (ex. : comportements; suicidaires, sociaux perturbateurs, agressifs verbaux et physiques envers autrui, d'opposition et de provocation, d'automutilation, etc.). Sur un échantillon de 108 personnes[2], 55,6 % ont été victimes de mauvais traitements (ex. : négligence, abus physique, abus sexuel, autres traumatismes, etc.) et 75 % d'un échantillon de 96 personnes[3] vivaient au sein d'une dynamique familiale complexe (ex. : consommation abusive d'alcool des parents, violence familiale, pauvreté, problématiques de santé mentale ou judiciaire des parents, etc.). D'un échantillon de 110 personnes[4], 37,3 % ont des antécédents d'activités criminelles avant l'âge adulte (ex. : antécédent de violence envers autrui, de violence sexuelle, de vol, etc.).

**Dimension situationnelle et psychosociale**. Dans une perspective de soutien et d'encadrement, 87,5 % des personnes qui composent l'échantillon n'ont pas de réseau social et 68,8 % n'ont pas de soutien familial. De plus, 43 % des usagers ont besoin

---

1 $n$ = 104 représente 81,25 % de l'échantillon total.
2 $n$ = 108 représente 84,38 % de l'échantillon total.
3 $n$ = 96 représente 75 % de l'échantillon total.
4 $n$ = 110 représente 85,94 % de l'échantillon total.

d'assistance continue par mesure de sécurité dans leurs déplacements et 30,5 % ont des mesures de contrôle[1] inscrites au dossier.

Au cours de l'année précédant l'analyse de leur dossier, 71,8 % des personnes ont utilisé les services d'urgence d'un centre hospitalier pour une moyenne annuelle de quatre consultations (*ÉT* = 4,02), 15,6 % ont obtenu de une à deux consultations et 56,2 % ont obtenu trois consultations et plus. De surcroit, 12,5 % de l'échantillon ont obtenu 12 consultations et plus à l'urgence au cours de l'année précédant l'analyse de leur dossier. La Figure 2 met en comparaison la proportion de consultation à l'urgence d'un hôpital de la population générale de 15 ans et plus (ISQ, 2013) à celle de la population à l'étude.

---

[1] Le MSSS définit les mesures de contrôle ainsi : Contention : « Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. ». Isolement : « Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. » Substance chimique : « Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. » (MSSS, 2015).

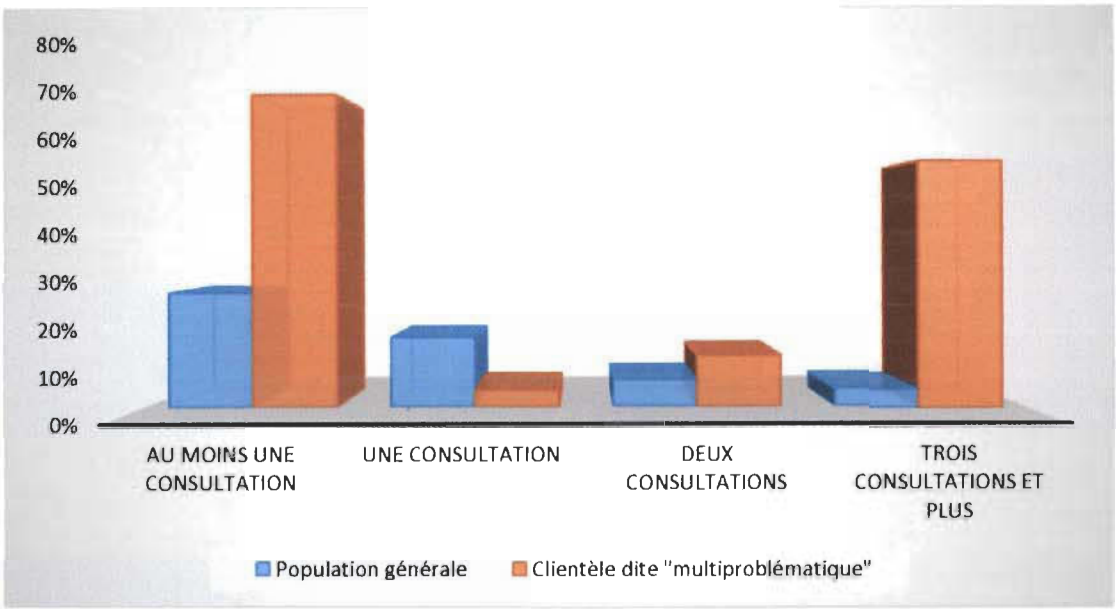



*Figure 2.* Comparaison des proportions de la population générale ayant consulté à l'urgence d'un hôpital au cours d'une période de 12 mois à celles de la population à l'étude.

En ce qui a trait au taux d'hospitalisation au cours de l'année précédant l'analyse de leur dossier, 58,6 % des personnes ont été hospitalisées pour une moyenne de 1,9 hospitalisation par année ($ÉT = 2,5$). En effet, 10,2 % ont été hospitalisées une fois et 48,5 % deux fois et plus. La Figure 3 met en comparaison la proportion d'hospitalisation de la population générale (ISQ, 2013) à celle de la population à l'étude.

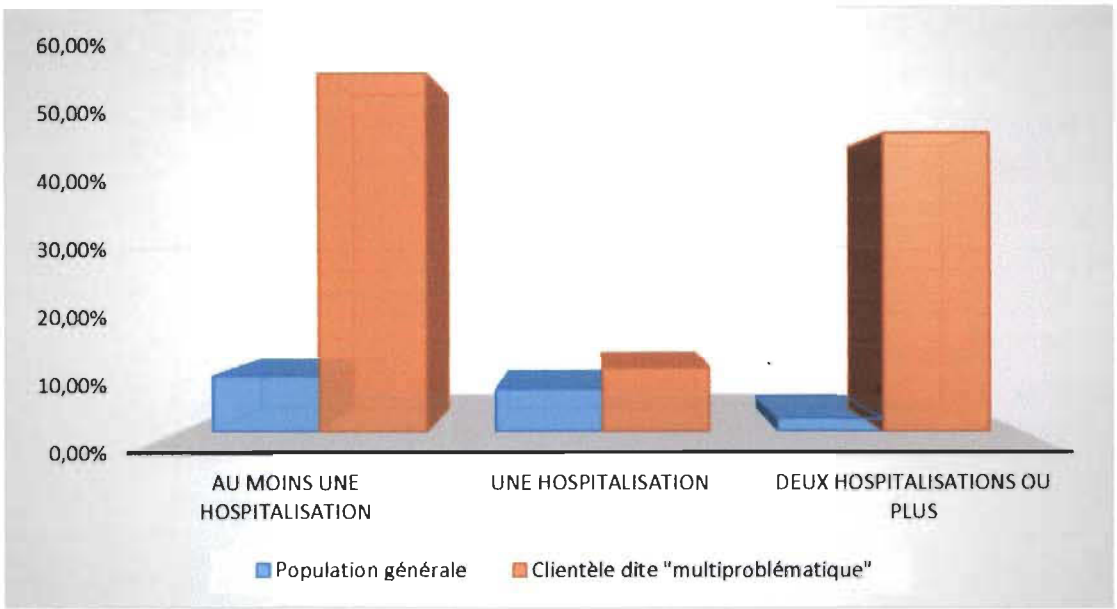



*Figure 3.* Comparaison des proportions de la population générale ayant été hospitalisée au cours d'une période de 12 mois à celles de la population à l'étude.

**Dimension contextuelle**. Les résultats associés au contexte d'organisation des services du RSSS démontrent que 69,5 % des personnes qui composent l'échantillon sont tributaires de litiges entre les partenaires du réseau quant à leur prestation de services. Les principaux programmes-services desservant la population de l'échantillon sont : le programme santé mentale (47,7 %), le programme DI-TSA (27,3 %), le programme dépendance (11,7 %), le programme SAPA (7 %) et le programme DP (6,3 %).

Les résultats associés au contexte des actes délictuels démontrent que 46,8 % ont des antécédents d'activités criminelles, 40,5 % ont été judiciarisés et 29,4 % ont fait de la prison. Par ailleurs, 18,4 % ont été évalués en psychiatrie légale et uniquement 3 %

ont été jugés inaptes à subir leur procès. Il est à noter que 8 % figurent sur le registre national des délinquants sexuels. Au cours de l'année précédant l'analyse de dossiers des personnes qui composent l'échantillon, 37 % ont été impliqués dans au moins une situation de violence, qu'elle soit agie ou subie, où une intervention policière fut nécessaire.

**Dimension clinique**. Par définition, la clientèle dite multiproblématique présente nécessairement des problématiques comportementales. Plus précisément les résultats démontrent que 72,7 % présentent des comportements impulsifs, 59,4 % manifestent des comportements d'opposition de provocation et de faible tolérance à la frustration, 57,8 % adoptent des comportements agressifs physiques envers autrui, 55,9 % affichent des comportements sociaux offensants, 53,1 % présentent des comportements sociaux perturbateurs, 49,2 % manifestent des comportements destructeurs envers les objets et 26,6 % adoptent des comportements sexuels aberrants. De plus, 32 % présentent des comportements d'automutilation et 29,1 % ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie.

De plus, les principaux diagnostics figurant aux dossiers démontrent que 57,3 % présentent des troubles ou des atteintes neurologiques, 37,5 % affichent une lenteur intellectuelle, 25 % ont un trouble de l'adaptation et 22,5 % présentent un trouble de l'attachement. De surcroit, 19,5 % ont un trouble de personnalité limite (TPL), 19,5 % présentent un état de stress post-traumatique (ESPT), 16,7 % ont des troubles

psychotiques du spectre de la schizophrénie, 14,1 % présentent un trouble de la personnalité antisociale (TPA), 12,6 % ont une DI, 10,2 % présentent un trouble dépressif et 7,9 % ont un TSA.

Bien que certains diagnostics ne soient émis, il importe néanmoins de mentionner que des impressions cliniques, des symptômes ou des traits cliniques[1] sont bien documentés dans les dossiers des usagers. En effet, 27,3 % présentent un diagnostic de trouble d'utilisation de substance (alcool) pour 36,7 % présentant des symptômes associés à ce trouble. De surcroit, 14,8 % présentent un diagnostic de trouble d'utilisation de substance (drogues) pour 22,7 % présentant des symptômes associés à ce trouble. Dans le même ordre d'idées, 19,5 % présentent un TPL pour 43 % présentant une symptomatologie associée, tout comme 14,1 % présentent un TPA pour 35,9 % présentant une symptomatologie associée. Par ailleurs, 57,5 % des personnes présentent aussi des problématiques de santé physique telles que des syndromes métaboliques, des troubles cardiovasculaires, de l'hypertension, du diabète de type 2 et des problèmes gastriques.

## Discussion

L'objectif principal de la présente étude consiste à décrire la clientèle dite multiproblématique au sein du RSSS par l'identification des principales composantes

---

[1] Pour ce qui est des symptômes et des traits cliniques associés à certains troubles de santé mentale, uniquement les troubles liés à l'utilisation d'une substance (alcool et drogues) et les troubles de la personnalité (limite et antisociale) tirés du *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, 5th edition* (DSM-5, APA, 2015) furent retenus dans la cadre de la présente étude.

qui la caractérisent. L'angle sous lequel cette problématique est étudiée dans son contexte sort des sentiers battus, ce qui ajoute à l'interprétation scientifique des données et permet de mieux comprendre qui est cette clientèle, au-delà d'un qualificatif utilisé dans le langage populaire afin de la désigner.

À la lumière des résultats obtenus, il n'est pas étonnant de constater que cette clientèle mette au défi la capacité d'accueil du réseau à son égard. En effet, les résultats permettent de dégager trois grands constats. Le premier a trait à une organisation de services réactive aux services offerts à cette clientèle, le deuxième a trait à l'intensité des services que celle-ci requière et le troisième témoigne des facteurs de risque de violence prédominant chez cette clientèle. Les prochaines sections élaborent davantage ces trois constats.

**Une organisation de services réactive**

Force est de constater que l'architecture des services du RSSS ne prévoit pas dans son organisation des services des programmes spécifiques destinés aux profils de besoins d'une clientèle dite multiproblématique. Les résultats démontrent que les responsabilités cliniques et administratives quant à la prestation de services de 69,5 % de l'échantillon font l'objet de situations litigieuses entre les partenaires du réseau. Ces résultats viennent sans conteste soutenir les observations de l'ASSS MCQ (2009). Par ailleurs, à l'instar des résultats obtenus, plusieurs usagers présentent de nombreuses problématiques, sans pour autant leur permettre d'emblée l'accès à un

programme-services spécifique tel que prévu dans les orientations ministérielles, d'où les litiges quant à leurs prestations de services (ASSS MCQ, 2009; CIUSSS MCQ, n.d.; MSSS, 2004). À titre illustratif, 12,6 % de l'échantillon présentent une DI permettant l'accès au programme-services DI-TSA comparativement à 37,5 % qui présentent une lenteur intellectuelle, qui, de ce fait, n'ont pas nécessairement accès au même programme-services puisqu'uniquement 27,3 % de l'échantillon sont desservis par ce programme. Conséquemment, outre les litiges entre les partenaires du RSSS et les vides de services décelés entre les différents programmes, l'intégration des services à l'égard de cette clientèle se fait principalement dans la gestion de l'urgence de la situation amenant le système de santé et de services sociaux à être réactif quant à la prestation de services de celle-ci, venant ainsi appuyer les observations du CIUSSS MCQ. Le profil atypique de la clientèle par rapport au programme-services, combiné à la gestion de l'urgence des situations, n'est certes pas compatible avec l'administration des programmes-services telle que le cadre intégrateur du RSSS le prévoit, particulièrement pour une clientèle qui nécessite une aussi grande intensité de services.

**L'ampleur de l'intensité de service**

Les résultats démontrent que l'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation de la clientèle à l'étude suit une courbe inversée à celle de la population générale. En effet, 71,8 % ont consulté à l'urgence d'un centre hospitalier au cours de l'année comparativement à 26 % chez la population générale (ISQ, 2013), conséquence possible d'une organisation de services peu adaptée pour cette clientèle. Par ailleurs, nous

observons que contrairement à la population générale pour qui la proportion diminue sur le nombre de consultations annuelles (une consultation : 15,8 %; deux consultations : 6,1 %; et trois consultations et plus : 4,1 %) (ISQ, 2013), la proportion de la clientèle à l'étude quant à elle augmente (une consultation : 3,9 %; deux consultations : 11,7 %; et trois consultations et plus : 56,2 %). Le même phénomène est également observé quant au nombre d'hospitalisations.

Par ailleurs, les résultats démontrent que 43 % nécessitent une assistance continue par mesure de sécurité; ceci se traduisant par un accompagnement constant dans leurs déplacements. Cet état de fait témoigne également de l'intensité de service requise auprès de cette clientèle, d'autant plus qu'aucun programme-services ne prévoit un tel niveau d'encadrement sur du long terme dans leur offre de services.

**Les facteurs de risque de violence prédominants**

Les résultats démontrent que les facteurs de risque de violence statiques faisant office de toile de fond immuable du portrait clinique de la clientèle à l'étude sont nombreux. En effet, 88,9 % présentaient déjà des comportements problématiques avant l'âge adulte. Par ailleurs, 37,3 % ont des antécédents d'activités criminelles durant la jeunesse et 46,8 % au cours de leur vie adulte. Ces résultats viennent appuyer ceux de Weiss *et al.* (2012), de Lunsky *et al.* (2012) ainsi que ceux d'Hodgins *et al.* (2011) à l'effet que les antécédents de violence et les actes délictuels sont des facteurs prédicteurs de risque de violence.

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence qu'au cours de l'enfance et de la jeunesse, 81,7 % présentaient des indices de difficultés d'adaptation sociale ou scolaire, 75 % vivaient au sein d'une dynamique familiale complexe, 55,6 % ont été victimes de mauvais traitements et 49,5 % ont vécu au moins un placement. Ainsi, nos travaux abondent dans le même sens que ceux de Guedeney et Dugravier (2006) à l'effet que l'exposition à des mauvais traitements, à une dynamique familiale dysfonctionnelle et à des antécédents d'inadaptation durant l'enfance ou l'adolescence contribue à la propension de comportements violents.

Les résultats indiquent également la précarité du statut socioéconomique de la clientèle. En effet, 95,3 % sont prestataires d'une aide financière gouvernementale et 57,7 % possèdent un niveau de scolarité primaire ou présecondaire. Ces résultats rejoignent ceux de Guedeney et Dugravier (2006), de Voyer *et al.* (2009) et de Senon *et al.* (2013).

Concernant les diagnostics, outre ceux relatifs aux problématiques de santé physique, les principaux sont les troubles et les atteintes neurologiques à 57,3 % et la lenteur intellectuelle à 37,5 %. Par ailleurs, les résultats démontrent la présence de traits et de symptômes associés à certains troubles tels que le TPL à 43 % et le TPA à 35,9 %.

En ce qui a trait aux facteurs de risque dynamiques, soit les facteurs de risque propices au changement, le RSSS aurait avantage à les investir dans une organisation de

services spécifique. En effet, les résultats démontrent que la clientèle à l'étude possède un historique documenté de problématiques récurrentes. De surcroit, la convergence des indices issue de la présente étude porte à croire que la chronicisation des problématiques ainsi que le syndrome de la porte tournante pourraient être évités au long cours par la mise en œuvre d'une offre de services spécifique destinée à cette clientèle.

**Forces et limites de cette étude**

De façon générale, force est de constater que cette étude prend son essor par son chemin précurseur au regard d'une clientèle peu étudiée dans le RSSS. Bien qu'il s'agisse d'un premier pas issu d'une étude exploratoire, les résultats pourront certainement soutenir les cliniciens et les décideurs du RSSS vers une meilleure organisation des services destinés à cette clientèle.

Par ailleurs, bien que la méthode d'analyse de dossiers soit la meilleure option pour répondre aux objectifs de cette recherche, celle-ci est néanmoins tributaire de certaines limites. En effet, les dossiers ne comportent pas forcément toutes les informations souhaitées, particulièrement en ce qui a trait aux données historiques, nous confrontant ainsi à des données manquantes. En contrepartie, considérant la nature du problème et les ressources disponibles, le biais potentiel quant à la validité des données est minimisé puisque tous les dossiers furent analysés par une seule personne (première auteure) tout comme l'accord interjuge (deuxième auteure). De plus, malgré la taille l'échantillon

(N = 128), les participants proviennent principalement de la région de la MCQ, diminuant ainsi la tendance à généraliser les résultats à l'ensemble du Québec.

## Conclusion

La présente étude permet d'explorer une clientèle peu étudiée pour mieux la connaitre dans un contexte particulier. Les résultats démontrent que la majorité de la clientèle dite multiproblématique présentait déjà des indices d'inadaptation et de comportements problématiques au cours de l'enfance ou de la jeunesse tout en ayant un historique de facteurs de risque de violence documentés. De plus, les résultats font état d'une organisation des services peu adaptée, voire même réactive quant à la prestation de services de cette clientèle, de sorte que le réseau se situe davantage en gestion de l'urgence des situations plutôt qu'en organisation des services planifiés.

L'ampleur des résultats obtenus par la présente étude vient induire la nécessité de poursuivre vers d'autres recherches, à la fois pour mieux comprendre les différences et les similarités qui existent chez cette clientèle, mais aussi pour orienter une organisation de services pour mieux répondre à leurs besoins particuliers. En effet, bien que des éléments marquants ressortent de façon générale sur les cinq dimensions étudiées, le profil hétéroclite de la clientèle a son importance, particulièrement dans le choix des approches de traitement et des modalités d'intervention à privilégier. Par conséquent, à partir des composantes recensées, la seconde étape sera de déterminer l'existence de regroupements parmi cette population et proposer une classification par sous-groupes de

personnes présentant un risque accru de comportements violents, mais chez lesquels l'origine de ces comportements serait différente. L'appartenance à l'un de ces sous-groupes permettra ainsi de faciliter l'orientation vers les bons services au sein du RSSS.

**Références**

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Traduction française par J.-D. Guelfi et al.). Paris : Masson.

ASSS MCQ. (2009). *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples.* Trois-Rivières : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec. Récupéré de http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/2009/orientations%20problematiques%20multiples.pdf

CIUSSS MCQ. (2015a). *Portrait de santé de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et tendances par RLS dans le cadre du plan d'action régional en santé publique 2015-2020.* Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

CIUSSS MCQ. (2015b). *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes.* Collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA. Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

CIUSSS MCQ. (n.d.). *Rapport préliminaire collecte de données : continuum de services en termes d'hébergement et d'activités cliniques associées aux problématiques comportementales.* Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Desjardins, N., D'amours, G., Poissant, J. et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux.* Québec : Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec.

Dorvil, H., Guttman, H., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale.* Montréal : Gouvernement du Québec.

Douglas, K. S., Guy, L. S. et Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 135*(5), 679-706.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D. et Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide.* Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Dumais, A. (2012). *Développement du modèle de spécificité clinique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves associés à des problèmes de violence et de comportements antisociaux* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC. Récupéré de Papyrus, dépôt institutionnel des mémoires et des thèses numériques de l'Université de Montréal à http://hdl.handle.net/1866/7026

Elbogen, E. B. et Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 66*(2), 152-161.

Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S. et Monahan, J. (2006). Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 189*(4), 354-360.

Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux.* Montréal : Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec.

Fleury, M.-J. et Ouadahi, Y. (2002). Stratégie d'intervention des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec, 27*(2), 16-36.

Godbout, D. et Sabourin, G. (2003). *Échelle d'évaluation globale des troubles du comportement.* (Version mise à jour en 2007). Montréal : Programme régional d'expertise multidisciplinaire en TGC.

Guedeney, A. et Dugravier, R. (2006). Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant, 49*(1), 227-278.

Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C., ... Jones, P. (2011). Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry,* (5), 15-23.

Hodgins, S., Tiihonen, J. et Ross, D. (2005). The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia Research, 78*(2-3), 323-335.

ISQ. (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 - *L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*. Québec : Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec.

Joyal, C., Gendron, C. et Côté, G. (2008). Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: A 6-month report using the modified overt aggression scale. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(7), 478-481.

Klassen, D. et O'Connor, W. (1994). Demographic and case history variables in risk assessment. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (dir.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (p. 229-257). Chicago: University of Chicago Press.

Lamboley, M. (2009). *Vers un réseau intégré : la criminalisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.* Montréal : Sécurité publique Canada.

Léveillée, S., Dubé, M., Martins Borges, L. et Lefebvre, J. (2005). *Grille d'analyse multidimensionnelle de l'homicide conjugal.* Document non publié. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Lunsky, Y., Balogh, R. et Cairney, J. (2012). Predictors of emergency department visits by persons with intellectual disability experiencing a psychiatric crisis. *Psychiatric Services, 63*(3), 287-290.

Lunsky, Y., Lin, E., Balogh, R., Klein-Geltink, J., Bennie, J., Wilton, A.S. et Kurdyak, P. (2010). Are adults with developmental disabilities more likely to visit EDs?. *American Journal of Emergency Medicine, 29*(4), 463-465.

Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte* (2e éd.). Montréal : Éditions Elsevier Masson.

Millaud, F. et Dubreucq, J.-L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique : Introduction. *Annales médico-psychologiques, 163*(10), 846-851.

Millaud, F., Roy, R., Gendron, P. et Aubut, J. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Revue canadienne de psychiatrie, 37,* 608-613.

MSSS. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux.* Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

MSSS. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle - Contention, isolement et substance chimique* (version révisée, mars 2015). Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Murray, J. et Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key finding from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(10), 633-642.

Ouellet, F. et Hodgins. (2014). Synthèse des connaissances sur les facteurs de protection liés à la délinquance. Criminalité et police transnationales : une perspective critique. *Les Presses de l'Université de Montréal, 47*(2), 231-262.

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. et Cormier, C. A. (1998). Violent offenders: Appraising and managing risk. Washington, DC: American Psychological Association.

Sabourin, G. (2007). *Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II – Révisée.* Montréal : Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement.

Sabourin, G., Sénécal, P. et Paquet, M. (2016). EGCP-II-R – Échelle des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur). Montréal : Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC) – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

Senninger, J.-L. (2005). Rechute, récidive, sérialité; des confusions dangereuses. *Annales médico-psychologiques, 163*(10), 866-869.

Senon, J.-L., Jonas, C. et Voyer, M. (2013). *Psychiatrie légale et criminologie clinique.* Montréal : Éditions Elsevier Masson.

Senon, J.-L. et Manzanera, C. (2006). Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Annales médico-psychologiques, 164*(10), 818-827.

Silver, E. (2000). Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: The importance of contextual measurement. *Law and Human Behavior, 24*(4), 449-456.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorm, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenbeck, R. A., ... Lieberman, J. A. (2006). A national study of violenct behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 63*(5), 490-499.

Voyer, M. (2013). Dangerosité et maladie mentale 369-376. Dans J. L. Senon (dir.), *Psychiatrie légale et criminologie clinique* (Chap. 45, p. 369-376). Montréal : Éditions Elsevier Masson.

Voyer, M., Senon, J.-L., Paillard, C. et Jaafarie, N. (2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique, 85,* 745-752.

Weiss, J. A., Slusarczyk, M., & Lunsky, Y. (2012). Individuals with intellectual disabilities who live with family and experience psychiatric crisis: Who uses the emergency department and who stays home?. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 4*(3), 158-171.

**Chapitre 2**

Deuxième article : Vers une typologie de la clientèle dite « multiproblématique » au sein du RSSS

# VERS UNE TYPOLOGIE DE LA CLIENTÈLE DITE « MULTIPROBLÉMATIQUE » AU SEIN DU RSSS

# TOWARDS A TYPOLOGY OF THE CUSTOMER BASE SO CALLED « MULTIPROBLEMATIQUE » IN HEALTH AND SOCIAL SERVICE

Isabelle MOREAU

*Université du Québec à Trois-Rivières*

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*

Suzanne LÉVEILLÉE

*Université du Québec à Trois-Rivières*

Adresse de correspondance : Isabelle Moreau, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7.

Courriel : Isabelle.moreau1@ssss.gouv.qc.ca

**Résumé**

Cet article présente les résultats d'une étude exploratoire portant sur la clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Celle-ci propose une classification par sous-groupes de personnes présentant un risque accru de comportements violents. Les regroupements dégagés de cette étude ont leur importance, particulièrement dans le choix des approches et des modalités d'intervention à privilégier auprès de cette clientèle. Cette typologie sera certainement d'une aide précieuse pour les cliniciens et les gestionnaires du RSSS qui ont à adapter leurs services pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle dite multiproblématique.

*Mots clés* : multiproblématique, risque de violence, typologie, réseau de la santé et des services sociaux

**Abstract**

This article presents the results of an exploratory study on the so-called people multiproblematique in health and social services. It proposes a classification by cluster of people with an increased risk of violent behavior. The cluster emerged from this study have their importance particularly in the choice of approaches and intervention methods to favor with this customer base. Furthermore, this typology will certainly be a valuable aid for clinicians and managers in health and social services, who have to adapt their services to meet the specific needs of this customer base called "multiproblematique".

*Key words*: multiproblematique, violence risk, typology, health and social services

La terminologie « clientèle multiproblématique » est abondamment utilisée dans le langage populaire au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Toutefois, elle s'avère très peu utilisée dans la littérature. Cependant, dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, des travaux menés auprès d'un groupe d'experts cliniques[1] ont permis de proposer une définition d'une clientèle dite multiproblématique, soit : « Une clientèle qui ne trouve pas de réponse ajustée à ses besoins dans le réseau des services publics et qui se caractérise par une symptomatologie pouvant être associée ou non à d'autres pathologies se traduisant par le cumul, l'intensité et la gravité de comportements jugés problématiques puisqu'ils s'écartent des normes sociales considérées comme étant acceptables dans leurs contextes. ».

Par ailleurs, une étude récente de Moreau et Léveillée (soumis) met en évidence les principales composantes qui caractérisent cette clientèle, permettant ainsi de dégager trois grands constats relatifs aux défis du RSSS quant à sa capacité d'accueil à son égard. Le premier constat a trait à une organisation de services réactive dans la desserte de cette clientèle, le deuxième concerne l'intensité des services que celles-ci requièrent et le troisième témoigne des facteurs de risque de violence prédominant chez celle-ci. À l'instar de ces constats, le but de la présente étude consiste à proposer une classification par sous-groupes de personnes présentant un risque accru de comportements violents, mais pour lesquels l'origine de ces comportements serait différente. Ainsi,

---

[1] Comité d'experts cliniques institué dans le cadre des travaux d'implantation des mesures du complément aux Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples et complexes (2010).

l'appartenance à l'un de ces sous-groupes facilitera l'orientation vers des services adaptés aux besoins particuliers de cette clientèle au sein du RSSS de même que l'adoption de stratégies cliniques ajustées à leurs spécificités.

## Recension des écrits

La recension des écrits est orientée selon trois axes. Le premier a trait aux concepts souvent associés à la clientèle dite multiproblématique, soit les concepts d'agressivité de violence et de dangerosité. Le deuxième s'oriente vers les typologies associées aux comportements violents et le troisième fait état des principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique à partir desquelles la présente étude prend assise.

### Les concepts d'agressivité, de violence et de dangerosité

Certains auteurs proposent une clarification des concepts d'agressivité, de violence et de dangerosité. Ainsi, le concept d'agressivité renvoie à l'expression de l'affect de sorte que le contrôle de la personne en est indéterminé. Quant à lui, le concept de violence correspond aux actes réels posés par la personne, pouvant porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'autrui ou d'elle-même. Enfin, le concept de dangerosité évoque un état dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent (Dumais, 2012; Millaud, 2009; Millaud, Roy, Gendron, & Aubut, 1992).

De plus, une catégorisation dichotomique est largement abordée dans la littérature au regard du concept d'agressivité, soit l'agressivité impulsive et l'agressivité instrumentale (McGuire, 2009; Siever, 2008). La composante impulsive renvoie à un comportement réactif par une faible capacité de régulation de la pulsion agressive tandis que la composante instrumentale réfère à un comportement prémédité se caractérisant par un comportement planifié et coercitif (Siever, 2008).

Dans le même ordre d'idées, certains auteurs font une distinction entre la dangerosité dite « criminologique » et la dangerosité dite « psychiatrique ». Contrairement à la dangerosité psychiatrique qui se définit comme une manifestation de symptômes directement liés aux troubles mentaux (Voyer, Senon, Paillard, & Jaafari, 2009), la dangerosité criminologique, quant à elle, renvoie à un phénomène psychosocial caractérisé par des indices de probabilité à passer à l'acte de manière violente et transgressive (Bourgeois & Bénézech, 2001).

**Les principales typologies associées aux comportements violents**

Bien que la clientèle à l'étude ne possède pas nécessairement de diagnostic de l'ordre des troubles mentaux graves (TMG) tels des troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie, l'exploration des indices de vulnérabilité et des facteurs de risque de violence chez ce type de patients sont bien documentés dans la littérature, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie légale. En effet, plusieurs auteurs

proposent une catégorisation de profils types d'individus présentant des TMG étant susceptibles de commettre des actes de violence.

Entre autres, sur la base de recherches exhaustives de la littérature scientifique dans le domaine, Dubreucq, Joyal et Millaud (2005) ainsi que Joyal, Dubreucq, Gendron et Millaud (2007) procèdent à une mise à jour critique des principaux troubles mentaux à risque de violence en proposant une catégorisation en trois groupes distincts. Le premier groupe, répertorié par ce collectif d'auteurs, intègre des personnes présentant une schizophrénie et de multiples comorbidités, telles l'abus de substances (alcool ou drogues) associées à un trouble de la personnalité antisociale (TPA). Les auteurs évoquent que pour ce groupe, les comportements violents sont de type impulsif, étant de ce fait non planifiés. Cette catégorisation abonde dans le même sens que les travaux soutenus par Elbogen, Swanson, Swartz et Van Dorn (2005) quant à l'origine multifactorielle du risque de violence. De plus, la considération d'une agressivité impulsive est également appuyée par plusieurs auteurs (Monahan *et al.*, 2001; Hodgins, Cree, Alderton, & Mak, 2007; Voyer *et al.*, 2009; Senon, Jonas, & Voyer, 2013).

Le deuxième groupe proposé par Dubreucq *et al.* (2005) ainsi que par Joyal *et al.* (2007) est composé de personnes présentant une schizophrénie sévère et persistante de type indifférencié, combinée à des signes neurologiques et neuropsychologiques marqués par un manque d'inhibition. Les comportements violents sont souvent en réaction à une frustration étant de ce fait, non dirigés. Par ailleurs, les auteurs rapportent

que les personnes de ce groupe n'auraient pas d'histoire de comportements violents avant l'émission du diagnostic de schizophrénie. Ce groupe s'apparente à un profil type décrit par Hodgins (2008).

Le troisième et dernier groupe proposé par Dubreucq *et al.* (2005) ainsi que par Joyal *et al.* (2007) réunit des personnes atteintes de schizophrénie de type paranoïde, dont les comportements violents s'inscrivent dans un délire de persécution. Ainsi, l'acte de violence est généralement dirigé (souvent vers un membre de la famille). Pour ce groupe, les antécédents de violence sont plutôt rares, tout comme le taux de récidive.

Voyer *et al.* (2009) ainsi que Senon *et al.* (2013) proposent également une classification en trois sous-groupes de patients à risque de présenter des comportements violents. Pour ce collectif d'auteurs, le premier sous-groupe réunit des personnes présentant des troubles neurologiques associés à des TMG. Il est rapporté que pour ce sous-groupe, les comportements violents sont souvent en réaction à une frustration et par conséquent, non dirigés et non planifiés. Par ailleurs, il est soutenu que la récidive pour ce sous-groupe de personnes est fréquente. Ce premier sous-groupe peut s'apparenter sur certains aspects au deuxième groupe de Dubreucq *et al.* (2005) et de Joyal *et al.* (2007). En effet, il y a consensus principalement sur deux composantes, soit la présence de problématiques neurologiques et le caractère impulsif et réactionnel des comportements de violence.

Le deuxième sous-groupe proposé par Voyer *et al.* (2009) ainsi que par Senon *et al.* (2013) est semblable au troisième groupe proposé par Dubreucq *et al.* (2005) et Joyal *et al.* (2007). Ainsi, ce sous-groupe réunit des personnes présentant un délire de persécution dont l'acte de violence est généralement dirigé vers un membre de la famille. Pour ce sous-groupe, les auteurs estiment le risque de récidive comme étant plutôt rare. Cependant, Dumais (2012) rapporte que ce sous-groupe est sujet au débat. En effet, une étude menée par Elbogen et Johnson (2009) démontre qu'un TMG à lui seul ne peut être considéré comme un facteur de risque indépendant. Ainsi, l'amalgame de facteurs tant biologiques, psychologiques, développementaux, sociaux qu'environnementaux est davantage important à considérer quant au risque de violence que la relation directe à un trouble psychiatrique (Dumais, 2012).

Le troisième et dernier sous-groupe proposé par Voyer *et al.* (2009) et Senon *et al.* (2013) est composé de personnes présentant un trouble de la personnalité associé. Pour ce sous-groupe, les comportements violents sont de type impulsif et souvent en lien avec l'utilisation d'une substance (alcool ou drogues). Par ailleurs, dans le contexte où la personne présente des antécédents de violence avant la tombée du diagnostic psychiatrique, le potentiel de récidive s'avère important. Ce sous-groupe est en quelque sorte un amalgame du premier et du deuxième groupe proposé par Dubreucq *et al.* (2005) et Joyal *et al.* (2007).

**Les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique**

Plusieurs études documentent bien les facteurs de risque de violence chez la clientèle présentant des TMG dans un contexte de psychiatrie légale (Swanson *et al.*, 2006). Il en est de même pour les indices de vulnérabilité d'une clientèle ayant une déficience intellectuelle à risque de présenter des crises comportementales et un trouble grave du comportement (TGC) (CIUSSS MCQ, 2015; Lunsky, Balogh, & Cairney, 2012; Lunsky & Elserafi, 2011). En contrepartie, ce n'est guère le cas pour la clientèle dite multiproblématique dans un contexte d'organisation des services du RSSS (ASSS MCQ, 2009).

En effet, bien que la littérature actuelle témoigne de l'importance de mieux comprendre l'influence et l'interaction de différents facteurs outre un diagnostic en évaluation du risque de violence chez un individu (Hodgins *et al.*, 2011), peu d'études vont en ce sens. Par ailleurs, bien que Dumais (2012) mette en évidence l'apport de la spécificité clinique au-delà du diagnostic de TMG, il importe de souligner que la littérature ne dispose d'aucune autre étude à cet égard portant spécifiquement sur une clientèle dite multiproblématique.

Une étude récente, dans le cadre d'une thèse doctorale, fait état des principales composantes qui caractérisent la clientèle dite multiproblématique au sein du RSSS en répertoriant des variables sous cinq dimensions (sociodémographique, historique, psychosociale et situationnelle, contextuelle, et clinique) (Moreau, 2016). Les résultats

de cette étude démontrent que la clientèle dite multiproblématique est composée majoritairement d'homme (66,4 %) dont le niveau de scolarité est relativement faible. Par ailleurs, la majorité de celle-ci est prestataire d'un programme gouvernemental d'aide financière (95,3 %) et d'un régime de protection publique (40,8 %), ce qui signifie sur un plan juridique que ces personnes requièrent une protection dans l'exercice de leurs droits civils. Ainsi, malgré la propension de cette clientèle à adopter des comportements violents, celle-ci est néanmoins considérée comme étant vulnérable.

Sous la dimension historique de cette même étude, la majorité de cette clientèle a vécu au sein d'une dynamique familiale complexe (75 %), fut victime de mauvais traitements (55,6 %), dont la moitié a vécu au moins un placement au cours de l'enfance ou de la jeunesse (49,5 %). Les résultats de cette même étude démontrent que la clientèle dite multiproblématique présentait déjà des comportements problématiques au courant de la jeunesse (88,9 %), des indices de difficultés d'adaptation sociale ou scolaire (81,7 %), et des antécédents d'activités criminelles (37,3 %) dont une augmentation de la proportion à majorité (46,8 %). Par ailleurs, certaines personnes de l'échantillon figurent sur le registre national des délinquants sexuels (8 %).

Sous la dimension clinique, les résultats de cette même étude démontrent que les principaux diagnostics répertoriés sont des troubles ou des atteintes neurologiques (57,3 %), une lenteur intellectuelle (37,5 %), un trouble de l'adaptation (25 %) et un trouble de l'attachement (22,5 %). L'état de stress post-traumatique (ESPT) est aussi

répertorié (19,5 %), des troubles psychotiques (16,7 %) et des troubles dépressifs (10,2 %), une DI (12,6 %) et des TSA (7,9 %). Par ailleurs, cette même étude met en évidence des impressions cliniques, des symptômes ou des traits cliniques[1] documentés au dossier de la clientèle sans nécessairement être diagnostiqués. Ainsi, 36,7 % présentent des symptômes associés au trouble lié à l'utilisation d'alcool. Toutefois, uniquement 27,3 % ont le diagnostic. Par ailleurs, 22,7 % présentent des symptômes associés au trouble lié à l'utilisation de drogues. Toutefois, seulement 14,8 % ont le diagnostic. Dans le même ordre d'idées, 43 % présentent une symptomatologie associée au trouble de la personnalité limite (TPL), mais uniquement 19,5 % possèdent le diagnostic. De plus, 35,9 % présentent une symptomatologie associée au trouble de la personnalité antisociale (TPA). Toutefois, uniquement 14,1 % possèdent le diagnostic.

De plus, cette même étude met en évidence la propension de la clientèle dite multiproblématique à utiliser plus fréquemment les services d'urgence et d'hospitalisation que la population générale. Autre fait intéressant dégagé de cette étude, la clientèle dite multiproblématique est majoritairement tributaire de situations litigieuses entre les partenaires du réseau quant à leur prestation de services (69,5 %). Les responsabilités, cliniques, administratives et financières sont les principales sources de différends évoquées (Moreau, 2016).

---

[1] Symptômes répertoriés au dossier des usagers comme impressions cliniques correspondant à ceux du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition* (DSM-5, APA, 2015).

## Objectif de la présente recherche

L'objectif principal de la présente étude consiste à proposer une classification par sous-groupes de clientèle dite multiproblématique, dégageant ainsi des profils distincts au sein du RSSS. De surcroit, ces regroupements de clientèles présentant des comportements violents permettraient aux RSSS de prévoir des stratégies cliniques ajustées à leurs spécificités.

## Méthode

La présente s'inscrit dans la continuité de l'étude « Analyse des composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématiques dans un contexte d'organisation des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux » et se veut exploratoire. À ce stade de la recherche, l'analyse typologique sert d'outil d'exploration d'une masse de données complexes tirée d'une population d'apparence hétérogène. En somme, l'analyse typologique permet de séparer les individus se distinguant clairement les uns des autres, et de regrouper ceux qui partagent des attributs communs permettant de ce fait le dégagement de sous-groupes de clientèle dite multiproblématique. Le traitement statistique des données fut réalisé à partir du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), version 23.

**Participants**

L'échantillon de la population à l'étude est composé de 128 dossiers d'usagers âgés entre 18 et 65 ans considérés comme étant une clientèle « multiproblématique »[1] par le RSSS de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ) et référée par les établissements de cette dernière.

**Opérationnalisation des variables**

Les composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique sont répertoriées à partir de la Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite multiproblématique (GAMM) (Moreau & Léveillée, 2011).[2] Cette grille compte 430 items (principalement dichotomiques) regroupés sous cinq dimensions (sociodémographique, historique, contextuelle, psychosociale et situationnelle, et clinique).

Afin de réduire le nombre de variables tout en conservant un maximum d'informations, des analyses en composantes principales (ACP) selon une approche exploratoire sont effectuées permettant de retenir 14 facteurs. Mais avant d'énumérer les 14 facteurs utilisés comme variables internes pour constituer les sous-groupes, notons qu'un postulat voulant qu'aucune donnée ne soit manquante réduit également le nombre de variables pouvant servir à l'ACP (Husson, Josse, & Pagès, 2010), de sorte que chacun

---

1 Clientèle correspondant à la définition en introduction.

2 Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite multiproblématique non publiée (inspirée de la Grille d'analyse multidimensionnelle de l'homicide conjugal de Léveillée, Dubé, Martins Borges et Lefebvre (2005).

des 14 facteurs est opérationnalisé par les scores obtenus de 121 participants. Un postulat voulant qu'aucune donnée ne soit manquante réduit également le nombre de variables pouvant servir à l'ACP (Husson *et al.*, 2010), de sorte que chacun des 14 facteurs est opérationnalisé par les scores obtenus des ACP de 121 participants.[1] Conséquemment, ces facteurs sont[2] : (1) Contexte d'activités criminelles et de judiciarisation; (2) Contexte d'absence de diagnostic consensuel ou multiples diagnostics; (3) Contexte d'encadrement et d'hébergement complexe; (4) Situation d'assistance continue par mesure de sécurité; (5) Situation d'utilisation des services hospitaliers; (6) Situation associée au soutien familial et social; (7) Traits cliniques et symptômes tels : traits de personnalité limite, traits dépressifs et traits anxieux (sans diagnostic); (8) Traits cliniques et symptômes liés à l'abus de substances (alcool et drogues) et conduites addictives (sans diagnostic); (9) Traits cliniques et symptômes liés aux troubles sexuels et du contrôle des impulsions (sans diagnostic); (10) Diagnostics : troubles neurologiques, trouble de l'attachement, TPA et lenteur intellectuelle; (11) Diagnostics : TPL et trouble de l'adaptation; (12) Diagnostics : ESPT et troubles de l'humeur; (13) Comportements problématiques autodirigés; et (14) Comportements problématiques hétérodirigés.

---

[1] Sept dossiers ont été exclus de l'échantillon initial en raison de données manquantes des variables internes.

[2] Pour procéder aux ACP, le premier critère de sélection des items veut que les données soient complètes (Husson et al., 2010). Par conséquent, les items utilisés pour procéder à ces analyses sont issus de trois dimensions de la GAMM, soit : contextuelle, situationnelle et psychosociale, et clinique.

Afin de témoigner de la pertinence de la typologie obtenue, une toute dernière étape de validation s'avère nécessaire. Cette étape s'effectue à partir des variables externes mises en lien avec chacun des sous-groupes (Kos & Psenicka, 2000). Ainsi les variables externes utilisées sont : (1) Âge; (2) Sexe; (3) Scolarité; (4) Hébergement; (5) Régime de protection; (6) Bénéficiaire du RSSS durant la jeunesse; (7) Indices d'inadaptation durant la jeunesse; (8) Comportements problématiques durant la jeunesse; (9) Antécédents d'activités criminelles durant la jeunesse; (10) Victimes de mauvais traitements durant la jeunesse, (11) Placements durant la jeunesse; (12) Registre national des délinquants sexuels; (13) Prise d'antipsychotique; (14) Prise d'antidépresseur; (15) Prise de psychostimulant; (16) Diagnostics troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie; et (17) Diagnostics de DI.

**Analyses statistiques et choix des techniques**

La méthode d'analyse statistique retenue est la classification hiérarchique. Il est à noter que l'utilisation de l'ACP en amont de la classification hiérarchique permet la transformation des variables qualitatives en variables continues, optimisant ainsi le rendement de la méthode pressentie (Husson *et al.* 2010). Conséquemment, les scores standardisés des facteurs des ACP permettent l'utilisation du carré de la distance euclidienne comme mesure de distance entre les individus, et la méthode d'agrégation de Ward comme technique d'agglomération, minimisant ainsi la variance intragroupe. Cette mesure de similarité ainsi que cette méthode d'agrégation sont largement utilisées et

reconnues dans bon nombre d'études en sciences humaines (Everitt, Landau, Leese, & Stalh, 2011).

Il est à noter que les analyses de variance effectuées sur les variables internes à l'aide d'ANOVAs dont le seuil de signification préétabli est de ($p < 0{,}05$) aident au choix du nombre de classes à retenir dans la solution finale de la classification. Par ailleurs, la validation de la pertinence de la classification s'effectue à partir des variables externes mises en lien avec chacun des groupes de la solution de la classification hiérarchique. Comme pour les variables internes, ces comparaisons s'effectuent aussi à l'aide d'ANOVAs et le seuil de signification préétabli est de ($p < 0{,}05$) (Everitt *et al.*, 2011)

## Résultats

À la suite du traitement des données par la réalisation d'une classification hiérarchique, une solution à trois groupes est retenue. L'établissement de trois groupes s'explique d'une part, par une taille relativement homogène de ceux-ci : groupe 1 ($n = 38$), groupe 2 ($n = 52$), groupe 3 ($n = 31$) et d'autre part, par des analyses de variance effectuées sur les variables internes. Par ailleurs, la pertinence clinique du profilage de chacun des groupes se voit soutenue et validée par les variables externes énumérées précédemment par une comparaison de celles-ci sur chacun des groupes à l'aide d'ANOVAs.

**Analyses de variance sur les variables internes à la classification**

Comme le Tableau 12 l'indique, les résultats obtenus démontrent que 13 facteurs sur 14 servant de variables internes à la classification à trois groupes sont significativement discriminants ($p < 0{,}05$). En effet, uniquement le facteur (2) *Contexte d'absence de diagnostic consensuel ou multiples diagnostics* s'avère non significatif. Par ailleurs, les résultats suggèrent que certains facteurs sont davantage discriminants tels que : (7) *Traits cliniques et symptômes (traits de personnalité limite, traits dépressifs et traits anxieux sans diagnostic)* [$F(2, 118) = 120{,}44$, $p < 0{,}001$]; (13) *Comportements problématiques autodirigés* [$F(2, 118) = 99{,}1$, $p < 0{,}001$]; et (1) *Contexte d'activités criminelles et de judiciarisation* [$F(2, 118) = 34{,}1$, $p < 0{,}001$]. Par la suite, viennent dans l'ordre, (3) *Contexte d'encadrement et d'hébergement complexe* [$F(2, 118) = 22{,}53$, $p < 0{,}001$]; (9) *Traits cliniques et symptômes liés aux troubles sexuels et du contrôle des impulsions (sans diagnostic)* [$F(2, 118) = 20{,}28$, $p < 0{,}001$]; (10) *Diagnostics : troubles neurologiques, trouble de l'attachement, TPA et lenteur intellectuelle* [$F(2, 118) = 18{,}39$, $p < 0{,}001$]; (11) *Diagnostics : TPL et trouble de l'adaptation* [$F(2, 118) = 18{,}03$, $p < 0{,}001$]; (5) *Situation d'utilisation des services hospitaliers* [$F(2, 118) = 16{,}97$, $p < 0{,}001$]; (12) *Diagnostics : ESPT et troubles de l'humeur* [$F(2, 118) = 15{,}15$, $p < 0{,}001$]; (4) *Situation d'assistance continue par mesure de sécurité* [$F(2, 118) = 15{,}14$, $p < 0{,}001$]; (14) *Comportements problématiques hétérodirigés* [$F(2, 118) = 6{,}67$, $p < 0{,}01$]; (8) *Traits cliniques et symptômes liés à l'abus de substances (alcool et drogues) et conduite addictive (sans diagnostic)*

[$F(2, 118) = 4{,}05$, $p < 0{,}05$]; et finalement (6) *Situation associée au soutien familial et social* [$F(2, 118) = 3{,}66$, $p < 0{,}05$].

Tableau 12

*Distinction des groupes de clientèle dite « multiproblématique » sur les variables internes*

| | Comparaison des groupes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Groupes 1 et 2 | Groupes 1 et 3 | Groupes 2 et 3 | |
| Variables internes | différence *M* | différence *M* | différence *M* | *F*(2, 118) |
| (1) Contexte d'activités criminelles et de judiciarisation | 0,54** | -0,96*** | -1,5*** | 34,1*** |
| | gr.1 > gr. 2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (2) Contexte d'absence de diagnostic consensuel ou multiples diagnostics | -0,07 | -0,23 | -0,16 | <1 |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (3) Contexte d'encadrement et d'hébergement complexe | -0,6** | -1,4*** | -0,8*** | 22,53*** |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (4) Situation d'assistance continue par mesure de sécurité | -0,52* | -1,17*** | -0,65** | 15,15*** |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (5) Situation d'utilisation des services hospitaliers | 1,07*** | 0,9*** | -0,16 | 16,971*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (6) Situation associée au soutien familial et social | -0,07 | 0,52 | 0,59* | 3,66* |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (7) Traits cliniques et symptômes tels : traits de personnalité limite, traits dépressifs et traits anxieux | 1,73*** | 1,87*** | 0,13 | 120,44*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (8) Traits cliniques et symptômes liés à l'abus de substances (alcool et drogues) et conduites addictives | 0,56* | 0,11 | -0,45 | 4,05* |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (9) Traits cliniques et symptômes liés aux troubles sexuels et du contrôle des impulsions | 0,34 | -0,93*** | -1,27*** | 20,29*** |
| | gr.1 > gr. 2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (10) Diagnostics : troubles neurologiques, trouble de l'attachement, TPA et lenteur intellectuelle | -0,16 | -1,2*** | -1,03*** | 18,39*** |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |

Tableau 12

*Distinction des groupes de clientèle dite « multiproblématique » sur les variables internes (suite)*

| | Comparaison des groupes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Groupes 1 et 2 | Groupes 1 et 3 | Groupes 2 et 3 | |
| Variables internes | différence *M* | différence *M* | différence *M* | *F*(2, 118) |
| (11) Diagnostics : TPL et trouble de l'adaptation | 1,01*** | 1,01*** | 0,01 | 18,03*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (12) Diagnostics : ESPT et troubles de l'humeur | 1,02*** | 0,88*** | -0,14 | 15,15*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (13) Comportements problématiques autodirigés | 1,73*** | 1,65*** | -0,08 | 99,1*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (14) Comportements problématiques hétérodirigés | -0,05 | -0,75** | -0,7** | 6,67* |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |

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

**Comparaison et interprétation des sous-groupes sur les variables internes**

En comparant les moyennes des groupes entre eux[1], les résultats démontrent qu'il y a une différence significative entre les trois sous-groupes, principalement sur trois facteurs, soit : (1) *Contexte d'activités criminelles et de judiciarisation* entre les groupes 1 et 2 ($p < 0,001$), entre les groupes 1 et 3 ($p < 0,001$), et entre les groupes 2 et 3 ($p < 0,001$); (3) *Contexte d'encadrement et d'hébergement complexe* entre les groupes 1 et 2 ($p < 0,01$), entre les groupes 1 et 3 ($p < 0,001$) et entre les groupes 2 et 3 ($p < 0,001$); et (4) *Situation d'assistance continue par mesure de sécurité* entre les groupes 1 et 2 ($p < 0,05$), entre les groupes 1 et 3 ($p < 0,001$), et entre les groupes 2 et 3 ($p < 0,01$). Conséquemment, ces résultats suggèrent que chacun des sous-groupes

[1] Tests post hoc (Bonferroni): la différence moyenne est significative au seuil établi de ($p < 0,05$).

possède un profil bien distinct les uns des autres quant au contexte d'activités criminelles et de judiciarisation, au contexte d'encadrement et d'hébergement complexe, et au besoin d'assistance continue par mesure de sécurité.

De plus, les résultats indiquent une différence significative sur cinq facteurs entre les groupes 1 et 2 et entre les groupes 1 et 3 sans qu'il y ait des différences significatives entre les groupes 2 et 3, soit : (5) *Situation d'utilisation des services hospitaliers* ($p < 0{,}001$); (7) *Traits cliniques et symptômes tels : traits de personnalité limite, traits dépressifs et traits anxieux (sans diagnostic)* ($p < 0{,}001$); (11) *Diagnostics : TPL et trouble de l'adaptation* ($p < 0{,}001$); (12) *Diagnostics : ESPT et troubles de l'humeur* ($p < 0{,}001$); et (13) *Comportements problématiques autodirigés* ($p < 0{,}001$). Par conséquent, ces résultats suggèrent que le groupe 1 se distingue particulièrement des groupes 2 et 3 quant à l'utilisation des services hospitaliers, aux traits de personnalité limite, traits dépressifs et traits anxieux, aux diagnostics de TPL, trouble de l'adaptation, ESPT, troubles de l'humeur, et aux comportements autodirigés.

Par ailleurs, les résultats démontrent une différence significative entre les groupes 2 et 3 sur le facteur (6) *Situation associée au soutien familial et social* ($p < 0{,}05$), ce qui n'est pas le cas entre les groupes 1 et 2 (n.s.) et entre les groupes 1 et 3 (n.s.), suggérant ainsi que le groupe 2 bénéficie davantage d'un soutien familial et social que les autres groupes. De plus, une différence significative est notée entre les groupes 1 et 2 sur le facteur (8) *Traits cliniques et symptômes liés à l'abus de substances (alcool et drogues)*

*et conduite addictive (sans diagnostic)* ($p < 0,05$), ce qui n'est pas le cas entre les groupes 1 et 3 (n.s.) et les groupes 2 et 3 (n.s.), suggérant de ce fait que malgré la forte tendance du groupe 1 à l'abus de substances et des conduites addictives, il n'y a pas de différence significative entre celui-ci et le groupe 3.

Enfin, les comparaisons des moyennes entre les sous-groupes font ressortir une différence significative entre les groupes 1 et 3 et les groupes 2 et 3 sur trois facteurs, soit : (9) *Traits cliniques et symptômes liés aux troubles sexuels et du contrôle des impulsions (sans diagnostic)* ($p < 0,001$), (10) *Diagnostics : troubles neurologiques, trouble de l'attachement, TPA et lenteur intellectuelle* ($p < 0,001$); et (14) *Comportements problématiques hétérodirigés* ($p < 0,01$). Conséquemment, ces résultats suggèrent que le groupe 3 se distingue particulièrement des groupes 1 et 2 par les traits et symptômes liés aux troubles sexuels et du contrôle des impulsions (sans diagnostic), et aux diagnostics de troubles neurologiques, trouble de l'attachement, TPA, lenteur intellectuelle, et aux comportements problématiques hétérodirigés (voir Tableau 12).

**Validation des groupes**

Les résultats ci-après viennent soutenir la pertinence clinique du profilage de chacun des sous-groupes, à partir de variables externes préalablement sélectionnées, par une comparaison de celles-ci sur chacun des sous-groupes et par la suite, en comparant les sous-groupes entre eux sur chacune de ces variables. Ainsi, les analyses de variance

effectuées sur les trois sous-groupes démontrent que les 17 variables externes sélectionnées sont significativement discriminantes à ($p < 0,05$). En effet, (1) *Âge* [$F(2, 118) = 6,13$, $p < 0,01$]; (2) *Sexe* [$F(2, 118) = 18,53$, $p < 0,001$]; (3) *Scolarité* [$F(2, 118) = 13,88$, $p < 0,001$]; (4) *Hébergement* [$F(2, 118) = 10,76$, $p < 0,001$]; (5) *Régime de protection* [$F(2, 118) = 12,9$, $p < 0,001$]; (6) *Bénéficiaire du RSSS durant la jeunesse* [$F(2, 118) = 15,48$, $p < 0,001$]; (7) *Inadaptation durant la jeunesse* [$F(2, 118) = 9,83$, $p < 0,001$]; (8) *Comportements problématiques durant la jeunesse* [$F(2, 118) = 3,72$, $p < 0,05$]; (9) *Antécédents d'activités criminelles durant la jeunesse* [$F(2, 118) = 13,94$, $p < 0,001$]; (10) *Victimes de mauvais traitements durant la jeunesse* [$F(2, 118) = 10,67$, $p < 0,001$]; (11) *Placements durant la jeunesse* [$F(2, 118) = 20,31$, $p < 0,001$]; (12) *Registre national des délinquants sexuels* [$F(2, 118) = 20,9$, $p < 0,001$]; (13) *Prise d'antipsychotique* [$F(2, 118) = 3,79$, $p < 0,05$]; (14) *Prise d'antidépresseur* [$F(2, 118) = 28,61$, $p < 0,001$]; (15) *Prise de psychostimulant* [$F(2, 118) = 4,33$, $p < 0,05$]; (16) *Diagnostics troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie* [$F(2, 118) = 4,05$, $p < 0,05$]; et (17) *Diagnostics de DI* [$F(2, 118) = 4,27$, $p < 0,05$].

**Comparaison et bonification d'interprétation des sous-groupes sur les variables externes**

En comparant les moyennes des sous-groupes entre eux, les résultats démontrent une différence significative entre les groupes 1 et 2 et les groupes 1 et 3, et ce, sur huit variables, soit : (1) *Âge* ($p < 0,001$); (3) *Niveau de scolarité* ($p < 0,001$); (4) *Hébergement* entre les groupes 1 et 2 ($p < 0,001$) et entre les groupes 1 et 3 ($p < 0,01$); (5) *Régime de protection* ($p < 0,001$); (6) *Bénéficiaire de services sociaux*

*durant la jeunesse* ($p < 0{,}001$); (7) *Indices d'inadaptation durant la jeunesse* entre les groupes 1 et 2 ($p < 0{,}05$) et entre les groupes 1 et 3 ($p < 0{,}001$); (14) *Prise d'antidépresseur* ($p < 0{,}001$); et (15) *Prise de psychostimulant* entre les groupes 1 et 2 ($p < 0{,}05$) et entre les groupes 1 et 3 ($p < 0{,}05$). Conséquemment, ces résultats suggèrent une tendance à distinguer le groupe 1 des groupes 2 et 3. En effet, les tracés des moyennes indiquent que les personnes du groupe 1 sont plus âgées, qu'elles ont un niveau de scolarité plus élevé, qu'elles vivent majoritairement de façon autonome, qu'elles n'ont pas ou peu bénéficié des services du réseau durant la jeunesse et qu'elles sont portées à la prise d'antidépresseur.

Par ailleurs, une différence significative est observée entre les groupes 1 et 3 et les groupes 2 et 3, et ce, sur cinq variables, soit : (2) *Sexe* entre les groupes 1 et 3 ($p < 0{,}01$) et entre les groupes 2 et 3 ($p < 0{,}05$); (9) *Antécédents d'activités criminelles* ($p < 0{,}001$); (10) *Victimes de mauvais traitements durant la jeunesse* entre les groupes 1 et 3 ($p < 0{,}05$) et entre les groupes 2 et 3 ($p < 0{,}001$), (11) *Placement durant la jeunesse* ($p < 0{,}001$); et (12) *Registre national des délinquants sexuels* ($p < 0{,}001$). Ainsi, ces résultats démontrent que le groupe 3 se distingue particulièrement des groupes 1 et 2 quant aux variables d'antécédents d'activités criminelles, aux mauvais traitements durant la jeunesse, aux placements avant l'âge adulte et l'enregistrement au registre national des délinquants sexuels.

De plus, les résultats démontrent une différence significative sur deux variables, entre les groupes 1 et 3 sans que ce soit le cas entre les groupes 1 et 2 et entre les groupes 2 et 3, soit : (8) *Comportements problématiques durant la jeunesse* ($p < 0,05$); et (13) *Prise d'antipsychotique* ($p < 0,05$). Dans le même ordre d'idées, les résultats démontrent une différence significative entre les groupes 1 et 2 sur deux variables sans que ce soit le cas entre les groupes 1 et 3 et entre les groupes 2 et 3, soit : (16) *Diagnostics troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie* ($p < 0,05$); et (17) *Diagnostics de DI* ($p < 0,05$), suggérant que ces types de diagnostics sont davantage présents dans le groupe 2, mais peuvent aussi l'être dans le groupe 3 (voir Tableau 13).

Tableau 13

*Validation des groupes sur les variables externes*

| | Comparaison des groupes | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Groupes 1 et 2 | Groupes 1 et 3 | Groupes 2 et 3 | |
| Variables externes | différence *M* | différence *M* | différence *M* | *F*(2, 118) |
| (1) Âge | 3,84 | 12,37** | 8,53* | 6,13** |
| | gr. 1 > gr. 2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (2) Sexe | 0,47*** | 0,53*** | 0,06 | 18,53*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (3) Niveau de scolarité | 2,53*** | 2,99*** | 0,46 | 13,88*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (4) Hébergement | -3,77*** | -2,8** | -0,97 | 10,76*** |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (5) Régime de protection | -0,41*** | -0,51*** | -0,09 | 12,9*** |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (6) Bénéficiaire de services sociaux (jeunesse) | -0,44*** | -0,52*** | -0,08 | 15,48*** |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (7) Indice d'inadaptation (jeunesse) | -0,25* | -0,41*** | -0,15 | 9.83*** |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (8) Comportements problématiques (jeunesse) | -0,12 | -0,23* | -0,11 | 3,72* |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (9) Antécédents d'activités criminelles (jeunesse) | -0,02 | -0,51*** | -0,49*** | 13,94*** |
| | gr.1 < gr. 2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (10) Victimes de mauvais traitements (jeunesse) | 0,24 | -0,28* | -0,52*** | 10,67*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (11) Placements durant la jeunesse | -0,13 | -0,65*** | -0,53*** | 20,31*** |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (12) Registre national des délinquants sexuels | n.s. | -0,32*** | -0,32*** | 20,9*** |
| | | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (13) Prise d'antipsychotique | -0,28 | -0,73* | -0,45 | 3,79* |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (14) Prise d'antidépresseur | 0,99*** | 1,29*** | 0,29 | 28,61*** |
| | gr.1 > gr.2 | gr.1 > gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (15) Prise de psychostimulant | -0,41* | -0,51* | -0,1 | 4,33* |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 < gr.3 | |
| (16) Diagnostics de troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie | -0,2* | -0,02 | 0,18 | 4,05* |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 > gr.3 | |
| (17) Diagnostics de DI | -0,2* | -0,16 | 0,04 | 4,27* |
| | gr.1 < gr.2 | gr.1 < gr.3 | gr.2 > gr.3 | |

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

## Discussion

Bien qu'exploratoire, cette étude se veut une première dans le RSSS, ce qui rend l'apport scientifique d'autant plus novateur. En effet, l'objectif principal de la présente étude consiste à proposer une classification par sous-groupes de clientèle dite multiproblématique en y dégageant des profils distincts au sein du RSSS. De surcroit, cette classification de clientèles présentant des comportements violents permettra au RSSS de prévoir des stratégies cliniques adaptées.

Ainsi, la classification hiérarchique effectuée à partir d'un échantillon de 121 adultes considérés comme une clientèle multiproblématique[1] a permis de dégager trois sous-groupes de personnes mettant au défi le RSSS dans sa capacité d'accueil à leurs égards. Par ailleurs, à l'instar des résultats statistiques obtenus de la classification hiérarchique, l'interprétation clinique s'avère tout aussi pertinente, permettant de suggérer une appellation de ces trois sous-groupes, soit : le groupe 1, Clientèle multiproblématique « autodestructrice »; le groupe 2, Clientèle multiproblématique « complexe »; et le groupe 3, Clientèle multiproblématique « adversité sociale ».

### Présentation des trois sous-groupes

**Groupe 1 : Clientèle multiproblématique « autodestructrice »**. Le premier sous-groupe est le seul des trois sous-groupes qui soit composé majoritairement de femmes. Par ailleurs, ce sous-groupe est celui dont le niveau de scolarité est le plus élevé. Ce

[1] Clientèle adulte considérée comme étant multiproblématique par le RSSS à partir de la définition de celle-ci.

sous-groupe se caractérise également par une forte tendance à l'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation. Sous un angle clinique, les principaux diagnostics, traits ou symptômes présents chez ce sous-groupe sont associés au trouble de la personnalité limite, aux troubles de l'humeur et plus particulièrement aux troubles dépressifs, aux troubles anxieux, aux troubles liés au traumatisme et au stress, et plus particulièrement à l'ESPT, au trouble de l'adaptation, et aux troubles liés à l'utilisation de substances (alcool et drogues). La principale médication prescrite pour les personnes de ce sous-groupe est de la famille des antidépresseurs. Bien que ce sous-groupe adopte parfois des comportements hétérodirigés, les comportements problématiques répertoriés sont pour la plupart autodirigés. Par ailleurs, à l'instar du troisième sous-groupe, des indices d'une dynamique familiale complexe au cours de la jeunesse sont notées dans bon nombre de dossiers. Toutefois, contrairement au troisième groupe, les personnes de ce sous-groupe disposent en bonne partie d'un soutien familial et social.

**Groupe 2 : Clientèle multiproblématique « complexe »**. Tout comme pour le premier sous-groupe, les personnes du deuxième sous-groupe bénéficient en majorité du soutien, tant de leur famille que de leur environnement social. Le niveau de scolarité de ce sous-groupe est relativement faible et la majorité des personnes qui le constitue est sous un régime de protection publique. Les personnes du deuxième sous-groupe présentent en bonne partie des diagnostics précis, tels une DI ou des troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie, mais pas forcément dans tous les cas. Par ailleurs, bien que ce sous-groupe représente pour le RSSS des défis cliniques au long

cours par la présence de comportements problématiques depuis la jeunesse et des indices de difficultés d'adaptation depuis l'enfance, celui-ci bénéficie d'une prise en charge constante par le réseau, particulièrement en ce qui a trait à l'hébergement. La médication pour bon nombre des personnes de ce sous-groupe est principalement de la famille des antipsychotiques.

**Groupe 3 : Clientèle multiproblématique « adversité sociale »**. Quant à lui, le troisième sous-groupe est presque exclusivement masculin et se voit le moins scolarisé des trois sous-groupes (niveau primaire et présecondaire). La dimension historique prend beaucoup de place chez ce sous-groupe, dont plusieurs facteurs de risque statique[1] de violence. En effet, au cours de l'enfance et de la jeunesse des personnes de ce sous-groupe, bon nombre d'entre eux ont vécu au sein d'une dynamique familiale complexe dont plusieurs ont été victimes de mauvais traitements, nécessitant un ou plusieurs placements. Par ailleurs, des indices de difficultés d'adaptation sociale et scolaire, de même que la présence de comportements problématiques multiples au long cours dépeignent ce sous-groupe. De plus, des antécédents d'activités criminelles avant l'âge adulte sont répertoriés dans bon nombre de dossiers dont la proportion augmente à majorité. Par ailleurs, sous la dimension clinique, ce sous-groupe se caractérise par la présence de troubles neurologiques, par une lenteur intellectuelle et des traits associés au trouble de la personnalité antisociale, des traits du trouble du contrôle des impulsions

---

[1] Les facteurs de risque statiques de violence font référence à des éléments qui sont difficilement modifiables (Voyer *et al.*, 2009). Par ailleurs, certains outils regroupent des variables statiques et dynamiques comme le *Historical Clinical Risk* 20 version 3 (HCR-20 V3) (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013).

ainsi que des traits du trouble sexuel. Dans le même ordre d'idées, l'ensemble des usagers figurant sur le registre national des délinquants sexuels de l'échantillon se retrouve dans ce sous-groupe. De surcroit, ce sous-groupe présente des traits associés aux troubles d'utilisation de substances (alcool et drogues). Les principales médications figurant aux dossiers des personnes de ce sous-groupe sont de la famille des antipsychotiques et des psychostimulants. Les comportements problématiques de ce sous-groupe sont principalement des comportements hétérodirigés. Par ailleurs, bon nombre des usagers de ce sous-groupe nécessitent une assistance continue par mesure de sécurité et bénéficient majoritairement d'un régime de protection publique.

**Liens avec les typologies existantes**

Les résultats obtenus mettent en évidence la contribution des composantes, tant sociodémographiques, historiques, contextuelles, psychosociales que cliniques, dans la classification d'une clientèle présentant un risque accru de comportements violents. Ces résultats vont par conséquent dans le sens des travaux de Elbogen et Johnson (2009) et de Dumais (2012) à l'effet qu'un TMG ne serait pas un facteur indépendant à la propension de comportements violents. En effet, les composantes autres qu'un diagnostic psychiatrique prennent toutes leur sens dans le cadre de la présente étude puisque bon nombre de personnes de la clientèle dite multiproblématique ne présentent pas forcément un TMG.

En ce sens, en faisant abstraction du TMG, le premier sous-groupe de clientèle multiproblématique autodestructrice possède quelques similarités avec le troisième sous-groupe proposé par Voyer *et al.* (2009) ainsi que par Senon *et al.* (2013). En effet, les traits associés aux troubles de la personnalité souvent en lien avec l'utilisation d'une substance peuvent s'apparenter aux caractéristiques du groupe de la clientèle autodestructrice. Toutefois, il serait tout aussi intéressant de savoir si ce groupe proposé par Voyer *et al.* (2009) ainsi que par Senon *et al.* (2013) possède le même profil sur l'ensemble des dimensions étudiées dans cette recherche.

Le deuxième sous-groupe « complexe », quant à lui, ne possède aucune similarité avec les typologies proposées tant par Dubreucq *et al.* (2005), Joyal *et al.* (2007), Voyer *et al.* (2009) ainsi que par Senon *et al.* (2013), et ce, malgré la propension de ce groupe à adopter des comportements violents. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que ce sous-groupe ne présente pas de composantes d'activités criminelles et de judiciarisation. En contrepartie et paradoxalement, le deuxième sous-groupe est celui dont la proportion de diagnostics de troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie est le plus élevé des trois sous-groupes de clientèle dite multiproblématique. Ces résultats viennent donc soutenir l'importance de mieux comprendre l'influence et l'interaction de différents facteurs outre un diagnostic de TMG en évaluation du risque de violence chez un individu.

En faisant abstraction du TMG, le troisième sous-groupe « adversité sociale » peut s'apparenter à certains égards au premier sous-groupe de Voyer *et al.* (2009) ainsi que de Senon *et al.* (2013) en raison des composantes neurologiques et du caractère impulsif. Il présente aussi quelques similitudes avec le premier groupe proposé par Dubreucq *et al.* (2005) ainsi que par Joyal *et al.* (2007) relativement aux traits associés au TPA et à l'utilisation d'une substance (alcool et drogues). Cependant, il serait intéressant de savoir si ces groupes proposés par ces collectifs d'auteurs possèdent les mêmes caractéristiques au long cours sur l'ensemble des dimensions étudiées que le sous-groupe adversité sociale.

**Forces et limites de cette étude**

La présente recherche contribue à l'avancement des connaissances par son apport scientifique relativement à une clientèle jusqu'alors peu étudiée. En contrepartie, bien que la méthode d'analyse ait été la meilleure avenue pour répondre aux objectifs de cette étude, et malgré la rigueur de la démarche, force est de constater que celle-ci se voit confrontée à certaines limites. En effet, l'analyse typologique ne possède pas les propriétés inférentielles permettant la généralisation des résultats. Toutefois, l'utilisation de variables externes afin de procéder à des tests de validation des groupes ajoute à la robustesse de la typologie. Par ailleurs, la généralisation de la typologie peut néanmoins être envisagée en la comparant à un échantillon d'une autre région par exemple. De surcroit, il importe de souligner que certaines données ne figuraient pas aux dossiers des usagers telles l'intensité et la fréquence des comportements violents, de sorte qu'il n'a

pas été possible d'objectiver le niveau de récidive des comportements violents. Par ailleurs, les données manquantes dans certains dossiers ont obligé l'exclusion de variables destinées à la classification hiérarchique, telles les variables de la dimension historique. En contrepartie, il fut néanmoins possible d'utiliser certaines de ces variables pour procéder à la validation des groupes à titre de variables externes, ce qui vient soutenir la qualité heuristique des résultats.

## Conclusion

Sans conteste, cette recherche prend part à l'avancement des connaissances au regard d'une clientèle jusqu'alors peu étudiée. L'apport scientifique de cette recherche est d'autant plus intéressant puisqu'elle a permis d'étudier une clientèle d'apparence hétérogène, mettant au défi le RSSS quant à sa capacité d'accueil à son égard en proposant une classification de celle-ci. Bien que l'ensemble de la population à l'étude présente des comportements problématiques et violents, sa classification permet d'identifier principalement trois profils différents, soit un premier sous-groupe : clientèle multiproblématique autodestructrice; un deuxième sous-groupe : clientèle multiproblématique complexe; et un troisième sous-groupe : clientèle multiproblématique adversité sociale. Le premier sous-groupe se distingue par la récurrence d'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation. Le défi du réseau au regard de ce sous-groupe sera certainement de mettre en œuvre une organisation de services préventive afin, d'une part, de répondre aux besoins particuliers de cette clientèle, et d'autre part, de limiter le phénomène de la porte tournante des services

d'urgence. Malgré le fait que le deuxième sous-groupe soit considéré comme étant complexe et bien qu'il soit composé de personnes présentant des défis cliniques importants, celui-ci apparait comme le sous-groupe le mieux entouré et le mieux desservi par le RSSS. Le défi du réseau pour ce sous-groupe semble davantage au niveau des collaborations interprogrammes en raison de la complexité clinique que présentent les personnes de ce sous-groupe (ASSS MCQ, 2009; CIUSSS MCQ, sous presse). Le troisième sous-groupe, quant à lui, est tributaire d'adversité au long cours et se voit bien connu du RSSS depuis son enfance. Le défi du réseau au regard de ce sous-groupe converge vers une organisation de services préventive afin de limiter la chronicisation des problématiques et la judiciarisation. Pour conclure, les résultats de la présente recherche seront certainement d'une aide précieuse pour les cliniciens et les décideurs du réseau qui ont à adapter leurs services pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle dite multiproblématique.

**Références**

ASSS MCQ. (2009). *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples.* Trois-Rivières : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec. Repéré à http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/2009/orientations%20problematiques%20multiples.pdf

Bourgeois, M. L., & Bénézech, M. (2001). Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Annales médico psychologiques, 159*(7), 475-486.

CIUSSS MCQ. (2015). *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes.* Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

CIUSSS MCQ. (Sous presse). *Rapport préliminaire collecte de données : continuum de services en termes d'hébergement et d'activités cliniques associées aux problématiques comportementales.* Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide.* Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Dubreucq, J. L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico psychologiques,* 163, 852-865.

Dumais, A. (2012). *Développement du modèle de spécificité clinique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves associés à des problèmes de violence et de comportements antisociaux* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC. Récupéré de Papyrus, dépôt institutionnel des mémoires et des thèses numériques de l'Université de Montréal à http://hdl.handle.net/1866/7026

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives General of Psychiatry, 66*(2), 152-161.

Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Swartz, M. S., & Van Dorn, R. (2005). Medication nonadherence and substance abuse in psychotic disorders: Impact of depressive symptoms and social stability. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(10), 673-679.

Everitt, B. S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster analysis* (5e éd.). London: Arnold.

Hodgins, S. (2008). Review. Violent behavior among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences 363(*1503), 2505-2518.

Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C., ... Jones, P., (2011). Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry,* (5), 15-23.

Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J., & Mak, T. (2007). From conduct disorder to severe mental illness: Associations with aggressive behavior, crime and victimization. *Psycological Medicine*, 1-13.

Husson, F., Josse, J., & Pagès J. (2010). *Principal component methods - hierarchical clustering - partitional clustering: Why would we need to choose for visualizing data*. Applied Mathematics Department.

Joyal, C., Dubreucq, J. L., Gendron, C., & Millaud, F. (2007). Major mental disorders and violence: A critical update. *Current Psychiatry Reviews, 3*, 33-50.

Kos, A. J., & Psenicka, C. (2000). Measuring similarity across methods. *Psychological Reports, 86*, 858-862.

Léveillée, S., Dubé, M., Martins Borges, L,. & Lefebvre, J. (2005). *Grille d'analyse multidimensionnelle de l'homicide conjugal*. Document non publié. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Lunsky, Y., Balogh, R., & Cairney, J. (2012). Predictors of emergency department visits by persons with intellectual disability experiencing a psychiatric crisis. *Psychiatric Services, 63*(3), 287-290.

Lunsky, Y., & Elserafi, J. (2011). Life events and emergency department visits in response to crisis in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*(7), 714-718.

McGuire, J. (2009). Reducing personal violence: Risk factors and effective interventions. In S. Hodgins, E. Viding, & A. Plodowski (Eds), *The neurobiological basis of violence: Science and rehabilitation* (pp. 287-327). New York: Oxford University Press Inc.

Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte* (2e éd.). Montréal : Éditions Elsevier Masson.

Millaud, F., Roy, R., Gendron, P., & Aubut, J. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Revue canadienne de psychiatrie, 37,* 608-613.

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., ... Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment the Macarthur Study of Mental Disorder and Violence.* New York: Oxford University Press.

Moreau, I. (2016). *Analyse des composantes caractérisant la clientèle dite « multiproblématique » dans un contexte d'organisation des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux* (thèse de doctorat non publiée). Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

Moreau, I., & Léveillée, S. (soumis). Les principales composantes caractérisant la clientèle dite « multiproblématique » au sein du réseau de la santé et des services sociaux. (Article non publié, mais soumis à la revue *Santé mentale au Québec.*)

Senon, J.-L., Jonas, C., & Voyer, M. (2013). *Psychiatrie légale et criminologie clinique.* Montréal : Éditions Elsevier Masson.

Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry, 165*(4), 429-442.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorm, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenbeck, R. A., ... Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General of Psychiatry, 63*(5), 490-499.

Voyer, M., Senon, J.-L., Paillard, C., & Jaafarie, N. (2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique, 85,* 745-752.

# Discussion générale

D'entrée de jeu, il importe de mentionner que cette étude exploratoire se veut une première dans le RSSS, de sorte que les résultats obtenus peuvent servir d'assises à des recherches futures ce qui enchérie l'apport scientifique de la thèse. En effet, rappelons que l'objectif général de cette thèse consistait à mieux connaitre la clientèle dite multiproblématique au sein du RSSS et de déterminer l'existence de regroupements parmi cette population d'apparence hétérogène. Pour mieux témoigner des résultats obtenus, cette discussion se décline en quatre sections distinctes. La première section met en lumière les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique soutenue dans le premier article. La deuxième section présente les trois sous-groupes obtenus et explicités dans le deuxième article. La troisième section fait le pont entre les profils de clientèles dites multiproblématiques et l'organisation des services du RSSS et la dernière section dresse des pistes cliniques potentielles à l'égard d'une offre de services spécifique destinée à la clientèle dite multiproblématique.

**Les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique**

Sous un angle sociodémographique, les résultats de cette recherche démontrent que la clientèle dite multiproblématique est composée majoritairement d'hommes (66,4 %). De surcroit, le niveau de scolarité est relativement faible chez cette clientèle. En effet, plus de la moitié possède un niveau de scolarité primaire ou présecondaire (57,7 %). Par ailleurs, la majorité de cette clientèle est prestataire d'un programme gouvernemental

d'aide financière (95,3 %) et près de la moitié se trouve sous un régime de protection publique (40,8 %). Ces résultats suggèrent que malgré la propension de ces personnes à adopter des comportements violents, celles-ci sont néanmoins considérées comme étant vulnérables d'un point de vue sociodémographique.

Sous un angle historique lié à l'enfance et à la jeunesse, les résultats démontrent que la clientèle dite multiproblématique présentait déjà en majorité des comportements problématiques (88,9 %) et des indices de difficultés d'adaptation sociale ou scolaire (81,7 %). Par ailleurs, les résultats indiquent que les problématiques familiales étaient aussi présentes chez une bonne proportion de cette clientèle. En effet, la majorité a vécu au sein d'une dynamique familiale complexe (75 %), fut victime de mauvais traitements (55,6 %), et la moitié a vécu au moins un placement au cours de l'enfance ou de la jeunesse (49,5 %). Les résultats suggèrent qu'il existe de multiples problématiques entourant la majorité de cette clientèle au long cours.

Sous un angle clinique, les résultats mettent en évidence que les principaux diagnostics répertoriés ne sont pas nécessairement des troubles mentaux ou des DI. Toutefois, certains symptômes ou traits sont néanmoins présents chez cette clientèle. Quoi qu'il en soit, les principaux diagnostics sont des troubles neurologiques chez 57,3 % de la clientèle, la lenteur intellectuelle chez 37,5 % de la clientèle, le trouble de l'adaptation chez 25 % de la clientèle et le trouble de l'attachement chez 22,5 % de la clientèle. En contrepartie, une symptomatologie associée au trouble de la personnalité

limite (TPL) est présente chez 43 % de la clientèle et une symptomatologie associée au trouble de la personnalité antisociale (TPA) est présente chez 35,9 % de la clientèle dite multiproblématique. Dans le même ordre d'idées, 36,7 % présentent des symptômes associés au trouble lié à l'utilisation d'alcool et 22,7 % présentent des symptômes associés au trouble lié à l'utilisation de drogues, sans nécessairement présenter le diagnostic. Par ailleurs, 46,8 % présentent des antécédents d'activités criminelles. De plus, 8 % figurent sur le registre national des délinquants sexuels.

Mais au-delà de ces caractéristiques générales de la clientèle dite multiproblématique, les analyses de classification hiérarchique permettent de dégager trois sous-groupes de personnes mettant au défi le RSSS dans sa capacité d'accueil à leurs égards. Par surcroit, à l'instar des analyses de classification hiérarchique, l'interprétation clinique prend tout son sens, permettant ainsi de suggérer une dénomination des trois groupes telle que décrite dans le deuxième article de la thèse, soit : Clientèle multiproblématique autodestructrice; Clientèle multiproblématique complexe; Clientèle multiproblématique adversité sociale.

**Présentation des sous-groupes**

Le profil de clientèle a son importance lorsque vient le temps de mettre en place une offre de services. En effet, le profil de clientèle vient en quelque sorte conditionner le choix des approches à privilégier et les plans de traitements à appliquer. Conséquemment, la description des trois sous-groupes dégagés de clientèle dite

multiproblématique (autodestructrice, complexe et adversité sociale) saura certainement orienter les gestionnaires et les cliniciens quant à l'organisation des services à dispenser et des interventions à préconiser.

**Sous-groupe 1 : Clientèle multiproblématique autodestructrice**

Le sous-groupe appelé clientèle multiproblématique autodestructrice est le seul des trois groupes qui soit composé majoritairement de femmes. Ce sous-groupe est aussi celui dont la moyenne d'âge est la plus élevée (45,34 ans) au même titre que le niveau de scolarité est le plus élevé des trois sous-groupes. Par ailleurs, à l'instar du troisième sous-groupe, des indices d'une dynamique familiale complexe au cours de l'enfance ou de la jeunesse sont répertoriés dans bon nombre de dossiers des personnes de ce groupe. En contrepartie, elles disposent davantage d'un soutien familial et social que les personnes du troisième sous-groupe. Dans une perspective clinique, les personnes de ce sous-groupe présentent des diagnostics, traits ou symptômes associés au trouble de la personnalité limite, aux troubles de l'humeur et plus particulièrement aux troubles dépressifs, au trouble de l'adaptation, aux troubles anxieux, aux troubles liés au traumatisme et au stress, et plus particulièrement à l'ESPT, et aux troubles liés à l'utilisation de substances. En cohérence avec le profil clinique des personnes de ce sous-groupe, la principale médication prescrite pour celles-ci est de la famille des antidépresseurs. Même si les personnes de ce sous-groupe adoptent parfois des comportements hétérodirigés, les principaux comportements problématiques répertoriés sont pour la plupart autodirigés, tels des comportements d'automutilation,

d'automédication, de conduites addictives, et de tentatives de suicides, d'où l'appellation clientèle multiproblématique autodestructrice. Par ailleurs, ce sous-groupe se caractérise aussi par une forte tendance à l'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation.

**Sous-groupe 2 : Clientèle multiproblématique complexe**

Le sous-groupe appelé clientèle multiproblématique complexe est composé de personnes présentant des défis cliniques au long cours par la présence de comportements problématiques depuis la jeunesse et des indices de difficultés d'adaptation depuis l'enfance. En contrepartie, malgré la complexité de leur profil clinique, les personnes de ce sous-groupe sont celles qui bénéficient d'une prise en charge constante par le réseau, et plus particulièrement en ce qui a trait à l'hébergement. Ceci peut s'expliquer entre autres par le fait que les personnes de ce groupe présentent en bonne partie des diagnostics précis, tels une DI ou des troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie facilitant une prise en charge par des programmes-services bien définis tels santé mentale et DI-TSA (ASSS MCQ, 2009). En cohérence avec le profil clinique de ce sous-groupe, la médication pour bon nombre des personnes qui le constitue est principalement de la famille des antipsychotiques. Par ailleurs, tout comme pour le premier groupe, les personnes de ce sous-groupe bénéficient en majorité du soutien, tant de leur famille que de leur environnement social. Il est à noter que le niveau de scolarité des personnes de ce sous-groupe est relativement faible et la majorité des personnes le constituant bénéficient d'un régime de protection publique.

**Sous-groupe 3 : Clientèle multiproblématique adversité sociale**

Le sous-groupe appelé clientèle multiproblématique adversité sociale est presque exclusivement masculin et se voit le moins scolarisé des trois sous-groupes. Ce sous-groupe est aussi le plus jeune. En effet, l'âge moyen des personnes de ce sous-groupe est de 32,97 ans.

Il est à noter que la dimension historique est relativement chargée chez ce sous-groupe. En effet, plusieurs facteurs de risque statique de violence font office de toile de fond immuable du portrait clinique de ces personnes. Au cours de l'enfance et de la jeunesse des personnes de ce sous-groupe, plusieurs d'entre eux ont vécu au sein d'une dynamique familiale complexe (ex. : consommation abusive d'alcool ou de drogues des parents, violence familiale, problèmes judiciaires des parents, pauvreté, problématique de santé mentale des parents, etc.). Par ailleurs, plusieurs personnes de ce sous-groupe ont été victimes de mauvais traitements nécessitant un ou plusieurs placements au cours de l'enfance ou de la jeunesse. De plus, des indices de difficultés d'adaptation sociale et scolaire, de même que la présence de comportements problématiques multiples au long cours caractérisent ce sous-groupe. De surcroit, ce sous-groupe se caractérise aussi par la présence d'antécédents d'activités criminelles avant l'âge adulte dans bon nombre de dossiers dont la proportion augmente à majorité.

Dans une perspective clinique, ce sous-groupe se caractérise également par la présence de troubles neurologiques, par une lenteur intellectuelle, par des traits associés

au trouble de la personnalité antisociale, par des traits du trouble du contrôle des impulsions ainsi que par des traits du trouble sexuel dans certains dossiers. Par ailleurs, il est à noter que l'ensemble des usagers figurant sur le registre national des délinquants sexuels de l'échantillon se retrouve dans ce sous-groupe, de sorte que 35,8 % des personnes de ce sous-groupe figurent sur ce registre. De plus, il est à noter que ce sous-groupe présente des traits associés aux troubles d'utilisation de substances. Ainsi, en cohérence avec le profil clinique, les principales médications figurant aux dossiers des personnes de ce groupe sont de la famille des antipsychotiques et des psychostimulants. Par ailleurs, il est à noter que les comportements problématiques de ce sous-groupe sont majoritairement des comportements hétérodirigés. De plus, plusieurs des usagers de ce sous-groupe nécessitent une assistance continue par mesure de sécurité et bénéficient en bonne partie d'un régime de protection publique.

Malgré la propension de ce sous-groupe à adopter des comportements violents, l'appellation clientèle multiproblématique adversité sociale fait référence aux revers que ces personnes vivent depuis l'enfance et la jeunesse et qui perdurent à l'âge adulte. En effet, à l'instar de leur cheminement durant l'enfance et la jeunesse, les personnes de ce sous-groupe sont celles qui sont le plus souvent tributaires de litiges entre les partenaires du réseau quant aux responsabilités cliniques et administratives des services à leur dispenser. À cet égard, les résultats de cette étude permettent de soulever certaines tendances quant à cette problématique dans l'organisation des services du RSSS.

**L'organisation des services du RSSS et la clientèle dite multiproblématique**

Bien que la présente recherche n'ait pas comme objectif d'expliquer les liens de causalité amenant le RSSS à qualifier la clientèle à l'étude de multiproblématique, certaines variables permettent néanmoins d'observer et d'introduire trois tendances. La première a trait à une organisation de services réactive, la deuxième introduit l'ampleur de l'intensité des services que la clientèle à l'étude requiert, et la troisième fait référence aux facteurs de risque de violence prédominant chez cette même clientèle.

Dans un premier temps, rappelons que pour le MSSS, un programme-services oriente l'organisation des services à déployer pour une clientèle présentant des problématiques particulières. Rappelons également que chaque programme-services se définit de façon indépendante en fonction des orientations ministérielles qui lui sont propres, telles ses indicateurs de résultats, ses cibles à atteindre et ses budgets. Dans le contexte où des personnes ne s'inscrivent pas à l'intérieur des balises des programmes-services institués par le MSSS, des services sont offerts certes, mais pas nécessairement par les trajectoires de services habituelles. Dans le cadre de la présente étude, les résultats témoignent que 69,5 % des personnes de l'échantillon total sont tributaires de situations litigieuses entre les partenaires du réseau quant à leur prestation de services. Il s'agit entre autres de difficultés d'arrimage entre les programmes-services lorsqu'une personne ne répond pas aux critères d'accès des programmes institués par le MSSS. Conséquemment, certains de ces litiges sont portés à l'intention des autorités du réseau

régional[1] pour arbitrages avec décisions exécutoires relativement à la détermination des conditions d'exercices et de prise en charge des établissements. Les principales sources de différends évoquées sont les responsabilités financières, cliniques et administratives relativement à la prise en charge de ces usagers puisque certains se situent à l'extérieur du cadre intégrateur institué par le MSSS.

Dans un deuxième temps, la problématique semble s'accentuer lorsque le profil atypique de la clientèle nécessite une intensité de service plus importante. En ce qui concerne la population à l'étude, les résultats démontrent qu'à certains égards, elle est une plus grande utilisatrice des services que la population générale. En effet, 71,8 % de la clientèle dite multiproblématique ont consulté à l'urgence d'un centre hospitalier au cours des 12 derniers mois précédant l'analyse de leur dossier comparativement à 26 % chez la population générale[2]. Par ailleurs, tel que démontré dans le premier article de cette thèse, la proportion de consultations annuelles des services d'urgence et d'hospitalisation de la clientèle à l'étude suit une courbe inversée à celle de la population générale pour qui la proportion diminue sur le nombre de consultations annuelles (une consultation : 15,8 %; deux consultations : 6,1 %; trois consultations et plus : 4,1 %) (ISQ, 2013). Quant à elle, la proportion de la clientèle à l'étude augmente (une consultation : 3,9 %; deux consultations : 11,7 %; trois consultations et plus : 56,2 %). Le même phénomène est également observé quant au nombre

---

1 Avant le 1er avril 2015, l'ASSS MCQ portait ce rôle dans la région de la MCQ.

2 Source : Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 - L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois âgés de 15 ans et plus.

d'hospitalisations. De plus, les résultats démontrent que 43 % des personnes de l'échantillon nécessitent une assistance continue dans leurs déplacements par mesure de sécurité. Enfin, ces résultats démontrent sur certains aspects l'intensité de service requise à l'égard de la clientèle dite multiproblématique.

Dans un troisième temps et tel que décrit dans le premier article de la présente thèse, il importe de souligner que les résultats témoignent des facteurs de risque de comportements violents chez la majorité de la clientèle dite multiproblématique. En ce sens, la prévision et la planification d'une offre de services destinée à la clientèle dite multiproblématique apparait justifié.

**Pistes cliniques à prendre en compte dans le cadre de la mise en place d'une offre de services spécifique destinée à la clientèle dite multiproblématique**

Malgré la classification de la clientèle dite multiproblématique en trois sous-groupes de personnes partageant des attributs communs, il importe de rappeler que chaque individu est unique. En ce sens, il serait contraire à la qualité des services de penser uniformiser administrativement l'orientation d'un usager au-delà du jugement clinique.

En contrepartie, inspiré d'une hypothèse de spécificité clinique soulevée par Côté, Lesage, Chawky et Loyer (1997), Dumais (2012) propose un modèle de spécificité clinique susceptible d'être prometteuse pour chacun des sous-groupes dégagés dans la présente étude. Ce modèle vise une meilleure compréhension développementale et systémique des comportements violents de la personne présentant un TMG en

s'intéressant à la fois aux trajectoires de soins et de services. De façon générale, le modèle de spécificité clinique proposé par Dumais tient en compte l'ensemble des dimensions de la GAMM. Conséquemment, la mise en commun de la GAMM et du modèle de spécificité clinique en y apportant certains ajustements à l'égard de la clientèle dite multiproblématique ouvre sur la possibilité de mieux planifier les soins et les services dans les différents milieux.

**Forces et limites de l'étude**

La présente thèse prend part à l'avancement des connaissances par son apport précurseur au regard d'une clientèle jusqu'alors peu étudiée dans le RSSS. Par ailleurs, la taille de l'échantillon contribue au dégagement de sous-groupes suffisamment volumineux permettant d'en interpréter des profils types. En ce sens, ces regroupements de clientèles pourront soutenir tant les cliniciens que les gestionnaires qui ont à organiser des services pour répondre aux besoins particuliers de celles-ci.

Bien que cette étude révèle diverses limites présentées dans chacun des articles (Chapitres 1 et 2), il importe néanmoins de mentionner celles concernant l'ensemble des travaux de façon transversale. En effet, la présente recherche prend assise sur une analyse de dossiers de sorte qu'aucun usager et aucun intervenant n'a été rencontré. Ainsi, le devis de recherche est essentiellement quantitatif quant à la présence ou non de variables au dossier de l'usager. Malgré la rigueur du devis de recherche menant vers la qualité heuristique des données obtenues, nous demeurons néanmoins tributaires de

données manquantes, particulièrement en ce qui a trait à la dimension historique. Par ailleurs, au-delà des composantes qui caractérisent la clientèle, nous demeurons également tributaires des données manquantes en ce qui a trait au contexte d'organisation des services menant les intervenants du RSSS à qualifier cette clientèle de multiproblématique. En contrepartie, les données obtenues à l'égard du contexte ciblent certains indicateurs potentiels permettant de soulever des questions pour d'éventuelles recherches.

## Recherches futures

Comme mentionné précédemment, la présente étude se veut exploratoire de sorte qu'elle prend son essor par son côté précurseur au regard d'une clientèle jusqu'alors peu étudiée dans le RSSS. Conséquemment, les études éventuelles peuvent s'avérer nombreuses. Néanmoins, les domaines prioritaires à investir en recherche s'inscrivent en deux axes distincts :

1. Le développement de pratiques cliniques innovantes;
2. L'évaluation et l'amélioration du système de santé et des services sociaux à l'égard des différents profils d'une clientèle dite multiproblématique.

En ce sens, le premier axe à investir au niveau de la recherche converge vers l'adaptation du modèle de spécificité clinique de Dumais (2012), mais plus particulièrement à l'égard du sous-groupe de clientèle multiproblématique adversité sociale. En effet, l'ensemble des dimensions exploitées dans le cadre de la présente

recherche constitue une assise première pour le développement d'un modèle de spécificité clinique à l'égard de cette clientèle bien précise.

Ainsi, un premier projet de recherche a trait au développement du modèle de spécificité clinique ajusté au profil type du sous-groupe de clientèle multiproblématique adversité sociale. Il importe de mentionner que le premier devis de recherche devra prévoir une étape préalable qui consiste à documenter la fréquence, l'intensité et la récurrence des comportements problématiques d'usagers répondant à ce profil type. En effet, bien que la GAMM soit composée d'une section à cet effet, ces informations n'ont pu être colligées dans le cadre de la présente étude puisqu'elles ne figuraient pas systématiquement au dossier des usagers. Conséquemment, une méthode permettant de rencontrer les usagers ou leurs intervenants afin d'en témoigner permettra de mieux objectiver le niveau de risque dans le modèle de spécificité clinique à développer.

En effet, au-delà des défis organisationnels et cliniques que ce groupe peut présenter, la gestion du risque des comportements violents dans la communauté soulève des préoccupations sociales importantes. Ainsi, par l'intégration des composantes multidimensionnelles de ce profil type, le modèle de spécificité clinique à développer vise, d'une part, à mieux comprendre ce que sous-tendent les comportements violents des personnes de ce sous-groupe et d'autre part, à constituer des indicateurs permettant de mieux évaluer le niveau de risque de comportements violents des personnes de ce sous-groupe.

Un deuxième axe à investir au niveau de la recherche est l'évaluation et l'amélioration du système de santé et des services sociaux à l'égard des différents profils d'une clientèle dite multiproblématique, mais plus particulièrement le sous-groupe adversité sociale. En effet, une fois, le modèle de spécificité clinique développé, ajusté et validé, un deuxième projet de recherche évaluative quant à l'implantation et l'actualisation de ce modèle au sein du RSSS est envisagé.

Ainsi, l'avenue de la recherche évaluative permettra à la fois de mesurer tant l'efficacité thérapeutique chez la clientèle que l'efficience de la gestion des programmes, et ce, dans une perspective de soutien des systèmes et des politiques en matière de santé et de services sociaux à l'égard de la clientèle dite multiproblématique.

En somme, ces deux axes de recherches consistent au développement, à l'implantation et à l'actualisation d'un modèle de spécificité clinique à l'égard du profil de clientèle multiproblématique adversité sociale, dans le but ultime de mieux répondre à leurs besoins particuliers dans le système de santé et des services sociaux.

# Conclusion générale

La présente recherche se veut un premier pas vers l'avancement des connaissances à l'égard d'une clientèle mettant au défi le RSSS, et qui plus est jusqu'alors peu étudiée. En effet, cette étude a permis d'une part de mettre en lumière les principales composantes caractérisant la clientèle dite multiproblématique au sein du RSSS sur la base d'un devis de recherche rigoureux et structuré, et d'autre part, de dégager trois regroupements à partir d'une population d'apparence hétérogène.

Par surcroit, l'originalité de la thèse réside dans le fait que l'interprétation de la typologie prend assise sur des variables tant sociodémographiques, individuelles, historiques, contextuelles, psychosociales que cliniques. En ce sens, la classification n'est pas réduite qu'aux comportements problématiques ou aux diagnostics présents chez la clientèle. En effet, les résultantes de cette recherche exploratoire ouvrent sur l'éventualité de mieux concevoir l'étiologie des comportements violents chez cette clientèle en tenant compte de l'ensemble des facteurs qui sous-tend l'adoption de tels comportements.

En ce qui a trait au RSSS, les défis auxquels celui-ci est confronté en termes d'organisation des services se précisent davantage en fonction des trois profils types. En effet, pour le groupe de clientèle multiproblématique autodestructrice, le défi du réseau au regard de ce groupe est la mise en œuvre d'une organisation de services préventive

afin, d'une part, de répondre aux besoins particuliers de cette clientèle, et d'autre part, de limiter le phénomène de la porte tournante des services d'urgence et d'hospitalisation. Pour le groupe clientèle multiproblématique complexe, le défi du réseau semble davantage au niveau des collaborations interprogrammes en raison de la complexité clinique que présentent les personnes de ce groupe (ASSS MCQ, 2009; CIUSSS MCQ, sous presse). Pour le groupe de clientèle dite multiproblématique adversité sociale, celui-ci est tributaire de revers au long cours et se voit bien connu du RSSS depuis son enfance. En ce sens, le défi du réseau à l'égard de ce groupe s'oriente vers une organisation de services préventive dans le but, d'une part, de limiter la chronicisation des problématiques, et d'autre part, la judiciarisation de ces personnes.

En somme, les résultats de cette thèse introduisent de nouveaux paramètres soutenant le RSSS dans l'organisation de ses services pour mieux orienter la clientèle en fonction de son profil et ainsi, pour mieux répondre à ses besoins particuliers.

# Références générales

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Traduction française par J.-D. Guelfi et al.). Paris : Masson.

ASSS MCQ. (2009). *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples.* Trois-Rivières : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec. Repéré à http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/2009/orientations%20problematiques%20multiples.pdf

Beaudoin, O., & Robert, J.-M. (2012). Santé mentale et justice – Perspective des proches aidants : un sentiment d'impuissance. *Le partenaire, 20*(4), 21-28.

Bénézech, M. (2004). Clinique de la dangerosité dans l'expertise mentale. *Neuropsy News, 3*, 13-17.

Bourgeois, M. L., & Bénézech, M. (2001). Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Annales médico psychologiques, 159*(7), 475-486.

CIUSSS MCQ. (2015). *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes*. Trois-Rivières : Sabourin, G., Couture, G., Morin, D., Proulx, R.

CIUSSS MCQ. (Sous presse). *Rapport préliminaire collecte de données : continuum de services en termes d'hébergement et d'activités cliniques associées aux problématiques comportementales.* Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Coté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. A case-control stydy. *The British Journal of Psychiatry, 170,* 571-577.

Desjardins, N., D'amours, G., Poissant, J., & Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux.* Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec.

Dorvil, H. (2005). Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionalisation. *Cahier de recherche sociologique, 41*(42), 209-235.

Dorvil, H., Guttman, H., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale.* Montréal : Gouvernement du Québec.

Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 135*(5), 679-706.

Dubreucq, J. L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico psychologiques, 163*, 852-865.

Dumais, A. (2012). *Développement du modèle de spécificité clinique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves associés à des problèmes de violence et de comportements antisociaux* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC. Récupéré de Papyrus, dépôt institutionnel des mémoires et des thèses numériques de l'Université de Montréal à http://hdl.handle.net/1866/7026

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 66*(2), 152-161.

Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Swartz, M. S., & Van Dorn, R. (2005). Medication nonadherence and substance abuse in psychotic disorders: Impact of depressive symptoms and social stability. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(10), 673-679.

Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S., & Monahan, J. (2006). Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 189*(4), 354-360.

Everitt, B. S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster analysis* (5e édition). London: Arnold.

Fleury M.-J., & Grenier G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux.* Montréal : Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec.

Fleury M.-J., & Ouadahi, Y. (2002). Stratégie d'intervention des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec, 27*(2), 16-36.

Godbout, D., & Sabourin, G. (2003). *Échelle d'évaluation globale des troubles du comportement.* (Version mise à jour en 2007). Montréal: Programme régional d'expertise multidisciplinaire en TGC.

Guedeney, A., & Dugravier, R. (2006). Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant, 49*(1), 227-278.

Hodgins, S. (2008). Review. Violent behavior among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences, 363*(1503), 2505-2518.

Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C., ... Jones, P. (2011). Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry, 5*, 15-23.

Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J., & Mak, T. (2007). From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behavior, crime and victimization. *Psycological Medicine*, 1-13.

Hodgins, S., Tiihonen, J., & Ross, D. (2005). The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia Research, 78*(2-3), 323-335.

Husson, F., Josse, J., & Pagès J. (2010). *Principal component methods - hierarchical clustering - partitional clustering: Why would we need to choose for visualizing data.* Applied Mathematics Department.

ISQ. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 - L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois.* Québec : Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec.

Joyal, C., Dubreucq, J. L., Gendron, C., & Millaud, F. (2007). Major mental disorders and violence: A critical update. *Current Psychiatry Reviews, 3*, 33-50.

Joyal, C., Gendron, C., & Côté, G. (2008). Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: A 6-month report using the modified overt aggression scale. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(7), 478-481.

Klassen, D., & O'Connor, W. (1994). Demographic and case history variables in risk assessment. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (Éds), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 229-257). Chicago: University of Chicago Press.

Kos, A. J., & Psenicka, C. (2000). Measuring similarity across methods. *Psychological Reports, 86*, 858-862.

Lamboley, M. (2009). *Vers un réseau intégré : la criminalisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.* Montréal : Sécurité publique Canada.

Léveillée, S., Dubé, M., Martins Borges, L., & Lefebvre, J. (2005). *Grille d'analyse multidimensionnelle de l'homicide conjugal.* Document non publié. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Lunsky, Y., Balogh, R., & Cairney, J. (2012). Predictors of emergency department visits by persons with intellectual disability experiencing a psychiatric crisis. *Psychiatric Services, 63*(3), 287-290.

Lunsky, Y., Lin, E., Balogh, R., Klein-Geltink, J., Bennie, J., Wilton, A. S., & Kurdyak, P. (2010). Are adults with developmental disabilities more likely to visit EDs?. *American Journal of Emergency Medicine, 29*(4), 463-465.

Lunsky, Y., & Elserafi, J. (2011). Life events and emergency department visits in response to crisis in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*(7), 714-718.

McGuire, J. (2009). Reducing personal violence: Risk factors and effective interventions. Dans S. Hodgins, E. Viding, & A. Plodowski (Éds), *The neurobiological basis of violence: Science and rehabilitation* (pp. 287-327). New York: Oxford University Press Inc.

Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte* (2e éd.). Montréal : Éditions Elsevier Masson.

Millaud, F., & Dubreucq, J.-L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique : introduction. *Annales médico-psychologiques, 163*(10), 846-851.

Millaud, F., Roy, R., Gendron, P., & Aubut, J. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Revue canadienne de psychiatrie, 37,* 608-613.

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., ... Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment the MacArthur study of mental disorder and violence.* New York: Oxford University Press.

MSSS. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux.* Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

MSSS. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle - Contention, isolement et substance chimique* (version révisée, mars 2015). Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk Factors for conduct disorder and delinquency: Key finding from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(10), 633-642.

Ouellet, F., & Hodgins. (2014). Synthèse des connaissances sur les facteurs de protection liés à la délinquance. Criminalité et police transnationales : une perspective critique. *Les Presses de l'Université de Montréal, 47*(2), 231-262.

Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R., ... Wright, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services, 59*(5), 570-573.

Sabourin, G. (2007). *Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques II – Révisée.* Montréal : Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement.

Sabourin, G., Sénécal, P., & Paquet, M. (2016). *EGCP-II-R – Échelle des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur).* Montréal : Service québécois d'expertise en trouble grave du comportement (SQETGC) – Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

Senninger, J.-L. (2005). Rechute, récidive, sérialité; Des confusions dangereuses. *Annales médico-psychologiques, 163*(10), 866-869.

Senon, J.-L., Jonas, C., & Voyer, M. (2013). *Psychiatrie légale et criminologie clinique.* Montréal : Éditions Elsevier Masson.

Senon, J.-L., & Manzanera, C. (2006). Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Annales médico-psychologiques, 164*(10), 818-827.

Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry, 165*(4), 429-442.

Silver, E. (2000). Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: The importance of contextual measurement. *Law and Human Behavior, 24*(4), 449-456.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Boram, R., Hiday, V. A., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2000). Inventory out-patient commitment and deduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Brain Journal of Psychiatry, 176,* 324-331.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorm, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenbeck, R. A., ... Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 63*(5), 490-499.

Voyer, M. (2013). Dangerosité et maladie mentale 369-376. Dans J. L. Senon (Éd), *Psychiatrie légale et criminologie clinique* (Chap. 45, pp. 369-376). Montréal : Éditions Elsevier Masson.

Voyer, M., Senon, J.-L., Paillard, C., & Jaafarie, N. (2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique, 85,* 745-752.

Weiss, J. A., Slusarczyk, M., & Lunsky, Y. (2012). Individuals with intellectual disabilities who live with family and experience psychiatric crisis: Who uses the emergency department and who stays home?. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 4*(3), 158-171.

**Appendice**

Grille d'analyse multidimensionnelle de la clientèle dite « multiproblématique » GAMM

1 No. dossier : (de 1 à 128)
2 Établissement : (de 1 à 11)

## I. Dimension sociodémographique

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 3 Sexe | 1 Masculin<br>2 Féminin |
| 4 Date de naissance | Année __ __ __ __ / Mois __ __ / Jour __ __ |
| 5 Âge | __ __ ans (de 18 à 64) |
| 6 Statut | 1 Célibataire<br>2 Marié<br>3 Divorcé<br>4 Conjoint de fait<br>5 Veuf / veuve<br>6 Donnée inconnue |
| 7 Enfants | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 8 Nombre d'enfant | 0 = 0 4 = 4 8 = Donnée inconnue<br>1 = 1 5 = 5<br>2 = 2 6 = 6<br>3 = 3 7 = 7 |
| 9 Scolarité | 1 Primaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6<br>2 Cheminement particulier (ex. : présecondaire)<br>3 Secondaire 1<br>4 Secondaire 2<br>5 Secondaire 3<br>6 Secondaire 4<br>7 Secondaire 5<br>8 Études professionnelles<br>9 Collégial<br>10 Universitaire<br>11 Donnée inconnue |

## I. DIMENSION SOCIODÉMOGRAPHIQUE (SUITE)

| Éléments | Réponse | |
|---|---|---|
| 10 OCCUPATION | 1 | Prestataire de la sécurité du revenu |
| | 2 | Prestataire de l'assurance-emploi |
| | 3 | Bénéficiaire d'un programme gouvernemental d'insertion à l'emploi |
| | 4 | Bénéficiaire d'un programme gouvernemental de retour aux études |
| | 5 | Sans emploi et non-prestataire d'aide gouvernementale |
| | 6 | En emploi métier spécialisé (ayant une formation) |
| | 7 | En emploi métier non spécialisé (sans formation) |
| | 8 | En emploi de type professionnel |
| | 9 | Aux études |
| | 10 | SAAQ ou CSST |
| | 11 | Donnée inconnue |
| 11 NATIONALITÉ | 1 | Né au Québec |
| | 2 | Né à l'extérieur du Québec, au Canada |
| | 3 | Né à l'extérieur du Canada |
| | 4 | Donnée inconnue |
| 12 HÉBERGEMENT | 1 | Habite seul de façon autonome (ex. : en logement) |
| | 2 | Habite en collocation de façon autonome |
| | 3 | Habite avec sa famille naturelle à charge |
| | 4 | Habite en résidence privée |
| | 5 | Habite en ressource de groupe ou communautaire |
| | 6 | Habite en **ressource non institutionnelle** du réseau de la santé Bassin SM |
| | 7 | Habite en **ressource non institutionnelle** du réseau de la santé Bassin DI-TED |
| | 8 | Habite en **ressource non institutionnelle** du réseau de la santé Bassin SAPA-DP |
| | 9 | Habite en ressource **institutionnelle** du réseau de la santé **CHSLD** |
| | 10 | Habite en ressource **institutionnelle** du réseau de la santé **RAC** incluant le SIITGC |
| | 11 | Hospitalisé pour des raisons de sécurité (pas d'hébergement dispo) |
| | 12 | Donnée inconnue |
| | 13 | Sans domicile fixe |
| | 14 | Prison |
| | 15 | RI-RTF CJ |
| 13 MILIEU STABLE | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 14 RÉGIME DE PROTECTION | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |

## 2. DIMENSION HISTORIQUE

| Éléments (enfance/jeunesse) | Réponse | |
|---|---|---|
| 15 **SERVICES RSSS** avant l'âge adulte | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 16 Services jeunesse CSSS | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 17 Services jeunesse CJ | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 18 Services jeunesse CRDITED | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 19 Services jeunesse CRDP | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 20 Services jeunesse CR dépendance | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 21 **Inadaptation** durant l'enfance ou la jeunesse (scolaire, sociale, familiale, etc.) | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 22 Antécédents **d'abus de substance alcool** durant la jeunesse | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 23 Antécédents **d'abus de substances drogues** durant la jeunesse | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 24 Antécédents **d'abus aux jeux** | 0 | Non |
| | 1 | Oui (préciser) : _____ |
| | 2 | Donnée inconnue |

## 2. DIMENSION HISTORIQUE (SUITE)

| Éléments (enfance/jeunesse) | Réponse | |
|---|---|---|
| 25 Antécédents de **comportements jugés problématiques** durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui (préciser) : _____<br>2 Donnée inconnue | |
| | 26 Comportements suicidaires : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 27 Comportements stéréotypés : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 28 Comportements sexuels aberrants : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 29 Comportements sociaux perturbateurs : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 30 Comportements agressifs (verbal) : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 31 Comportements agressifs physiques envers autrui : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 32 Comportements sociaux offensants : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 33 Comportements d'isolement ou de retrait : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 34 Comportements destructeurs envers les objets : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 35 Comportements d'automutilation : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 36 Comportements de non-coopération/de provocation/ d'opposition : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 37 Comportements d'inertie : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 38 Comportements de désinhibition verbale : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 39 Comportements de persévération et de régulation motrice : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 40 Impulsivité : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 41 Rigidité : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 42 Hypersensibilisation aux stimulations : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 43 Niveau d'activités excessif : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 44 Faible tolérance à la frustration : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 45 Labilité émotive : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 46 **Antécédents d'actes jugés criminels** durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée Inconnue | |
| | 47 Actes de violence envers autrui : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 48 Actes de violence envers l'environnement : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 49 Actes de violence envers les animaux : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 50 Actes de violence sexuelle : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 51 Vol : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 57 **Diagnostic psychiatrique** durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| 58 **Lenteur intellectuelle** durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |

## 2. DIMENSION HISTORIQUE (SUITE)

| Éléments (enfance/jeunesse) | Réponse |
|---|---|
| 59 **Diagnostic lié à une déficience intellectuelle DI** durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 60 La personne a-t-elle obtenu un **diagnostic lié à un trouble envahissant du développement TED** durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 61 **Diagnostic d'une lésion cérébrale ou un trouble neurologique** durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 62 **Traumatisme cranio-cérébral (TCC)** durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 63 Victime de **mauvais traitements** | **Durant l'enfance ou la jeunesse**<br>0 Non<br>1 Oui (préciser) : _____<br>2 Donnée inconnue<br><br>64 Mauvais traitement rapporté par la personne : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue<br>65 Mauvais traitement « signalés à la D.P.J » : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue<br>66 Négligence : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue<br>67 Abus physique : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue<br>68 Abus sexuel : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue<br>69 Tentative de meurtre : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue<br>70 Autre traumatisme : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 71 La personne a-t-elle été placée en foyer d'accueil par les services sociaux durant l'enfance ou la jeunesse | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue<br><br>72 Le nombre de placement (de 0 à 10 / 9 = 9 et + / 10 = Donnée inconnue)<br>73 L'âge du premier placement (0 à 17 ans / 18 = donnée inconnue) Remplacé par mauvais traitement adulte : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 74 La personne a-t-elle été adoptée | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 75 Dynamique familiale complexe | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

## 3. DIMENSION SITUATIONNELLE ET PSYCHOSOCIALE ACTUEL

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 76 **Réseau social** favorisant l'intégration et la participation sociale | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 77 **Soutien de sa famille** et de ses proches | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 78 **Activités sociales**, de loisirs, ou de bénévolat, etc. | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 79 Lorsque la personne participe à des sorties extérieures, nécessite-t-elle **assistance par mesure de sécurité** pour elle-même et autrui | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| La personne vit-elle dans un **milieu de vie** répondant à ses besoins en termes d'hébergement, d'encadrement et, de requis de services ... | |

| | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|
| **80 Type d'hébergement** | 0 | 1 | 2 |
| **81 Encadrement** | 0 | 1 | 2 |
| **82 Requis de services** | 0 | 1 | 2 |
| **83 Mesures de contrôle en hébergement** | 0 | 1 | 2 |

| | |
|---|---|
| 84 **Visites à l'urgence** d'un centre hospitalier au cours de la dernière année | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 85 Le **nombre de visites à l'urgence** au cours de la dernière année | De 0 à 13 / 12 = 12 et plus / 13 = Donnée inconnue |
| 86 **Hospitalisations** au cours de la dernière année | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 87 Le **nombre d'hospitalisations** au cours de la dernière année | De 0 à 13 / 12 = 12 et plus / 13 = Donnée inconnue |

## 3. DIMENSION SITUATIONNELLE ET PSYCHOSOCIALE ACTUEL (SUITE)

| Éléments | Réponse | |
|---|---|---|
| 88 **Le nombre de jours d'hospitalisation** au cours de la dernière année | 0 | = 0 |
| | 1 | = de 1 à 30 jours |
| | 2 | = de 31 à 60 jours |
| | 3 | = de 61 à 90 jours |
| | 4 | = de 91 à 120 jours |
| | 5 | = de 121 à 150 jours |
| | 6 | = de 151 à 180 jours |
| | 7 | = de 181 à 210 jours |
| | 8 | = de 211 à 240 jours |
| | 9 | = de 241 à 270 jours |
| | 10 | = de 271 à 300 jours |
| | 11 | = de 301 à 330 jours |
| | 12 | = de 331 à 365 jours |
| | 13 | = Donnée inconnue |
| 89 La personne est-elle soumise à une **ordonnance de traitement** | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 90 La personne est-elle soumise à une **ordonnance d'hébergement** | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |

## 4. DIMENSION CONTEXTUELLE

### EN LIEN AVEC LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

| Éléments | Réponse | |
|---|---|---|
| Brève description de la ou des problématiques de la personne qui ont mené à qualifier cette dernière comme étant une clientèle multiproblématique | 91 DIAGNOSTIC RENVERSÉ : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 92 MULTIPLES DIAGNOSTICS : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 93 NON-OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 94 JUDICIARISATION (PORTE TOURNANTE ENTRE LA SANTÉ ET MILIEU JUDICIAIRE) : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 95 ENCADREMENT HORS NORME (EX. REQUIERT UN NIVEAU D'ENCADREMENT INTENSIF INCLUANT DES MESURES DE CONTRÔLE) : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 96 MULTI ESPT À LA SUITE D'UN ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE (NON TRAITÉ) : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 97 MULTI AUTRE (EX. : PORTE TOURNANTE RÉSEAU) : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 98 Démarche **PSI** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| 99 **Arbitrage à l'ASSS,** dans le cadre des mécanismes de traitement des situations litigieuses | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| En termes de hiérarchisation des services dans le réseau de la santé et des services sociaux, de quelle ligne de services est actuellement le **porteur principal du dossier** de la personne | 100 Porteur 1re ligne : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 101 Porteur 2e ligne : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 102 Porteur 3e ligne | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 103 Quel est le programme-services dont la personne bénéficie d'une prestation de services (porteur principal du dossier) | 1 Perte d'autonomie liée au vieillissement SAPA<br>2 Déficience physique DP<br>3 Déficience intellectuelle et TED DI-TED<br>4 Dépendances<br>5 Santé mentale<br>6 Santé physique | |

Quels sont les partenaires impliqués au dossier de la personne et leur contribution

| | **Partenaires** | |
|---|---|---|
| 104 | CSSS | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 105 | CSSS de l'Énergie (ESVR-SM) | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 106 | CRDITED (ESVR-DI TED) | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 107 | InterVal (ESVR-DP) | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 108 | Domrémy (ESVR-dépendance) | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 109 | Scolaire | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 110 | Communautaire | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 111 | Judiciaire | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 112 | Sécurité publique | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |

## 4. DIMENSION CONTEXTUELLE (SUITE)

**EN LIEN AVEC LA JUDICIARISATION**

| Éléments | Réponses | |
|---|---|---|
| 113 Est-ce que des activités criminelles figurent parmi les informations au dossier | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 114 Vol | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 115 Voie de fait | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 116 Délit à caractère sexuel | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 117 Bris de conditions | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 118 Activités criminelles autres | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 119 La personne a-t-elle été évaluée en médico-légal | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 120 Responsabilité pénale | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 121 La personne est-elle judiciarisée | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |
| 122 La personne a-t-elle fait de la prison | 0 | Non |
| | 1 | Oui |
| | 2 | Donnée inconnue |

## 4. DIMENSION CONTEXTUELLE (SUITE)

**EN LIEN AVEC LA JUDICIARISATION**

| Éléments | Réponses |
|---|---|
| 123 La personne a-t-elle un agent de probation | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 124 Le corps policier est-il intervenu auprès de la personne sans pour autant qu'il y ait plainte? | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 125 Nombre d'interventions policières dans la dernière année | De 0 à 13 / 12 = 12 et plus / 13 = Donnée inconnue |

## 4. DIMENSION CONTEXTUELLE (SUITE)

**EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION ET LES DÉPENDANCES**

| Éléments | Réponses |
|---|---|
| 126 Est-ce qu'il est fait mention dans le dossier, d'**indices d'abus d'alcool** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue ou non documentée |
| 127 Est-ce qu'il est fait mention au dossier que l'individu est ou a été **traité** pour **dépendance ou pour consommation abusive d'alcool** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue ou non documentée |
| 128 Est-ce qu'il est fait mention dans le dossier, **d'indices d'abus de drogues** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue ou non documentée |
| 129 Est-ce qu'il est fait mention au dossier que l'individu est ou a été **traité** pour **dépendance ou pour consommation abusive de drogues** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue ou non documentée |
| 130 Est-ce qu'il est fait mention dans le dossier, d'**indices d'abus aux jeux** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue ou non documentée |
| 131 Est-ce qu'il est fait mention au dossier que l'individu est ou a été **traité pour dépendance ou consommation abusive aux jeux** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue ou non documentée |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

### EN LIEN AVEC LE SUIVI MÉDICAL ET LES DIAGNOSTICS

| Éléments | Réponse | |
|---|---|---|
| La personne bénéficie-t-elle d'un suivi médical régulier ou de professionnels de la santé? | 132 Omnipraticien : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 133 Psychiatre : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 134 Neurologue : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 135 Autres médecins spécialistes : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 136 Suivi infirmier : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 137 Suivi éducateur : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 138 Suivi psychoéducateur : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 139 Suivi psychologue : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 140 Suivi autre : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 141 Trouble neuro adulte ou état pathologique constant dû à une lésion cérébrale d'origine organique | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| 142 État pathologique constant occasionné par un traumatisme cranio-cérébral (TCC) | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| 143 Pathologie relative à un problème de santé physique | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| 144 Diagnostic lié à une déficience intellectuelle (DI) | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| 145 Diagnostic DI **réfuté** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| 146 Diagnostic lié à un trouble envahissant du développement (TED) | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |
| 147 Diagnostic TED **réfuté** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### EN LIEN AVEC LE SUIVI MÉDICAL ET LES DIAGNOSTICS

| Éléments | Réponse | |
|---|---|---|
| Diagnostics provenant d'experts (psychiatre, médecin, psychologue, neuropsychologue, etc.) selon le DSM | 148 Tr psychotique : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 149 Psychose toxique : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 150 TDAH : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 151 Tr. Attachement : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 152 Tr bipolaire : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 153 Tr anxieux : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 154 Tr dépressif : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 155 Tr adaptation : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 156 ESPT : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 157 TOC adulte : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 158 Tr personnalité limite : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 159 Tr personnalité antisociale : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 160 Tr personnalité narcissique : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 161 Démence : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| | 162 Autres diagnostics : | 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue |
| 163 Diagnostics psychiatriques réfutés | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue | |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 164 Lenteur intellectuelle | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement liés aux troubles psychotiques selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 165 | Idées délirantes | 0 | 1 | 2 |
| 166 | Hallucinations auditives | 0 | 1 | 2 |
| 167 | Hallucinations visuelles | 0 | 1 | 2 |
| 168 | Discours désorganisé | 0 | 1 | 2 |
| 169 | Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique | 0 | 1 | 2 |
| 170 | Affect plat ou inapproprié | 0 | 1 | 2 |
| 171 | Alogie (pauvreté du discours) | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** | **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 172 | Perte de volonté | 0 | 1 | 2 |
| 173 | Écholalie ou échopraxie | 0 | 1 | 2 |
| 174 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 175 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement liés aux troubles de l'humeur selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 176 | Humeur dépressive | 0 | 1 | 2 |
| 177 | Diminution marquée de l'intérêt pour toutes les activités | 0 | 1 | 2 |
| 178 | Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit | 0 | 1 | 2 |
| 179 | Insomnie ou hypersomnie | 0 | 1 | 2 |
| 180 | Agitation ou ralentissement psychomoteur | 0 | 1 | 2 |
| 181 | Fatigue ou perte d'énergie | 0 | 1 | 2 |
| 182 | Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée | 0 | 1 | 2 |
| 183 | Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision | 0 | 1 | 2 |
| 184 | Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires, tentatives de suicide | 0 | 1 | 2 |
| 185 | Humeur anormalement élevée ou irritable | 0 | 1 | 2 |
| 186 | Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur | 0 | 1 | 2 |
| 187 | Réduction du besoin de sommeil | 0 | 1 | 2 |
| 188 | Plus grande communicabilité ou désir de parler constamment | 0 | 1 | 2 |
| 189 | Fuite des idées ou sensation que les pensées défilent | 0 | 1 | 2 |
| 190 | Distractibilité | 0 | 1 | 2 |
| 191 | Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice | 0 | 1 | 2 |
| 192 | Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables | 0 | 1 | 2 |
| 193 | Traits dépressifs présents | 0 | 1 | 2 |
| 194 | Traits maniaques présents | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** | **Réponse**

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement liés aux troubles anxieux selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 195 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |
| 196 | Symptômes physiques liés à une attaque de panique | 0 | 1 | 2 |
| 197 | Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile de s'échapper | 0 | 1 | 2 |
| 198 | Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou situation spécifique | 0 | 1 | 2 |
| 199 | Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales | 0 | 1 | 2 |
| 200 | Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entrainent une détresse importante | 0 | 1 | 2 |
| 201 | Comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles | 0 | 1 | 2 |
| 202 | Exposition à un événement traumatique qui est constamment revécu | 0 | 1 | 2 |
| 203 | Anxiété et soucis excessifs concernant un certain nombre d'événements ou d'activités | 0 | 1 | 2 |
| 204 | Traits anxieux présents | 0 | 1 | 2 |
| 205 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement liés aux troubles somatoformes et factices selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 206 | Antécédents de plaintes somatiques multiples | 0 | 1 | 2 |
| 207 | Symptômes douloureux | 0 | 1 | 2 |
| 208 | Symptômes gastro-intestinaux | 0 | 1 | 2 |
| 209 | Symptômes sexuels | 0 | 1 | 2 |
| 210 | Symptômes pseudoneurologiques | 0 | 1 | 2 |
| 211 | Aucun des symptômes n'est expliqué par une affection médicale générale | 0 | 1 | 2 |
| 212 | Les symptômes ne sont pas feints | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 213 | Survenue ou aggravation des symptômes suite à des facteurs de stress | 0 | 1 | 2 |
| 214 | Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques | 0 | 1 | 2 |
| 215 | Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique | 0 | 1 | 2 |
| 216 | Production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques | 0 | 1 | 2 |
| 217 | Traits somatoformes présents | 0 | 1 | 2 |
| 218 | Traits factices présents | 0 | 1 | 2 |
| 219 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement liés aux troubles dissociatifs selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 220 | Un ou plusieurs épisodes durant lesquels le sujet présente une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants | 0 | 1 | 2 |
| 221 | Départ soudain et inattendu du domicile ou du lieu de travail habituel, s'accompagnant d'une incapacité à se souvenir de son passé | 0 | 1 | 2 |
| 222 | Confusion concernant l'identité personnelle ou adoption d'une nouvelle identité | 0 | 1 | 2 |
| 223 | Présence de deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » distincts | 0 | 1 | 2 |
| 224 | Expérience prolongée ou récurrente d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps | 0 | 1 | 2 |
| 225 | Traits dissociatifs présents | 0 | 1 | 2 |
| 226 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments**

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement liés aux troubles sexuels selon le DSM, mais sans coter le trouble

**Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 227 | Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, consistant à exposer ses organes génitaux devant une personne étrangère prise au dépourvu par ce comportement | 0 | 1 | 2 |
| 228 | Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée, impliquant l'utilisation d'objets inanimés | 0 | 1 | 2 |
| 229 | Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, impliquant l'acte de toucher et de se frotter contre une personne non consentante | 0 | 1 | 2 |
| 230 | Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, impliquant une activité sexuelle avec un ou des enfants prépubères | 0 | 1 | 2 |
| 231 | Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, impliquant des actes dans lesquels le sujet est humilié, battu, attaché, ou livré à la souffrance par d'autres moyens. | 0 | 1 | 2 |
| 232 | Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, impliquant des actes dans lesquels la souffrance psychologique ou physique de la victime déclenche une excitation sexuelle chez le sujet | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 233 | Présence chez un homme hétérosexuel de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, impliquant le travestissement | 0 | 1 | 2 |
| 234 | Présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, consistant à observer une personne nue, ou en train de se déshabiller, ou en train d'avoir des rapports sexuels et qui ne savent pas qu'elle est observée | 0 | 1 | 2 |
| 235 | Identification intense et persistante à l'autre sexe | 0 | 1 | 2 |
| 236 | Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante | 0 | 1 | 2 |
| 237 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 238 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement liés aux troubles du contrôle des impulsions selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 239 | Plusieurs épisodes distincts d'incapacité à résister à des impulsions agressives, aboutissant à des voies de fait graves ou à la destruction de biens | 0 | 1 | 2 |
| 240 | Impossibilité répétée de résister à l'impulsion de voler des objets qui ne sont dérobés ni pour un usage personnel ni pour leur valeur commerciale | 0 | 1 | 2 |
| 241 | Sensation croissante de tension avant de commettre un vol | 0 | 1 | 2 |
| 242 | Plaisir, gratification ou soulagement au moment de commettre un vol | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 243 | Allumage délibéré et réfléchi d'incendies, survenant à plusieurs reprises (ni pour un bénéfice commercial ni pour manifester une idéologie ni pour camoufler une activité criminelle ou pour exprimer une vengeance) | 0 | 1 | 2 |
| 244 | Tension ou excitation émotionnelle avant d'allumer un incendie | 0 | 1 | 2 |
| 245 | Fascination, intérêt, curiosité ou attirance pour le feu ou pour tout ce qui s'y rapporte | 0 | 1 | 2 |
| 246 | Plaisir, gratification ou soulagement en allumant des incendies en les contemplant ou en participant aux événements qui en résultent | 0 | 1 | 2 |
| 247 | Préoccupation pour le jeu | 0 | 1 | 2 |
| 248 | Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré | 0 | 1 | 2 |
| 249 | Efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu | 0 | 1 | 2 |
| 250 | Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu | 0 | 1 | 2 |
| 251 | Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique | 0 | 1 | 2 |
| 252 | Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes | 0 | 1 | 2 |
| 253 | Mens à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu | 0 | 1 | 2 |
| 254 | Commets des actes illégaux pour financer la pratique du jeu | 0 | 1 | 2 |
| 255 | Mets en danger ou perds une relation affective importante, un emploi, des possibilités d'étude, de carrière à cause du jeu | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 256 | Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu | 0 | 1 | 2 |
| 257 | Arrachage répété de ses propres cheveux aboutissant à une alopécie manifeste | 0 | 1 | 2 |
| 258 | Sentiment de tension avant l'arrachage des cheveux | 0 | 1 | 2 |
| 259 | Plaisir ou soulagement lors de l'arrachage des cheveux | 0 | 1 | 2 |
| 260 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 261 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement associés à un trouble lié à l'utilisation d'une substance (Alcool) selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 262 | Besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir l'effet désiré | 0 | 1 | 2 |
| 263 | Syndrome de sevrage ou prise de la substance pour éviter les symptômes de sevrage | 0 | 1 | 2 |
| 264 | Substance prise en quantité plus importante que prévu ou sur une période plus longue | 0 | 1 | 2 |
| 265 | Efforts ou désir infructueux pour cesser la consommation | 0 | 1 | 2 |
| 266 | Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à l'utiliser ou récupérer des effets | 0 | 1 | 2 |
| 267 | Activités abandonnées ou réduites | 0 | 1 | 2 |
| 268 | Poursuite de la consommation même si problèmes physiques ou psychologiques | 0 | 1 | 2 |
| 269 | Consommation qui conduit à l'incapacité de remplir ses obligations majeures | 0 | 1 | 2 |
| 270 | Consommation dans des situations dangereuses | 0 | 1 | 2 |
| 271 | Problèmes judiciaires liés à la consommation | 0 | 1 | 2 |
| 272 | Consommation malgré des problèmes interpersonnels | 0 | 1 | 2 |
| 273 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 274 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits de personnalités habituellement associés à un trouble lié à l'utilisation d'une substance (Drogue) selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 275 | Besoin de quantités plus fortes de la substance pour obtenir l'effet désiré | 0 | 1 | 2 |
| 276 | Syndrome de sevrage ou prise de la substance pour éviter les symptômes de sevrage | 0 | 1 | 2 |
| 277 | Substance prise en quantité plus importante que prévu ou sur une période plus longue | 0 | 1 | 2 |
| 278 | Efforts ou désir infructueux pour cesser la consommation | 0 | 1 | 2 |
| 279 | Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à l'utiliser ou récupérer des effets | 0 | 1 | 2 |
| 280 | Activités abandonnées ou réduites | 0 | 1 | 2 |
| 281 | Poursuite de la consommation même si problèmes physiques ou psychologiques | 0 | 1 | 2 |
| 282 | Consommation qui conduit à l'incapacité de remplir ses obligations majeures | 0 | 1 | 2 |
| 283 | Consommation dans des situations dangereuses | 0 | 1 | 2 |
| 284 | Problèmes judiciaires liés à la consommation | 0 | 1 | 2 |
| 285 | Consommation malgré des problèmes interpersonnels | 0 | 1 | 2 |
| 286 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 287 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité paranoïaque selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 288 | S'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent | 0 | 1 | 2 |
| 289 | Est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés | 0 | 1 | 2 |
| 290 | Est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 291 | Discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou événements anodins | 0 | 1 | 2 |
| 292 | Garde rancune | 0 | 1 | 2 |
| 293 | Perçois des attaques contre sa personne ou sa réputation alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à contre-attaquer ou réagit avec colère | 0 | 1 | 2 |
| 294 | Mets en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel | 0 | 1 | 2 |
| 295 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 296 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité schizoïde selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 297 | Le sujet ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches y compris les relations intrafamiliales | 0 | 1 | 2 |
| 298 | Choisis presque toujours des activités solitaires | 0 | 1 | 2 |
| 299 | N'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes | 0 | 1 | 2 |
| 300 | N'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune | 0 | 1 | 2 |
| 301 | N'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré | 0 | 1 | 2 |
| 302 | Semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui | 0 | 1 | 2 |
| 303 | Fais preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité | 0 | 1 | 2 |
| 304 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 305 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité schizotypique selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 306 | Idées de référence | 0 | 1 | 2 |
| 307 | Croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel | 0 | 1 | 2 |
| 308 | Perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles | 0 | 1 | 2 |
| 309 | Pensée et langage bizarre | 0 | 1 | 2 |
| 310 | Idéation méfiante ou persécutoire | 0 | 1 | 2 |
| 311 | Inadéquation ou pauvreté des affects | 0 | 1 | 2 |
| 312 | Comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier | 0 | 1 | 2 |
| 313 | Absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré | 0 | 1 | 2 |
| 314 | Anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même | 0 | 1 | 2 |
| 315 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 316 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité antisociale selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 317 | Trouble des conduites dans l'enfance | 0 | 1 | 2 |
| 318 | Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation | 0 | 1 | 2 |
| 319 | Tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries | 0 | 1 | 2 |
| 320 | Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 321 | Irritabilité ou agressivité, indiquée par la répétition de bagarres ou d'agressions | 0 | 1 | 2 |
| 322 | Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui | 0 | 1 | 2 |
| 323 | Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières | 0 | 1 | 2 |
| 324 | Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui | 0 | 1 | 2 |
| 325 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 326 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité borderline selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 327 | Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés | 0 | 1 | 2 |
| 328 | Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation | 0 | 1 | 2 |
| 329 | Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi | 0 | 1 | 2 |
| 330 | Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (sauf comportements suicidaires ou automutilations) | 0 | 1 | 2 |
| 331 | Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations | 0 | 1 | 2 |
| 332 | Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur | 0 | 1 | 2 |
| 333 | Sentiments chroniques de vide | 0 | 1 | 2 |
| 334 | Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 335 | Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères | 0 | 1 | 2 |
| 336 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 337 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité histrionique selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 338 | Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui | 0 | 1 | 2 |
| 339 | L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante | 0 | 1 | 2 |
| 340 | Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante | 0 | 1 | 2 |
| 341 | Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi | 0 | 1 | 2 |
| 342 | Manière de parler trop subjective, mais pauvre en détails | 0 | 1 | 2 |
| 343 | Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle | 0 | 1 | 2 |
| 344 | Est facilement influencé par autrui ou les circonstances | 0 | 1 | 2 |
| 345 | Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité | 0 | 1 | 2 |
| 346 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 347 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité narcissique selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 348 | Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance | 0 | 1 | 2 |
| 349 | Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir de splendeur, de beauté ou d'amour idéal | 0 | 1 | 2 |
| 350 | Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être compris que par des institutions ou des gens spéciaux de haut niveau | 0 | 1 | 2 |
| 351 | Besoin excessif d'être admiré | 0 | 1 | 2 |
| 352 | S'attend sans raison à bénéficier d'un traitement favorable et à ce dont ses désirs sont automatiquement satisfaits | 0 | 1 | 2 |
| 353 | Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins | 0 | 1 | 2 |
| 354 | Manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui | 0 | 1 | 2 |
| 355 | Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient | 0 | 1 | 2 |
| 356 | A des attitudes et des comportements arrogants et hautains | 0 | 1 | 2 |
| 357 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 358 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité évitante selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 359 | Le sujet évite les activités sociales, professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté | 0 | 1 | 2 |
| 360 | Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé | 0 | 1 | 2 |
| 361 | Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule | 0 | 1 | 2 |
| 362 | Crains d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 363 | Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur | 0 | 1 | 2 |
| 364 | Se perçoit comme socialement incompétent, sans attrait ou inférieur aux autres | 0 | 1 | 2 |
| 365 | Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras | 0 | 1 | 2 |
| 366 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 367 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité dépendante selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée icnonnue |
|---|---|---|---|---|
| 368 | Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui | 0 | 1 | 2 |
| 369 | A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie | 0 | 1 | 2 |
| 370 | A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation | 0 | 1 | 2 |
| 371 | A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en soi) | 0 | 1 | 2 |
| 372 | Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables | 0 | 1 | 2 |
| 373 | Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller | 0 | 1 | 2 |
| 374 | Lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin | 0 | 1 | 2 |
| 375 | Est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul | 0 | 1 | 2 |
| 376 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 377 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### IMPRESSION CLINIQUE EN LIEN AVEC DES SYMPTÔMES

**Éléments** **Réponse**

Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des symptômes ou des traits associés habituellement à la personnalité obsessionnelle-compulsive selon le DSM, mais sans coter le trouble

| | Symptômes | Non | Oui | Donnée inconnue |
|---|---|---|---|---|
| 378 | Préoccupation pour les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue | 0 | 1 | 2 |
| 379 | Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches | 0 | 1 | 2 |
| 380 | Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés | 0 | 1 | 2 |
| 381 | Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs | 0 | 1 | 2 |
| 382 | Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale | 0 | 1 | 2 |
| 383 | Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses | 0 | 1 | 2 |
| 384 | Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures | 0 | 1 | 2 |
| 385 | Se montre rigide et têtue | 0 | 1 | 2 |
| 386 | Traits présents | 0 | 1 | 2 |
| 387 | Trouble présent | 0 | 1 | 2 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

**EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES[1]**

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 388 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : **Comportements suicidaires** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |
| 389 Nombre de tentatives de suicide connues (à vie) | 0 = 0<br>1 = 1<br>2 = 2<br>3 = 3<br>4 = 4<br>5 = 5<br>6 = 6<br>7 = 7 et plus<br>8 = Donnée inconnue |
| 390 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : **Comportements stéréotypés** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

| | 391 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | |
|---|---|
| 392 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : **Comportements sexuels aberrants** | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

| | 393 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

[1] Inspiré des comportements problématiques du EGCP-II (Sabourin, 2007) et du ÉEGTC (Godbout & Sabourin, 2003).

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 394 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements sociaux perturbateurs**

| | 395 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | |
|---|---|
| 396 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements agressifs physiques envers autrui**

| | 397 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | |
|---|---|
| 398 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements sociaux offensants**

| | 399 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 400 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements d'isolement ou de retrait**

| | 401 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 402 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements destructeurs envers les objets**

| | 403 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 404 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements d'automutilation**

| | 405 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

**EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES**

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 406 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements de non-coopération et de provocation ou d'opposition**

| | 407 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 408 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements d'inertie**

| | 409 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Éléments | Réponse |
|---|---|
| 410 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des : | 0 Non<br>1 Oui<br>2 Donnée inconnue |

**Comportements de désinhibition verbale**

| | 411 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

**Éléments** | **Réponse**

412 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des :

**Comportements de persévération et de régulation motrice**

0 Non
1 Oui
2 Donnée inconnue

| | 413 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

414 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des :

**Comportements d'impulsivité**

0 Non
1 Oui
2 Donnée inconnue

| | 415 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

416 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre des :

**Comportements de rigidité**

0 Non
1 Oui
2 Donnée inconnue

| | 417 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

**Éléments** | **Réponse**

418 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre une :

**Hypersensibilisation aux stimulations**

0 Non
1 Oui
2 Donnée inconnue

| | 419 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

420 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre un :

**Niveau d'activités excessif**

0 Non
1 Oui
2 Donnée inconnue

| | 421 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

422 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre une :

**Faible tolérance à la frustration**

0 Non
1 Oui
2 Donnée inconnue

| | 423 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## 5. DIMENSION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC (SUITE)

### EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

**Éléments** | **Réponse**

424 Est-ce que le dossier fournit des renseignements à l'effet que la personne démontre une :

0 Non

1 Oui

2 Donnée inconnue

**Labilité émotive**

| | 425 Fréquence | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | Rarement (1 à 2 fois sur une base trimestrielle) | À l'occasion (1 à 3 fois sur une base mensuelle) | Régulièrement (1 à 6 fois sur une base hebdomadaire) | Souvent (1 à plusieurs fois par jour) | Donnée inconnue |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Médication de la personne**

426 RX : 0 = Non 1 = Oui 2 = Donnée inconnue

427 Antipsychotiques ou neuroleptiques :

0 = 0

1 = 1

2 = 2

3 = 3 et plus

4 = Donnée inconnue

428 Antidépresseurs :

0 = 0

1 = 1

2 = 2

3 = 3 et plus

4 = Donnée inconnue

429 Psychostimulants :

0 = 0

1 = 1

2 = 2

3 = 3 et plus

4 = Donnée inconnue

430 RX autres :

0 = 0

1 = 1

2 = 2

3 = 3 et plus

4 = Donnée inconnue