



Qu'est-ce qu'une carte conceptuelle

Document conçu par Robert Pauzé

Qu'est-ce qu'une carte conceptuelle?

Une carte conceptuelle est une représentation visuelle organisée des principales catégories de facteurs de risque¹ associés à une problématique ciblée et, s'il y a lieu, des principales conséquences observées de cette problématique. La carte conceptuelle offre également une illustration des relations possibles entre les différentes catégories de facteurs de risque. La sélection des facteurs de risque (et des conséquences possibles de la problématique) s'appuie sur une recension exhaustive d'études empiriques, de recensions d'écrits et de méta-analyses sur la problématique ciblée. L'objectif de cette recension vise à la fois à identifier les différents facteurs de risque reconnus actifs dans la problématique et à déterminer le poids relatif de ces facteurs de risque. Les facteurs de risque retenus sont ceux rapportés dans plus d'une étude. Fait à noter, les facteurs de risque retenus pour la construction d'une carte conceptuelle ne doivent pas faire l'objet de polémique. Par exemple, dans le domaine de la négligence, certains résultats de recherche tendent à montrer que le jeune âge des enfants est un facteur de risque de négligence alors que d'autres résultats infirment la présence de cette relation. Cette divergence nous a amenés à ne pas inclure ce facteur de risque dans la carte conceptuelle de la négligence.

Le regroupement et la catégorisation des facteurs de risque recensés se font en se basant sur le modèle écologique de Bronfenbrenner. L'organisation de la carte conceptuelle et l'illustration des relations entre les différentes catégories de facteurs de risque s'appuient sur les principaux postulats du modèle écologique. Selon le modèle écologique, les facteurs de risque de l'ontosystème et du microsystème sont reconnus pour avoir un effet direct et proximal sur la problématique ciblée alors que les facteurs de risque du mésosystème, de l'exosystème, du macrosystème et du chronosystème exerceraient un effet indirect et distal. Par exemple, dans la problématique des conduites antisociales chez les adolescents, les caractéristiques personnelles des jeunes (ontosystème) et les caractéristiques de la relation parents-

¹ Un facteur de risque est un événement ou une condition environnementale ou organique qui augmente la probabilité pour la personne de développer des problèmes émotionnels ou de comportements.

enfant (microsystème) ont un effet proximal direct sur la présence de ces conduites chez les jeunes alors que la pauvreté de la famille (exosystème), les conflits entre les parents (mésosystème) ont un effet indirect sur ces mêmes conduites. Dans certaines problématiques, le poids relatif de certains facteurs de risque a été établi dans des méta-analyses. Par exemple, dans la problématique des conduites antisociales, la qualité de la relation parents-enfant (microsystème) est considérée comme un facteur de risque plus important que les problèmes de santé mentale des parents (microsystème) ou le dysfonctionnement familial (microsystème). L'effet plus ou moins direct et proximal d'une catégorie de facteurs s'illustre, dans la carte conceptuelle, par la proximité dans l'espace de ces catégories de facteurs par rapport à la problématique ciblée.

Selon le modèle de Bronfenbrenner, certains facteurs de risque peuvent jouer un rôle de modérateur² dans la relation entre deux facteurs de risque. Par exemple, la relation entre l'exposition des enfants à des conflits familiaux (Variable indépendante : VI) et les comportements agressifs (Variable dépendante : VD) serait influencée par le sexe des enfants (Variable modératrice : Vmod) : les garçons semblent réagir plus fortement que les filles à l'exposition aux conflits conjugaux. Autre exemple : la relation entre le manque de stimulation des parents (VI) et le développement du langage (VD) serait influencée par le quotient intellectuel des enfants (Vmod) : les enfants ayant un QI plus faible seraient plus à risque d'être affectés par le manque de stimulation que ceux dont le QI est plus élevé.

D'autres facteurs de risque peuvent jouer un rôle de médiateur³ dans la relation entre deux facteurs de risque. Par exemple, la relation entre la pauvreté des familles (VI) et la présence de problèmes de comportement chez les jeunes (VD) s'expliquerait par le fait que la pauvreté vécue par les parents augmenterait leur niveau de stress (Vmed) et conséquemment la qualité de leurs pratiques éducatives (Vmed) qui, elle, contribuerait plus directement à l'apparition de problèmes de comportement chez les jeunes.

Quels sont les objectifs d'une carte conceptuelle?

Une carte conceptuelle a pour but de proposer un modèle explicatif d'une problématique. Elle vise également à soutenir l'intervenant lorsqu'il procède à l'évaluation d'une situation clinique en proposant une liste exhaustive de facteurs de risque susceptibles d'avoir un impact sur la situation clinique qu'il investigate. Elle contribue donc au fait que l'intervenant ne néglige pas certaines facettes de la situation

² Une variable agit comme variable médiatrice dans la mesure où elle **explique la relation** entre une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD).

³ Une variable modératrice est une variable qui affecte la **force d'une relation** entre une variable indépendante (VI) et une variable dépendante (VD)

clinique lors de son évaluation. L'identification des principaux facteurs de risque associés à la situation clinique ciblée pourrait par la suite aider l'intervenant à planifier son intervention en facilitant la priorisation de certains facteurs qui lui semblent plus déterminants et à définir la séquence de ses interventions.

Une carte conceptuelle peut également être présentée aux membres de la famille afin de leur permettre de comprendre la complexité de leur situation et la pertinence et la cohérence du plan d'intervention envisagé. Elle peut également favoriser la participation des membres de la famille dans la planification de l'intervention. Ce faisant, elle constitue un outil pouvant contribuer à l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Quel est l'intérêt d'utiliser une carte conceptuelle comme outil clinique?

Une carte conceptuelle comme outil d'évaluation systématique peut contribuer à soutenir la validité du jugement clinique des intervenants (Garland, 2003; Kazdin, 2006; Lyon, Dorsey, Pullmann, Silbaugh-Cowdin et Berliner, 2015). Elle permet également l'appropriation d'un langage commun entre les intervenants, indépendamment de leur champ d'expertise (Slade et al., 1999). Elle peut aussi concourir à rallier les professionnels et à favoriser la collaboration mutuelle des intervenants (Coombs et al., 2011) et la concertation multidisciplinaire (Gilbody et al., 2002). De plus, elle peut contribuer à une meilleure entente entre les intervenants quant au diagnostic et au traitement recommandé (Coombs et al., 2011). Dans certaines situations, elle peut permettre à un juge de la jeunesse d'apprécier l'exhaustivité et la rigueur de l'évaluation de l'intervenant. Elle peut aussi guider l'intervenant dans la préparation de son rapport d'évaluation pour le juge. Elle peut faciliter le processus décisionnel dans la pratique clinique puisqu'elle contribue à guider la prise de décisions et à choisir les interventions les plus appropriées (Coombs et al., 2011). L'utilisation d'une carte conceptuelle peut aider à déterminer les principales catégories de facteurs de risque à prioriser lors de l'intervention. Elle permet aussi d'établir un premier pronostic de la situation clinique : que pouvons-nous espérer à court, moyen et long terme? Elle peut également soutenir l'implication du client dans le traitement (Coombs et al., 2011). Enfin, elle aide à planifier et à prioriser les interventions selon les principaux besoins identifiés dans chacune des situations cliniques.

Références

Coombs, T., Stapley, K., & Pirkis, J. (2011). The multiple uses of routine mental health outcome measures in Australia and New Zealand: experiences from the field. *Australasian Psychiatry*, 19(3), 247-253.

Garland, A. F., Kruse, M., & Aarons, G. A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What's the use? *The journal of behavioral health services & research*, 30(4), 393-405.

Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2002). Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures. *British Journal of Psychiatry*, 180(2), 101-103.

Kazdin, A.E. (2006). Assessment and evaluation in clinical practice. Dans C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy : Where practice and research meet* (pp. 153-177). Washington, DC, US : American Psychological Association.

Lyon, A. R., Dorsey, S., Pullmann, M., Silbaugh-Cowdin, J. & Berliner, L. (2015). Clinician use of standardized assessments following a common elements psychotherapy training and consultation program. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(1), 47-60.

Slade, M., Thornicroft, G., & Glover, G. (1999). The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 243-249.