

PIRAP

Programme international

de **recherche-action participative**

... pour un regard différent

Bulletins du PIRAP
Volume 3
2014-2015

Table des matières

Numéro 1 : Avril 2014	5
1- Formation : Manuel étape par étape pour implanter un Projet citoyen	7
2- Présentation scientifique : Le modèle globale en santé mentale publique	11
3- Rapport annuel : Premier rapport d'activité complet.....	13
Numéro 2 : Mai 2014.....	14
1- Journée d'échange : De la visite du Connecticut	16
2- Couverture d'événement : 82e Congrès de l'ACFAS.....	19
3- Formation : Remise des diplômes de la première cohorte de la formation Projet Citoyen .	33
Numéro 3 : Juin 2014	34
1- Voyage d'étude : Délégation du Québec au Connecticut	36
2-Couverture d'événement: The International Forensic Recovery Conference	39
3- Couverture d'évènement: Citizenship and Full Community Membership, Dr Michael Rowe, PhD	43
4- Couverture d'événement : Why Creative Partnerships between Mental Health and Community Matter, Dr Madelon Baranoski, PhD	44
Numéro 4 : Juillet 2014	46
1- Couverture d'événement : Le trouble d'anxiété généralisé (TAG)	48
2- Couverture d'événement : Les troubles obsessifs-compulsifs (TOC).....	56
Numéro 5 : Août 2014	59
1- Couverture d'événement: Petite histoire sur la citoyenneté, par Michael Rowe	61
2- Rapports mensuels : Participants au programme PAAS-Action d'avril à juillet 2014	64
Numéro 6 : Septembre 2014	68
1- Article publié : Pour nous, être citoyen à part entière, ça veut dire.....	70
2- Article publié : Participation publique et participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en lien avec le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : leur rôle de porte- parole.....	71
3- Couverture d'événement : Soutien aux victimes d'actes criminels	73
4- Couverture d'événement : La psychose : traiter autrement.....	76
5- Présentation scientifique: Le Forum citoyen en santé mentale pour la transition d'un statut démarginalisé à celui de citoyen à part entière	81

Numéro 7 : Octobre 2014.....	83
1- Lien avec la communauté : Marche pour la santé mentale.....	85
2- Traduction du savoir expérientiel : Les entendeurs de voix	87
3- Couverture d'événement : Pratiques innovantes sur les unités de soins intensifs psychiatriques	89
4- Couverture d'événement : Troubles psychotiques : cibler la complexité pour éviter la rupture sociale !	98
6- Couverture d'événement : La garde en établissement.....	106
7- Club de lecture : La santé publique, de révolution en révolution.....	110
Numéro 8 : Novembre 2014.....	111
1- Couverture d'événement : XVIIe Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)	113
2- Journée d'échange : Révision de la Classification internationale des maladies	118
3- Plan d'action en santé mentale : Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM)	121
4- Rapports mensuels : Participants au programme PAAS-Action d'août à novembre 2014 .	124
Numéro 9 : Décembre 2014	127
1- Couverture d'événement : Trousse pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants	129
2- Couverture d'événement : Méditation et pleine conscience	132
3- Couverture d'événement : Services pour les jeunes souffrant de trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie.....	136
Numéro 10 : Janvier 2015	141
1- Couverture d'événement : La toxicomanie dans les unités de traitements et de réadaptation intensive : une réalité	143
2- Couverture d'événement : La réduction des mesures d'isolement et de contention chez les plus grands utilisateurs de l'Institut : des pratiques inspirantes ?.....	147
3- Couverture d'événement : Antidépresseurs et grossesse : effets sur la mère et l'enfant .	152
4- Couverture d'événement : Visage, vélocité des affects et clozapine	156
5- Couverture d'événement : Manifestations neuropsychiatriques de la maladie de Huntington	160

Numéro 11 : Février 2015.....	163
1- Couverture d'événement : Sonder la citoyenneté.....	164
2- Couverture d'événement : Sur la route	166
3- Couverture d'événement : Trucs et astuces pour accroître le taux de réponse dans le sondage web	168
4- Couverture d'événement : Premières analyses de la Banque Signature.....	172
5- Couverture d'événement : Développement d'un service d'équipe mobile pour les CHSLD/RI en gérontopsychiatrie	176
Numéro 12 : Mars 2015.....	179
1- Couverture d'événement : Le projet pilote Pair aidant famille, une pratique innovante ..	181
2- Partage d'expérience : Expérience de réintégration.....	188
3- Couverture d'événement Le tapis roulant ou l'Ativan ?	189
4- Rapports mensuels : Participants au programme PAAS-Action de décembre 2014 à mars 2015.....	192

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 1 : Avril 2014

[1- Formation : Manuel étape par étape pour implanter un Projet citoyen](#)

[2- Présentation scientifique : Le modèle globale de santé mentale publique](#)

[3- Rapport annuel : Premier rapport d'activité complet](#)

1- Formation :

Manuel étape par étape pour implanter un Projet citoyen

Le *Projet citoyen* est une formation à la citoyenneté de groupe inspirée du *Citizens-Community Enhancement Project* de l'Université Yale, à New Haven, programme qui a fait ses preuves en termes de réinsertion sociale depuis une quinzaine d'années. Les participants, des personnes utilisatrices de services de santé mentale, partagent un même objectif : le rétablissement civique.

Le rétablissement civique vise le retour à la pleine citoyenneté des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, souvent exclues de la société et marginalisées. Il permet de rétablir les liens de l'individu avec les institutions et la communauté, ce qui lui permet de jouer à nouveau un rôle actif dans la société, par l'occupation d'une adresse civique, d'un emploi ou par le bénévolat.

Le rétablissement civique se définit, entre autres, par des actions citoyennes engagées, telles qu'aller voter et s'impliquer dans sa communauté. Un individu qui est pleinement rétabli civiquement se considère comme un citoyen, au même titre que ses compatriotes.

Après un an de travail, le manuel décrivant ce qu'est concrètement le *Projet citoyen* est terminé, étant le fruit d'une co-construction par et pour les usagers de services en santé mentale qui servira de guide aux intéressés, c'est-à-dire des intervenants œuvrant dans le domaine et qui souhaiteraient offrir un programme de réinsertion sociale novateur à leur clientèle.

Bien que le *Projet citoyen* du PIRAP se déroule dans le contexte de la recherche, il peut être adapté à n'importe quel milieu. Le PIRAP a acquis une expertise qui lui permet d'agir à titre de consultant afin de faciliter l'implantation d'un *Projet citoyen*.

La structure étape par étape

Au-delà des critères d'admission au *Projet citoyen* (avoir 18 ans, vivre ou avoir vécu avec un problème de santé mentale, utiliser ou avoir utilisé des services de santé mentale, etc.).

Ses objectifs sont nombreux et stimulants :

- développer des habiletés sociales favorisant la reprise d'un rôle actif dans et avec la communauté ;
- retrouver une vie sociale ;
- apprendre à mieux utiliser les ressources de la communauté, partager ses connaissances et ses expériences pour en faire profiter les autres membres du groupe ;

- identifier les obstacles à l'expression de sa pleine citoyenneté ;
- trouver des solutions pour y remédier, et ;
- atteindre des objectifs de rétablissement civique, etc.

Les quatre composantes du *Projet citoyen* (qui lui se décline en deux rencontres hebdomadaires de trois heures chacune) sont très bien exposées dans le manuel.

Tout d'abord les activités de groupe :

- elles consistent en des discussions sur la citoyenneté et la santé mentale ;
- des ateliers et des conférences également en lien avec ces deux thèmes ;
- un exercice de résolution de problème appelé *Testé pour vous*, et enfin ;
- le *Quoi de neuf ?* qui permet à chacun d'échanger sur ses difficultés et ses réussites, ce qui amène une entraide mutuelle, bien que le *Projet citoyen* n'ait pas la vocation d'être un groupe d'entraide.

Toutes les étapes sont bien détaillées dans le manuel et des consignes sont suggérées pour faciliter leur déroulement.

Suivi individuel

Le manuel mentionne la présence d'un pair aidant certifié qui soutient les participants dans l'atteinte de leurs objectifs personnels de rétablissement civique (comme retourner aux études ou encore trouver un emploi ou un logement).

Stage dans la communauté

Les participants au *Projet citoyen* doivent ensuite effectuer un stage dans un but de réintégration dans leur communauté, qu'il s'agisse d'un emploi, d'implication bénévole ou d'actions citoyennes engagées ponctuelles.

À titre d'exemple, au PIRAP, les participants mènent un stage à titre de pairs assistants de recherche. Ils maintiennent un horaire de travail régulier, développent des aptitudes orales et écrites, travaillent en équipe et de façon autonome. Le manuel souligne que le but du stage est ici d'apporter une contribution à la communauté scientifique en partageant son savoir expérientiel avec les chercheurs, les cliniciens, les intervenants et les gestionnaires du monde de la santé mentale.

Chaque participant est responsable d'un dossier, que ce soit la transcription d'entrevues, l'analyse qualitative, la recension des écrits scientifiques ou le recrutement des patients à des fins de recherche,

etc. Chaque participant doit expliquer par écrit en quoi consiste son stage et ce qu'il en a retiré. L'exercice est éclairant et valorisant car il permet de constater le chemin parcouru.

Règles et valeurs communes

Le manuel indique que le groupe aura pour tâche de définir ses propres règles de fonctionnement (ex : être ponctuel, respecter les opinions des autres, se montrer poli lors des échanges, etc.) comme d'adopter des valeurs communes pour établir des balises, de solidifier les relations de groupe et de se forger une identité propre.

Mode de fonctionnement

Lors des réunions du *Projet citoyen*, l'ordre du jour est important. Il structure les rencontres, permet d'établir les priorités, assure le suivi des dossiers et facilite la gestion du temps. Les participants rédigent à tour de rôle un compte-rendu à la suite des réunions. Le document se veut la synthèse des discussions et rapporte les propos tenus lors du *Comment ça va ?*

Rôles et responsabilités

Le manuel expose les tâches respectives des participants, des pairs aidants et des animateurs, qui ont des rôles bien distincts. Le participant débute une formation à la citoyenneté pour développer son potentiel en tant que citoyen contributeur.

Le pair aidant est une personne-ressource ayant complété une formation spécialisée en intervention par les pairs reconnue par l'Université Laval. Il dévoile et utilise son expérience de vie avec la maladie mentale et son histoire de rétablissement afin de soutenir des personnes souffrant elles aussi de problèmes de santé mentale dans leur démarche de rétablissement civique.

Quant à la tâche d'animation, elle est partagée entre les participants. L'animation doit être vue comme une opportunité de développer des aptitudes à parler devant un groupe et exercer un leadership positif.

Mode d'intégration des nouveaux participants

L'arrivée des nouveaux venus est facilitée par le pair aidant, mais ce sont les participants qui sont principalement mis à contribution en se présentant lors d'un tour de table et en énonçant la nature de leurs stages respectifs, pour aider les nouveaux à se familiariser avec le but du programme. Chaque personne devra s'attendre à un délai de quatre semaines d'observation participante avant que son entrée dans le groupe soit officialisée.

Évaluation des progrès des participants

Pour déterminer si le *Projet citoyen* a permis d'améliorer le niveau de citoyenneté des participants, la Mesure de la citoyenneté est utilisée, un questionnaire de 46 questions élaboré par l'équipe du *Citizens Project* de Yale et traduit en français par le PIRAP, que le pair aidant fait remplir aux participants à leur arrivée au programme et à la fin du programme, six mois plus tard.

Le manuel sera disponible sur demande pour savoir comment donner vie à un *Projet citoyen* et nous sommes ouverts à toute question qui pourrait contribuer à son adaptation dans votre milieu de vie ou de travail.

Vous pouvez joindre Julie Bordeleau, co-directrice du PIRAP, au (514) 251-4000, poste 3712.
N'hésitez pas à nous solliciter, ce sera un plaisir de vous soutenir dans votre propre ***Projet citoyen***.

2- Présentation scientifique : Le modèle globale en santé mentale publique

Le 22 avril 2014

Jean-François Pelletier a fait une présentation intitulée *De la guérison des malades à la citoyenneté pour tous : le modèle globale de santé mentale publique*. Monsieur Pelletier est professeur-chercheur adjoint (boursier IRSC et FRQ-S) au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).

Monsieur Pelletier débuta sa présentation en abordant les trois révolutions qui ont marqué la santé publique. Pendant la première révolution, on s'attardait à contrôler les maladies contagieuses et ce, par exemple, par des interventions au niveau des conditions sanitaires. S'attaquer aux maladies chroniques acquises souvent à travers des mauvaises habitudes de vie a été la cible d'intervention lors de la deuxième révolution.

Finalement la troisième révolution consiste à faire la promotion de la santé plutôt qu'à viser seulement la guérison de la maladie.

Ensuite, le conférencier aborda les principes de la promotion de la santé. La promotion de la santé confère un rôle plus actif de la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé. La promotion de la santé vise le bien-être.

Monsieur Pelletier revisite les cinq stratégies d'action pour la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa.

Il s'agit de :

1. Élaborer une politique publique saine.
2. Créer des milieux favorables.
3. Renforcer l'action communautaire.
4. Acquérir des aptitudes individuelles.
5. Réorienter les services de santé.

Il présente aussi un modèle écologique de promotion de la santé où les interventions sont ciblées sur différentes dimensions (interpersonnel, intrapersonnel, politique, communautaire, socio-économique et culturel).

Quant à la notion de pleine citoyenneté, celle-ci implique un principe actif du rétablissement. Celle-ci vise non seulement à maintenir les gens dans la communauté, mais surtout de faire en sorte qu'ils soient de la communauté.

Inspiré du modèle écologique, le modèle globale de santé mentale publique est finalement présenté. Ce modèle a été développé à la lumière du projet *Droits de qualité de l'Organisation mondiale de la santé* (OMS). Ce modèle prône les *Forums civiques* comme nouvelle forme de gouvernance.

Le tout, dans le but que les personnes ayant un problème de santé mentale, une déficience intellectuelle ou des problèmes liés à la consommation de substances illicites soient non seulement dans la communauté mais aussi des citoyens à part entière de la communauté.

Ce modèle insiste sur le fait que les interventions centrées uniquement sur l'individu ne sont pas suffisantes. Afin de faire la promotion de la pleine citoyenneté, le modèle valorise ainsi une intervention à d'autres niveaux tels que des interventions publiques et des débats.

3- Rapport annuel : Premier rapport d'activité complet

Le PIRAP a par ailleurs publié un premier rapport d'activité qui couvre une année complète, l'année 2013-2014. Le travail accompli est impressionnant et nous en sommes très fiers. Voyez plutôt le tableau ci-joint !

Tableau : 1^{er} rapport d'activité pour 2013-2014

	Conférences présentées	Conférences couvertes	Articles publiés	Affiches présentées	Contrats réalisés	Projets recherche
Avril 2013			1		1	
Mai 2013	2	2		2		
Juin 2013	2		1		1	
Juillet 2013			1		1	
Août 2013					1	
Septembre 2013	2	2			1	
Octobre 2013	1	2	1	1		
Novembre 2013		2				
Décembre 2013		2				
Janvier 2014	1	2				
Février 2014	1	1				
Mars 2014	1	3				
TOTAL	10	16	4	3	5	2

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 2 : Mai 2014

[1- Journée d'échange : De la visite du Connecticut](#)

[2- Couverture d'événement : 82e Congrès de l'ACFAS](#)

[3- Formation : Remise des diplômes de la première cohorte de la formation Projet citoyen](#)

1- Journée d'échange : De la visite du Connecticut

Les 14 et 15 mai 2014, une délégation du Connecticut est venue à Montréal dans le cadre d'un projet de partenariat patient et interuniversitaire entre le Québec et le Connecticut, pour et par les personnes utilisatrices de services de santé mentale.

Parmi les visiteurs américains, notons :

- Paul DiLeo, commissaire adjoint au *Connecticut Department of Mental Health & Addiction Services* ;
- Dr Michael A. Norko, MD, Directeur du *Forensic Services* au *Connecticut Department of Mental Health & Addiction Services* et professeur au *Psychiatric Department of Yale University School of Medicine* ;
- Loel W. Meckel, travailleur social et assistant directeur, de la *Division of Forensic Services* au *Connecticut Department of Mental Health & Addiction Services* ;
- Miss Ronna Keil, directrice du *Office of Recovery Community Affairs* au *Connecticut Department of Mental Health & Addiction Services*.

Étaient également présents :

- Dr Charles Dike, psychiatre, qui possède une maîtrise en santé publique et qui est directeur du *Forensic Division Whiting* au *Connecticut Valley Hospital* , et ;
- Michael Rowe, PhD, professeur en psychiatrie et codirecteur du *Yale Program for Recovery and Community Health* et chercheur principal au *Connecticut Mental Health Center* et *Citizenship Project*.

Les personnes qui suivent sont toutes du *Yale Program for Recovery and Community Health* au *Connecticut Mental Health Center* et *Citizenship Project*, mais elles portent des titres d'emplois différents :

- Chyrell Bellamy, PhD, est travailleuse sociale et assistante professeure au département de psychiatrie. Madame Patricia Benedict est associée de recherche, directrice du *Citizens Community Enhancement Project* ;
- Ashley Clayton est associée de recherche ;
- Kim Guy est conseillère en rétablissement et formatrice paire aidante ;
- Yolanda Herring est conseillère en rétablissement, et ;
- Bridget Williamson est membre du programme.

Le premier jour, nos visiteurs ont été accueillis à l'Hôtel Delta de Montréal. Ils ont été reçus par l'équipe du PIRAP pour un déjeuner à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Un patient partenaire s'est joint au groupe et a agi à titre d'accompagnateur et de traducteur.

Un patient partenaire a aussi parlé de son histoire personnelle en lien avec son problème de santé mentale, d'itinérance et de ses démêlés avec la justice. Il a aussi parlé de son histoire personnelle en lien avec son problème de santé mentale, d'itinérance et de ses démêlés avec la justice.

Puis, les visiteurs se sont rendus à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, un hôpital psychiatrique spécialisé en psychiatrie légale.

Dr Alexandre Dumais, psychiatre, PhD, et chercheur titulaire au Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal a accompagné le groupe pour visiter une unité de traitement.

Par la suite, Patrice Renaud, PhD, chercheur titulaire et professeur au Département de psychologie et de psychoéducation de l'Université du Québec en Outaouais et codirecteur du Laboratoire de cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais a supervisé la visite de la voûte de la réalité virtuelle. Dans un contexte de psychiatrie légale, un individu est placé dans un local créé pour permettre l'expérience de la réalité virtuelle.



Délégation du Connecticut et de l'IUSMM, l'équipe du PIRAP, Dr Alain Lesage, Dr Jean-Pierre Boninet et Mathieu Dostie

Ensuite, les visiteurs se sont rendus à la résidence Fleurie de Pointe-aux-Trembles où ils ont visité un foyer de groupe puis une résidence offrant chambre et pension. Vers 13h30, le groupe est retourné à l'IUSMM où ils ont visité des unités de traitement pour après se rendre à l'unité de traitement des soins intensifs.

Après une pause, les visiteurs ont rencontré Dr Laporta, psychiatre, qui est directeur du Centre collaborateur de Montréal de l'Organisation mondiale de la santé OMS et de l'Organisation panaméricaine de la santé OPS de l'Institut Douglas. Dr Laporta et les visiteurs ont échangé sur les déterminants psychosociaux de la santé mentale.

Par la suite, nos visiteurs ont rencontré Denise Fortin, directrice générale de l'IUSMM et Linda Fortier codirectrice des services cliniques de l'IUSMM qui les ont entretenus sur l'histoire récente de l'IUSMM.

Enfin, le groupe est retourné à l'hôtel en faisant un tour de ville pour ainsi admirer le Stade olympique et visiter le Vieux-Montréal.

Le lendemain, 15 mai 2014, le PIRAP et nos visiteurs du Connecticut ont participé au colloque intitulé ***Vers un partenariat patient et interuniversitaire entre le Québec et le Connecticut, par et pour les personnes utilisatrices de services de santé mentale***, cela dans le cadre du 82^e congrès de l'ACFAS.

2- Couverture d'événement : 82e Congrès de l'ACFAS

Conférence #1: Le Citizen Project du Connecticut Mental Health : 12 années à apprendre des usagers

Présentée par Michael Rowe, PhD, professeur en psychiatrie et codirecteur du *Yale Program for Recovery and Community Health* et chercheur principal au *Connecticut Mental Health Center et Citizenship Project*.

Monsieur Rowe a présenté dans les grandes lignes le *Citizen Project* tel qu'élaboré par le *Yale Program for Recovery and Community Health*. Il a commencé par donner des exemples d'expériences d'itinérance de personnes souffrant de maladie mentale en soulignant que pour certaines personnes, choisir l'itinérance c'est choisir une forme de citoyenneté.

Il a mentionné qu'afin de favoriser la citoyenneté et le sens d'appartenance chez les usagers, il faut appliquer la règle des cinq R, soit :

- « **Rights** »
- « **Responsibilities** »
- « **Roles** »
- « **Resources** »
- « **Relationships** »

Puis, il a indiqué qu'au début de sa carrière, bien qu'il ait souhaité aider les usagers dans leur rétablissement et leur réinsertion sociale, sa vision du problème était limitée. Il a fait l'erreur de trop se fier à ses connaissances empiriques en oubliant de commencer par les premières personnes concernées : les usagers. Il a appris depuis à écouter leurs paroles.

Chyrell Bellamy, PhD, Patricia Benedict, Ashley Clayton, Kim Guy, Yolanda Herring et Bridget Williamson du *Yale Program for Recovery and Community Health*, de New Haven au Connecticut, ont expliqué, chacune leur tour, l'apport du *Citizen Project* dans leur rétablissement.

Elles ont en commun des expériences de maladie mentale, certaines de toxicomanie et d'autres de détention. À tour de rôle, elles ont souligné des facteurs qui ont favorisé leur rétablissement et leur intégration citoyenne.

Parmi ceux-ci, on note :

- Développer des relations sociales solides ;
- Avoir accès aux ressources adéquates ;
- Travailler à être un citoyen engagé qui offre des services à la communauté en échange des services qu'elles ont reçus de cette communauté.

Une participante a conclu en disant qu'il faut dépasser le diagnostic et les maladies, favoriser le développement de l'individu, le considérer comme une personne entière et considérer l'importance que cette personne ait des relations interpersonnelles et des droits.

Conférence #2 : Le Projet citoyen en contexte de recherche : une première entreprise sociale adaptée en santé mentale

Présentée par Julie Bordeleau pair aidante, codirectrice du PIRAP et deux pairs assistant de recherche, membres du PIRAP.

Le *Projet citoyen* montréalais découle des observations faites au *Citizen Project* de l'Université Yale au Connecticut. Afin de développer le *Projet citoyen*, l'équipe s'est inspirée de Yale, mais avec quelques différences. Pour débiter, l'équipe s'est donné des valeurs communes pour guider les actions du groupe puis des règles de fonctionnement.

Par la suite, les individus se sont demandé, qu'est-ce que c'est d'être citoyen à part entière ? Pour ce faire, ils ont utilisé les questions d'un outil de mesure de la citoyenneté développé par Michael Rowe, PhD, professeur en psychiatrie et codirecteur du *Yale Program for Recovery and Community Health* et chercheur principal au *Connecticut Mental Health Center*.



Julie Bordeleau

Ce travail a permis d'identifier plusieurs obstacles tels que la stigmatisation et la difficulté à créer et maintenir des liens avec la communauté. Une fois les obstacles identifiés, le groupe se consulte pour trouver des solutions aux obstacles auxquels un participant peut se heurter pour que celui-ci, par la suite, puisse poser une action citoyenne dans sa communauté.

Une fois ces démarches faites, le participant doit venir témoigner devant le groupe pour raconter comment cela s'est passé. L'équipe a intitulé cette démarche le *Testé pour vous*.

Le projet citoyen est le *Comment ça va ?*

Une autre partie du Projet citoyen est le *Comment ça va ?*, qui est l'équivalent du *What's up?* de Yale. L'exercice consiste à parler ce qui s'est passé pendant la semaine, le bon comme le mauvais. Les comptes-rendus sont aussi une particularité qui nous différencie du *Citizen Project* américain.

L'équipe a décidé qu'il était important de documenter l'ensemble de l'expérience. Cela permet de structurer le projet, de lui donner une direction et de planifier les activités à venir. Ces comptes-rendus serviront également à la rédaction d'un manuel expliquant la démarche d'implantation d'un *Projet citoyen*. Les patients partenaires sont également appelés pairs assistants de recherche ou patients partenaires de recherche. Ils sont rémunérés à l'aide d'indemnités compensatoires.

Dans le cadre de leur travail, ils peuvent effectuer une variété de tâches comme par exemple :

- Animation de groupe de discussion ;
- Rédaction de comptes-rendus et de bulletins ;
- Transcription d'entrevues et de conférences ;
- Partenaire d'enseignement.
- Analyse qualitative et quantitative ;

Pour faire partie de l'équipe du PIRAP, il faut être aux prises avec un problème de santé mentale stabilisé et être utilisateur de services de soins en santé mentale. De plus, des aptitudes en communication sont un atout.

Le groupe est accompagné dans son travail par deux pairs aidants qui ont suivi la formation québécoise spécialisée Intervention par les pairs, un cours de formation continue de la direction générale de la formation continue de l'Université Laval.

L'équipe du PIRAP pratique entre eux des actes de « pair aidance »

Ces intervenants pairs aidants assurent un soutien et un suivi individualisé. Par ailleurs, l'entraide étant une valeur commune du groupe, tous et chacun s'entraide dans la réalisation des tâches et partagent leur vécu personnel. Les individus faisant partie de l'équipe ne peuvent prétendre au titre de pair aidant mais ils pratiquent entre eux des actes de « pair aidance ».

Enfin, le PIRAP a participé à la validation de la version française de la mesure de la citoyenneté développée par Michael Rowe, PhD et son équipe.

Conférence #3 : Le partenariat de soins au CHUM : la rencontre de l'expérientiel, de la gestion et du professionnel

Par Benoit St-Pierre, pair aidant, CHUM, et Simon Archambault, travailleur social, CHUM

Le partenariat de soins au CHUM s'articule autour du patient partenaire, du patient ressource et de l'intervenant pair aidant

Le patient partenaire (de soins)

Le patient partenaire est une personne aux prises avec une maladie souvent chronique qui durant un processus fait des choix concernant sa santé, voit ses savoirs expérientiels écoutés et développés, est considéré comme un membre de l'équipe de soins et enfin qui construit un projet de vie où sa maladie est présente mais ne prend pas toute la place.

Comme le patient est accompagné dans ce cheminement par les médecins, infirmières, intervenants psycho-sociaux et administrateurs de soins, cette approche est appelée collaborative et interprofessionnelle.

L'intervenant pair aidant au CHUM, un accompagnateur des usagers souffrant d'une maladie mentale

L'intervenant pair aidant au CHUM est une personne qui a vécu un ou des épisodes de maladie mentale. Il est en rétablissement, il a suivi une formation lui permettant d'intervenir auprès de ses pairs. Durant son travail, il agit comme accompagnateur d'un pair qui souffre d'une maladie mentale et facilite son rétablissement.

Pour le CHUM et pour l'équipe de soins, il est considéré et traité comme un intervenant à part entière. M. St-Pierre dit utiliser son expertise pour déstigmatiser et dédramatiser la maladie mentale.

Conférence #4 : Apprendre à se rapprocher sans agressivité

Par Jean-Pierre Bonin, Ph D, Pierre Lefrançois, proche d'une personne atteinte d'une maladie mentale, Marc-André Bédard, directeur du pont du Suroît et intervenant psychosocial

Ce projet de recherche s'inscrit à la suite d'une vaste étude qui avait pour objectif de connaître et comprendre les enjeux liés à la reconnaissance du rôle de proche aidant en santé mentale au sein des services de santé.

Dans cette étude, les familles disaient vivre un fardeau et une détresse psychologie dans leur rôle de proche aidant. De là est venu l'idée de créer une formation par et pour les parents qui ont un proche atteint de maladie mentale qui aide à gérer l'agressivité de leur proche.

Le défi auquel faisait face les membres de famille

Dans cette présentation, messieurs Bonin, Lefrançois et Bédard ont souligné le défi auquel faisait face les membres de famille. Mais à la suite de la formation où des techniques comme la distance émotionnelle et des outils ont été enseignés, l'équipe a été en mesure d'observer une diminution de la détresse psychologique générale auprès des proches aidants et une amélioration du climat familial selon la perception des proches atteints.

Conférence #5 : Le partenariat patient : une base solide pour une transformation profonde de la philosophie et des modèles de soins et services

Présentée par Vincent Dumez, M. Sc., codirecteur du bureau collaboration et partenariat patient

Vincent Dumez est codirecteur avec le docteur Paule Lebel de la direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Atteint d'une maladie chronique, il s'est intéressé à la formation par les pairs, à la force des patients pour transmettre l'information à d'autres patients, à la population et aux professionnels de la santé.

Le patient fut en premier lieu un utilisateur de service guidé par les experts (les médecins). Puis, dans l'approche centrée, il a été mis au centre de la démarche de soins avec une vision holistique de la maladie et l'apport des professionnels de la santé tout autour.

Enfin, dans le modèle « **patient partenaire** », le patient a été placé à la circonférence du cercle de soin, au même titre que les professionnels de la santé étant considéré comme un partenaire de soins, un membre à part entière de l'équipe de soins. Ainsi le patient est en mesure de se construire un projet de vie et ce, à l'aide d'une équipe composée de proches, de professionnels de la santé et de gestionnaires.

Dans ce modèle, le patient apprend progressivement à communiquer avec les différents intervenants de la santé pour amener le système de santé à adopter une vision collaborative de ce système et délaisser le système paternaliste. Le savoir expérientiel du patient (Jouet, Flora, Las Vergnas 2010) [1] est maintenant mis en valeur par les différents rôles qu'il peut jouer pour favoriser un système de santé axé sur la collaboration.

À l'Université de Montréal, pour permettre d'adapter le système de santé, des patients partenaires deviennent formateurs et sont amenés dans une démarche structurée à former des étudiants en médecine et de futurs intervenants de la santé à ce nouveau paradigme.

Une trentaine d'établissements au Québec et 26 équipes cliniques ont été accompagnés dans différents domaines tels la santé mentale, la gériatrie, le cancer, etc. Ces expériences d'accompagnement ont permis de montrer que la méthode pouvait fonctionner dans tous les contextes.

[1] Jouet, E., Flora, L., Las Vernas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels. Pratique de formation : Analyses n°57/58, Saint-Denis, Université Paris 8, pp.13-94.

Image illustrant la place du patient devenu
partenaire équipier de l'équipe de soins



Du construire ensemble « pour » au construire ensemble « avec » le patient

Flora, L., Karazivian, P., Dumez, V., Berkesse, A. 2014. Diapositive 2 [2]

[2] Flora, L., Karazivian, P., Dumez, V., Berkesse, A. (2014). CPASS, Faculté de médecine, Université de Montréal. *Le patient formateur, ses savoirs, et ses savoirs expérientiels : à l'origine de deux catégories de compétences pour la patient.* « 82^e congrès de l'ACFAS, colloque 106 : Perspectives en pédagogies des sciences de la santé : enjeux et développement de la recherche ». Montréal, Université Concordia. Le 16 mai 2014.

Diapositive 2 : Document Power Point

Document téléaccessible à l'adresse

https://luigiflora.files.wordpress.com/2014/01/acfas_16052014_dcgp.pdf

<https://luigiflora.wordpress.com/2014/01/12/les-publications-multimedias-reprenant-mes-travaux/>

**Image illustrant le partenariat patient partenaire :
une co-construction**



Travailler en partenariat : Conditions du succès

Flora, L., Karazivian, P., Dumez, V., Berkesse, A. 2014. Diapositive 4 [3]

Conférence #6 : Le virage patient partenaire : quelles pratiques mettent en œuvre les patients ?

Présentée par Marie-Pascale Pomey, MD, PhD en santé publique

Une équipe de chercheur sous la responsabilité du Dr Marie-Pascale Pomey a cherché à découvrir les variables, les éléments qui favorisaient chez les patients partenaires de soins (patients atteints de maladie chronique), l'établissement d'une relation de partenariat entre ce patient partenaire et l'équipe des professionnels de la santé responsables de ces soins.

En 2013, les chercheurs ont mené 10 entrevues auprès de patients formateurs. Ces entrevues étaient d'une durée de 60 à 90 minutes. Les personnes interrogées vivaient avec une maladie chronique pendant une période s'étendant de 4 à 23 ans.

[3] Ibid. Diapositive 4 : Document Power Point

Document téléaccessible à l'adresse

https://luigiflora.files.wordpress.com/2014/01/acfas_16052014_dcpp.pdf

<https://luigiflora.wordpress.com/2014/01/12/les-publications-multimedias-reprenant-mes-travaux/>

À la suite de l'analyse des entrevues, trois catégories de pratique sont ressorties chez les patients partenaires :

- **une de l'ordre de l'apprentissage ;**
- **une deuxième de l'ordre de l'évaluation et ;**
- **une troisième de l'ordre de l'adaptation.**

En résumé, le patient partenaire de soins souhaite s'impliquer auprès de l'équipe des professionnels de la santé dans la prise des décisions qui concerne ses soins. Il désire aussi communiquer efficacement avec l'équipe de soins pour ainsi favoriser l'instauration d'une relation de l'ordre du partenariat avec les professionnels de la santé avec qui il interagit.

Pour favoriser cela, les chercheurs ont décodé que le patient partenaire de soins utilisait diverses compétences, diverses pratiques d'apprentissages qui favorisaient ce partenariat.

- **Les pratiques de l'ordre de l'apprentissage**

Ils sont de deux ordres :

Premièrement, du domaine des connaissances.

Le patient partenaire connaît sa maladie car il s'y intéresse sincèrement. Il est capable de se documenter à l'aide d'Internet, de lecture d'articles, de présentations à des congrès.

Deuxièmement, du domaine de la technique

Il est capable d'utiliser son savoir expérientiel pour se renseigner et comparer les techniques utilisées par les professionnels de la santé et au besoin suggérer de changer une technique de soins offerte par un professionnel par une technique d'intervention plus adéquate.

- **Les pratiques de l'ordre de l'évaluation**

Les entrevues ont démontré que le patient partenaire est capable d'utiliser l'action d'évaluer pour valider son appréciation du travail d'un professionnel de soins. Le professionnel de soins peut être

évalué pour ses connaissances scientifiques et médicales, pour ses compétences techniques et pour ses compétences relationnelles.

Par exemple, si un patient est insatisfait de l'écoute d'un professionnel de soins, il est capable de communiquer pacifiquement au professionnel son insatisfaction et amener celui-ci à changer son comportement.

- **Les pratiques de l'ordre de l'adaptation**

Selon l'évaluation qu'il fera du professionnel de la santé et l'évaluation qu'il fera de sa situation, le patient partenaire saura s'adapter et faire des choix. Par exemple, faire le choix de laisser au professionnel la responsabilité de s'occuper de lui. À d'autres moments, le patient partenaire de soins jugera qu'il est préférable de sélectionner et de choisir un autre professionnel de la santé à qui confier sa santé.

Fait intéressant, les chercheurs ont découvert que le partenariat de soins s'applique chez le patient partenaire même si le professionnel de soins ne valorise pas un partenariat réciproque entre le professionnel de la santé et le partenaire de soins.

En conclusion, Mme Pomey indique que le patient partenaire apprend, se documente pour mieux connaître sa maladie. Puis il est capable d'évaluer et d'adapter sa communication, sa relation avec les professionnels de soins pour favoriser le partage d'informations. Il est capable d'utiliser son savoir expérientiel pour discuter des techniques de soins avec le professionnel soignant.

Enfin, le patient partenaire est capable de jugement et ainsi d'adapter des éléments de sa prestation de soins. Par exemple, sa mobilisation ou non vers un professionnel de la santé, sa mobilisation ou non vers un traitement proposé par un professionnel de la santé, même la qualité de ces relations, de ces interactions avec son équipe de soins seront évalués et pourront faire l'objet d'adaptation.

Les éléments de connaissance qui sont ressortis de l'étude seront enseignés aux professionnels de la santé étudiant à l'Université de Montréal, pour ainsi changer un paradigme chez les futurs professionnels de soins, soit d'amener ceux-ci à passer du statut d'experts en soins, à partenaires de soins.

Un médecin habitué à être un expert de soins pourrait réagir avec agressivité au contact d'un patient expert de sa maladie, capable de prendre soin de lui sans être pris par la main, ce qui explique que l'on enseigne aux futurs professionnels de la santé ce nouveau paradigme.

Le patient fait partie intégrante de l'équipe de soins, il est capable d'autonomie et le professionnel de la santé doit adapter sa pratique en considérant qu'il doit passer du statut d'un professionnel de la santé expert de soins à membre de l'équipe de professionnel de la santé, partenaire de soins, partenaire de soins qui inclut le patient partenaire.

Conférence #7 : Le test de concordance de script (TCS) pour pousser plus à fond la réflexion sur le partenariat patient

Atelier animé par Luigi Flora, PhD ED., chercheur et conseiller pédagogique

Luigi Flora a soutenu une thèse de doctorat en sciences de l'éducation en 2012, à Paris. Il a réfléchi sur la façon dont les connaissances personnelles de la maladie et de la vie avec une maladie chronique pourraient être présentées à un professionnel de la santé en formation au travers du parcours d'autres patients en situation de patients formateurs qu'il a observé durant six ans.

Monsieur Flora est lui-même patient et à ce titre avait ce regard de l'intérieur lui permettant lors des entretiens d'approfondir avec les patients ce qui procédait de leur parcours et c'est ainsi qu'il a identifié un certain nombre de compétences communes.

Sa thèse était intitulée Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé

Le patient partenaire peut sous certaines conditions occuper plusieurs rôles : le patient coach, le patient ressource (soins), le patient cochercheur (recherche), le patient formateur (éducation). [4]

Monsieur Flora a élaboré sur les compétences que le patient partenaire doit maîtriser pour faciliter ses relations avec les professionnels de santé, soins, services. Dans une situation où un problème est bien défini, le savoir académique (les compétences techniques) peut être facilement mesuré par des questions à choix multiples ou des questions à réponses ouvertes.

Une réponse pourrait comporter plusieurs solutions, plusieurs nuances qualitatives

Mais, dans un contexte où le problème à résoudre tient du savoir expérientiel, une réponse pourrait comporter plusieurs solutions, plusieurs nuances qualitatives, on utilise pour mesurer les compétences dites « **professionnelles** » de l'apprenant, les vignettes de test de concordance de script (TCS) ou de jugement (TCJ).

Ces tests ont été développés par Bernard Charlin de l'Université de Montréal dans le cadre du raisonnement clinique pour l'éducation médicale. Ce sont ces tests qui ont été adaptés par Luigi Flora

en articulation avec le référentiel de compétences de patients partenaires identifiés. Ils permettent de mesurer la capacité de raisonnement en contexte d'incertitude. [5]

Plusieurs réponses pourraient être valables pour mesurer une donnée mais certaines réponses pourraient être plus valables que d'autres. Ainsi un panel d'experts apporte plusieurs réponses possibles à des problèmes tout en y apportant une variété de nuances.

Ce sont les réponses que pourraient apporter un spécialiste de la question, cela pour bâtir une vignette. Les réponses nuancées sont associées à une valeur de type Likert de cinq variables (de -2 à +2).

À la suite de la lecture de la vignette éducative par l'apprenant, plus la réponse nuancée choisie par le candidat se rapproche de celle favorisée par le panel d'experts, plus cette réponse se rapproche de la notation +2.

Le conférencier a présenté l'exemple qui suit pour illustrer l'utilisation d'un test de concordance de script pour mesurer le savoir expérientiel d'un patient partenaire.

[4] Flora, L. (2013). Le patient formateur dans le système de santé : méthodologie de recherche dans le cadre d'une thèse en sciences de l'éducation in Du singulier à l'universel. Recherches Qualitatives, Hors Série (n15), pp. 166-185.

http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Flora.pdf

[5] <http://www.cpass.umontreal.ca/recherche-et-developpement/test-de-concordance-de-script-/decouvrir-le-tcs.html>

**TCS 9 : Lors de votre vie avec la maladie,
vous avez été amené à vivre un nouvel épisode aigu**

Pertinence	-1	0	+1	+2
En mettant en place une attitude, un comportement déjà expérimenté lors d'un épisode précédent			X	
Par une attitude d'auto observation qui vous permette de relater cela avec les professionnels de la santé que vous allez être amené à rencontrer prochainement				
En expérimentant des comportements qui pourraient avoir une influence sur cet épisode				
En vous appuyant sur des proches				
En allant chercher de l'expérience d'un autre malade (un pair) sur internet				
Je ne pense pas avoir identifié ou mobilisé de savoirs expérientiels				
Comment, à cette occasion, avez-vous sollicité un savoir expérientiel ?				
Pertinence	-1	0	+1	+2
En mettant en place une attitude, un comportement déjà expérimenté lors d'un épisode précédent			X	
Par une attitude d'auto observation qui vous permette de relater cela avec les professionnels de la santé que vous allez être amené à rencontrer prochainement				
En expérimentant des comportements qui pourraient avoir une influence sur cet épisode				
En vous appuyant sur des proches				
En allant chercher de l'expérience d'un autre malade (un pair) sur internet				
Je ne pense pas avoir identifié ou mobilisé de savoirs expérientiels				
Comment, à cette occasion, avez-vous sollicité un savoir expérientiel ?				

Affiche #1 : Quelques réflexions ethno-anthropologiques sur une dynamique de recherche participative en psychiatrie

Présentée par Mauricio Corrales, M. SC., anthropologue et Christian Ducasse, M. Ed., option carriérologie, pair assistant de recherche

Un anthropologue et un pair assistant de recherche membre d'une équipe de recherche participative ont réfléchi et échangé sur la formation à la citoyenneté ainsi que sur le travail de pair assistant de recherche au PIRAP.

Le défi pour le pair assistant de recherche est d'essayer d'avoir un regard détaché quand il rapporte ses observations sur ces deux éléments à l'anthropologue chercheur. En effet, le monde de la recherche se veut un monde au regard objectif et le pair assistant de recherche doit apprendre à délaissier son regard empreint d'émotion subjective en prenant le recul nécessaire pour apprendre à délaissier le personnel pour l'universel et permettre que son regard devienne ainsi objectif.

3- Formation :

Remise des diplômes de la première cohorte de la formation *Projet Citoyen*

Dr André Delorme, psychiatre, associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, directeur de la Direction de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Paul Dileo, commissaire adjoint au *Connecticut Department of Mental Health & Addiction Services*, ont remis conjointement des certificats de participation aux membres de la première cohorte de la formation *Projet citoyen*.



*Paul Dileo, une participante avec son diplôme de la formation du *Projet Citoyen* et Dr André Delorme*

La signification de ce certificat

Pour les participants, ce certificat vise à souligner une autonomie retrouvée, la capacité à prendre la parole dans un contexte de représentation citoyenne ou civile, une implication, une action sociale dans la communauté ; un retour aux études, une implication personnelle dans le domaine la recherche en psychiatrie sociale, etc.

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 3 : Juin 2014

1- Voyage d'étude : Délégation du Québec au Connecticut

2- Couverture d'évènement : The International Forensic Recovery Conference

3- Couverture d'évènement : Citizenship and Full Community Membership, Dr Michael Rowe, PhD

4- Couverture d'évènement : Why Creative Partnerships between Mental Health and Community Matter, Dr Madelon Baranoski, PhD

1- Voyage d'étude : Délégation du Québec au Connecticut

Les 28 et 29 mai 2014, à l'invitation du *Department of Mental Health & Addiction Services (DMHAS)* de l'État du Connecticut, une délégation du Québec est allée à Hartford et à New Haven visiter des ressources en santé mentale et assister à l'*International Forensic Recovery Conference*.



Délégation du Québec au Connecticut

L'équipe du PIRAP était représentée par Jean-François Pelletier, Julie Bordeleau et trois pairs assistant de recherche. Laurence Gaudreau Simard, travailleuse sociale, Charles Rice, directeur de AGIR en santé mentale et Michel Gilbert, coordonnateur du Centre national d'excellence en santé mentale, étaient également présents.

28 mai 2014

Visite de ressources en santé mentale

The Whiting Forensic Division of the Connecticut Valley Hospital, Whiting Maximum Security Service (Middletown, Connecticut)

Le *Whiting Forensic Division* du *CT Valley Hospital* est un hôpital à sécurité maximale spécialisé en psychiatrie légale. Il offre des services aux personnes reconnues non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux. On nous a fait visiter les différentes installations sportives : cour

intérieure, gymnase et centre de remise en forme. Les personnes ayant un problème de santé mentale ont souvent une espérance de vie moindre. On encourage donc les participants à faire de l'activité physique.

On présente ensuite diverses activités et services offerts aux patients : programme permettant de terminer ses études secondaires, bibliothèque, travail du bois et ateliers de cuisine.

Ensuite, nous avons visité une pièce où les patients agités peuvent venir se détendre et reprendre le contrôle. Cette pièce est différente d'une salle capitonnée standard car la porte demeure ouverte en tout temps, ce qui implique que les patients peuvent entrer et sortir à leur guise. Également, de manière générale les patients ne sont pas enfermés ni attachés dans cette pièce. Des mesures plus sévères peuvent cependant être utilisées dans certains cas.

The Whiting Forensic Division of the CT Valley Hospital, Dutcher Enhanced Security Service (Dutcher Hall) Middletown, Connecticut

Tout comme le *Whiting Maximum Security Service*, le *Dutcher Hall* est un hôpital spécialisé en psychiatrie légale mais le niveau de sécurité est moins élevé.

La Promenade

La Promenade a pour objectif de reproduire à l'intérieur des murs du *Dutcher Hall* une rue commerciale, permettant ainsi aux patients de se préparer à leur retour dans la communauté. On retrouve sur la Promenade une banque, une boutique de vêtements, un café, un salon de coiffure et un dépanneur. La Promenade est fréquentée autant par les patients que le personnel de l'hôpital.

Le Programme de formation professionnelle

Environ 200 patients provenant du *Dutcher Hall* et du *Whiting Maximum Security Service* travaillent sur une base régulière dans le Programme de formation professionnelle. Les patients peuvent travailler jusqu'à dix heures par jour au café, à la bibliothèque, à la boutique de vêtements ou à la serre. Tout l'argent recueilli est remis au programme. Une partie de cet argent est utilisé pour payer le salaire des patients.

The DMHAS Jail Diversion Program (New Haven, Connecticut)

Le *DMHAS Jail Diversion Program* offre des services aux personnes ayant un problème de santé mentale qui ont été arrêtées pour des offenses mineures non violentes (ex. : atteinte à l'ordre public). L'objectif de ce programme est de traiter ces personnes dans la communauté plutôt que de les incarcérer.

Un clinicien du DHAMAS *Jail Diversion Program* est présent en permanence à la cour. Son objectif est d'obtenir du juge qu'un individu ayant des problèmes de santé mentale et ayant été arrêté puisse avoir accès à une évaluation psychiatrique plutôt que d'aller en prison. En plus d'offrir des services d'évaluation psychiatrique, le *Jail Diversion Program* offre des services de référence, de liaison à des services de santé mentale basés dans la communauté et du monitoring de l'état de santé mentale du client.

The Community Recovery Engagement Support and Treatment (CREST) Center (New Haven, Connecticut)

Le CREST Center est l'un des programmes de réintégration à la communauté offert par le DMHAS. Il est destiné aux résidents de New Haven ayant un trouble de santé mentale grave qui ont commis un délit criminel. Le site du CREST Center est situé au sein de la communauté, dans un quartier résidentiel de New Haven.

Ce programme de jour intensif offre des services de gestion de cas et différents groupes psychoéducatifs. Certains groupes sont animés par des pairs aidants, qui agissent à titre de mentors.

The Citizens Project (New Haven, Connecticut)

Le Citizens Project est un programme de la *Yale School of Medicine (Department of Psychiatry, Program for Recovery and Community Health)* et du *Connecticut Mental Health Center*. Il s'agit d'un plan d'intervention d'une durée de six mois destiné aux personnes ayant un problème de santé mentale et faisant l'objet d'accusations criminelles.

Le programme comprend des cours, du soutien individuel et du soutien de groupe donné par un pair aidant. Il comprend aussi la réalisation de projets individuels et de groupe dans la communauté.

Au cours des années, le *Citizens Project* est devenu une communauté de gens qui va au-delà des six mois du projet : les finissants du programme peuvent revenir au *Citizens Project* s'ils ont encore besoin de soutien ou tout simplement pour conserver des liens avec les autres participants.

The SIERRA Pretrial Center (New Haven, Connecticut)

Le *SIERRA Pretrial Center* est un centre d'hébergement transitionnel établi dans la communauté de New Haven. Il donne à la cour plus d'options pour la remise en liberté des gens ayant un trouble de santé mentale grave ne représentant pas un risque pour la communauté.

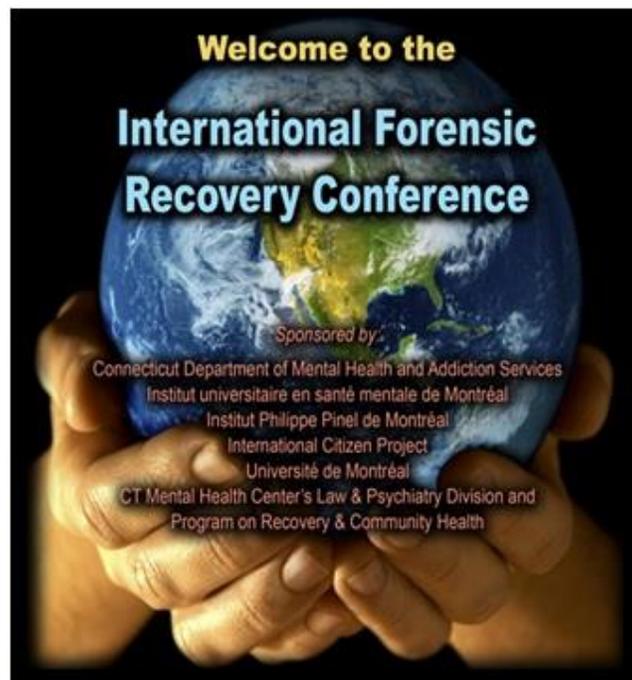
Les clients du centre sont des personnes incarcérées en attente du dépôt des accusations et pouvant être libérées dans la communauté sans risque pour celle-ci afin de participer à un programme résidentiel structuré.

2-Couverture d'événement:

The International Forensic Recovery Conference

Recovery Conference

Cette conférence, qui s'est déroulée à Rocky Hill au Connecticut, fait suite au Colloque sur le partenariat patient et interuniversitaire entre le Québec et le Connecticut s'étant tenu le 15 mai 2014 à l'Université Concordia, à Montréal, dans le cadre du 82^e Congrès de l'ACFAS.



The International Forensic Recovery Conference

Avant le début des présentations, des mots de bienvenue ont été prononcés par Nancy Wyman, lieutenant-gouverneure du Connecticut, Pedro Segarra, maire de la Ville de Hartford, Patricia Rehmer, commissaire du DMHAS, Benoît Lymberner, directeur aux affaires économiques à la Délégation du Québec à Boston et Romelo Hill du *Citizens Project*. La journée de conférence était animée par Paul J. Di Leo, directeur de l'exploitation du DMHAS.

Fostering Citizenship and Consumer's Participation in Mental Health Policy Making in Quebec and Connecticut : a Qualitative Comparative Analysis Dr Jean-François Pelletier, PhD

Dr Jean-François Pelletier, PhD, est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, chercheur au laboratoire Applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale (ARVIPL) du Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, conférencier au *Yale Program for Recovery and Community Health* et directeur du Programme international de recherche action participative (PIRAP).



Jean-François Pelletier lors de sa conférence

Cette conférence avait pour objectifs de comparer la politique de santé mentale du Québec à celle du Connecticut et de discuter d'une nouvelle approche de traitement en psychiatrie légale orientée vers la communauté. Pour terminer, il a été question d'un futur partenariat de recherche entre le Québec et le Connecticut.

Les politiques de santé mentale du Connecticut et du Québec

Afin de comparer la politique de santé mentale du Québec à celle du Connecticut, Dr Pelletier a choisi le Plan d'Action en santé mentale 2005-2010 du Gouvernement du Québec et le *Commissioner's Policy Statement No. 83* du *Department of Mental Health & Addiction Services* de l'État du Connecticut. Il débute par une brève description de ces deux politiques de santé mentale.

En 2002, le Connecticut a officiellement inclus le concept de rétablissement dans la déclaration N°83. La déclaration N° 83 définit le rétablissement, établit des objectifs permettant de développer un système de santé orienté vers le rétablissement et engage le *Department of Mental Health & Addiction Services (DMHAS)* à faire des transformations du système de santé dans tout l'État du Connecticut.

Le *Commissioner's Policy Statement* N° 83 du DMHAS souscrit à une vision élargie du rétablissement, par laquelle l'individu se développe (ou restaure) une identité positive et signifiante autre que celle liée à sa maladie. L'individu possède un sentiment d'appartenance à sa communauté et reconstruit sa vie malgré les limitations imposées par sa maladie.

Un système de soins axé sur le rétablissement identifie et développe les forces de l'individu afin qu'il puisse à nouveau avoir le sentiment d'être en contrôle de sa vie.

En 2005

Le Plan d'action en santé mentale du Québec fait de l'une de ses priorités le rétablissement de la personne dans sa globalité et le développement de moyens qui faciliteront sa participation active à la société.

En 2014

Le Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020 a proposé la mise en place de conditions permettant à l'utilisateur de services en santé mentale d'exercer sa pleine citoyenneté.

Selon Dr. Pelletier, les politiques de santé du Connecticut et du Québec ont les mêmes objectifs : accorder plus d'importance au rétablissement de la personne dans la prestation des soins et services de santé mentale et augmenter l'implication des utilisateurs de services de soins de santé mentale dans les organes décisionnels au niveau local, régional et étatique/provincial.

La différence entre les politiques du Québec et du Connecticut se situe dans la façon de faire les changements et les moyens pris pour atteindre les objectifs fixés.

La psychiatrie légale orientée vers la communauté

En psychiatrie légale, la réalité virtuelle peut être utilisée pour traiter les individus ayant des paraphilies (ex. : voyeurisme, exhibitionnisme et pédophilie), les individus auteurs d'infraction sexuelles, un trouble psychotique ou une personnalité antisociale.

Le laboratoire Applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale (ARVIPL) du Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal veut optimiser la réadaptation de ces individus et la protection de la société.

On peut recréer à l'aide de la réalité virtuelle un quartier de Montréal pour préparer la personne à son retour dans la communauté. Des senseurs permettent de mesurer le niveau d'anxiété du patient et de déterminer ce qui peut être stressant pour lui lorsqu'il se déplace dans le quartier virtuel. La réalité

virtuelle permet ainsi d'explorer les mécanismes autorégulateurs des individus ayant un comportement violent.

Le suivi oculaire et la création d'avatars sont deux autres exemples d'utilisation de la réalité virtuelle en psychiatrie légale. Le suivi oculaire est une technique permettant de voir où le délinquant sexuel pose son regard lorsqu'il observe des personnes dans un environnement virtuel.

On peut par la suite apprendre au patient à regarder les gens dans les yeux plutôt que de fixer les organes sexuels d'un individu, par exemple. Quant à la création d'avatars virtuels, elle permet de traiter un patient ayant des hallucinations auditives ou visuelles. On demande au patient de décrire son hallucination pour ensuite créer en réalité virtuelle ce que le patient décrit pour qu'il puisse visualiser ou entendre son hallucination.

Partenariat de recherche entre le Québec et le Connecticut

Selon Dr Pelletier, il doit y avoir une synchronisation des efforts et un échange d'idées si l'on veut instaurer un partenariat de recherche entre le Connecticut et le Québec, où les usagers joueraient un rôle actif dans les recherches participatives basées dans la communauté, ce qui leur permettrait d'être les agents principaux de changement dans la recherche et dans leur démarche de rétablissement civique.

3- Couverture d'évènement:

Citizenship and Full Community Membership, Dr Michael Rowe, PhD

Dr Michael Rowe est professeur agrégé au département de psychiatrie, codirecteur du *Program for Recovery and Community Health* à la *Yale School of Medicine* et chercheur principal au *Citizens Project* du *Connecticut Mental Health Center*.



Dr Micheal Rowe lors de sa conférence

Selon Dr Rowe, la citoyenneté se définit par les liens qu'un individu entretient avec **les cinq R** suivants : **rights, responsibilities, roles, resources** et **relationships** (que l'on peut traduire par droits, responsabilités, rôles, ressources et relations).

Les **cinq R** sont présents dans les liens qu'entretiennent les citoyens avec les institutions publiques et sociales présentes dans la société et dans le fait de vivre ensemble. Un lien solide avec les **cinq R** donne aux citoyens une certaine dignité et un sentiment d'appartenance à leur communauté.

Dr Rowe discute ensuite de la différence entre la citoyenneté et le rétablissement. Selon lui, le rétablissement est un concept un peu plus individualiste que la citoyenneté, qui est un concept un peu plus social que le rétablissement.

Toutefois, il ne faut pas oublier que le rétablissement est à la fois un concept social et individuel. On peut donc considérer que la citoyenneté et le rétablissement sont deux concepts apparentés. Ensemble, ils soutiennent la vie en communauté pour les personnes ayant un problème de santé mentale.

4- Couverture d'événement :

Why Creative Partnerships between Mental Health and Community Matter, Dr Madelon Baranoski, PhD

Dr Madelon Baranoski, PhD est professeure agrégée à la *Yale University, Law and Psychiatry Division* et directrice du *New Haven Diversion Project au Connecticut Mental Health Center*.

Pour faire suite aux propos de Dr Rowe, Dr Baranoski débute son discours en rappelant que le rétablissement civique est un concept important pour les personnes ayant un problème de santé mentale mais aussi pour la communauté : il est avantageux sur le plan économique, il rend la société plus juste et améliore le bien-être, la santé et la sécurité de la communauté. Cependant, il ne faut pas oublier les personnes pour qui le rétablissement n'est pas encore une réalité. On ne peut pas créer de citoyens de second ordre.

Santé mentale et société

Lorsque surviennent des tueries comme celle de Newtown, le public peut finir par croire que rien ne peut être fait pour prévenir ces tragédies. Mais il ne faut pas oublier que beaucoup de drames semblables ont sûrement déjà été évités grâce aux services et soins de santé mentale.

Ainsi, il ne faut pas se limiter à analyser ce qui ne fonctionne pas dans le système. Il faut penser à tout ce qui fonctionne mais qui est improuvable. Il faudrait donc pouvoir mesurer quand le système de soins de santé mentale est efficace. À cet effet, Dr Baranoski suggère d'identifier les marqueurs d'une communauté en santé.

On doit se demander pourquoi la société pense que la maladie mentale est la cause des tueries plutôt qu'une conséquence d'un accès difficile à des soins de santé, celle d'un accès facile à des armes à feu ou encore la conséquence de présence de discours discriminatoires et insultants sur Internet.

Autres présentations de la journée

Kimberly Guy, pair aidante au *Citizens Project*, a parlé de l'importance de modifier le processus de demande de pardon pour les personnes ayant été incarcérées afin qu'elles puissent avoir plus facilement accès à l'emploi.

Dr Chyrell Bellamy, professeur à Yale faisant également partie de l'équipe du *Citizens Project*, a parlé de l'importance d'impliquer les pairs chercheurs dans toutes les étapes d'une recherche participative. Dr Mike Norko, MD, directeur des services judiciaires pour le DMHAS, a présenté l'ensemble des services de psychiatrie légale offerts dans l'État du Connecticut.

Ensuite, Ronna Keil, directrice des affaires communautaires et du rétablissement au DMHAS a rappelé aux praticiens qu'il faut toujours traiter les patients avec respect et humanité.

Finalement, Gerardo Sorkin de *Córdoba*, en Argentine, a parlé d'un échange culturel ayant eu lieu entre le groupe *The Connection Inc.* et l'*Asociación Civil Transformadora*, une organisation à but non lucratif qui travaille avec les familles de personnes ayant un trouble mental. L'échange a permis à des employés hispanophones du groupe *The Connection Inc.* d'apprendre des techniques expérientielles leur permettant de mieux prendre soin des patients en santé mentale.

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 4 : Juillet 2014

[1- Couverture d'événement : Le trouble d'anxiété généralisé \(TAG\)](#)

[2- Couverture d'événement : Les troubles obsessionnels-compulsifs \(TOC\)](#)

1- Couverture d'événement : Le trouble d'anxiété généralisé (TAG)

La conférence intitulée *Faire face aux inquiétudes excessives* a été présentée le 5 juin 2014 par madame Pascale Harvey, psychologue à la Clinique des troubles anxieux et de l'humeur de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et madame Vedrana Ikić, doctorante en psychologie à l'UQAM, projet de recherche sur le traitement de l'anxiété et coordonnatrice au Centre d'étude sur le trauma de l'IUSMM.



Historique

On choisit de commencer par l'historique du diagnostic parce que c'est un diagnostic qui a beaucoup changé depuis sa première apparition dans le DSM.

Il est arrivé en 1980 dans le DSM 3. On parlait alors de névrose anxieuse, inspirée de l'approche freudienne. On parlait d'anxiété diffuse accompagnée de panique. Les symptômes sont : tension motrice, hyperactivité du système nerveux autonome, appréhension et vigilance. À l'époque on ne donnait pas le diagnostic TAG (trouble anxieux généralisé) s'il y avait présence de trouble panique, de phobies ou de TOC (trouble obsessionnel compulsif).

Sept ans plus tard, dans la version révisée du DSM 3-R, on précise un peu plus le TAG. On parle alors d'anxiété de souci injustifié et excessif qui concerne au moins deux domaines de la vie comme par exemple la famille ou le travail. On précise que les soucis sont présents plus d'une journée sur deux pendant une période d'au moins six mois. Le trouble devient plus chronique que dans la version précédente du DSM. Cette fois, pour donner un diagnostic de TAG, il faut au moins 6 symptômes sur 18.

Après ces deux versions, il a été constaté qui était difficile d'y avoir une fiabilité diagnostique, c'est-à-dire qu'un professionnel de la santé pouvait voir un TAG alors que pour un autre ce n'était pas si clair. Donc les critères n'étaient pas assez précis.

La nouvelle conception du TAG est maintenant celle précisée dans le DSM 4. On parle maintenant d'anxiété et d'inquiétudes excessives. En termes de fréquence, c'est encore plus d'une journée sur deux pendant une période d'au moins six mois. Le TAG est donc essentiellement une difficulté à contrôler ses inquiétudes.

Pour les symptômes physique cette fois-ci, on retrouve agitation, tensions musculaires, fatigabilité, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés de sommeil. Pour poser le diagnostic il faut donc au moins trois pendant lesquels les six symptômes précédents apparaissent.

Les caractéristiques du TAG

Ce qui est central, c'est l'inquiétude. L'inquiétude est donc un enchaînement de pensées au sujet d'événements négatifs futurs. Les personnes qui ont tendance à anticiper vont avoir des manifestations physiques d'anxiété. L'anxiété est définie par un malaise qui peut varier en intensité et en fréquence. Si le thème a une importance spécifique pour la personne atteinte, l'anxiété peut se transformer en crise de panique.

Les principaux thèmes d'inquiétude présents dans le TAG

L'inquiétude est un phénomène universel. Tout le monde peut avoir des inquiétudes qui se retrouvent dans la liste qui va suivre. La différence quand les inquiétudes deviennent pathologiques, c'est quand celles-ci se manifestent une journée sur deux pendant une durée de six mois.

Les principaux thèmes sont :

- Travail, études ;
- Familles ;
- Finances ;
- Relations interpersonnelles ;
- Santé (soi) ;
- Santé (proche) ;
- Communauté/affaires mondiales ;
- Choses mineures ;
- Événements futurs peu probables.

L'anxiété se manifeste par l'enchaînement de scénarios. Celui-ci se construit avec au départ la notion de « Si » qui amène un enchaînement d'idées sur des événements négatifs et peu probables. On parle de projection dans le futur. Autre particularité : l'inquiétude pour des choses mineures du quotidien.

Les conséquences du TAG :

- Démoralisation ;
- Épuisement ;
- Difficulté à profiter des moments présents avec la famille, les amis, etc... (ne pas être dans le moment présent) ;
- Baisse de productivité au travail ;
- Diminution de la qualité de vie.

On précise que pour qu'il y ait un diagnostic de TAG, il faut qu'il y ait un dysfonctionnement, une détresse.

En termes de prévalence, il a été démontré que 5 % des gens peuvent avoir un diagnostic de TAG au cours de leur vie. Sur un an, on parle de 3 %. Le TAG est le trouble anxieux le plus fréquemment rencontré dans les services de première ligne (CLSC, médecin de famille). Il y a deux fois plus de femmes que d'hommes qui sont sujet au TAG.

Développement du TAG

Quand on demande aux personnes atteintes d'un TAG depuis combien de temps ils ont commencé à s'inquiéter, ils répondent qu'ils ont toujours été anxieux.

C'est donc souvent un trouble qui commence assez tôt dans l'adolescence pour le deux tiers des gens, surtout pour ceux à qui on demande beaucoup de responsabilités comme par exemple l'entrée à l'école secondaire, l'arrivée sur le marché du travail ou autres. Il y a aussi une prévalence chez les 35 à 55 ans. On l'associe avec la coïncidence d'un événement stressant dans la vie de la personne. C'est aussi le trouble anxieux le plus répandu chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

Il n'y a pas un seul facteur du TAG, c'est une interaction d'éléments. Ils sont de type neurobiologique/génétique, cognitif et comportemental. Il y aurait des gens qui auraient une prévalence à l'incertitude. Ils peuvent même aller jusqu'à trouver une utilité à être inquiets en disant qu'ils sont alors mieux préparés aux événements futurs.

Le TAG est souvent accompagné d'autres troubles de l'humeur comme la dépression majeure, la phobie sociale, les troubles de panique, la dysthymie et autres phobies spécifiques. Il y a alors comorbidité. Le TAG peut aussi s'accompagner de troubles de la personnalité et de certaines douleurs physiques comme les maux de tête ou des douleurs à la poitrine.

Le problème est que des gens rapportent des inquiétudes qui peuvent être en lien avec d'autres troubles. Il est donc important de faire la distinction entre ce qui relève du TAG et ce qui relève d'un autre type de problème. Le fait est que les gens vont se plaindre davantage de problèmes somatiques et le lien avec le TAG n'est pas toujours évident. De plus, les gens tendent à dire que leur propension à l'inquiétude est en fait un trait de personnalité.

Diagnostic différentiel : comment différencier le TAG des autres troubles anxieux ?

Anxiété sociale versus TAG :

- L'anxiété sociale sera attribuée à des situations sociales. Le TAG par contre veut que la personne se soucie de ce qu'elle va dire et de savoir comment l'autre va accueillir ce qu'elle a à dire ;
- Elle n'a pas nécessairement peur de prendre la parole mais par la suite elle se demandera si elle a bien fait de dire telle ou telle chose, si elle a eu l'air ridicule, etc... ;
- Les anxieux sociaux feront de l'inquiétude avant ou pendant les situations problématiques. Pour le TAG, l'inquiétude vient après.

TOC versus TAG

Les personnes souffrant de TOC ont des images ou des scénarios qui vont les amener à poser des vérifications. Il y a la même composante chez la personne qui a un TAG mais ce ne sera pas pour les mêmes raisons. La raison des gestes compulsifs s'explique par un besoin de prévenir un futur événement négatif.

TAG versus hypocondrie

Le thème principal de l'hypocondrie c'est bien sûr la santé, thème que l'on retrouve aussi chez les TAG. L'hypocondriaque a la conviction d'être malade et va consulter plusieurs professionnels. Mais même après que l'hypocondriaque se soit fait dire qu'il n'a rien, il reste convaincu qu'il est malade. Le TAG a la même crainte, mais, une fois rassuré, il n'aura pas tendance à persister dans son inquiétude.

Trouble d'adaptation versus TAG

Ce trouble se caractérise par le fait que l'anxiété est causée par un événement en particulier (déménagement, maladie dans la famille, etc.). Pour départager le TAG du trouble d'adaptation, il faut se poser la question à savoir si on enlève l'événement stressant, est-ce que l'inquiétude est toujours présente ? La personne qui a un TAG répondra qu'alors elle s'inquiétera d'autre chose.

TAG versus Trouble de la personnalité (TP)

Chez les personnalités histrioniques et narcissiques, les inquiétudes tournent beaucoup autour de soi-même, de la personne même. Les obsessionnels compulsifs s'en feront pour leur performance, ils seront très perfectionnistes. Les TAG n'ont pas de thèmes préférés en particulier, leurs inquiétudes sont de nature diffuse.

Intervention

Le TAG est une maladie chronique qui passe aisément pour un trait de personnalité et donc les gens peuvent passer entre cinq et dix ans avant de consulter.

Un des traitements qui fonctionnent bien c'est la pharmacothérapie. On parle de benzodiazépines, de Buspirone, autres antidépresseurs et neuroleptiques.

Le traitement de Dugas

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de ce traitement de type cognitivo-comportemental.

Il y a six composantes à ce traitement :

- Se renseigner sur les croyances dues au fait de s'inquiéter ;
- Améliorer la tolérance à l'incertitude ;
- Aider à faire de la résolution de problèmes ;
- S'exposer à l'inquiétude ;
- Prévention de rechute.

Il faut que le patient prenne conscience de la fréquence, des circonstances et du contenu de ses inquiétudes.

Les inquiétudes répertoriées chez les TAG sont de deux types :

- Réel
- Irréel

Par la suite on veut questionner l'utilité du fait de s'inquiéter. Faire la liste des avantages et inconvénients. Mettre en évidence les croyances quant à l'utilité de s'inquiéter. Le TAG a de la difficulté à gérer les incertitudes de la vie courante. On veut améliorer la tolérance à l'incertitude. Pour ce faire, il faut lui faire réaliser ce que la crainte de l'incertitude leur fait vivre.

On dénote aussi deux groupes de réaction lorsque soumis aux inquiétudes soit la surréaction ou encore l'évitement. Par la suite, on préconise dans le traitement le passage à l'action. Par exemple, ceux qui cherchent à fuir devront se pousser eux-mêmes vers l'action. Suivra donc la motivation amenée par l'action.

La résolution de problèmes

Les TAG doivent donc focaliser sur des problèmes réels et non fictifs. L'un des écueils est la réaction aux difficultés, celle-ci pouvant être inefficace. On constate aussi de mauvaises habiletés à la régulation de problèmes.

Il est alors proposé à la personne prise avec un TAG de se pencher sur un des problèmes de la vie quotidienne pour le décortiquer avec des outils pour que par la suite, il puisse utiliser ces mêmes outils dans la vie de tous les jours et ainsi de réduire l'anxiété.

S'exposer à ses inquiétudes

On cherche à cibler des inquiétudes hypothétiques. Par la suite on demande à la personne atteinte d'un TAG de reconnaître ses inquiétudes, d'écrire son scénario, vivre le scénario pour ensuite s'y habituer et réévaluer la probabilité que le dit scénario survienne. On recommande de ne pas appliquer ce traitement à des gens superstitieux qui croient que le fait de penser à quelque chose fera en sorte que la chose va réellement arriver.

Bilan et prévention de la ressource

On rappelle à la personne les composantes du traitement, on identifie les situations à risque d'augmenter les inquiétudes et on essaie de normaliser les rechutes.

Quoi faire si un proche présente des symptômes de TAG ?

- Ne pas juger ni critiquer ;
- Avoir une attitude de soutien ;
- Être attentif à la recherche de réassurance ;
- Ne pas surprotéger ;

- Être attentif à nos propres émotions ;
- Référer à un professionnel.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://new.livestream.com/santementalemtl/anxieux>

2- Couverture d'événement : Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)

Le 16 avril 2014, Mme Natalia Koszegi a présenté une conférence à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) intitulée *Les troubles obsessionnels compulsifs, souffrance réelle ou fictive ?*

Mme Koszegi travaille comme psychologue et coordonnatrice clinique au Centre d'études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics (CETOC).

Introduction

Les troubles obsessionnels compulsifs comprennent, entre autre, les troubles obsessionnels compulsifs proprement dits, les tics chroniques, comme ceux du syndrome de Gilles de la Tourette, les troubles d'accumulation compulsives, et la peur d'une dysmorphie corporelle.

Le trouble obsessionnel-compulsif à travers le temps

Le mot **obsession** vient du verbe latin *obsidere* qui, en langage militaire du 15^e siècle, signifie *assiéger*. Au 17^e siècle, les prêtres voient l'obsession comme des tourments exercés par l'extérieur par opposition à la **possession**. On parle aussi de mélancolie religieuse.

Au 19^e siècle, la médecine voit l'**obsession** comme la manifestation de **troubles compulsifs**. Un peu plus tard, la science y connaît de grands développements qui inaugurent la naissance de la psychiatrie. On passe de **fou** à **malade**. Freud la catalogue comme une **névrose obsessionnelle**. En 1909, Pierre Janet définit l'**obsession** comme une baisse de tensions psychologiques et nerveuses qui entraîne la perte de la fonction du réel.

L'époque victorienne, qui se déroule de 1832 à 1901, la perçoit comme la manifestation du mauvais qu'il fallait supprimer. Au 20^e siècle, elle est abordée selon des thèmes cognitifs-comportementaux par les psychologues, par la pharmacothérapie et les traitements neurochirurgicaux. En pharmacie, elle est traitée par des antidépresseurs et en neurochirurgie par diverses techniques dont la stimulation intracrânienne.

Les TOC présentent des symptômes d'obsession et de compulsions combinées, cela durant une période plus ou moins longue. L'obsession est caractérisée par la présence de pensées, d'images ou d'impulsions (sensations de forces non contrôlées). Elles sont vécues comme intrusives, répétitives, non désirées et désagréables.

Par exemple, la personne peut croire avoir oublié d'éteindre l'élément chauffant de la cuisinière. Cette pensée obsessionnelle peut provoquer la peur d'un incendie possible. Ces TOC peuvent s'accompagner d'autres maladies mentales, notamment la dépression.

La compulsion est la manifestation d'un acte physique ou mental exécuté de façon répétée et/ou ritualisée. Pour ne pas connaître ces actions, la personne peut éviter certains lieux, certains objets ou certaines personnes qui pourraient déclencher ces symptômes.

Le sujet cherche à neutraliser ces phénomènes par évitement dans le but de réduire l'anxiété et d'éloigner de lui ces pensées. Il peut analyser les pensées pour tenter de les contrôler.

Le TOC est diagnostiqué lorsque la personne ressent de la souffrance qui peut être très sévère. Cette souffrance entraîne généralement des comportements qui amènent la personne à perdre au moins une heure de son temps par jour. Des statistiques démontrent que le phénomène se manifeste pour une personne sur quarante. Légèrement plus de femmes que d'hommes en souffrent.

Le TOC peut engendrer l'isolement et provoquer des tensions dans les relations interpersonnelles, familiales ou professionnelles. Les études qui portent sur l'aspect génétique du TOC s'entendent pour dire que l'hérédité est en partie responsable du TOC mais pas en totalité.

Les travaux du CETOCT ont fait ressortir que plusieurs individus craignent d'accomplir un geste néfaste et qu'ils ne tiennent pas compte des évidences puisqu'ils se fient davantage à leur imaginaire. Le type de TOC qu'ils développeront dépendra d'un thème qui leur est personnel et qui touche quelque chose qui est important voire capital. Par exemple une mère qui est très attachée à son nouveau-né pourrait avoir peur de l'agresser malgré elle ou encore une personne très religieuse pourrait craindre de blasphémer.

Les TOC se traitent soit par des médicaments, des psychothérapies ou une combinaison des deux. La neurochirurgie n'est utilisée qu'en dernier recours. La médecine se sert d'antidépresseurs que l'on administre au début à faible dose. On augmente ensuite progressivement cette dose.

Les psychothérapies, dont la thérapie cognitivo-comportementale, peuvent aussi être appliquées. Les techniques utilisées peuvent être l'exposition graduelle aux situations TOC où l'on s'efforce de ne pas faire de compulsions. Il y a remise en question de certaines croyances et changement des mécanismes qui maintiennent la **façon de penser** et qui sont responsables du TOC.

La remise en question de certaines croyances peut s'effectuer en questionnant la surestimation du danger et des conséquences éventuelles. Cette remise en question peut aussi s'accompagner de l'apprentissage de la tolérance à l'incertitude et l'acceptation que vivre sa vie implique par essence une certaine incertitude. De la même façon, une remise en question de ses propres responsabilités peut être abordée en mettant l'accent sur sa véritable responsabilité.

Les changements des mécanismes ou façons de penser typiques du TOC peuvent se faire en apprenant à se fier à ce qui est « là », devant nous, réel autrement dit et en apprenant également à ne pas se laisser envahir par des possibilités imaginées. Des moyens pour « revenir » sont aussi proposés.

Si l'on croit avoir des TOC, il faut le vérifier et le faire corroborer par le diagnostic d'un spécialiste pour ensuite se faire aider. Les thérapies sont efficaces. Pour obtenir de l'aide et se documenter, on peut retrouver certaines informations sur Internet, consulter un psychologue, un psychiatre, un CLSC, un hôpital, des livres ou participer à un groupe d'entraide.

Le Centre d'études sur les troubles obsessionnels compulsifs et les tics (CETOCT)

<http://www.iusmm.ca/cetoc.html>

La Fédération québécoise des troubles obsessionnels compulsifs (FQTOC)

<http://www.fqtoc.com/>

Action on mental illness (amiquébec)

www.amiquebec.org/support-groups/

Voir l'intégrale de la conférence

<http://new.livestream.com/santementalemtl/toc>

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 5 : Août 2014

[1- Couverture d'événement : Petite histoire sur la citoyenneté, par Michael Rowe](#)

[2- Rapports mensuels : Participants au programme PAAS-Action d'avril à juillet 2014](#)

1- Couverture d'événement:
Petite histoire sur la citoyenneté, par Michael Rowe

Petite histoire sur la citoyenneté, par Michael Rowe, à la 4^e Rencontres internationales du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, à Lille, en France, le 30 janvier 2014.



Jean-François Pelletier et Michael Rowe

Voici une petite histoire sur la citoyenneté et la santé mentale, racontée par Michael Rowe lors des 4^e Rencontres internationales du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, à Lille, en France, le 30 janvier 2014.

Jim (nom fictif) a grandi à Pittsburgh, aux États-Unis, dans une famille pauvre. À 18 ans, à la suite d'un désaccord avec son père, il a été renié par sa famille. Il s'est ensuite enrôlé dans l'armée où il est resté quelques années puis il s'est mis à errer sur la côte est des États-Unis pendant des années encore. Il était aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation d'alcool.

Vers le milieu des années 1990, Jim s'est rendu dans la région de New Haven où il avait encore des liens avec sa sœur et il a vécu avec elle pendant quelques mois. Elle a malheureusement dû le mettre à la porte en raison de sa consommation d'alcool. À New Haven, Jim a vécu dans la rue, sous un pont d'autoroute, pendant deux ou trois ans. Au moment où les travailleurs de rue l'ont repéré, Michael Rowe était en charge de l'équipe du *New Haven Outreach Team*.

Jim n'était pas un homme facile d'approche. Il disait qu'il ne méritait aucune attention et que l'aide qu'on pourrait lui offrir ne pourrait pas l'aider de toute façon : « Alors, fichez-moi la paix ! », disait-il. Mais l'un de nos travailleurs de rue, notre pair aidant, le seul pair aidant à ce moment-là, a tout de

même pu établir un contact avec Jim, pour d’abord se rendre compte qu’il ne fallait pas essayer de parler à Jim tant qu’il n’était pas de bonne humeur et n’avait pas bu son premier café de la journée.

Avec le temps, Ed (nom fictif du pair aidant) a réussi à établir et entretenir un bon contact avec Jim, lequel disait toujours qu’il ne voulait pas d’aide, mais qu’il appréciait parler avec Ed. Au fil des rencontres, Ed a pu graduellement amener Jim à penser, peut-être, à se trouver un jour un logement et à se qualifier pour une rente fédérale d’invalidité.

Jim a obtenu cette rente d’invalidité, il a vu un psychiatre qui lui a prescrit des médicaments (qu’il prenait quand il en avait envie) et Ed a finalement réussi à persuader Jim d’accepter de vivre en appartement. Jim a donc déménagé dans un appartement, un jour mémorable pour les travailleurs de rue.

Un succès, certes, mais de courte durée. L’équipe était en effet en mesure d’aller à la rencontre de gens démunis sans domicile fixe, d’entrer en relation et d’établir un lien de confiance avec eux de manière à pouvoir commencer à parler des différents services et ressources qui existaient et qui pouvaient leur être offerts, pour le logement, le revenu, les traitements psychiatriques, etc.

Jim n’a pas pu rester en appartement. C’est ce qui a déclenché chez Michael Rowe une profonde réflexion sur la citoyenneté. Il était en effet devenu évident pour lui que bien que son équipe d’intervention mobile pouvait faire beaucoup de choses en travaillant avec des gens qui étaient sans abri et aux prises avec des problèmes de santé mentale, cette équipe ne parvenait pas à les aider à devenir des voisins ou des membres de la communauté, bref à devenir ou redevenir des citoyens à part entière.

Jim ne savait pas comment s’y prendre dans un logement. Il savait être sans-abri, c’était une vie difficile, mais il savait comment le faire et s’adapter à ce milieu où il avait tout de même quelques amis qui le respectaient. C’était son monde et il ne savait pas vraiment vivre autrement.

D’où l’idée de penser la citoyenneté selon le principe des « 5R » : respect des droits, responsabilités, rôles, ressources et relations.

Sans accès réel à chacun de ces déterminants, il reste en effet difficile, voire illusoire, d’être et de se sentir membre à part entière de la société.

Pour ne prendre qu’un exemple; une intervention portant sur les rôles pourrait consister, pour un groupe de personnes ayant vécu l’itinérance, à mettre à profit cette expérience pour sensibiliser des policiers en formation à ce que c’est que de vivre sans-abri avec des troubles psychiatriques, d’être dans la rue et d’être interpellé par des policiers.

Ainsi, ces personnes qui ont déjà fait l'objet d'une intervention policière deviendraient, dès lors, des formateurs de policiers pour que ces derniers puissent être plus sensibles aux tenants et aboutissants de leurs interventions auprès de cette clientèle particulièrement vulnérable.

Un nouveau programme a ainsi vu le jour afin de permettre aux gens concernés de développer leurs aptitudes par rapport aux « 5R ». Avec d'autres chercheurs du *Yale Program for Recovery & Community Health*, l'équipe de Michael Rowe a conduit une étude visant à comparer la qualité de vie des personnes ayant bénéficié de cette intervention à la citoyenneté par rapport à d'autres personnes, au profil comparable, mais ayant reçu des services de santé mentale standards.

Par rapport à ce groupe contrôle, on a observé pour le groupe expérimental une amélioration de la qualité de vie, une diminution de l'abus d'alcool et de drogue, ainsi qu'une augmentation de la satisfaction au travail pour ceux qui étaient en emploi. On a également constaté que ce projet citoyen représentait une micro-communauté au sein d'une communauté plus large.

Ce n'était pas seulement un endroit où se rendre pour apprendre à se familiariser à l'exercice de la citoyenneté pour ensuite la pratiquer dans la communauté ; c'était en soi devenu une forme de citoyenneté en action à l'intérieur d'une petite mais réelle communauté où les gens développaient et entretenaient des relations.

Dans le projet citoyen, les participants sont considérés comme des étudiants. Or, être un étudiant représente un rôle social valorisé, particulièrement pour des gens qui n'avaient pas, jusque-là, très bien réussi à prendre leur place sur des bancs d'école et qui avaient vécu des échecs scolaires répétés.

La prise de parole en groupe est un autre aspect de la reconquête d'un statut de citoyen à part entière. Le fait de pouvoir parler ouvertement de ce qui se passe dans sa vie, pas seulement de ses propres troubles psychiatriques ou des médicaments, mais comment ça allait en général, en tant que personne, s'est également avéré valorisant.

Le projet citoyen comprend également un accompagnement individualisé offert par des pairs aidants auprès de ces personnes atteintes de troubles psychiatriques mais n'étant souvent pas elles-mêmes engagées dans un traitement et présentant des antécédents judiciaires.

Ce qu'ils ont pu observer dans ce projet, c'est que les pairs aidants ont une capacité particulièrement efficace d'entrer en relation et de connecter avec des personnes parmi les plus désengagées face aux traitements habituels.

Moins les personnes suivaient de tels traitements, plus les pairs aidants étaient à même d'entrer en contact avec elles et de les motiver à éventuellement bénéficier de services de santé mentale et à prendre part à des groupes d'entraide. Ceci est une autre illustration de la possibilité pour un projet citoyen de représenter une micro-communauté aux propriétés bénéfiques.

2- Rapports mensuels :

Participants au programme PAAS-Action d'avril à juillet 2014

Avril 2014

Les membres du PIRAP ont développé leur capacité à accueillir les nouveaux et faire en sorte qu'ils se sentent à l'aise. Un nouveau participant s'est bien intégré à l'équipe et il fait d'excellentes traductions. Il a affirmé qu'il appréciait beaucoup faire partie de l'équipe. À ce stade-ci, le groupe a gagné une grande autonomie pour la préparation et la tenue des rencontres du lundi matin.

Ils préparent l'ordre du jour et le compte-rendu. Ils choisissent les conférenciers qui leur permettraient de se familiariser davantage avec le monde du travail et ils effectuent les démarches pour les inviter à faire une présentation. Ils ciblent des conférenciers qui vont répondre directement à leurs besoins d'information.

À preuve, le chef de service de la dotation et de la rémunération, à la Direction des ressources humaines de l'Institut, est venu les entretenir à deux reprises sur la façon de se présenter lors d'une entrevue, lorsqu'une personne vit avec un problème de santé mentale, afin d'améliorer ses chances d'être embauchée.

De plus, nous constatons que les travaux issus du PIRAP ont un impact profond sur l'ensemble de l'Institut, en ce sens que le questionnaire d'embauche sera entièrement revu car il est jugé discriminatoire pour le moment. L'Institut adopte donc une position officielle en étant lui-même un employeur exemplaire, c'est-à-dire en employant des utilisateurs de services de santé mentale.

D'autre part, l'équipe de l'*Avancée*, relevant de la Direction du soutien à l'intégration sociale de l'Institut et qui offre des programmes de soutien aux études et au travail, est aussi venue nous entretenir des services qu'ils offrent. Nos relations se développent davantage, au profit des membres du groupe qui souhaitent bénéficier de ces services de soutien, conjointement avec nous.

Mai 2014

Ce mois-ci a été très occupé mais très enrichissant et gratifiant pour l'équipe. Nous avons participé à la préparation d'un colloque qui a eu lieu le 15 mai dans le cadre du 82^e congrès de l'ACFAS qui s'est intitulé *Vers un partenariat patient et interuniversitaire entre le Québec et le Connecticut : par et pour les personnes utilisatrices de services de santé mentale*.

Depuis quelques années déjà, le Québec (PIRAP, IUSMM) et le Connecticut (Yale, DMHAS) collaborent pour favoriser l'évolution d'un système de santé mentale qui préconise le plein exercice de la citoyenneté. Le *Citizen Project* et le *Projet citoyen* en sont des exemples et ont été présentés chacun par les patients partenaires, de Yale, d'une part et du PIRAP, d'autre part.

En effet, nous avons accueilli le 14 et 15 mai une délégation composée de chercheurs et d'usagers rattachés à Yale ainsi que des représentants d'instances gouvernementales, telles que le *Department of Mental Health and Addiction Services* (DMHAS).

Le 15 mai fut aussi l'occasion pour les étudiants du *Projet citoyen* de recevoir formellement leur attestation de formation à la citoyenneté complétée des mains de Dr André Delorme, directeur national de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que de M. Paul J. Di Leo, commissaire adjoint au DMHAS. Ils sont très fiers d'être la première cohorte car ils ont aussi participé à coconstruire cette formation, et la trace de leur contribution sera conservée dans le manuel dédié à implanter d'autres projets citoyens ailleurs.

De plus, quelques membres de l'équipe ont eu la formidable occasion de faire partie du voyage au Connecticut (27 au 29 mai) où nous avons participé à *The International Forensic Recovery Conference*. C'était dans le cadre de notre partenariat avec nos invités, ainsi qu'avec d'autres instances gouvernementales du Connecticut.

Juin 2014

Le mois de juin a été l'occasion de remplacer la réunion du *Projet citoyen* par une réunion de travail de trois heures. Elle est nécessaire pour bien effectuer le suivi des tâches de chaque participant mais aussi pour développer notre nouvelle formule pour nos bulletins mensuels.

En effet, il a été convenu de mettre quatre rubriques différentes dans chaque bulletin et que ces rubriques soient produites de façon hebdomadaires pour alimenter notre Infolettre, notre site web et nos réseaux sociaux (*Facebook* et *Twitter*).

Une rubrique différente par semaine paraîtra dans une des catégories suivantes :

- publications ;
- présentations par affiches ;
- intégration du savoir expérientiel ;
- présentations orales ;
- liens avec la communauté ;entretiens ;
- formation ;
- couverture d'événements ;
- rapports mensuels et ;
- recherches en cours.

D'autres catégories pourront être ajoutées éventuellement mais, pour le moment, les quatre rubriques seront rassemblées à la fin du mois pour créer le bulletin qui fera environ quatre pages (trois pages de texte agrémentées de photos).

De plus, ce dernier deviendra comme une sorte de devoir, car nous souhaitons faire en sorte que les participants soient considérés comme des « **étudiants** ». Une évaluation de la qualité des bulletins sera donc mise en place, ainsi qu'un système de pointage, ce qui permettra aux « **étudiants** » de se voir attribuer des notes. Ce sera aussi une excellente façon d'apprendre et de s'améliorer en matière de rédaction.

De plus, les réunions hebdomadaires sont maintenant l'occasion de coconstruire un cours qui sera éventuellement crédité à l'Université de Montréal. Il sera coprésenté par Dr Pelletier, qui est professeur. Il a pour thème *Le partenariat patient en santé mentale et psychiatrie* et les participants, en tant que patients partenaires de recherche, se questionneront pour voir ce qu'ils aimeraient savoir concernant la maladie mentale s'ils devaient suivre un tel cours. La ligne directrice sera donc : de quelle façon peut-on présenter de l'information vulgarisée ?

Juillet 2014

Le mois de juillet a été l'occasion de tester notre formule de réunion de travail les lundis matin. Il a été décidé que nous allions utiliser la même formule que pour les réunions du *Projet citoyen*, à savoir : établissement d'un ordre du jour pour structurer nos rencontres, désignation d'un scripteur chargé de prendre des notes et de rédiger un compte-rendu de la réunion qui sera lu par tous les membres de l'équipe avant la réunion suivante et qui sera adopté par la suite.

Nous avons établi un calendrier des scripteurs afin de favoriser la rotation pour que tous aient l'opportunité de s'exercer en ce sens, surtout que nous avons trois nouvelles personnes qui se sont jointes comme observatrices participantes afin de voir si elles sont intéressées par notre programme PAAS-Action.

Effectivement, nous préparons la relève car deux personnes vont nous quitter à la fin du mois d'août pour retourner aux études et une personne verra son contrat PAAS-Action arriver à terme à la fin d'octobre. Nous avons calculé que deux ans de participation à notre programme sont nécessaires pour développer des compétences socioprofessionnelles.

Nous sommes très heureux de constater que cela porte fruit et que deux des participants se considèrent prêts à se rapprocher du marché du travail en réalisant des études dans un domaine qui les intéressent.

Ils bénéficient du programme *Réussir* d'Emploi-Québec et des services d'une conseillère en orientation ici à l'Institut. Nous sommes confiants : ils ont développé les outils nécessaires au succès de leurs études.

D'autre part, il est nécessaire de continuer à améliorer la façon dont nous travaillons en équipe pour atteindre une « **vitesse de croisière** » dans la publication de notre bulletin, car pour le moment il est difficile de respecter les échéances de publication.

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 6 : Septembre 2014

1- Article publié : Pour nous, être citoyen à part entière, ça veut dire...

2- Article publié : Participation publique et participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en lien avec le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : leur rôle de porte-parole

3- Couverture d'événement : Soutien aux victimes d'actes criminels

4- Couverture d'événement : La psychose : traiter autrement

5- Présentation scientifique : Le Forum citoyen en santé mentale pour la transition d'un statut démarginalisé à celui de citoyen à part entière

1- Article publié :

Pour nous, être citoyen à part entière, ça veut dire...

Auteurs : Jean-François Pelletier, Denise Fortin et Julie Bordeleau.

TÉMOIGNAGE

Pour nous, être citoyens à part entière, ça veut dire...

Jean-François Pelletier^a

Denise Fortin^b

Julie Bordeleau^c

RÉSUMÉ L'un des quatre principaux chapitres du document de consultation proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en préparation du Forum national sur le Plan d'action en santé mentale 2014-2020, est consacré au plein exercice de la citoyenneté. Ce témoignage est le fruit d'un dialogue tenu

Article publié dans la revue Santé mentale au Québec, 2014, XXXIX, no 1, p. 311 à 324. [1]

Résumé

L'un des quatre principaux chapitres du document de consultation proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en préparation du Forum national sur le Plan d'action en santé mentale 2014-2020, est consacré au plein exercice de la citoyenneté.

Cette affirmation est le produit d'un tête-à-tête tenu entre la direction générale d'un institut universitaire en santé mentale québécois et d'un groupe de personnes utilisatrices de services qui prennent part au *Projet citoyen* au Centre de recherche de ce même institut. Les résultats préalables de la confirmation d'une nouvelle mesure de la citoyenneté ont été utilisés pour organiser et faire progresser ce tête-à-tête.

Cette étude de cas explique comment ébrouer des données issues d'une recherche participative et au sein de laquelle des personnes utilisatrices de services de santé mentale ont été des partenaires de recherche à part entière. Ces pairs assistants de recherche ont endossé la collecte auprès de 178 autres personnes utilisatrices de services de santé mentale qui ont répondu à l'échelle de la citoyenneté.

Ils ont aussi érigé des groupes de discussion autour des résultats préalables pour attribuer des étiquettes aux propriétés coulant des premières analyses statistiques. Ils ont ensuite eu un tête-à-tête avec la directrice générale venue s'imprégner du *Projet citoyen*, et cette affirmation atteste de la teneur de ce tête-à-tête.

[1] <http://www.erudit.org/revue/smq/2014/v39/n1/1025919ar.pdf>

2- Article publié :

Participation publique et participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en lien avec le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : leur rôle de porte-parole

Auteurs : Jean-François Pelletier, Sylvain D'Auteuil, Christian Ducasse et Lourdes Rodriguez del Barrio.

**Participation publique et participation
citoyenne des personnes utilisatrices
de services en lien avec le Plan d'action
en santé mentale 2005-2010 :
leur rôle de porte-parole**

Jean-François Pelletier^a

Sylvain D'Auteuil^b

Christian Ducasse^c

Lourdes Rodriguez del Barrio^d

■ **RÉSUMÉ** Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) en appelait à une plus grande participation des personnes utilisatrices de services de santé mentale aux instances locales, régionales et nationales du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Cet article propose un regard rétrospectif sur cette participation en lien avec le PASM. Il emprunte diverses perspectives pour faire ressortir des convergences et des tendances en se basant sur des écrits gouvernementaux et sur des recherches en cours sur la participation des usagers à de telles instances. Au cours de la période couverte, la fonction de porte-parole assumée par les

Article publié dans la revue Santé mentale au Québec, 2014, XXXIX, no. 1, p.176 à 193.

Résumé

Le (PASM) – Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 appelait à une plus grande participation des personnes utilisatrices de services de santé mentale sur les plans locaux, régionaux et nationaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Dans cet article, il est question de cette participation des personnes utilisatrices de services en rapport avec le PASM.

On discute de diverses perspectives pour faire ressortir des regroupements et des penchants en se basant sur des écrits gouvernementaux et sur des recherches en cours sur la participation des usagers à de tels recours.

Au cours de la période couverte, le rôle de la personne chargée de présenter les opinions endossées par les individus concernés s'est compliqué, particulièrement avec le changement d'une parole se manifestant à la première personne du singulier, puis à la première personne du pluriel.

La notion de participation publique s'est ainsi transformée en notion de participation citoyenne. Les conditions et modalités de participation pourraient cependant être mieux définies et plus prévisibles.

Lien pour l'article

<https://www.erudit.org/revue/smq/2014/v39/n1/1025913ar.pdf>

3- Couverture d'événement : Soutien aux victimes d'actes criminels

Le 9 avril 2014, Dr Guay et Dr Fortin ont donné une conférence à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) sur les victimes d'actes criminels violents, et particulièrement sur les victimes adultes.



Dr Stéphane Guay est titulaire d'un PhD en psychologie clinique, il est professeur agrégé à l'école de criminologie de l'Université de Montréal et il occupe au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal les postes suivants : co-directeur du Centre d'étude sur le trauma, directeur de recherche intégrée aux soins de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et directeur de l'équipe VISAGE.

Dr Christophe Fortin est titulaire d'un Ph D, il est professeur de psychologie et coordonnateur du programme de sciences humaines au Cégep régional de Lanaudière, à Terrebonne. Il est aussi stagiaire postdoctoral au Centre d'étude du trauma de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Dr Guay expliquera de quelle façon il est possible de reconstruire sa vie après avoir été victime d'un acte criminel, tandis que Dr Fortin s'intéressera à l'évaluation des coûts de santé de ces victimes.

Introduction

Un canadien sur dix a été victime d'actes criminels violents et 71 % des victimes ne le rapportent pas à la police ou aux autorités. Jusqu'à 88 % des victimes d'agressions sexuelles ne rapportent pas en avoir été victimes.

Pourquoi ce mutisme ?

1. Les gens croient que ce qu'ils ont vécu n'est pas assez important.
2. Il leur semble que la police n'aurait pas pu intervenir.

Qui sont les victimes d'actes criminels ?

- On peut penser qu'il s'agit majoritairement de personnes âgées, mais c'est une erreur :
- Les 18 à 24 ans sont 20 fois plus à risque d'être victimes d'actes criminels violents ;
- Dans le cas des agressions sexuelles, huit personnes sur dix connaissent l'agresseur;

- 97 % des agresseurs sexuels sont des hommes.

De quoi est-ce qu'on parle lorsqu'on parle d'actes criminels violents ?

1. Les agressions sexuelles (gestes sans consentement de la victime) ;
2. Les voies de faits (agressions physiques) ;
3. Les vols qualifiés.

Les conséquences sont nombreuses :

- Blessures physiques dans 2/3 des cas ;
- Conséquences sur le plan financier (les gens vont devoir s'absenter de leur travail, vont devoir payer les soins dont ils ont besoin) ;
- Conséquences sur le plan social (avoir de la difficulté à assumer leurs rôles familiaux et conjugaux) ; Blessures psychologiques ;
- Les personnes deviennent inaptes ;
- L'événement est tellement grave que le cerveau a de la difficulté à l'assimiler ;
- L'événement refait surface le jour sous forme d'images et de pensées intrusives qui causent beaucoup de détresse et la nuit sous forme de cauchemars ;
- L'évitement (les victimes évitent de retourner sur le lieu du crime, évitent d'en parler) ;
- Les victimes ont tendance à se blâmer ;
- L'hyper-activation neuro-végétative (l'activation du système nerveux à la suite de l'événement) ;
- Les gens vont être hyper vigilants, trouble de concentration et troubles du sommeil.

Savez-vous qu'il faut près de six mois pour avoir ne serait-ce qu'une réponse avant de recevoir des indemnités ?

60 à 80 % des victimes sont en état de choc durant les premières semaines suivant l'événement et le pourcentage décroît avec le temps. La dépression peut survenir.

Attention, tous les actes criminels n'engendrent pas forcément un problème de santé mentale chez la victime.

La gravité de l'événement et la répétition de l'acte sont des facteurs de vulnérabilité.

L'accessibilité aux différentes ressources, la disponibilité et la qualité du soutien social que la personne a, à sa disposition et l'acceptabilité de la demande d'aide sont des facteurs importants pour la victime.

On observe différentes phases d'évolution des difficultés :

1. **Phase immédiate ;**
2. **Phase « incompréhensible » :** 94% des gens se sentent en sécurité, mais les victimes vont perdre ce sentiment de sécurité ;
3. **Processus d'adaptation de la victime :** certaines personnes vont se mettre à consommer de l'alcool ou des drogues.

Elles auront des problèmes à dimension psychologique, parfois même neurobiologique par exemple des problèmes de dérèglement du cerveau et des récepteurs.

Les proches des victimes seront indirectement touchés.

En conclusion, il est important d'encourager les victimes à aller chercher de l'aide et de les accompagner à leur premier rendez-vous. Le magazine *Traumag* et le site *Plus qu'un souvenir* sont consacrés aux victimes d'actes criminels.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://new.livestream.com/santementalemtl/victimes-actes-criminels>

4- Couverture d'événement : La psychose : traiter autrement

Cette conférence qui a eu lieu le 18 septembre 2014 à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) a été donnée par le Dr Tania Lecomte, doctorante de l'Université de Montréal en psychologie avec deux ans de post-doctorat en Californie à son actif.

Elle a d'abord été professeure adjointe à l'Université Mc Gill, puis à l'Université de Montréal. Elle est ensuite devenue responsable de l'axe traitement-réadaptation à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal en 2006 et, depuis 2014, elle est professeure titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal où elle enseigne l'intervention dans les troubles mentaux graves.

Elle a publié plus d'une centaine d'articles scientifiques et de chapitres de livres. En 2012, elle a édité un manuel de réadaptation psychiatrique aux Presses universitaires du Québec.



Lors de cette conférence, elle disserte sur les traitements psychothérapeutiques, au-delà de la médication et des approches thérapeutiques. Elle donne la définition de la psychose : un trouble mental qui va altérer le fonctionnement de l'individu et son évaluation de la réalité. Des idées délirantes ou des hallucinations peuvent constituer des symptômes de la psychose. Cependant, il est possible d'avoir des symptômes de la psychose sans pour autant en être atteint.

Dans une psychose, il y a aussi un problème de saillance. Lorsqu'une personne fait une psychose, elle va porter énormément d'attention à de petits détails qui, en temps normal, ne la préoccuperaient pas. La psychose peut être comparée à un gros rocher qui bloque son chemin.

Elle peut, cependant, n'être qu'un épisode psychotique, un diagnostic ne se pose donc qu'après de six mois ou un an de mauvaise santé mentale.

Quand est-ce qu'on traite ?

Il y a des gens qui ont des croyances qui pourraient être prises pour des idées délirantes. Il y a aussi des personnes qui présentent des symptômes qui ne nécessitent pas de traitement. La détresse est le facteur qui détermine si on a besoin de traitement. Le premier traitement offert est la médication.

Modèle du rétablissement

Le rétablissement c'est un processus de redéfinition de soi et de redéfinition de ses objectifs de vie. Comment établir qu'une personne est en rétablissement ? Si la personne a un score moyen ou faible en termes de symptômes psychotiques depuis deux ans et si elle travaille au minimum ou est aux études la moitié du temps et est capable, toujours depuis deux ans, de gérer son argent, sa médication et de voir des amis au moins une fois par semaine.

On peut être en rémission et, de temps en temps, entendre des voix ou avoir des croyances qui génèrent de la détresse, mais les symptômes peuvent ne pas être trop envahissants, ni trop sévères.

Définition des personnes en psychose

Les stades :

1. **Déni**
2. **Conscience**
3. **Reconstruction**
4. **Croissance**
5. **L'entraînement aux habiletés sociales**

Il date des années 1980. C'est une intervention qui est offerte en groupe pour les personnes qui ont des problèmes de socialisation.

Le suivi intensif en communauté

C'est un programme spécifique pour les personnes qui ont de multiples problèmes.

La psychoéducation familiale

Elle sert à informer la famille sur ce que sont les symptômes, sur ce que sont la maladie et le rétablissement; elle fait en sorte que la famille, outillée, serve de soutien.

Le soutien à l'emploi

C'est un programme qui offre un soutien continu et qui vise à aider les personnes qui souffrent de maladie mentale à obtenir un emploi compétitif.

Le traitement intégré pour les troubles cognitifs

C'est un programme pour les personnes qui ont un double problème.

L'intervention à la prise de poids

Pour éviter à la personne de prendre plus de poids ou l'aider à perdre du poids.

La thérapie de remédiation cognitive

C'est un service par ordinateur pour les personnes qui ont des troubles de mémoire, des troubles de l'attention, des difficultés à se concentrer.

La thérapie cognitive comportementale pour la psychose

Elle a été développée dans les années 1950 pour changer les croyances erronées de personnes qui souffraient de dépression. Dans les années 1990, des chercheurs en Angleterre ont décidé de modifier la thérapie cognitive comportementale pour la psychose et ils ont eu de très bons résultats.

La thérapie de groupe

Elle permet d'offrir une autre explication. Elle utilise le modèle de vulnérabilité stress compétence qui tient compte du modèle médical ou biologique.

Méthode socratique ou méthode Colombo

Elle permet d'offrir une autre explication, de vérifier les faits et de donner une alternative.

Stratégie du coping

Stratégie cognitive qui consiste à porter l'attention sur le type de voix plutôt que sur le contenu. Elle incite l'utilisateur des services de santé mentale à penser quelque chose de positif à son sujet.

Elle utilise aussi des techniques de relaxation

Thérapie cognitive comportementale pour la psychose

Il y a eu plus de 30 grandes études qui soutiennent que cette thérapie fonctionne : il y a diminution des symptômes. Elle fonctionne même pour les personnes qui refusent toute médication. De façon générale, l'état des gens s'améliore.

Un essai a été fait sur 48 patients : on a pris des mesures avant le traitement, trois mois, six mois et un an plus tard. Tous les six mois, on observait une amélioration continue. Les sujets se sont mis à utiliser plus de stratégie de *coping*. Ils ont aussi amélioré leur soutien social.

La question se pose : Qu'est-ce qui fait que ça fonctionne bien ?

Les variables relationnelles ressortaient beaucoup comme l'amélioration des symptômes de l'estime de soi et même l'autoévaluation de son amélioration personnelle sont grandement liées à la manière dont la personne perçoit sa relation avec son thérapeute et perçoit son groupe. De plus, on a développé le module pour les parents.

Une étude pilote a été réalisée avec 40 participants. On a mesuré la détresse des participants avant et après le groupe. On a aussi fait une étude où l'on a développé un module de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les personnes qui sont dans un programme de soutien à l'emploi. Ce

module a pour but de mieux outiller la personne pour qu'elle conserve son travail. Il y avait 160 participants.

Il y a ce qu'on appelle la TCC de troisième vague qui est basée sur la pleine conscience, l'acceptation et la compassion donc j'accepte d'avoir ces pensées-là et j'accepte de vivre avec.

Les TCC permettent d'offrir de nouveaux outils, mais ce n'est ni magique ni miraculeux.

Le manuel de réadaptation psychiatrique a été coédité par Claude Leclerc, collègue de la conférencière.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://new.livestream.com/santementalemtl/psychose-traiter-autrement>

5- Présentation scientifique:

Le Forum citoyen en santé mentale pour la transition d'un statut démarginalisé à celui de citoyen à part entière

Les 18 et 19 septembre 2014, M. Jean-François Pelletier, PhD [1] accompagné de madame Denise Fortin, directrice générale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ont présenté une affiche sur les *Forums citoyens* lors des 15^e journées nationales *Démocratie & santé mentale* à Nantes, en France.

L'affiche traitait du rétablissement qui renouvelle le pouvoir d'agir des usagers. Mais le passage de l'exclusion à l'inclusion, soit la transition d'un statut de marginalisé et de stigmatisé à celui de citoyen à part entière nécessite la participation des membres de la collectivité dans son ensemble.

L'objectif ultime d'une transformation des services axée sur le rétablissement est non seulement de conserver le plus possible les gens dans leurs communautés – être dans la communauté – mais de faire en sorte qu'ils soient de la communauté. Le comité organisateur du *Forum citoyen* est composé de représentants de divers milieux directement concernés, auxquels s'ajoutent des représentants élus et de « **simples citoyens** ».

On y stipule qu'« **un système de soins et services de santé mentale strictement centrés sur « l'individu » fait que celui-ci est le principal responsable de son rétablissement** ». On réitère aussi que le projet *Quality Rights* de l'Organisation mondiale de la santé couvre cinq droits fondamentaux de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH).

Cinq droits fondamentaux de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées :

1. Le droit à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale (article 28 de la Convention) ;
2. Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (article 25 de la convention) ;
3. Le droit d'exercer sa capacité juridique et le droit à la liberté et à la sécurité individuelle (articles 12, 35, 14 de la CDPH) ;
4. Interdiction de la torture ou des traitements cruels, inhumains ou dégradants et interdiction de l'exploitation, de la violence et des abus (articles 15 et 16 de la CDPH) ;
5. Le droit de vivre autonome et d'être inclus dans la communauté (article 19 de la CDPH).

On y explique ce qu'est le *Projet citoyen* :

- Une formation en groupe, à raison de deux rencontres d'environ trois heures par semaine ;
- Un soutien individuel par un pair aidant qui accompagne les participants dans l'atteinte d'objectifs personnels ;
- Un stage pratique *in vivo* consistant à réaliser un projet dans et avec la collectivité ;
- Un *Forum citoyen*.

[1] M. Jean-François Pelletier, PhD en Science politique, chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et professeur adjoint, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 7 : Octobre 2014

1- Lien avec la communauté : Marche pour la santé mentale

2- Formation : Les entendeurs de voix

3- Couverture d'événement : Pratiques innovantes sur les unités de soins intensifs psychiatriques

4- Couverture d'événement : Troubles psychotiques : cibler la complexITÉ pour éviter la rupture sociale !

5- Couverture d'événement : Mes parents, moi, mes enfants...
Quand l'anxiété cessera-t-elle ?

6- Couverture d'événement : La garde en établissement

7- Club de lecture : La santé publique, de révolution en révolution

1- Lien avec la communauté : Marche pour la santé mentale

Les membres du PIRAP sont de la communauté, en conséquence, le 5 octobre 2014, certains ont marché sous la banderole de l'IUSMM et certains ont marché sous la banderole de l'Institut Douglas pour la cause de la santé mentale.



C'est un dimanche matin au carré Philips, dans le centre-ville de Montréal, qu'ont eu lieu les inscriptions à la marche pour la santé mentale de Montréal. *Montréal Marche* pour la santé mentale, qui organisait l'événement. *Montréal Marche* est une fondation ayant pour mission la sensibilisation de la population à la santé mentale et l'élimination des préjugés et de la discrimination envers les personnes vivant avec une maladie mentale et les personnes qui les soutiennent.



La fondation accomplit sa mission par l'organisation d'une marche annuelle. La journée était nuageuse avec des éclaircies. Pas trop chaud, ni trop froid, la température était parfaite pour une marche de trois kilomètres dans les rues De Maisonneuve et Sainte-Catherine, à Montréal.



Il y avait des participants venus de partout : l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD), l'Échelon, AMI Québec, Agence OMETZ, CSSS Cavendish, Centre Cummings, l'Abri en Ville, Maison les étapes, Revivre, des Pairs Aidants du programme Pair Aidant Réseau de l'AQRP, ect. Bref beaucoup d'organismes communautaires de Montréal et des personnes sensibilisées à la cause de la santé mentale.

« On estime qu'une personne sur cinq sera affectée par une maladie mentale au cours de sa vie, soit environ six millions de Canadiens. Contrairement à bien des préjugés tenaces, la maladie mentale n'est pas synonyme de faiblesse.

Une personne souffrant d'une maladie mentale ne peut pas « **se ressaisir** » ou « **reprendre le dessus** » simplement en claquant des doigts. La maladie mentale est causée par un dysfonctionnement du

cerveau, de la même façon qu'une maladie cardiaque est causée par un dysfonctionnement du système cardiovasculaire. »

La marche c'est très bien déroulée, sans incident et il y a eu plus de 1200 marcheurs en 2013.

Si vous voulez plus d'informations sur le déroulement de la marche, comment s'inscrire, faire un don ou bien pour voir davantage de photos, rendez-vous sur le site de *Montréal Marche*.

Montréal Marche

<http://mtlmarche.com/a-propos>

Les commanditaires principaux pour cette marche étaient : Bell (Cause pour la cause), Lundbeck Canada (compagnie pharmaceutique), Montréal Marche et Eska, eau de source.

Merci à tous les participants pour leur implication, en particulier les trois participants membres du PIRAP.

2- Traduction du savoir expérientiel : Les entendeurs de voix

Le 17 octobre 2014, un membre du PIRAP a assisté à une formation sur les entendeurs de voix.

Cette formation a été montée par Le Pavois et est enseignée par Brigitte Soucy.

Le but de la formation est d'implanter un groupe d'entendeurs de voix à Montréal et aussi d'acquérir des connaissances et des habiletés portant sur le phénomène des voix. D'appuyer les entendeurs de voix dans leurs reprises de pouvoir sur leur voix et leur vie.

Les personnes ciblées par la formation sont les professionnels, intervenants, pairs aidants et gestionnaires qui souhaitent implanter un groupe d'entendeur de voix au sein de leur organisation communautaire ou publique. On cible aussi les personnes vivant avec le phénomène des voix qui aspirent à mieux vivre avec et se rétablir ainsi que leurs proches.

Il y a plusieurs stratégies utilisées comme :

- **Les stratégies préventives** : découvrir les produits de consommation qui ont une incidence sur le phénomène des voix, comme l'alcool, la caféine, les drogues, les médicaments en vente libre, les médicaments prescrits, les produits naturels ;
- **Les stratégies passives** : utiliser des bouchons pour les oreilles, retirez-vous seul un moment ou au contraire, entourez-vous de gens ou encore changez d'environnement ;
- **Les stratégies dissuasives** : dire aux voix d'arrêter de parler, construire un mur, congédiez les voix, utilisez un conditionnement lié à l'aversion ;

Les stratégies actives liées aux voix et au rétablissement

Vérifier si les voix disent la vérité, encadrer dans le temps l'expression des voix, prendre position pour soi, choisir une voix avec qui échanger, utiliser sa propre voix, faire de l'exercice, écouter de la musique avec ou sans écouteurs, s'investir dans son processus de rétablissement et s'investir dans l'actualisation de ses rêves, sans laisser les voix brimer ses projets.

Les principaux facteurs facilitant le rétablissement sont les suivants :

- l'espoir ;
 - l'amour de soi ;
 - l'appropriation du pouvoir ;
 - la redéfinition de soi ;
 - l'entraide ;
 - se faire plaisir ;
 - découvrir et appliquer ses propres stratégies d'adaptation ;
 - développer des pensées, des paroles, des actions positives ;
 - ainsi que les émotions positives qui les accompagnent.
-

3- Couverture d'événement :

Pratiques innovantes sur les unités de soins intensifs psychiatriques

Ce colloque, présenté par le Programme d'évaluation et d'intervention brève, a eu lieu au Centre d'enseignement Dr Frédéric-Grunberg de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) le vendredi le 3 octobre 2014.



Conférence #1 : Les soins intensifs d'un institut universitaire

Par Lyne Brunet, chef, Unité de soins intensifs, Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).

Madame Brunet nous a entretenus du projet MEC (Mission excellence clinique). On souhaite prévenir et gérer les comportements agressifs. L'objectif de l'unité des soins intensifs de l'institut est que tout changement apporté soit orienté vers la sécurité du personnel et des usagers.

Un projet innovateur est en cours d'actualisation. Il porte sur une réflexion clinique sur l'utilisation des mesures de contention légales. Un pair aidant rencontrera les patients qui ont vécu un épisode psychotique pour faire un retour avec le patient sur l'expérience que celui-ci a vécu. Puis le pair aidant rencontrera l'équipe pour faire un retour sur cette expérience.

L'amélioration des pratiques de l'unité de soins intensifs de l'IUSMM vise à réduire les mesures d'isolement et de contention. Des mesures statistiques existent pour documenter cela, on mesure le temps ou les patients ont été placés en isolement et en contention en heures par année.

Téléchargez la présentation

<http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Institut/%C3%89v%C3%A8nements/322-18%20-soins%20intensifs-iusmm-Lyne-Brunet.pdf>

Conférence #2 : Le point sur le manque d'introspection (insight)

Par Dr Eric Teboul, psychiatre, chef, Services psychiatrique de l'urgence et Chef, Unité des soins intensifs psychiatriques, Hôpital régional de Saint-Jérôme.

L'introspection pauvre est la caractéristique la plus prévalente de la schizophrénie. Le manque d'introspection en psychiatrie est un problème important en schizophrénie car, par exemple, les patients psychotiques d'une unité de soins ne se considèrent pas malades, en conséquence, ils ne prennent pas leurs médicaments.

Les répercussions sont importantes car jusqu'à 49,5 % des patients schizophrènes entrent dans la catégorie de la non observance thérapeutique. Il est possible d'améliorer la vie d'un patient par l'utilisation d'un antipsychotique à libération prolongée. Pour améliorer les pratiques face à ce problème, d'autres recherches sont en cours.

Téléchargez la présentation

<http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Institut/%C3%89v%C3%A8nements/322-18-point-manque-insight-Eric-Teboul.pdf>

Panel de discussion #1 : Les enjeux cliniques reliés aux unités de soins intensifs psychiatriques

Par Dr. Teboul, Dr. Boudreau, Dr. Iskandar, Dr. Roy tous psychiatres, un pair aidant, Chad ainsi que deux membres de famille.

Ce panel a discuté des enjeux cliniques reliés aux unités de soins intensifs psychiatriques.

L'animateur, Dr Roy, amenait la discussion sur différents points reliés aux unités de soins intensifs et chacun leur tour les panélistes étaient appelés à prendre la parole.

Les sujets suivants ont été traités :

- les troubles de la personnalité ;
- l'évolution dans les traitements ;
- les principes OMEGA ;
- les enjeux autour des autorisations de soins, et ;
- les ordonnances de soins.

Il était intéressant de constater que les psychiatres, membres de famille, pair aidant avaient chacun un point de vue personnel selon le rôle et leurs expériences respectives. Mais les trois groupes ont su harmoniser leurs communications et leurs actions pour le bien du patient.

Un consensus : dans certaines circonstances, l'ordonnance de soins est une méthode efficace pour rendre la vie d'un patient meilleure.

Téléchargez la présentation

<http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Institut/%C3%89v%C3%A8nements/322-18-Panel-Enjeux-cliniques-soins-intensifs-psychiatriques-Roy.pdf>

Atelier C1 : Un projet-pilote sur le retour post-isolement avec un pair aidant

Par Marie-Hélène Goulet, candidate au doctorat en sciences infirmières, Centre de recherche de l'USMM, Université de Montréal et Chad, pair aidant, patient partenaire, membre de l'organisme *Reprendre pouvoir*.

Madame Goulet a été infirmière praticienne en psychiatrie et a observé que le personnel des unités de soins psychiatriques recourait trop facilement aux méthodes de contention physique et chimique. Actuellement madame Goulet travaille sur sa thèse de doctorat qui traite d'outils, de méthodes pouvant réduire l'utilisation de contention dans les unités psychiatriques.

Chad, en tant que patient, a pour sa part vécu l'expérience de la contention physique dans une unité de soins psychiatriques. Il travaille maintenant comme pair aidant.

Les deux interlocuteurs ont présenté la genèse de l'étude à venir qui traitera de l'impact d'une intervention de rétroaction post-isolement faite par un pair aidant ayant expérimenté contention et isolement auprès d'un patient ayant été placé en isolement à l'unité de soins intensifs.

Atelier C2 : L'impact de l'implantation de la formation Omega sur le bien-être des participants

Par Richard Boyer, chercheur, Centre d'études sur le trauma, IUSMM, professeur sous octroi agrégé, Département de psychiatrie, Université de Montréal.

Cette présentation avait comme objectif d'illustrer la variation sur le taux et la gravité des incidents et actes de violence chez les membres du personnel qui ont suivi la formation Omega.

La méthode OMEGA : se veut un processus de gestion de crise. Cette méthode comporte des techniques verbales et psychologiques, des techniques physiques et une révision post-événementielle.

Le plan de match : ce concept original « consiste à se programmer personnellement et à l'avance quelques réactions de base pour faire face aux premiers moments d'une situation de violence. Le plan de match de l'intervenant compense son stress, son manque d'expérience ou d'automatisme ». [1]

Ces principes : « Se protéger, évaluer, prévoir l'aide nécessaire, la résolution de l'intervention, prendre le temps nécessaire, se centrer sur la personne avec empathie et respect qu'elle soit le client, le coéquipier ou tout autre personne impliquée ». [2]

Les résultats préliminaires à la recherche indiquent que cette formation amène une baisse sur le taux, la gravité des incidents et actes de violences chez les membres du personnel qui ont suivi cette formation.

Atelier F1 : *Activité bibliothèque vivante*

Deux participants, une participante ont gentiment accepté de parler de leurs expériences et de leurs hospitalisations.

Témoignage de M., un participant : *Vivre en retrait*

« J'ai fait six ans de pénitencier, puis douze ans à Pinel à l'interne. Sur ces douze ans, j'ai été quatre ans menottes au poing et dans un isolement, par intermittence. Je faisais un six mois en isolement je ressortais, je sautais sur un membre du personnel, je faisais un, trois mois et je ressortais, on m'internait parce que j'avais des comportements inadéquats, ça a duré quatre ans cette histoire-là, pendant cette période-là parce que la réalité n'avait pas d'attrait pour moi.

Cela durant quatre ans. Après quatre ans, ils ont obtenu une ordonnance du juge. Ils m'ont traité contre mon gré parce que je ne voulais rien savoir des médicaments, je ne voulais rien savoir de la thérapie, j'étais oppositionniste ».

[1] Objectif prévention vol. 22 n4 1999 p.9.

<http://www.asstsas.qc.ca/Documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/OP/op224008.pdf>

[2] Ibid, page 8

Le bon traitement

« En fin de compte, ils ont trouvé de bons médicaments. Aujourd'hui je prends de l'Haldol et du Séroquel. Je n'entends plus de voix. J'ai entendu des voix pendant quatre ans puis au bout de quatre ans, j'ai commencé à réintégrer l'unité.

Puis après avoir réintégré l'unité et établi un lien de confiance avec l'équipe traitante en psychiatrie, j'ai commencé tranquillement à réintégrer la société. J'ai été interné en 1983 et je suis sorti douze ans après en 1995. Ça fait 19 ans que je suis sorti de l'hôpital. J'ai eu des hospitalisations par la suite, peut-être trois ou quatre, mais là ça fait cinq ans que je n'ai pas été hospitalisé ».

Le manque d'introspection

« Aujourd'hui, le docteur Teboul parlait de l'introspection. Moi je suis un introspectif de nature. Je suis porté à beaucoup m'analyser mais je ne faisais pas l'introspection qu'eux voulaient que je fasse. Par exemple, prendre conscience de ma maladie. Aujourd'hui, j'essaie d'adapter ça un peu plus à ma réalité ».

Ma réalité aujourd'hui, implication dans la société et spiritualité

« Je siège sur des comités à Hippolyte. Je fais partie d'un groupe qui s'appelle *Reprendre pouvoir*. On est un groupe d'entraide associé au développement et à l'organisation des services en santé mentale. Finalement on aide l'institut à mieux nous aider. Puis c'est vraiment nos mandats et moi le mandat que je me suis donné dans ce comité-là c'est de faire avancer le dossier de la spiritualité.

Il y a autant de définitions que d'individus. La spiritualité, c'est dur à définir. Pour moi, c'est ce qui m'aide à absorber les coups que la vie me donne et puis peut-être améliorer ma résilience.

Pour moi c'est ça la spiritualité, c'est l'âme, je crois beaucoup à l'âme, c'est elle qui m'a construit puis c'est elle qui peut faire les réparations qui s'imposent à mon corps. Je ne sais pas comment agir sur mon âme, mais je me rétablis ».

Un bilan

« Ce qui m'a aidé beaucoup au travers mes dix-huit années surtout mes douze années à Pinel, c'est l'écoute que j'ai reçu et les médicaments aussi, même si j'étais contre. Aujourd'hui, je dois admettre que cela m'aide, je n'entends plus de voix, je n'ai plus de comportement agressif, je n'ai plus de comportement violent, l'anxiété a diminué, il y a du positif à aller chercher là-dedans. Ce n'est pas tout noir, tout blanc. Je suis aussi en amour ».

Témoignage de C., un participant : *Ma maladie*

« Si je remonte à loin, dans mon cas je pense que c'est bio, psycho, social, culturel, environnemental, spirituel, c'est tout cela. Si on prend le spirituel, il y a plusieurs points en commun chez les personnes qui vivent des épisodes psychotiques, qui ont un lien avec la religion, avec les croyances spirituelles. Je me suis déjà pris pour Jésus, c'est vrai qu'avoir étudié en sciences religieuses, ça n'a pas aidé !

Je suis content aujourd'hui de l'évolution de la psychiatrie. J'ai trouvé ça difficile mon parcours. Je regarde l'évolution des jeunes aujourd'hui, la pédopsychiatrie, les traitements plus précoces. Ma maladie, ça ne sort pas d'une boîte de *Cracker Jack* !

Ce n'est pas comme ça que cela se passe. Avec du recul, mon père, c'est un bipolaire. Sur le côté de mon père, j'ai deux cousins schizophrènes qui se sont suicidés. La plupart chez ma famille du côté de mon père, ils ont des problèmes de santé mentale, de consommation, des problèmes de comorbidité, de toxicomanie. Je crois qu'il y a une bonne partie dont j'ai héritée ».

Le diagnostic

« Quand on parle de diagnostic, j'ai de la misère à mettre une étiquette sur un diagnostic. Je dis toujours, je suis un *all dress* (tout garni) parce que j'ai autant le pied dans le trouble bipolaire que j'ai le pied dans la schizophrénie, je suis comme schizo-affectif, un peu mélangé ».

Les traitements

« Ce qui m'a ramené, ce sont les électrochocs ; trois traitements d'électrochocs. Donc les électrochocs m'ont sauvé la vie. J'en ai eu besoin à trois reprises dans ma vie : quatre traitements de douze chocs. Je n'étais pas réfractaire à prendre ma médication, mais je ne répondais pas bien à la médication. J'ai un paquet de problèmes avec la médication, les effets secondaires. »

L'amour

« J'ai vécu plusieurs types d'hospitalisations, soit dépression profonde, psychose, manie. J'ai eu un peu toutes les hospitalisations. Ce que je suis content, en fait, j'ai pensé beaucoup au suicide, mais je ne me suis jamais suicidé. Le meilleur remède dans tout ça, ce qui m'a sauvé c'est simple c'est la vie là, c'est l'amour. L'amour de mon entourage, ma famille, mes proches. Ça c'est une potentialisation de rétablissement.

Souvent, je remarque ça dans les unités. Il y en a qui n'ont pas de visite. Il y en a qui ont eu des brisures avec leurs familles. Moi, j'ai eu la chance avec toutes mes hospitalisations, mes difficultés, mon problème de toxicomanie. J'ai toujours eu du soutien. Mes parents, ma conjointe ont toujours été là !

Ça fait un gros plus ça. Ça soigne. Et puis, c'est pour ça que je me suis impliqué en santé mentale, je trouve que c'est important l'aspect thérapeutique ».

Témoignage d'une participante qui a demandé l'anonymat : *Être sous contention, être en isolement*

« Ma première hospitalisation a été le 1^{er} novembre 1993. Ça va faire 21 ans cette année. J'ai un problème de santé mentale, c'est un problème bipolaire. En 16 hospitalisations, j'ai été sous contention 14 fois. Juste deux fois que je ne suis pas allée sous contention. Des fois, j'étais psychotique, je ne me rendais pas compte que je souffrais pareil parce qu'il m'attachait. Mais des fois je m'en rendais compte parce que cela me faisait souffrir. Parce que quand on est attaché, on ne peut pas bouger vraiment. C'est très plate de ne pas pouvoir bouger. Puis se faire mettre en chambre d'isolement. Ce n'est pas bon non plus.

Parce que moi avant, je n'étais pas claustrophobe. Je pense que je le suis devenue parce qu'on m'enfermait dans des chambres d'isolement. Vu qu'on m'enfermait dans la chambre d'isolement et même si la chambre d'isolement n'était pas petite, vu que c'était barré et que je ne pouvais pas sortir, je me sentais prise. »

Ma maladie, mes traitements

« J'ai passé par beaucoup de problèmes. J'ai été psychotique. J'ai eu des paranoïas. J'ai eu peur de mourir. J'ai été schizo-affectif et bipolaire. J'ai été obsessionnelle compulsive. Moi le fond, le fond, ça été « **être catatonique** », on m'a donné tellement de médicaments que je ne répondais plus aux questions. J'étais catatonique. J'étais inerte. Les médecins ne savaient plus quoi faire.

Les médecins et ma famille ont décidé ensemble de me donner des électrochocs. Le médecin qui me traitait m'avait dit que cela en prendrait douze. Puis, après six traitements, il a noté une amélioration vraiment importante. Alors, après six traitements, je n'ai pu eu besoin d'avoir d'autres électrochocs.

En quelques temps, j'ai été capable de faire des sorties. Au même moment où j'étais hospitalisé, mon frère se mariait. J'ai eu des congés pour aller m'acheter des accessoires et des vêtements pour le mariage de mon frère.

Puis, j'ai eu un congé de l'hôpital pour assister au mariage de mon frère où j'ai participé à la soirée jusqu'à la fin. Puis je suis retournée à l'hôpital et quelques jours plus tard, j'ai reçu mon congé définitif de l'hôpital. Cette expérience a été mon épisode le plus dur, le plus difficile ».

Ma réalité aujourd'hui

« Je comprends bien les gens qui ont beaucoup de problèmes, parce que j'ai eu beaucoup de symptômes, moi aussi. Je suis intervenante, paire aidante depuis cette année et en recherche d'emploi ».

Question du public

Docteur Sasseville, médecin psychiatre

« Quand on est dans un état comme ça, quelle est notre perception du temps ? »

Participant C

« Le temps est très relatif. Quand tu es en psychose, tu perds la notion du temps. Concernant l'ajout d'une l'horloge dans une salle d'isolement aux soins intensifs : l'horloge c'est pour se rassurer avec l'objet qui représente le temps. Quand tu es en psychose et une infirmière t'indique je vais revenir dans 15 minutes et il n'y a pas d'horloge dans la salle d'isolement, le temps paraît beaucoup plus long ».

Participant M.

« À ce moment-là on est en contact avec le temps infantile. Le temps est déformé. Mettre une horloge c'est encourageant si, en même temps, on nous donne un aperçu approximatif du temps où on va revenir me voir, où on va me détacher. Dans combien de temps je vais sortir de la salle d'isolement ? »

4- Couverture d'événement :

Troubles psychotiques : cibler la complexCITÉ pour éviter la rupture sociale

!

La conférence a été présentée le 16 octobre 2014, à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) dans le cadre des activités *Animer l'Institut*.

La conférence visait à faire connaître les projets de pratiques de pointe qui se développent dans le cadre de l'évolution de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), réseau formé de sept partenaires : l'Institut Philippe-Pinel, l'Hôpital Rivières-des-Prairies, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, le CHU, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Institut de cardiologie de Montréal.

On comptait quatre présentateurs : docteur Luigi De Benedictis, chef du programme des troubles psychotiques à l'IUSMM, Stéphane Gagnon, conseiller à l'IUSMM, Marc Pelletier qui est agent de planification, programmation et recherche, également à l'Institut et Bruno Swaenepoël qui est chef clinico-administratif à l'Hôpital Rivières-des-Prairies.

Ils ont présenté le projet de centre d'innovation de traitement et d'expertise en troubles psychotiques, le projet CITÉ. Le titre de la présentation *Troubles psychotiques : cibler la complexCITÉ pour éviter la rupture sociale*.

C'est un projet fait en collaboration avec les gens de l'Hôpital Rivières-des-Prairies (HRDP), entre autres France Gélinas qui est chef clinico-administrative du programme, docteur Lageix qui est psychiatre à HRDP, Paule Morin qui est psychologue et coordonatrice-clinique à HRDP, et docteure Marie Villeneuve. Ils s'assoient périodiquement pour réfléchir à l'élaboration de la phase 1 du projet CITÉ, soit de créer une clinique d'intervention précoce pour les jeunes psychotiques de 14 à 25 ans.

Ils ont parlé du contexte du projet, des enjeux cliniques des troubles psychotiques et des enjeux clinico-administratifs quand il s'agit de développer une pratique de pointe comme celle-là. C'est un projet d'organisation de services qui se mène en partenariat. Ils ont parlé des meilleures pratiques à travers le monde dans les cliniques de premiers épisodes psychotiques et aussi des données probantes dont on a des résultats de recherche.

CITÉ

Le nom du projet CITÉ a été choisi parce qu'il faisait image : il inspire un mouvement vers la collectivité.

Il y a deux phases dans le projet CITÉ et c'est de la première phase dont il est question dans cette conférence : « créer des cliniques surspécialisées 14-25 ans pour faire l'évaluation et le traitement des premières épisodes psychotiques. ».

La deuxième phase, quant à elle, est de : « déployer un service de traitement de réadaptation intensive, un peu sous la plateforme des euthéries mais en communauté, essentiellement pour éviter de passer deux ans dans un milieu institutionnel. » On pourrait y voir une phase pour les jeunes qui souffriront d'une pathologie résistante et pour ceux qui auront 35 ans et plus.

Pourquoi une clinique d'intervention précoce ?

Les troubles psychotiques (1 à 3 % de la population sont concernés) sont des troubles graves. On assiste à une rupture de fonctionnement : la personne n'est plus capable de faire ce qu'elle faisait avant, comme par exemple aller à l'école, travailler, etc.

Il y a une rupture sociale aussi, une rupture des liens avec la famille et le tout s'inscrit dans le registre des troubles mentaux graves. Au premier épisode psychotique, 40 % et même 50 % et plus des jeunes présentent aussi un abus de substances. On a parfois plus de 25 % de dépression et de 5 à 10 % d'idées suicidaires. Ce sont des troubles graves et complexes.

Les objectifs de la clinique

La clinique se donne plusieurs mandats. Celui de détection et d'intervention précoce, de sensibilisation du grand public et de déstigmatisation. L'objectif en créant une clinique avec des professionnels qui travaillent auprès des jeunes, en créant des réseaux avec le milieu communautaire, donc avec la première ligne, est de répandre des connaissances par rapport à la maladie. Faire en sorte que les gens se sentent interpellés quand ils constatent qu'un jeune ne va pas bien, qu'il commence à s'isoler.

Qu'ils aient des réflexes :

- Est-ce que quelque chose ne va pas ?
- Est-ce que l'on devrait faire quelque chose ?
- Est-ce que l'on devrait suggérer une consultation ?

Il faudra miser sur une éducation ciblée pour les intervenants travaillant auprès des jeunes.

On parle donc des différents intervenants de la première ligne, du secteur communautaire et de miser aussi sur les milieux où les jeunes se retrouvent (écoles primaires, écoles secondaires, CÉGEP et les cliniques de médecins de famille, CLSC, centres jeunesse et organismes communautaires).

Attendre que les jeunes en difficulté se rendent à la clinique, c'est prendre un risque : les durées de psychoses non-traitées demeurent assez longues. Il faut faire en sorte que les gens qui travaillent auprès des jeunes puissent être mieux informés et qu'ils soient capables de les référer le plus rapidement possible à une clinique sur-spécialisée qui les prennent en charge.

Travail d'équipe

Les conférenciers espèrent donner de plus en plus de mobilité à leurs équipes PEP (premier épisode psychotique) à l'intérieur du projet CITÉ et introduire la transdisciplinarité ou d'interdisciplinarité. Ils veulent que les professionnels travaillent ensemble, sans hiérarchie rigide ni chasse-gardée.

Il faut bien sûr les expertises de plusieurs professionnels, dont celle d'un psychiatre, d'une infirmière, d'une travailleuse sociale, d'un ergothérapeute et d'un psychologue.

Il n'y a pas de psychologue présentement à la clinique PEP mais ce serait un plus important dans le but d'offrir la thérapie cognitivo-comportementale pour les patients qui ont un problème de santé mentale ou un problème psychotique en émergence. Il faut aussi des conseillers en réorientation pour la réinsertion socio-professionnelle.

Les conférenciers espèrent aller chercher des partenariats auprès d'organismes communautaires et bien sûr des pharmaciens qui travaillent à l'Institut et qui pourraient faire le lien avec les pharmacies de la communauté. Il faudrait aussi des services d'évaluation spécialisée comme la neuropsychologie.

Viennent se greffer des traitements intégrés plus spécifiques, la question de la toxicomanie et l'aspect de la gestion du risque mais l'Institut est bien équipé pour y faire face. Il faut un chef d'équipe bien entendu, qui n'est pas nécessairement le psychiatre bien qu'on attende un certain leadership de sa part sur le plan clinique.

Il faut définir la notion d'intervenant pivot, une question sur laquelle les conférenciers travaillent, notamment avec la France. L'intervenant pivot est la personne qui s'occupe justement de faire le suivi de toutes les interventions, qui s'assure que tout est fait dans les temps et que le patient évolue et respecte les objectifs cliniques qui ont été déterminés lors du plan d'intervention interdisciplinaire.

L'importance du plan d'intervention

Sans nécessairement passer par un bureau de médecin ou par une salle d'urgence, on veut aussi offrir un service de pré-évaluation, par téléphone, via le web ou selon aussi un horaire adapté, permettant des évaluations non dans un plan d'intervention strictement médical mais dans un plan d'intervention dans lequel le jeune sera inclus.

L'évaluation clinique que l'on vise est de moins de 72 heures pour une première évaluation psychiatrique et pour une première évaluation psycho-sociale. La raison pour laquelle on prévoit les deux c'est parce qu'il n'est pas seulement une question de diagnostic et de traitement pharmacologique, il s'agit également de savoir quels sont les différents défis qui se posent pour ce jeune, de quelles genres d'interventions il a besoin, que ce soit auprès de sa famille, de ses amis, du milieu scolaire et ainsi de suite.

Dans certaines équipes de premiers épisodes psychotiques, le plan d'intervention est de cinq ans, dans d'autres, de deux ou trois ans. Les conférenciers songent pour leur projet à une durée de trois à cinq ans avec un ratio patient-intervenant de 1 pour 15. Il y a une réévaluation des cas complexes qui permettra de créer un réseau de pratique pour les patients qui ont des troubles plus graves et qui permettra d'établir des plans de soins adaptés.

On sait que les deux à cinq premières années du suivi constituent une période critique durant laquelle les rechutes seront fréquentes. L'engagement de la personne par rapport à son traitement constitue ici un gros enjeu. Ce n'est pas que le traitement pharmacologique, c'est le traitement psycho-social aussi qui importe à cause des abus de substances qui pourrait venir brouiller le tableau. La philosophie des cliniques de premiers épisodes psychotiques est d'essayer d'intervenir de façon intensive durant cette période-là.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://new.livestream.com/santementalemtl/animer-institut-16-oct>

5- COUVERTURE D'ÉVÉNEMENT

Mes parents, moi, mes enfants... Quand l'anxiété cessera-t-elle ?

Cette conférence a été présentée le 2 octobre 2014. Elle était la première d'une série de conférences intitulée *Animer l'institut*.

La présentation a traité des pratiques de pointe associées au service de prévention de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie.

Les conférenciers étaient :

- Émilie De Tournay-Jetté, Ph.D., psychologue, PTAH, Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)
- Marie Brault, travailleuse sociale, PTAH, IUSMM
- Simon Laliberté, Ph.D., conseiller clinique, PTAH, IUSMM
- Émilie Dumont, Ph.D.(c), psychoéducatrice et psychothérapeute, de l'Hôpital Rivière-des-Prairies

L'objectif de la conférence est de présenter le contexte clinique et théorique du projet, le développement des objectifs et le déroulement du programme comme tel. La partie évaluation permettra de voir des outils, comment on évalue le programme et l'élaboration du contenu du programme, un *work in progress*.

La transmission intergénérationnelle existe bel et bien. Un enfant dont l'un des parents est atteint de maladie mentale court un risque très important d'en développer une. Les enfants, en plus de pouvoir développer un trouble mental, ont toutes sortes d'autres problèmes en termes de difficultés académiques, de réaction au stress ou de conflits interpersonnels.

Il y a près 17 % des gens qui souffriront de troubles anxieux dans leur vie. L'anxiété va mener à une diminution des activités personnelles, sociales, professionnelles et familiales. Les enfants de parents anxieux courent deux à sept fois plus de risques de développer un problème psychologique : 65 % de ses enfants-là pourraient développer un trouble anxieux.

Les problèmes anxieux se vivent avec les pairs, avec les amis, dans le jeu, dans le sports et à l'école. Dans cette conférence, il sera question du volet familial et du volet intergénérationnel.

Il existe un consensus dans les écrits scientifiques sur l'importance d'adopter une perspective développementale en lien avec la prévention des troubles anxieux. La prévention vise l'intervention avant que le trouble n'apparaisse.

Donc des programmes curatifs ciblent habituellement plutôt les symptômes. Les programmes de prévention, quant à eux, vont cibler plutôt les facteurs de risques et les facteurs de protection.

Un parent peut se questionner : « Est-ce que mon enfant va également développer un trouble anxieux ? » La réponse est complexe et les études longitudinales et transversales nous indiquent qu'il y a effectivement une panoplie de facteurs précipitants.

On retient entre autres trois facteurs importants : les tempéraments inhibés, les comportements parentaux et les troubles anxieux.

Un tempérament inhibé peut s'exprimer chez un enfant qui a peur de la nouveauté ou qui se cache derrière son parent face à un étranger. Les écrits scientifiques se sont aussi beaucoup intéressés aux comportements parentaux.

Ils décrivent les comportements parentaux en deux axes. Le premier axe serait le contrôle et le sur contrôle versus un soutien à l'autonomie, une valorisation à l'exploration. Le deuxième axe serait une attitude hostile ou de rejet versus une attitude de chaleur. Le troisième facteur qui nous intéresse est le parent qui lui aussi a un trouble anxieux.

Pourquoi un parent qui a un trouble anxieux a plus de chance d'avoir un enfant qui en souffre également ? Les mécanismes de transmission sont génétiques et comportementaux. Il sera important pour nous de bien cibler ces facteurs pour permettre le développement d'un programme axé sur les facteurs de risque.

Le parent anxieux a une influence importante sur son enfant parce qu'il peut transmettre ses peurs et ses croyances par son discours. Le parent anxieux peut aussi influencer son enfant par ses comportements ou en le surprotégeant. Il l'influence aussi dans sa capacité à résoudre des problèmes et par son niveau de sensibilité.

Un parent anxieux qui a appris au fil de sa thérapie à s'exposer à ses peurs, à sortir de sa zone de confort va peut-être être plus motivé à poursuivre ses efforts même après la thérapie s'il est conscient de l'impact de son trouble anxieux sur le développement de son enfant.

En conséquence, les objectifs de l'intervention seraient d'abord de prévenir le développement d'un trouble anxieux chez l'enfant en amenant le parent à prendre conscience de l'impact du trouble anxieux sur la relation qu'il a avec son enfant et sur le développement de son enfant.

À la fin de l'intervention, on souhaite que la qualité de la relation avec l'enfant soit améliorée et que le sentiment de contrôle de l'enfant soit augmenté parce qu'il aura été moins sur contrôlé, moins surprotégé. On souhaite aussi que les parents consolident ce qu'ils ont acquis en thérapie.

Pour ce faire, on compte d'abord évaluer les parents qui ont fait une thérapie pour les troubles anxieux ainsi que leurs enfants âgés de 7 à 12 ans. Et ensuite seulement les parents seraient vus pour une intervention de groupe d'une durée de neuf semaines. Les parents et les enfants seraient réévalués à la suite de l'intervention.

Pour l'évaluation, il y a deux recommandations principales en lien avec le trouble de l'anxiété de l'enfant. D'une part, il est important que ce soit multi sources et multi méthodes, entre autres parce que l'enfant n'a pas encore la capacité ou n'a pas toujours la capacité à bien identifier et décrire ses symptômes.

Pour ce qui est de l'évaluation des capacités parentales, les mêmes recommandations sont émises dans le sens qu'il faut avoir plusieurs sources et plusieurs méthodes. L'enfant anxieux a tendance à percevoir les capacités parentales plus négatives qu'elles ne le sont en réalité. Puis, le parent anxieux va parler de comportements plus positifs qu'ils ne le sont en réalité.

C'est la raison pour laquelle il est important d'avoir des questionnaires, des entrevues et également des procédures d'observation pour évaluer les facteurs de risque et le niveau d'anxiété du parent et de l'enfant. Le questionnaire NIU évalue le contrôle, la surprotection. On peut le faire passer aux parents et aux enfants. Le même constat est fait pour l'évaluation des facteurs de risque en lien avec l'enfant. Le rôle futur des cliniciens est de sélectionner les outils les plus pertinents en lien avec les facteurs de risque ciblés par le programme d'intervention.

L'intervention est en *work in progress*. Elle se fera en huit séances sur neuf semaines. Ce qu'on veut favoriser dans le groupe, c'est d'abord la bienveillance. On ne veut pas de jugement de soi-même d'abord et pas de jugement des autres membres du groupe parce que si l'on veut favoriser le changement, il faut que tout le monde soit capable d'accepter tout ce qui se présente dans la vie de l'autre et dans notre vie.

C'est très important, c'est le point de base sur lequel on veut que le groupe se construise. Il faut également une attitude ouverte parce que l'on va avoir un groupe formé de toutes sortes de gens qui viennent de toutes sortes de milieux. Ils n'ont peut-être pas les mêmes valeurs. Il faut que ce soit l'occasion de poursuivre le changement qui a été amorcé dans la thérapie individuelle et de groupe. Il faut que ce soit un apprentissage dans le plaisir.

On cherche à favoriser un apprentissage agréable pour amener des changements. On veut qu'il y ait une influence mutuelle entre les membres. Cette influence se fera sentir dans la vie de chacun et par la suite ces changements auront à leur tour un impact sur le groupe.

Ce projet se veut vraiment novateur. Il cherche à apaiser la souffrance des parents et de toute l'entité familiale, à briser le cycle générationnel de l'anxiété et croit arriver à faire une différence dans la vie des gens.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://new.livestream.com/santementalemtl/animer-institut-2-oct>

6- Couverture d'événement : La garde en établissement

Ceci est un résumé d'une présentation qui a été faite au Comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal le 29 octobre 2014 par M. Serge Therrien, Mme Nathalie Marois, Mme Catherine Lapointe et M. William Henriques. Ils représentent, en défense, les personnes économiquement admissibles à l'aide juridique.

Ils travaillent dans le territoire desservi par le CCJM et traitent les dossiers suivants :

- Requête en garde en établissement.
- Requête pour ordonnance de soins et hébergement.
- Requête pour ouverture d'un régime de protection.

Commission d'examen des troubles mentaux (TAQ).

Garde en établissement : délai de signification deux jours.

- Personnes pouvant présenter, en raison de leur état mental, un danger pour elles-mêmes ou autrui d'où la nécessité d'une garde en établissement.
- **Preuve** : deux rapports psychiatriques écrits.

La durée de la garde prend fin sans autre formalité :

- Aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant ;
- Dès l'expiration d'un délai prévu à l'article 10, si aucun rapport d'examen psychiatrique n'a alors été produit ;
- Dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée ;
- Par décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire.

Deux autres formes de garde :

- **Garde préventive** : 72 heures, doit être libéré.
- **Garde provisoire** : ordonnance pour évaluation psychiatrique, max. 144 heures (6 jours).

Requête pour soins et hébergement :

- **Requête introductive** : délai signification 5 jours.
- L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également **si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement** de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Critères à prouver par l'hôpital :

- Inaptitude à consentir aux soins ;
- Refus catégorique ;
- Nécessité des traitements en égard à l'état de santé ;
- Intérêt.

Inaptitude à refuser :

- La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit ?
- La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?

La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par la maladie ?

Durée : Pas indéterminée, 1 à 3 ans, tendance 5 ans.

Ouverture du dossier :

- Sans délai après le prononcé d'un verdict de non responsabilité criminelle ou d'un verdict d'inaptitude à subir son procès, le tribunal de juridiction criminelle est tenu de faire parvenir

à la commission d'examen compétente (TAQ) tout procès-verbal et tout autre renseignement ou pièce se rapportant à l'instance qui sont en sa possession.

- 672.45 (1.1)

Délai d'audience suite au verdict :

- 90 jours, au plus tard si tribunal s'est prononcé Art 672.54 ccr.
- 45 jours, meilleurs délais mais au plus tard 45 jours si pas prononcé.

Commission d'examen des troubles mentaux :

- Quorum trois membres : président (juriste), psychiatre et autre membre du TAQ.

Question : Est-ce que l'accusé, en raison de son état mental, représente un risque important pour la sécurité du public et, si oui, rendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté.

Décisions :

- Libération inconditionnelle ;
- Libération sous réserve de modalités ;
- Détention sous réserve de modalités.

Barème d'admissibilité financière à l'aide juridique

	Volet gratuit	Volet avec contribution
Vous êtes seul	16 306\$	16 307\$ à 26 309\$
Vous êtes seul et vous avez un enfant	19 948\$	19 949\$ à 32 185\$
Vous êtes seul et vous avez deux enfants (ou plus)	21 296\$	21 297\$ à 34 360\$
Vous avez un conjoint	22 691\$	22 692\$ à 36 616\$
Vous avez un conjoint et un enfant	25 389\$	25 390\$ à 40 965\$
Vous avez un conjoint et deux enfants (ou plus)	26 737\$	26 738\$ à 43 141\$

Le bureau de l'aide juridique spécialisé en santé mentale est situé au 3535, chemin de la Reine-Marie, Bureau 415, Montréal (Québec) H3V 1H8. On peut leur téléphoner au (514) 864-4278.

7- Club de lecture : La santé publique, de révolution en révolution

Cet article de Jean-François Pelletier, PhD en Science politique, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et professeur adjoint au Département de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a été publié, le 15 juillet 2010.

Un article intitulée : *La santé publique, de révolution en révolution ou Avec le rétablissement en santé mentale, serions-nous à l'aube de la quatrième révolution de la santé publique ?*

Dans le bulletin de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), *Le fil conducteur*, Année 1, no 2.

L'auteur commence par une brève histoire de la santé publique jalonnée par quelques réalisations capitales. En effet, la santé publique est déjà passée par trois révolutions : contrôler les maladies transmissibles, s'attaquer aux maladies chroniques, non contagieuses et, finalement, la promotion de la santé et du bien-être.

Cependant cette dernière ne tient pas compte suffisamment de la santé mentale. Est-ce que le concept de rétablissement pourrait contribuer à combler ce fossé ?

On constate que la manière de penser de l'individu et ses sentiments peuvent avoir un impact déterminant sur son style de vie et ses habitudes face à la santé physique ou mentale. C'est pour ça que l'auteur préconise, pour arrimer la santé mentale à la promotion de la santé, de voir comment cette dernière pourrait soutenir le déploiement du rétablissement en tant que stratégie de transformation en santé mentale.

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (qui est à l'origine de la troisième révolution de la santé publique) ne laisse pas de latitude pour l'action de l'individu concernant sa santé tandis que le modèle global de santé mentale publique, issu du modèle écologique avec des différences fondamentales, introduit l'individu comme agent de changement, capable d'agir.

Cela ouvre la voie vers l'exercice de la pleine citoyenneté. C'est pour toutes ces raisons que ce modèle pourrait constituer la quatrième révolution dans le domaine de la santé.

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 8 : Novembre 2014

1- Couverture d'événement : XVIIe Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)

2- Journée d'échange : Révision de la Classification internationale des maladies

3- Formation : Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM)

4- Rapports mensuels : Participants au programme PAAS-Action d'août à novembre 2014

1- Couverture d'événement :
XVII^e Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)

C'était du 11 au 12 novembre 2014 que se tenait, à l'Hôtel Le Reine Elizabeth à Montréal, le dernier colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) sous le thème *Santé mentale et monde contemporain : vivre de nouvelles solidarités*. Colloque qui, comme à son habitude, ouvrait les portes sur plusieurs défis de réflexion, de constatations et d'expériences vécues en santé mentale.



Santé mentale et monde contemporain : vivre de nouvelles solidarités

Sous le thème *Santé mentale et monde contemporain : vivre de nouvelles solidarités*

Les nouvelles solidarités ne sont pas en reste. On a pu assister à des conférences mettant en avant des usagers du système en santé mentale qui cheminent avec beaucoup de bonheur dans leur

rétablissement au quotidien. Les résultats de l'implication de l'utilisateur dans sa propre démarche ne sont plus à démontrer.

Les projets, efficaces, ont intérêt à aller de l'avant à divers niveaux d'interaction de notre société. En cela déjà des initiatives au plan local sont en préparation et auront probablement un impact significatif sur les usagers et sur nos préjugés sociétaux.

Le PIRAP était présent et son fondateur, le docteur Jean-François Pelletier, faisait partie d'un panel relevé de spécialistes en matière de projet citoyen, ainsi que de pairs participants venus raconter leur cheminement, éclairant ainsi l'assistance grâce à leur savoir expérientiel.

Conférence *La classification internationale des maladies : apport des usagers*

Première partie de la conférence *La classification internationale des maladies : apport des usagers*. La deuxième partie de cette conférence était présentée en après-midi, le même jour

Symposium *L'intervention par les pairs : des enjeux au-delà des frontières*

Finalement, un symposium venait compléter l'effort du PIRAP avec encore une fois un panel de spécialistes et de pairs assistants venus raconter leurs parcours et ce que la démarche de pair assistant leur a apportés. Comme son titre l'annonce, *L'intervention par les pairs : des enjeux au-delà des frontières*, il a été question de la notion de pair à travers le monde, d'ailleurs nos conférenciers au cours des deux jours venaient du Portugal.

Fondements de la recherche participative

Cette conférence présentée par [Jean-François Pelletier](#) avait pour objectif d'exposer plusieurs éléments inhérents à la démarche de recherche participative. Dr Pelletier nous fait un bref historique en situant les origines de ce type d'intervention (activisme des usagers vs SIDA).

Entre autres éléments, jusqu'à quel point peut-on croire que la contribution de l'utilisateur dans son rétablissement est importante. Les investissements et besoins en santé mentale ne sont pas proportionnels. Avec une implication de type recherche participative, on pourrait en arriver à créer une masse critique qui pourrait ainsi impacter sur les décisions politiques ainsi que sur les investissements en santé mentale.

La stigmatisation est un autre des éléments sur lesquels peuvent agir les usagers

La stigmatisation associée aux diagnostics est un autre des éléments sur lesquels peuvent agir les usagers. La relecture (tel que vu dans l'article précédent de ce bulletin) par les usagers permet d'avoir une influence sur le discours des spécialistes en étant inspiré du savoir expérientiel.

Finalement, en se référant aux travaux du [Dr. Macaulay](#), Dr. Pelletier nous rappelle que la recherche participative a donné des résultats probants en matière d'amélioration.

Le processus de révision de la classification internationale des maladies : les enjeux de la révision de la CIM-X

Comme abordé dans le précédent sujet de ce bulletin, la CIM-11 fait l'objet d'une révision particulière. Le Dr Massimo Marsili, rattaché au CCOMS de Lille en France, est venu présenter le projet à ceux qui ne le connaissaient pas. Pour ceux qui le connaissaient déjà, cette conférence était alors l'occasion de savoir où en étaient rendues les choses. Voici donc le résumé que nous en a fait le Dr Marsili.



Dr Massimo Marsili, du CCOMS de Lille en France

À Lille, un travail de relecture est mené par les patients Ils sont chargés de questionner la cohérence sémantique du texte de l'OMS, les mots devant renvoyer à des réalités.

Ce projet ne se limite pas aux changements de termes mais permet de remettre en question les concepts mêmes parfois en allant jusqu'à lire entre les lignes pour en extraire l'implicite. Il a été décidé de limiter ce travail au chapitre sur les troubles psychotiques.

Le texte proposé par l'OMS doit être acceptable pour :

- Les professionnels
- Les usagers / les aidants

Démarche adoptée à Lille :

- Le projet a débuté en 2013, constitution d'un groupe de travail et rédaction d'un protocole ;
- En janvier 2014, un colloque a été organisé à Lille et a été l'occasion de se confronter avec des interlocuteurs internationaux, des professionnels et usagers de tous les pays. Cette rencontre

a permis de valider certaines pistes tout en soulignant la lourdeur et la complexité du travail entrepris.

Les objectifs actuels :

- Proposer à l’OMS des recommandations sur les lignes directrices en cohérence avec les expériences des usagers ;
- Identifier les éléments de classification qui ne font pas consensus ou qui n’apparaissent pas acceptables ;
- Établir un protocole provisoire (études qualitatives, multicentriques et participatives) ;
- Inclure des usagers experts ayant expérimenté des symptômes décrits dans le texte.

Déroulement :

- Période d’information et de formation ;
- Travail préparatoire ;
- Groupes de discussion.

Analyse :

- Quantitative : données sociodémographiques ;
- Qualitative ;
- Réunion internationale pour formaliser les résultats.

Prochaines étapes :

- Terminer le protocole ;
- Mener une étude pilote ;
- Validation par l’OMS ;
- Comité d’éthique ;
- Recherche de financement.

En guise de conclusion

La semaine du 10 au 14 novembre 2014 a été une occasion exceptionnelle de permettre aux différentes parties prenantes en santé mentale au Québec et ailleurs dans la francophonie, de se rencontrer, d'échanger, d'avancer et de se mettre à jour.

L'ambiance a été d'une cordialité exemplaire, les gens de l'AQRP, serviables et généreux. L'équipe du PIRAP est ressortie de cette rencontre grandie, motivée et énergisée. Le plaisir d'avoir participé aux activités concernant la relecture de la CIM-11 avec les [Dr. Laporta](#), Dr Massimo Marsili, [Dr Jean-Luc Roeland](#) et Dr Jean-François Pelletier est indiscutable.

L'éclairage nouveau qu'a procuré cet épisode sur ce qu'on tente d'intégrer dans la pratique en santé mentale à venir procure un sentiment de grand réconfort pour le citoyen aux prises avec des problèmes de santé mentale et laisse entrevoir grandes promesses, mais aussi de grands défis.

Comme le disait un pair qui a dû passer dix longues années en institution et qui est aujourd'hui complètement autonome et très actif dans les débats sur la santé mentale en France : « **Plus jamais pour moi, sans moi** ».

Stagiaire

Depuis novembre, nous avons le plaisir d'accueillir une stagiaire. En effet, Sophie Martageix a choisi de venir faire son stage chez-nous, à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Originaire de la région de Limoges, en France, elle a participé aux différentes activités relatées dans ce bulletin et sera avec nous jusqu'au mois de janvier 2015.

Merci Sophie, l'équipe du PIRAP est heureuse de t'avoir parmi nous.

À tous, nous souhaitons un temps des fêtes à la hauteur de vos attentes et de la santé pour en profiter !

2- Journée d'échange : Révision de la Classification internationale des maladies

Des représentants de l'OMS de France et du Québec étaient présents pour le 17^e colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) qui se tenait à l'Hôtel Le Reine Elizabeth, à Montréal, du 10 au 12 novembre 2014. Après trois jours de colloque, une longue session de travail a eu lieu à l'Institut Douglas avec les psychiatres Dr Marc Laporta, Dr Jean-Luc Roelandt et Dr Massimo Marsili. Aussi présent, le chercheur et cofondateur du PIRAP, Dr Jean-François Pelletier.

S'appuyant sur la théorie de l'acteur-réseau et sur la sociologie de la traduction, le PIRAP a pour mission de promouvoir le savoir expérientiel de ces personnes en contexte de co-construction de nouveaux savoirs en santé mentale publique. Il s'agit également de faire de la recherche un endroit propice au rétablissement civique pour aller vers la pleine citoyenneté.

Les personnes utilisatrices de services de santé mentale deviennent, dans ce milieu, des collègues de travail. Conséquemment, la majorité des pairs assistants de recherche (usagers du système) qui y travaillent chaque semaine était aussi présente aux activités du colloque et participait pendant une journée aux travaux sur la CIM-11.

Extrait du protocole

Contribution d'usagers de services de santé mentale et de proches à la révision des facteurs contextuels de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé

... « Le rétablissement en santé mentale a été défini comme une vision,() un paradigme,() ou encore comme un principe immanent d'organisation.() Il s'agit d'un courant qui conditionne actuellement d'importantes réformes des politiques et systèmes de santé mentale un peu partout dans le monde, y compris au Québec () et au Canada.() Le rétablissement affirme la capacité des personnes à prendre le contrôle de leur vie et à participer activement à la vie en société et ce, avec ou sans la persistance de symptômes.

En fait, le principe actif du rétablissement est non seulement de maintenir les gens dans la communauté, mais surtout de faire en sorte qu'ils soient de la communauté() et y vivent « **comme tout le monde** ». () Or, le fait d'être de la communauté implique le développement et le maintien de relations de réciprocité entre concitoyens égaux, alors que la citoyenneté suppose des droits, privilèges et autres responsabilités que peuvent exercer les membres d'une même communauté et au sein de laquelle ces membres sont concitoyens les uns des autres.()

C'est d'y voir des patients partenaires à différents échelons de la planification et de la dispensation des services

Ainsi, l'une des caractéristiques qui permet de reconnaître qu'un système ou une organisation préconise le rétablissement est d'y voir des patients partenaires à différents échelons de la planification et de la dispensation des services. Ce principe peut également s'appliquer en matière de recherche sur ces services, comme c'est le cas avec ce projet-ci ... »

Le PIRAP ainsi que d'autres spécialistes et professionnels de la santé mentale se sont fièrement affairés à la réécriture de deux parties de la CIM-11 pour laquelle on les a mandatés, la première partie portant sur la « **schizophrénie** » et la seconde sur les « **psychoses et troubles psychotiques** ».

Ce laboratoire avait pour objectif d'élaguer le mieux possible toute référence pouvant porter à la stigmatisation du patient par le biais de certains termes médicaux usuels. Par exemple, au lieu de parler d'hallucinations on parlera de perceptions chez le patient vivant une réalité non vérifiable par un tiers. Ceci ayant principalement pour objectif de ne pas nier ce qu'un patient vit.

Comme certains d'entre vous le savez, le PIRAP de par sa mission citoyenne permet à des gens aux prises avec un problème de santé mentale (et qui ont été sans emploi pendant une période de temps significative) de réintégrer le marché du travail tout en tâchant de mettre à profit le savoir expérientiel de chacun. Il était donc congruent d'intégrer dans le processus ceux qu'on qualifie de pairs assistants.

Un défi — Trois facettes

Les efforts de cette journée ont été fournis par de petites équipes composées de pairs usagers des services, de spécialistes en recherche et de professionnels de la santé mentale. Au final, les propositions faites par l'ensemble des groupes étaient retenues. Le défi de ce travail était d'élaborer une solution à proposer à l'OMS. Il s'agit de ne pas évacuer des termes par des expressions ou d'autres termes qui feraient perdre l'essence de ce qu'entend la psychiatrie.

Prenons par exemple le mot « **délire** ». Bien que dans certaines parties de la francophonie ce mot soit entré dans le langage courant avec une connotation péjorative, toutes les tentatives expérimentées durant l'atelier pour le remplacer n'ont pas été assez efficaces pour bien exprimer ce que veut précisément dire « **délire** » aux yeux de la psychiatrie. Il faut donc s'assurer de préserver la pertinence et la signification des mots.

Il faut par ailleurs s'assurer d'utiliser des termes qui soient compris et qui aient le même sens dans toute la francophonie. Par exemple lorsqu'on a tenté d'intégrer la formulation « **non perceptible par autrui** », un des spécialistes nous a signalé, à raison, que « **...dans certaines cultures, ne pas percevoir les choses comme autrui peut porter préjudice au patient** ».

Alors, la proposition a été remplacée par « **non vérifiable par un ou des tiers** ». Enfin, demeurons conscients que cette réécriture a pour objectif final de réduire au maximum les références portant à la stigmatisation du patient.

L'intérêt du PIRAP dans ce dossier est en partie lié au principe de pleine citoyenneté. Il embauche des pairs assistants depuis sa fondation. Ces personnes qui ont vécu des périodes significatives d'éloignement du marché du travail et qui ont ou ont eu des troubles de santé mentale, sont impliquées en recherche action.

C'est-à-dire qu'elles sont en contact avec les chercheurs et les usagers du système de santé et qu'elles participent aux activités concrètes de la recherche.

En termes de soins le patient n'est que la cible des interventions. Avec le modèle de la pleine citoyenneté, on cherche à faire en sorte que le patient soit aussi un acteur (apport des usagers). La révision de la CIM a été l'occasion de mettre en pratique ce modèle.

Le patient dans les services de soins devient un usager quand il travaille dans l'équipe de recherche, puis, en développant ses compétences, il devient un citoyen à part entière.

Pour bien mesurer ce qu'est l'exercice citoyen, voici un extrait du protocole de recherche couvrant la réécriture de parties de la CIM-11 :

Contribution d'usagers de services de santé mentale et de proches à la révision des facteurs contextuels de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé

...« Pour favoriser l'exercice de la pleine citoyenneté, il faut considérer les déterminants sociaux ». () Une approche intersectorielle de santé publique est préconisée et on souligne l'importance que les usagers soient considérés de manière holistique, c'est-à-dire dans leur globalité et comme des citoyens et des personnes à part entière et ce, à tous les niveaux du réseau de la santé et des services sociaux...

3- Plan d'action en santé mentale :

Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM)

Une définition

La gestion autonome de la médication (GAM) en santé mentale est une démarche de réflexion et d'action qu'une personne mène dans le but de se rapprocher d'une médication qui lui convient et qui s'intègre dans un processus plus large d'amélioration de sa qualité de vie.

Cette démarche implique plusieurs acteurs (proches, pairs, intervenants, professionnels de la santé, organismes communautaires) qui peuvent accompagner et soutenir la personne dans sa recherche d'informations et d'alternatives de même que dans ses prises de décision. La GAM est en soi une démarche pour s'appropriier ou se réappropriier du pouvoir sur sa vie.

Elle repose sur les principes suivants :

1. La définition d'une qualité de vie satisfaisante est personnelle et différente pour chacun ;
1. La personne possède une expertise à l'égard de son vécu et sa médication ;
2. La médication en santé mentale n'est pas neutre; elle représente, pour chaque personne, quelque chose de différent qui mérite d'être pris en compte ;
3. La personne a des droits qu'elle peut exercer et qui doivent être respectés ;
4. Les expériences de souffrances sont complexes; elles appellent à une compréhension large et à des réponses plurielles.

Cette définition est celle qu'a adoptée le Groupe de travail du RRASMQ.

Concernant ma médication, j'ai le droit...

De recevoir toute l'information concernant le traitement

Article 8 de la LSSSS

- La raison pour laquelle ce médicament est proposé ;
- Les effets bénéfiques et secondaires ;
- Les contre-indications ;
- Les interactions possibles ;
- Quand et jusqu'à quand le prendre ;
- Les alternatives ;
- Les examens médicaux requis.

Concernant ma médication, j'ai le droit...

De consentir aux soins de manière libre et éclairée

Article 9 de la LSSSS et Article 10 du Code civil du Québec

- **Libre** : sans contrainte, ni menace et sur une base volontaire ;
- **Éclairée** : le ou la professionnel(le) doit me donner toute l'information pertinente qui me permettra de prendre une décision ;
- **Je remplis les conditions pour être apte à consentir** : j'ai 14 ans et plus, je comprends la nature de mon état de santé, les informations liées à la nature et au but du traitement proposé. Je suis capable d'évaluer les conséquences, de prendre et d'exprimer une décision. Ma capacité de comprendre n'est pas affectée.

Il faut retenir que :

- Même si j'ai signé un consentement général aux soins, on doit aussi me demander mon consentement pour chacun des traitements, examens ou interventions qui me sont proposés (ex. : médicament) ;
- Je peux consentir à une partie du traitement et en refuser une autre sans être obligé de signer un refus général de traitement ;
- Même si j'ai donné mon consentement écrit, je peux, au dernier moment, changer d'avis et on doit respecter ce choix ;
- Mon consentement aux soins est requis même si je suis en garde en établissement ;
- Même si je suis considéré inapte et sous régime de protection (tutelle, curatelle), on doit aussi me demander mon consentement.

Concernant ma médication, j'ai le droit...

De participer au traitement

Article 10 de la LSSSS

- Participer à toutes décisions qui peuvent affecter mon état de santé et de bien-être ;
- Donner mon avis, dire mes besoins et mes préférences.

D'être accompagné(e)

Chez mon ou ma médecin/psychiatre

Article 11 de la LSSSS

- Une personne de mon choix peut m'accompagner lors de mes rendez-vous médicaux ;
- Si l'accompagnement est refusé, je demande pourquoi et quand cela sera possible. Je reste calme dans tous les cas.

Références

AGIDD-SMQ : (514) 523-3443 / 1-866-523-3443

www.agidd.org

RRASMQ : (514) 523-7919 / 1-877-523-7919

www.rrasmq.com

4- Rapports mensuels :

Participants au programme PAAS-Action d'août à novembre 2014

Août 2014

Le mois d'août a représenté une continuité pour tester notre formule de réunions de travail les lundis matin. En fait, nous débutons maintenant la semaine avec le *Quoi de Neuf?* qui provient de la formule du *Projet citoyen* en contexte de recherche. Ceci permet de bien débiter la semaine pour les participants qui peuvent s'exprimer librement sur leur vie personnelle et professionnelle. Cette formule favorise une meilleure rencontre de travail.

En août, nos trois personnes observatrices participantes ont continué leur implication, mais une participante aspirant à une place au PAAS-Action nous a quittés. En fait, elle a abandonné à la fin du mois en raison de lacunes et d'incapacités socioprofessionnelles, selon ses dires, qui sont en lien avec les compétences requises pour bien effectuer les tâches spécifiques du programme, soit un bon français oral et écrit ainsi que des connaissances de base en informatique, avec *Word* et *Excel* au minimum. Bref, il faut s'assurer que les nouveaux candidats soient à l'aise avec certains prérequis de bureautique et de rédaction qui font partie des critères de sélection.

D'autre part, un des participants observateurs qui en est à ses débuts d'intégration et d'implication au PIRAP à raison d'une demi-journée par semaine, soit le lundi matin à la réunion de travail, aura un statut particulier. Sa participation éventuelle au PAAS-Action fera l'objet d'un projet de recherche qui aura comme principal objectif de démarrer un groupe d'utilisateurs de services qui vont suivre une formation citoyenne à travers un projet citoyen similaire à celui du PIRAP, à l'intérieur de l'Institut Philippe-Pinel ou à l'extérieur, mais en lien direct.

La formule ressemblera davantage au *Citizen Project* de New Haven rattaché à l'Université de Yale. La clientèle sera la même soit des personnes qui ont un problème de santé mentale et un casier judiciaire.

Septembre 2014

Le mois de septembre est riche en termes de nouveautés en ce qui concerne l'organisation du travail au PIRAP. Nous pouvons constater qu'une plus grande autonomie émerge de l'équipe dans un processus de responsabilisation grâce auquel l'ensemble de nos participants deviennent de plus en plus polyvalents dans l'exécution des différentes tâches associées à la recherche.

Nous sommes dans un processus de réorganisation et de changement de participants. Les changements amènent une amélioration au niveau de la logistique.

En fait, nos réunions de travail évoluent positivement, car à partir de maintenant c'est à chaque participant d'animer à tour de rôle la réunion en plus de faire le suivi des tâches de chacun avec le tableau des tâches dans Excel, assisté par la coordonnatrice. C'est une formule plus formatrice, car chacun a l'occasion de développer des compétences informatiques et d'animation spécifiques.

L'équipe du PIRAP a aussi mis sur pied un club de lecture afin de bien connaître l'évolution du PIRAP à travers les articles scientifiques ou autres que Dr Jean-François Pelletier et l'équipe ont publié dans différentes revues scientifiques ainsi que celles traitant de santé mentale. Le but est de diffuser les connaissances générées par notre équipe de recherche pour favoriser l'émancipation des personnes qui vivent ou qui ont vécu avec un problème de santé mentale.

Par le biais du club, des articles seront présentés à tour de rôle par un membre du PIRAP, qui aura comme tâche d'animer les discussions et favoriser la compréhension des textes. L'objectif est d'obtenir une participation active en suscitant des échanges analytiques, dans une démarche constructive et formatrice, pour nous maintenir à jour dans notre champ d'étude sur le rétablissement civique et pour favoriser le transfert des connaissances dans notre champ d'expertise.

Octobre 2014

Le mois d'octobre est rempli de nouvelles initiatives de l'équipe du PIRAP. Les réunions de travail du lundi sont un lieu de formation continue où chaque participant doit se familiariser avec différents rôles. En fait, un nouveau système d'animation et de coanimation a été mis en place dans le but d'établir une logistique qui permet de maintenir un bon climat dans le groupe.

Pour ce faire, un participant s'occupe d'animer la rencontre et un autre est responsable du soutien informatique et ceci permet une meilleure cohésion dans l'organisation du temps et favorise une meilleure dynamique de groupe. De plus, les participants ont maintenant un système de jumelage pour augmenter leur capacité à travailler en équipe.

C'est dans l'objectif d'augmenter leur niveau d'autonomie dans le partage de leurs tâches. Le club de lecture du PIRAP s'est réuni pour établir un mode de fonctionnement qui a été mis en place avec la collaboration de l'ensemble des participants. Cette activité est une occasion d'échanges où la prise de parole en groupe vient augmenter les habiletés sociales de chacun dans l'expression de leurs opinions.

L'équipe du PIRAP se renouvelle graduellement, car un nouveau participant a débuté officiellement chez nous et il est assigné à un nouveau projet citoyen dans la communauté et à l'Institut Philippe-Pinel. La période d'observation d'un autre nouveau participant a pris fin et il se joindra à l'équipe prochainement.

Par ailleurs, un membre fondateur du PIRAP nous quitte, car il a terminé sa formation à la citoyenneté et il est prêt à poursuivre son rétablissement civique à travers son projet de vie dans la communauté.

Bref, le mois d'octobre fut un temps de réajustement qui permet aux participants de bien définir leur buts au PIRAP. En ce sens, les évaluations de participation ont permis au programme de mieux accompagner la relève dans leur stage.

Novembre 2014

Le mois de novembre fut l'occasion de peaufiner le remaniement de notre procédure pour produire les bulletins à temps. À partir de janvier 2015, un membre du PAAS-Action sera en charge de préparer le calendrier des évènements à couvrir durant le mois et il le soumettra au groupe pour approbation le lundi matin.

Il agira un peu en tant que rédacteur en chef sous la supervision de la coordonnatrice. Ce sera un moyen pour lui d'assumer plus de responsabilités et d'exercer un leadership positif. Il veillera à ce que les membres exécutent leurs travaux à temps.

Les membres du PAAS-Action devront rédiger chacun deux pages par mois pour créer un bulletin de huit pages. Il y aura donc quatre pages supplémentaires le mois suivant. Il y aura un calendrier des rédacteurs qui sera créé par un membre du PAAS-Action car deux pages devrons être produites toutes les semaines et couvrir une ou plusieurs des rubriques.

Ces pages seront envoyées au plus tard le vendredi à la personne responsable de corriger les bulletins et de les faire parvenir à Dr Pelletier pour être mis en ligne sur le site web du PIRAP.

De plus, un membre du PAAS-Action a été désigné pour s'assurer que chaque personne remplisse le tableau des tâches, selon les tâches qui ont été attribuées par la coordonnatrice le lundi matin, ceci dans le but d'autonomiser le groupe dans la gestion des tâches et de son temps.

Cette même personne, qui a une formation en informatique, a pris l'initiative de donner une formation au groupe pour développer des compétences en matière de logiciels *Word* et *Excel*. Il a organisé lui-même le cours, en empruntant les ordinateurs portables nécessaires au service de l'audiovisuel. Ce genre d'initiative est fortement encouragé.

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 9 : Décembre 2014

[1- Couverture d'événement : Trousse pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants](#)

[2- Couverture d'événement : Méditation et pleine conscience](#)

[3- Couverture d'événement : Services pour les jeunes souffrant de trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie](#)

1- Couverture d'événement :

Trousse pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants

Voici un résumé de la conférence du 20 novembre 2014 présentée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et tenue dans le cadre du programme *Animer l'institut*.

Cette conférence était offerte par Caroline Berthier, PhD psychologue, coordonnatrice clinique (CITA, HRDP) et Hélène Bouvier, MD pédopsychiatrie, chef médicale (CITA, HRDP). Elle traite du processus menant à la création d'une trousse d'outils aidant les enfants de 6 à 12 ans qui souffrent de troubles anxieux.



Statistique et comorbidité

Selon une estimation non exhaustive, 5 à 10% des enfants souffriraient de troubles anxieux. De plus ces troubles sont rarement uniques et on note une forte comorbidité.

La famille des troubles anxieux est celle qui touche le plus les enfants et les adolescents.

Les enfants et adolescents seraient affectés par un ou des troubles anxieux qui suivent :

- Phobies spécifiques ;
- Trouble d'anxiété sociale ;
- Trouble d'anxiété généralisée ;
- Trouble d'anxiété de séparation ;
- Trouble de panique avec ou sans agoraphobie ;
- État de stress post-traumatique ;
- Trouble obsessionnel compulsif ;
- Mutisme sélectif.

Conséquences

Le problème des troubles anxieux a tendance à s'aggraver avec le temps. On dénote aussi des conséquences importantes sur le fonctionnement familial d'abord, mais aussi social et scolaire. Cette condition se résorbe rarement d'elle-même. Elle augmente aussi les risques de psychopathologies à l'âge adulte. D'où l'importance de la traiter le plus rapidement possible afin de contrecarrer ses impacts négatifs.

Les stratégies issues de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) générale des troubles anxieux

Les différentes stratégies proviennent de la thérapie cognitivo-comportementale. Les différentes études ont démontré leur efficacité pour une tranche de la population. Cependant 57 % des personnes demeurent en difficulté. Ces stratégies devront donc être bonifiées pour tenir compte des besoins des enfants, de leurs capacités cognitives ainsi de ce qu'ils vivent dans les différentes sphères de leur vie.

On constate que pour les personnes qui répondent au traitement, les effets positifs se prolongent jusqu'à 13 ans après la thérapie.

Les stratégies issues de la TCC globale pour les troubles anxieux :

- Informer la personne sur ce qu'est l'anxiété ;
- Identification et reconnaissance des symptômes d'anxiété ;
- Gestion des malaises physiques ;
- Restructuration cognitive ;
- Exposition in-vivo graduée ;
- Résolution de problème ;
- Auto-évaluation et auto-renforcement.

L'efficacité de la TCC sur les troubles anxieux

Il est pour le moment clair que l'ensemble des troubles anxieux n'est pas complètement couvert par les solutions rencontrées avec l'utilisation de la TCC. Il reste donc encore beaucoup de recherche et de validation à faire sur le sujet.

Élaboration d'un programme de TCC pour le TAG

De 2008 à 2013, des outils ont été développés pour élaborer un programme TCC pour le trouble d'anxiété généralisé (TAG). Ce programme s'adresse aux enfants de 8 à 12 ans. À cet âge les enfants possèdent les références et les habiletés de lecture pour le programme en question.

Le programme Zak et Zoé – pour les enfants de 8 à 12 ans aux prises avec un TAG primaire

On retrouve dans la trousse :

- Un manuel du thérapeute avec un verbatim détaillé expliquant comment poser les questions aux enfants;
- Un manuel de l'enfant ;
- Des fiches d'accompagnement pour les parents.

Une designer-graphique accompagne l'équipe de recherche et permet de faire des illustrations thérapeutiques et des métaphores visuelles pouvant aisément être comprises par les enfants.

L'objectif final est de développer un programme pour chaque trouble anxieux, avec comme retombées d'éviter les psychopathologies à l'âge adulte

Voir l'intégrale de la conférence

<http://new.livestream.com/santementalemtl/animer-institut-20-nov>

2- Couverture d'événement : Méditation et pleine conscience

La conférence **Vivre P.A. ou P.C./Ce que je FAIS avec ce que je SAIS SIMPLE COMME ABCDE**



Réduction du Stress basé sur la Pratique de la Pleine Conscience, par Dr Robert Béliveau

Elle s'est tenue le 26 novembre 2014 à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) dans le cadre de la démarche *Notre institut en santé*, expliquait les bienfaits de la méditation axée sur la pleine conscience. La conférence a été offerte par le Dr Robert Béliveau.

Vivre P.A. ou P.C.

P.A. : Vivre sur le pilote automatique

P.C. : Vivre plus conscient

Ce que je FAIS avec ce que je SAIS SIMPLE COMME ABCDE

- **A** pour « **Arrêter** » par le calme et prendre soin de sa santé mentale ;
- **B** pour « **Bouger** » pour prendre soin de sa vitalité et de sa santé physique ;
- **C** pour « **Communiquer et connecter** » pour prendre soin de sa santé relationnelle ;
- **D** pour « **Développer des compétences et donner à la société** », s'habileter à méditer ou à coanimer un groupe de méditants ;
- **E** pour « **s'Entraîner et s'entraider** ».

Le contexte

Cette conférence a été présentée dans le cadre du projet *Notre institut en santé*. Elle a été présentée conjointement par Guylaine Larocque, chargée de projet *Notre institut en santé* et Caroline Ouellet, directrice des ressources humaines de l'IUSMM.

Par sa conférence, le Dr Béliveau a cherché à démontrer les bienfaits de la pratique régulière de la méditation pleine conscience pour notre santé individuelle globale. Après une première partie théorique, il est passé à un exercice pratique en animant un exercice de méditation, qui nous a fait réaliser qu'il est très difficile de faire taire son mental.

De plus, il a expliqué que la société comme les milieux de travail exigent beaucoup des gens, les gens courent beaucoup et souvent les gens ont l'obligation de s'arrêter pour maladie ; accident cardiaque, dépression, épuisement, désorganisation.

Pour leur part, les organisateurs de l'activité, convaincus du bienfait réel de la pratique régulière de la méditation, ont sensibilisé les participants à la possibilité de se joindre à un groupe de méditation pleine conscience pour des séances qui devraient débiter à l'IUSMM en janvier 2015.

Pourquoi méditer ?

« Si on pratique le calme, tu deviens calme »

Dr Béliveau nous invite à consulter les recherches de John Kabat-Zinn PhD pour consulter les données probantes prouvant les bienfaits d'une pratique quotidienne de la méditation pleine conscience.

L'importance de s'arrêter, de se calmer

On a demandé à un sage, qu'est-ce qui vous surprend le plus dans l'humanité ?

Il a répondu :

« Les hommes... parce qu'ils perdent la santé pour accumuler de l'argent, ensuite, ils perdent de l'argent pour retrouver la santé.

Et à penser anxieusement au futur, ils oublient le présent de telle sorte qu'ils finissent par ne vivre ni le présent, ni le futur. Ils vivent comme s'ils n'allaient jamais mourir... et meurent comme s'ils n'avaient jamais vécu. »

Les recommandations du docteur Béliveau :

S'arrêter systématiquement trois minutes, trois fois par jour pour pratiquer la respiration consciente.

- S'arrêter quand ça nous chante ? Non !
- S'arrêter au besoin ? Non !
- S'arrêter systématiquement !

Une alternative à la méditation pleine conscience, la cohérence cardiaque

La cohérence cardiaque s'avère une alternative aussi valable que la méditation pleine conscience pour la santé. Ainsi monsieur Béliveau recommande de consulter le site internet de David Servan-Schreiber à l'onglet : cohérence cardiaque ou encore le livre *Cohérence Cardiaque 365*, du Dr David O'Hare pour en savoir plus.

Une référence pour pratiquer la pleine conscience de façon informelle :

Outre les écrits du Dr Jon Kabat-Zinn, Dr Béliveau suggère la lecture du livre : *52 façons de pratiquer la pleine conscience*, de Jan Chozen-Bays.

Communication médiatique sur les bienfaits de la pratique régulière de la méditation pleine conscience

Dans le même ordre d'idée, toujours dans un contexte de prise en charge de notre santé, deux publications récentes ont aussi documenté les bienfaits de la pratique de la méditation pleine conscience.

La revue *Santé mentale au Québec* a consacré en 2013, un numéro complet de sa publication à ce sujet. Intitulé *Pleine conscience et psychiatrie*, (Volume XXXVIII numéro 2 – Automne 2013) et coordonné par le Dr Than-Lan Ngô et par Jean Caron.

<http://www.revue-smq.ca/category/volume-38-numero-2-printemps-2013/>

Le samedi 13 décembre 2014, le journal *Le Devoir* (Vol. CV no 284), par le biais de la journaliste Pauline Gravel, a présenté une série d'articles sur ce thème.

Voir la liste des articles de Pauline Gravel publié le 13 décembre 2014

<http://www.ledevoir.com/auteur/pauline-gravel>

Dans la version papier on trouve en page A1 et A 10 : *Méditer pour être en santé*, en page A 6 : *La méditation pleine conscience, une pratique bénéfique pour le personnel médical*, en page A6 et A7 : *Diverses techniques et approches*, en page A 7 : *Une pratique profitable aux gestionnaires*, en page A 8 : *Les bienfaits de la méditation en entreprise*.

L'atelier de réduction du stress au centre EPIC

Le docteur Béliveau est actuellement en congé sabbatique de l'Institut de cardiologie de Montréal et ce jusqu'en octobre 2015, puis il reprendra l'animation des ateliers de réduction du stress du centre EPIC de l'Institut de cardiologie de Montréal.

Pour en savoir plus

www.GERERMONSTRESS.COM

3- Couverture d'événement : Services pour les jeunes souffrant de trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie

La conférence *Un réseau intégré de services pour les jeunes de 14 à 25 ans souffrant de trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie*, présentée le mercredi 10 décembre 2014 à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) fait partie d'une série de conférences intitulée *Animer l'Institut* dans le cadre du projet *Institut-réseau*.

Cette activité vise à présenter les projets de pratique de pointe choisis autour du développement de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal-Réseau. Les sept partenaires de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, qui composent l'entité Montréal-Réseau sont l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Institut de cardiologie de Montréal, le CHU Sainte-Justine, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et l'IUSMM.

Les présentatrices étaient Nathalie Néron, coordonnatrice au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire (CRDM-IU) et chef clinico-administratif de la clinique Cormier-Lafontaine et Patricia J. Conrod, PhD, chercheure au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine.

D'entrée de jeu, madame Néron annonce qu'elle présentera les origines du projet et l'état d'avancement des travaux de façon générale pendant que madame Conrod parlera du projet de recherche associé au projet.

Deux systèmes en parallèle

Pour les services de santé mentale et de dépendance, il y avait au Québec deux réseaux organisés en parallèle. Le jeune ayant des problèmes de toxicomanie était pris en charge par le service de réadaptation en dépendance pendant que le jeune souffrant de maladie mentale était pris en charge par le système de santé.

Pour être pris en charge par le système de santé mentale et un psychiatre, le jeune toxicomane se faisait dire d'arrêter de consommer pendant six mois pendant que pour être pris en charge par les ressources en dépendance et en détoxication, le jeune souffrant de maladie mentale n'était pas pris en charge car son état n'était pas stabilisé ou il ne correspondait pas à la clientèle type du centre.

Un problème de santé mentale met plus à risque de souffrir aussi d'un problème de dépendance

Les études montrent qu'environ 50 % des jeunes utilisateurs de service des centres en dépendance souffrent en concomitance de problèmes de santé mentale. On sait que le fait de souffrir de problème de santé mentale met plus à risque de souffrir de problèmes de dépendance.

Le principe du « *No wrong door* »

Pour un jeune, une intervention rapide est privilégiée et il est important d'adopter la philosophie *No wrong door* (il n'y a pas de mauvaise porte d'entrée) cela pour s'assurer qu'un jeune qui cogne à la porte des services de santé mentale ou à la porte des services en réadaptation en dépendance soit reçu et aidé par ce service. Mais, en pratique, l'accueil de sa demande de service dépendra de la ressource, du médecin, du diagnostic, de l'âge du jeune. En conséquence, des intervenants se sont dits : « Arrêtons de nous lancer la balle et travaillons sur les deux cas de figure en même temps ».

Un lien existant entre le CHU Sainte-Justine et le CRDM-IU

Depuis plusieurs années, un lien existait entre le CHU Sainte-Justine et sa clinique de l'adolescence et le CRDM-IU et son programme jeunesse pour servir les adolescents dans les domaines de la santé physique, de la santé mentale et de la dépendance. Une pédiatre de la clinique de l'adolescence acceptait de recevoir les jeunes consommateurs pour, à la base, faire un bilan de santé. Par l'investigation médicale, on découvrait souvent chez cet adolescent toxicomane un trouble de santé mentale.

Il était difficile de référer le jeune vers un service approprié car des variables telle que la sectorisation, l'obligation pour le jeune d'arrêter de consommer, etc., faisaient obstacle.

Puis, en 2009, un médecin du CHU Sainte-Justine s'est impliqué pour faciliter l'accès à des services médicaux en psychiatrie pour ces jeunes, puis des agents de liaison ont agi comme facilitateurs pour diriger les jeunes vers des corridors de services ou obtenir par le biais de contacts et références, des services. Des consultations simultanées entre l'adolescent son pédopsychiatre et son pédiatre peuvent être organisées. Puis la création d'un comité multidisciplinaire a aussi favorisé l'intersectorialité et le travail d'équipe.

Notons que depuis 2001, le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal et l'Hôpital Louis-H.Lafontaine s'était associé pour constituer la clinique Cormier-Lafontaine. Par ailleurs, pour le CRDM et son programme jeunesse, une personne « **jeune** » peut recevoir des services jusqu'à ces 25 ans.

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte et ses enjeux

Les instigateurs du projet ont constaté que, bien souvent, le passage du statut de mineur (moins de 18 ans) à un statut de personne majeure (l'atteinte des 18 ans) pouvait entraîner une rupture de service chez ce jeune. De plus, à qui confier la responsabilité d'un jeune qui consulte à 17 ans et demi ?

Les instigateurs du projet se sont demandés s'il était possible de créer un système, un service où les usagers âgés de 14 à 18 ans souffrant de trouble concomitant de santé mentale et toxicomanie, recevant ou ayant reçu des soins en santé mentale et en toxicomanie dans le passé, puissent continuer au passage de leurs 18 ans, à recevoir des services professionnels en santé mentale en continu, sans rupture de service.

La mise sur pied de l'IUSMM et l'intégration de ses six partenaires qui composent maintenant l'entité : Institut universitaire en santé mentale Montréal-Réseau, a amené l'opportunité de mettre sur pied des projets et des services pouvant s'appuyer sur le partenariat entre ces sept établissements.

Le besoin d'intégrer la clientèle des 14-18 ans à la clientèle des 18-25 ans avait déjà été identifié. Le CRDM-IU et son programme jeunesse entretenait déjà un partenariat avec la clinique de l'adolescence du CHU Sainte-Justine. Le CRDM-IU entretenait déjà un partenariat avec l'IUSMM par le biais de la clinique Cormier-Lafontaine.

Pour respecter cette volonté, un projet d'intégration de soins a été réalisé par la mise en relation d'acteurs œuvrant déjà auprès de cette clientèle soit le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et pour couvrir le volet recherche et enseignement, les chercheurs de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

En résumé

On souhaite dispenser une offre de services intégrés de troisième ligne aux personnes qui présentent des problèmes complexes, sévères et persistants en santé mentale et en dépendance.

On souhaite offrir en un seul lieu, un service intégré de pédopsychiatrie, de psychiatrie et de toxicomanie aux adolescents et aux jeunes adultes montréalais, âgée de 14 à 25 ans, qui sont aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie.

Un service intégré et ses caractéristiques

- Même équipe traitante tout au long de l'épisode de soin ;
- Équipe multidisciplinaire ;
- Patients référés par la 2^{ème} ligne en santé mentale et/ou en dépendance ;
- Intégration de la démarche de réadaptation en santé mentale et en dépendance ;
- Service spécialisé de la 3^{ème} ligne supportant les équipes de 2^{ème} et de 1^{ère} ligne.

Les conférenciers rapportent que malgré leurs appréhensions, il a été assez facile de trouver des professionnels, des chercheurs, des administrateurs et gestionnaires d'établissements, intéressés à mettre leurs ressources en commun que ce soit au niveau service clinique qu'au niveau recherche.

Quelques projets de recherche, l'apport d'un institut de recherche

- Étude des besoins de cette clientèle, par l'étude de l'étendue de ce problème chez les 14 à 25 ans ;
- Étude visant à comprendre la nature de ce problème ;
- Étude de modes d'intervention novateurs pour faciliter le rétablissement de cette clientèle.

Sur le plan clinique, on souhaite que ce service intégré favorise la continuité des services lors du passage à l'âge adulte. Quant au volet recherche, des projets sont à venir, notamment un projet qui touche la sécurité des médicaments avec le Dr Leïla Ben Amor, un projet de recherche-action de Karine Bertrand.

Le projet de recherche de Patricia Conrod, une évaluation informatisée

- Consommation ;
- Personnalité ;
- Symptômes psychiatriques ;
- Mesures cognitives ;
- Mesures d'alimentation, de sommeil, de fonctionnement psychosocial.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://new.livestream.com/santementalemtl/animer-institut-10-dec>

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 10 : Janvier 2015

1- Couverture d'événement : La toxicomanie dans les unités de traitements et de réadaptation intensive : une réalité

2- Couverture d'événement : La réduction des mesures d'isolement et de contention chez les plus grands utilisateurs de l'Institut : des pratiques inspirantes ?

3- Couverture d'événement : Antidépresseurs et grossesse: effets sur la mère et l'enfant

4- Couverture d'événement : Visage, vélocité des affects et clozapine

5- Couverture d'événement : Manifestations neuropsychiatriques de la maladie de Huntington

1- Couverture d'événement :

La toxicomanie dans les unités de traitements et de réadaptation intensive : une réalité

Dans le cadre des conférences associées aux Savoirs et pratiques en développement du programme des troubles psychotiques, nous avons assisté à la conférence *La toxicomanie dans les unités de traitements et de réadaptation intensive : une réalité*.

Cette conférence a été présentée le 21 janvier 2015. La conférencière était Manuela Rigaud Théodore, psychoéducatrice au programme des troubles psychotiques.

Dans son document de présentation, madame Rigaud Théodore résumait ainsi la conférence à venir *La toxicomanie est une réalité à laquelle les intervenants des unités de traitement et de réadaptation intensive doivent faire face*.

Un changement d'approche est adopté depuis peu pour soutenir cette clientèle psychotique. Milieu intra hospitalier et réduction des méfaits : contraire ou complémentaire ?

Certains pourraient penser que la toxicomanie nous empêche de faire un travail de réadaptation auprès de nos patients, mais c'est faux car la toxicomanie fait partie du travail de réadaptation. Ainsi, depuis l'automne 2013, un comité de toxicomanie a été mis en place dans les unités 504 et 308. Présentement, la réduction des méfaits est appliquée dans les unités.

À l'origine, les objectifs du comité étaient d'introduire et de bonifier l'évaluation, de faire une recension des approches et des écrits en lien avec le milieu psychiatrique et la toxicomanie, d'interpeller, d'impliquer les organismes communautaires, enfin de préparer le soutien et la formation à donner aux employés pour qu'ils soient le plus apte possible à intervenir avec les usagers.

Nos usagers consommateurs

Présentement, 16 des 36 usagers des unités sont des consommateurs réguliers ou occasionnels. Les interventions basées sur la tolérance zéro ont été introduites, il y a longtemps, à l'Institut mais s'avèrent inefficaces. De plus, ce type d'interventions augmente la résistance, ce qui diminue grandement l'alliance thérapeutique. 75 % des usagers qui disent qu'ils veulent devenir abstinents rechutent pour revenir souvent au même point.

Soixante pour cent des usagers ont pour objectif de modifier leur consommation (réduction de la consommation, contrôle de celle-ci, changement de substance ou du mode de consommation). Par exemple, une personne qui consomme en « *sniffant* » une drogue peut réaliser que cette méthode est plus dommageable que si la drogue était ingérée. De même, ils peuvent prendre conscience que la

marijuana est peu dommageable dans leur quotidien mais que les amphétamines créent trop de méfaits, trop de problèmes, trop de difficultés.

En tant qu'intervenant, il faut comprendre les besoins que la consommation comble pour le client. Certains consomment pour pouvoir se sentir vivants, car ils ont des symptômes négatifs et ne se sentent pas bien, ils ont l'impression d'avoir perdu une partie d'eux-mêmes. Il faut donc avoir une approche conscientisée et beaucoup plus réaliste.

Les équipes de travail face à un changement de mentalité, un changement de pratique

Pour vérifier la perception des équipes des changements de pratique, on a demandé à celles-ci quelles étaient leurs craintes par rapport à la consommation :

- Qu'est-ce qu'ils voient ?
- Comment ils se sentent ?

En avril 2014, leurs réponses tournaient autour des craintes du sentiment d'impuissance, des intoxications aiguës, de la diversité des substances consommées, des méfaits possibles, des transactions dans l'unité. Certains étaient désolés de voir qu'ils devaient envisager qu'un usager allait avoir une vie qui serait toujours teintée de consommation. Il y avait des préoccupations en lien avec l'agressivité, la désorganisation, le sentiment d'avoir peu de levier pour intervenir sur la problématique. « Si on change de pratique comment les autres vont percevoir ça ? Est-ce que c'est un laisser-aller ? »

La politique adoptée était que si les usagers étaient surpris à consommer, ils ne pouvaient pas sortir de l'unité pendant une période d'une semaine. En conséquence, on ne travaillait pas la toxicomanie. Les usagers apprenaient juste à reculer face aux intervenants, ils étaient plus contrariés et ils n'avaient pas d'alliance thérapeutique. Avec la politique d'abstinence, alors que le mandat des intervenants était de soutenir les usagers, de les accompagner pendant deux ans pour les aider à ressortir, on remarquait qu'au départ ils consommaient tout autant et des fois plus qu'à l'arrivée.

La conférencière questionne l'assemblée : « Est-ce que l'approche des réductions des méfaits demande moins d'interventions que la politique des sept jours parce que les usagers peuvent consommer ? »

La réponse est non, car l'approche des réductions des méfaits demande plus d'interventions constantes et nuancées. On a toujours une possibilité de sensibiliser et d'informer.

Si un usager fait ses activités et commence à se réinsérer, développe son réseau de soutien, atteint ses objectifs, s'ouvre au monde extérieur, commence à travailler et consomme le vendredi soir sans

décompensation, agressivité, problèmes interpersonnels ou autre, il n'y a pas de problèmes. Si une personne juge cette situation comme étant problématique, c'est davantage une position morale relativement à la drogue.

On vise à améliorer la qualité de la vie à court, moyen et long termes. Par exemple, les méfaits peuvent être sur le plan du fonctionnement au travail ou sur le plan personnel. On peut prendre l'exemple de quelqu'un qui a beaucoup de conflits avec ses parents parce qu'il est arrogant. Pareillement, un méfait peut se voir sur le plan judiciaire car la personne a frappé les murs ou a eu des comportements inadéquats. De même, des usagers sont incapables de gérer un budget car les dépenses de consommations sont hors de contrôle.

La conférencière questionne l'auditoire : « Pour bien intervenir, faut-il déterminer la problématique la plus importante entre la santé mentale et la toxicomanie ? Non, l'important est de savoir où sont les priorités d'intervention. »

Il y a plusieurs approches par rapport à la toxicomanie et la santé mentale.

L'approche séquentielle : traiter un des deux diagnostics en premier jusqu'à sa résolution, puis aborder le second. L'approche parallèle : prise en charge simultanée par deux équipes distinctes, une équipe santé mentale et une équipe toxicomanie.

L'approche intégrée : traitements simultanés pour les deux problématiques par une équipe.

L'intervention c'est un savoir-être : une ouverture, une tolérance, une attitude empathique, une compréhension des forces et des limites de l'utilisateur. C'est aussi un soutien et une responsabilisation. Il faut informer, sensibiliser et responsabiliser. L'intervention doit être individuelle et en lien avec les stades de changement. Il y a des outils d'aide aux cliniciens maintenant disponibles. Les règles demeurent les mêmes pour tous.

On n'acceptera jamais qu'un usager soit agressif, qu'il ramène de la drogue ou la consomme. Sans compter que les usagers se doivent d'être disponibles pour leurs activités, car c'est là leur travail de réadaptation.

L'intervention c'est un menu d'options. Ça veut dire qu'il faut se responsabiliser face à la consommation. Choix ou modification du produit, contrôle du dosage, contrôle de la qualité, attention portée à la fréquence, attention portée au mobile, choix du contexte, choix du mode de consommation. Les objectifs sont mis sur le plan d'intervention interdisciplinaire. C'est important d'identifier les méfaits et d'évaluer les choix à faire à la consommation.

La réduction des méfaits, ce n'est pas parfait, ce n'est pas fait pour tout le monde, c'est difficile, c'est ardu, mais ça demande à être essayé. Parfois on pousse beaucoup en voulant que les usagers aillent

vers l'abstinence. En contrepartie, il faut faire attention à la trop grande tolérance car il y a les méfaits. Il faut avoir du jugement, réfléchir, se questionner car les cas sont tous différents et les effets de la consommation sont différents pour chacun. De plus, la réduction des méfaits doit être réajustée dans les milieux judiciaires, scolaires et psychiatriques.

Pour l'avenir, on veut présenter officiellement des règles qui pourraient être affichées dans l'unité. Des règles qui sont claires et que les usagers vont approuver. Celles-ci permettraient également d'ouvrir la discussion sur la toxicomanie. Présentement, sur les deux unités, on a des comités : le Clan institut et le Comité soleil, où il est demandé aux usagers de se présenter.

Au travers de ces comités, on espère ouvrir davantage les discussions sur la toxicomanie. Le comité de toxicomanie cherche aussi à élaborer un programme de renforcement positif. Offrir la formation à l'entretien motivationnel aux employés. On a aussi besoin du soutien et des expertises des organismes communautaires. Des questionnements restent présents quant à l'application des fouilles ou des dépistages d'urine.

En conclusion, la conférencière questionne l'auditoire : « À son congé, vaut-il mieux avoir un usager consommateur qu'un usager ayant des hallucinations auditives ? » L'énoncé ne nous permet pas de répondre car il nous faut plus d'informations pour juger du bien-être d'un usager.

2- Couverture d'événement :

La réduction des mesures d'isolement et de contention chez les plus grands utilisateurs de l'Institut : des pratiques inspirantes ?

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective qui a été administrée entre le 26 juin 2008 et le 5 septembre 2012 auprès de onze personnes ayant une déficience intellectuelle (DI), des troubles graves du comportement et un long passé d'institutionnalisation pour documenter les facteurs associés à la réduction des mesures de contrôle.

L'étude fut présentée lors d'une conférence tenue le 28 janvier 2015 à l'IUSMM par :

- Caroline Larue, PhD professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et au Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)
- Marie-Hélène Goulet, infirmière, PhD (candidate) à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, RRISIQ
- Marie-Josée Prévost, psychologue, PhD, chef clinique du Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle de l'IUSMM

En 2008-2009, 50 % des heures des mesures de contrôle de l'IUSMM étaient totalisées par les onze patients du programme de psychiatrie de déficience intellectuelle. Il fallait travailler à diminuer les mesures de contrôle. Grâce à ce travail, en 2012, soit quatre ans plus tard, une perception était partagée par les intervenants du programme : on assistait à une réduction importante des mesures de contrôle pour plusieurs patients.

Les questions de la recherche étaient les suivantes :

1. Y a-t-il une réelle diminution de recours aux mesures de contrôle pour les usagers présentant une DI et des TGC ?
2. Comment les équipes de soins et les gestionnaires expliquent-ils les changements survenus dans la réduction des mesures de contrôle auprès de cette clientèle ?
3. Quelles sont les interventions cliniques et clinico-administratives mises en place par les gestionnaires et les équipes qui ont favorisé la réduction des mesures de contrôle ?

On a utilisé deux types d'échantillon pour cette étude :

1. Les cas, soit les onze dossiers-patients ;
2. **Les équipes et les proches impliqués dans ces cas** : les intervenants des équipes soignantes, les intervenants des équipes de professionnels, les gestionnaires, les médecins et les membres des familles.
Il y avait aussi trois outils de collecte de données : le repérage de la documentation pertinente, la grille de collecte de dossiers aux usagers et la grille d'entrevue pour les entretiens de groupe.

On a procédé à trois analyses :

1. Analyse de cas pour les onze patients ;
2. Analyse des dossiers issus des cinq *focus groups* ;
3. Analyse des interventions cliniques et clinico-administratives ayant favorisé une baisse des Isolements contention (IC).

En ce qui concerne les résultats, on a les caractéristiques des patients avec lesquels on a travaillé.

La première

Ce sont des hommes de 41 ans en moyenne (2008). Ce sont des patients qui avaient des diagnostics psychiatriques assez variés. Notamment des troubles envahissants de développement associés à un état mental de déficience intellectuelle allant de légère à sévère. Ce trouble était très souvent associé à un autre diagnostic psychiatrique.

Une autre caractéristique

La manifestation de troubles graves de comportement en lien avec l'automutilation ou l'hétéro-agressivité. On a noté plusieurs manifestations en fonction des cas de chaque patient qui pouvaient aller des menaces aux agressions physiques autant sur les patients que sur les intervenants.

On a fait un graphique où on présente la moyenne des heures d'isolement par période et par usager en 2008 et en 2012. On peut lire combien d'heures d'isolement une personne subit par mois, avec la progression de 2008 à 2012.

Par exemple pour Guy, on voit qu'en 2008 la moyenne est autour de 154 heures d'isolement, ce qui équivalait à une quarantaine d'heures par semaine. Par la suite on voit qu'il y a une diminution de 15 à 20 heures par semaine. C'est considérable pour la qualité de vie.

Si on fait une synthèse, on note des améliorations mineures de 3 à 12 heures par mois chez quatre des patients et des améliorations majeures de 45 heures et plus chez six des patients.

On a fait le même exercice pour les contentions. On peut voir que, de façon générale, il semble y avoir une tendance à la diminution mais on ne peut pas en dégager plus d'informations.

Par contre, il y avait une exception, que l'on a mise à part : un patient pour qui il y a eu une nette augmentation des heures de contention, soit de 7 heures à 190 heures. Chez les neuf autres patients il y a eu une diminution d'heures mineure.

La deuxième question maintenant

« Comment les équipes de soins et les gestionnaires expliquent-ils les changements survenus dans la réduction des mesures de contrôle auprès de cette clientèle ? » Maintenant que l'on a identifié une réduction des mesures d'isolement, c'est une question à laquelle on va répondre principalement lors des rencontres de groupe.

Et la troisième question

« Quelles sont les interventions cliniques et clinico-administratives mises en place par les gestionnaires et les équipes qui ont favorisé la réduction des mesures de contrôle ? » On répond à cette question à la fois lors des rencontres de groupe et par les notes aux dossiers.

Ce que l'on constate c'est qu'il y a des propos convergents entre les groupes de travail rencontrés et que les éléments de réponses sont teintés par les rôles de chacun. Les groupes étaient homogènes. Et les résultats que l'on présente sont faits en fonction du modèle de Settler pour expliquer les changements organisationnels.

En fait, Settler dit : « Lorsqu'on change des pratiques, forcément il y a un patient qui est au centre on a besoin d'avoir des actions sur la culture organisationnelle, sur le leadership et également on doit intervenir, on doit adopter ou implanter des interventions sur des données probantes ».

Si on revient à nos rencontres de groupe, nous avons 189 unités de sens. La culture organisationnelle et le leadership sont les deux thèmes majeurs. La culture organisationnelle a été un peu discutée, le leadership un peu plus, et les interventions, encore plus.

La question deux

« Comment les gestionnaires et les équipes de soins expliquent les changements survenus dans la réduction des mesures de contrôle auprès de la clientèle ? » Comme on vient de le voir, le premier facteur d'importance dans les *focus groups* sont les interventions.

Le leadership est ressorti comme élément principal dans 75 verbatims sur 189. Dans près de la moitié des cas, ça été le leadership rassembleur. Ce qui ressortait le plus dans cette rubrique, c'était la recherche de cohésion au-delà des appartenances professionnelles.

L'autre point qui est ressorti est l'offre et le soutien à la formation qui a été donné aux professionnels pendant tout le processus. Il y a eu aussi l'appropriation de la philosophie du milieu, la préparation aux changements, les changements progressifs et la volonté d'ébranler les croyances et de s'appuyer sur des réussites.

La recherche de cohésion des intervenants au-delà des appartenances professionnelles : élément-clé du leadership rassembleur et effort concerté pour travailler à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Dans l'offre et le soutien à la formation, il est ressorti le rehaussement de l'expertise, un rapprochement entre les disciplines, la cohésion de l'équipe et le partage d'un langage commun.

Autre point : les caractéristiques des intervenants. La capacité réflexive des intervenants, leur souplesse, l'intérêt, l'absence d'historique, un regard neuf porteur d'histoire.

Ce qui était ressorti six fois dans les verbatims, c'est l'attitude du patient face au changement du milieu de vie : passer d'un ancien milieu institutionnel à l'Institut avec des gens qui veulent vraiment aider peut faire beaucoup de bien.

Pour la question trois

« Quelles sont les interventions cliniques et clinico-administratives mises en place par les gestionnaires et les équipes qui ont favorisé la réduction des mesures de contrôle ? » Voici les résultats qui regroupent les interventions selon les pratiques exemplaires que l'on connaît sur les programmes de réduction de mesures d'isolement et de contention.

Les pratiques exemplaires regroupent cinq types d'intervention :

- Implication des familles et des patients ;
- Amélioration de l'environnement thérapeutique ;
- Outils de communication et de soutien au jugement clinique ;
- Programme de pacification ;
- Enseignement aux patients.

En conclusion, il est possible de réaliser une diminution des mesures de contrôle même chez la clientèle la plus complexe à travers une démarche de suivi systématique, rigoureuse, structurée en lien avec les meilleures pratiques de clinique et de gestion comme c'est ressorti en matière d'interventions et de leadership.

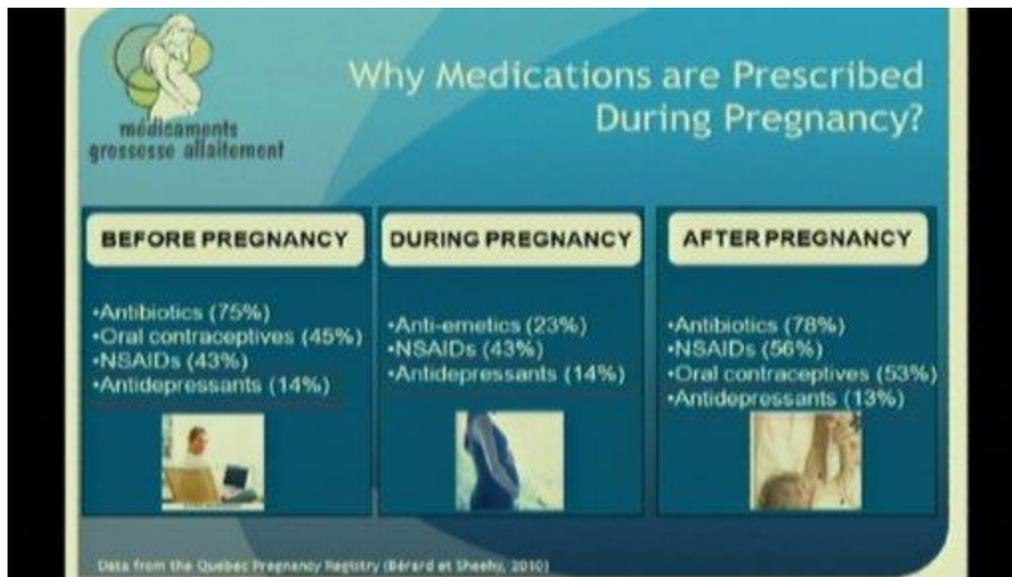
Voir l'intégrale de la conférence

<http://livestream.com/accounts/2986981/reduction-isolement>

3- Couverture d'événement :

Antidépresseurs et grossesse : effets sur la mère et l'enfant

Il s'agit d'une conférence présentée le 22 janvier 2015 par Annick Bérard, PhD épidémiologie et biostatistique, professeure titulaire à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, cotitulaire de la Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin sur les médicaments, la grossesse et l'allaitement, directrice de l'unité de recherche Médicaments et grossesse, au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, directrice du Réseau Québécois de recherche sur les médicaments du FRQ-S.



On y présente les études des antidépresseurs pris durant la grossesse.

Les femmes enceintes sont exclues de facto de tous les grands essais cliniques que Santé Canada ou la FDA exigent pour la commercialisation de médicaments. Une fois que le médicament est approuvé par Santé Canada, les femmes enceintes pourront potentiellement les prendre, mais nous n'avons pas de données sur l'efficacité du médicament que l'on prescrit. Pourquoi ? Parce que l'on n'a pas de données sur la femme enceinte lorsqu'elle prend ce médicament.

Pourquoi il est important d'étudier les médicaments pris durant la grossesse ? Entre autres parce qu'une grossesse sur deux n'est pas planifiée. Si une femme doit prendre un médicament et être enceinte, c'est souvent une exposition par inadvertance. Si l'on prend le médicament à cinq, six ou sept semaines d'âge gestationnel et que l'on se rend compte que l'on est enceinte, l'organogénèse est toute fin terminée à dix, onze semaine d'âge gestationnel. Que faire ? La décision d'arrêter le médicament se fait souvent à ce moment-là, mais la plupart du temps le mal est déjà fait (si mal il y a).

Il est important d'étudier les risques et les bénéfices des médicaments durant la grossesse par des études observationnelles. On est incapable de faire des essais randomisés, contrôlés, quoi que ce soit appelé à changer pour éduquer le prescripteur et la population (la femme enceinte).

Au Québec, l'âge moyen pour procréer est de 29 ans. Plus l'âge avance, plus on est à risque d'avoir des problèmes chroniques. La fréquence d'utilisation ou d'exposition à des substances médicamenteuses durant la grossesse augmente dans le temps.

En 2009, on a regardé au Québec les tératogènes connus. On a une liste de médicaments qui, pris en début de grossesse, vont augmenter le risque de malformation congénitale. En 2009, il y avait 6 % des femmes enceintes qui prenaient un de ces médicaments.

En 2002, on a établi une cohorte québécoise des grossesses. On a eu une subvention de la fondation canadienne pour l'innovation.

Depuis 1998 jusqu'à aujourd'hui, chaque année on a demandé à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) de nous donner l'information médicale qui comprend les médicaments, les diagnostics, les médicaments prescrits et délivrés. Il y a environ 140 000 grossesses par année au Québec. On demande à la RAMQ d'identifier ces femmes qui ont eu une grossesse durant l'année et de nous donner toute l'information médicale et pharmaceutique.

Dernièrement, on a fait un jumelage supplémentaire avec les banques de données du ministère de l'Éducation pour voir comment les enfants se comportaient à l'école.

Avant la grossesse, les femmes en âge de procréer prennent des médicaments à 72 %. Une fois que la grossesse est diagnostiquée, cette fréquence diminue à 56 %. Une fois la grossesse terminée, la fréquence remonte presque au même seuil de pré-grossesse.

Est-ce que le Québec est différent des autres pays en ce qui a trait à la prise de médication durant la grossesse ? Nos taux sont comparables à ceux des États-Unis. Par contre, on est en dessous des seuils de la France ou des Pays-Bas où on prend beaucoup plus de médicaments durant la grossesse.

Quatorze pour cent des femmes québécoises en âge de procréer prennent des antidépresseurs. Durant la grossesse et après la grossesse, les proportions de prises d'antidépresseurs ne varient pas tellement. Très peu de femmes vont débiter un antidépresseur durant la grossesse. Les deux tiers vont arrêter leur antidépresseur en apprenant leur diagnostic de grossesse. Le tiers va continuer la prise de médication de façon continue. La plupart de ces femmes-là sont dépressives de manière légère à modérée. Très, très peu souffrent d'une dépression sévère.

Qui utilisent les antidépresseurs durant la grossesse ? Ce sont des femmes plus âgées, des femmes qui bénéficient de l'assurance-emploi, des femmes qui ont une plus grande probabilité de demeurer en milieu urbain.

Au Québec on s'attarde beaucoup au risque de malformation congénitale, au risque de prématurité, de mort à la naissance et au risque de multiplicité. Les femmes qui prennent des antidépresseurs sont plus à risque d'avoir un enfant avec une malformation congénitale, d'avoir un bébé prématuré et d'avoir une grossesse de multiplicité. Les risques de mort à la naissance sont plutôt rares.

Le risque de dépression augmente avec l'âge. Les femmes courent deux fois plus de risques d'être déprimées que les hommes. Il y a 10 % des risques qu'une femme vive une dépression majeure durant la grossesse. La dépression maternelle est associée à d'autres problèmes de santé pour la maman.

Les antidépresseurs et la grossesse est un sujet très controversé depuis maintenant 10 ans. La paroxétine semblait tripler le risque de malformation durant la grossesse, spécifiquement la malformation cardiaque. En 2006, l'ACOG et les grands collèges se sont prononcés disant : « Si vous êtes enceintes déprimées vous devez être traitées mais vous devez éviter la paroxétine ».

Le premier inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine (ISRS), c'est Prozac. Il a été commercialisé au milieu des années 1990. Au cours des 10 dernières années, il y a eu une nette augmentation de l'utilisation des ISRS durant la grossesse.

À la prise d'antidépresseurs, les problématiques pour les fœtus sont : l'avortement spontané, les malformations congénitales, le petit poids pour l'âge gestationnel et la prématurité. Le développement cognitif demeure l'une de nos préoccupations.

Les antidépresseurs augmentent le risque d'avortement spontané d'environ 68 %. L'utilisation d'antidépresseurs augmente aussi les malformations congénitales d'environ 68 %. Le petit poids pour l'âge gestationnel augmente de 75 % avec la prise d'antidépresseurs durant la grossesse.

De manière générale, l'utilisation des ISRS durant la grossesse augmente le risque de fausse couche de 61 % et les tricycliques de 27 %. L'Effexor double le risque de fausse couche durant la grossesse. Si on prend un cocktail d'antidépresseurs, tous différents les uns des autres, on triple notre risque de fausse couche.

En conclusion, tous les ISRS augmentent le risque de fausse couche. Certains sont statistiquement significatifs, certains ne le sont pas.

Encore une fois, de manière générale, les ISRS tendent à augmenter le risque de malformation congénitale parfois de manière statistiquement significative, parfois non. L'Effexor pris durant la grossesse triple le risque de malformation congénitale.

Les malformations identifiées sont les malformations cardiaques et les plaques qui se referment mal. Pour ce qui est du petit poids pour l'âge gestationnel pour les femmes qui prennent des antidépresseurs durant la grossesse, ce risque-là varie selon ce que l'on prend et ce que l'on ne prend pas.

En 2006, on a entrepris une très grosse étude nord-américaine : on a recruté 400 femmes qui prenaient des antidépresseurs durant la grossesse et on les a suivies. On est allé les rencontrer lorsque l'enfant avait un an.

L'étude avait cinq échelles :

- cognitive ;
- langage ;
- moteur ;
- socio-émotionnel et ;
- comportement adapté.

On voyait que l'enfant qui avait été exposé aux antidépresseurs durant la grossesse n'avait pas vraiment de différence dans son développement langagier, mais il y avait certaines différences sur le plan moteur.

En conclusion il n'y a pas beaucoup de données sur les bénéfices qu'il y a à prendre des antidépresseurs durant la grossesse, mais on a plusieurs données sur les risques.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://livestream.com/accounts/2986981/midis-scientifiques-ptah-22-janv>

4- Couverture d'événement : Visage, vélocité des affects et clozapine

Cette présentation s'est tenue le 16 janvier 2015 dans le cadre d'une activité de développement professionnel continu. Le conférencier était le docteur Joël Desrosiers, psychiatre et psychanalyste avec une formation en ethnopsychiatrie et en psychopharmacologie à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.

Mr Desrosiers participe à une clinique hebdomadaire en santé mentale pour les populations immigrantes dans un groupe de médecine familiale. Il est aussi engagé pour la lutte des droits des réfugiés et des sans-papiers. Ses intérêts portent sur la traumatologie de la migration et de l'exil. Il est aussi écrivain. Il a reçu le prix québécois Athanase-David ainsi que le prix américain du Modern Language Association.

L'objectif pédagogique de la présentation était l'évolution de l'impact de la trithérapie dans le traitement de la schizophrénie réfractaire et l'évolution des obstacles cliniques à l'utilisation de la clozapine dans un contexte clinique. Enfin, l'utilisation de la clozapine dans les premiers épisodes psychotiques a été abordée.

L'approche psychosociale

L'approche psychosociale dans le traitement de la schizophrénie est l'un des principaux aspects de l'évaluation favorable de cette pathologie, décrits par des termes comme réadaptation, réhabilitation, rétablissement, insertion, inclusion ou encore intégration. Les structures ont donc beaucoup changé pour permettre aux patients d'acquérir la pleine citoyenneté.

On parle de l'évolution du concept qui met le patient dans une position où il est partie intégrante de son traitement. On parle aussi de l'évolution du regard que l'on porte sur le patient et de la place qu'on lui laisse dans sa pathologie, ainsi que d'une nouvelle liberté dans la reconnaissance des droits civils du patient. Il y aura un déplacement du cadre d'intervention, soit de l'hôpital vers la communauté.

La pharmacocinétique, la pharmacodynamique et la présence de comorbidité chez les patients créent une complexité. Les comorbidités observables sont le diabète, les maladies cardiaques, les syndromes métaboliques. Il y a aussi comorbidité des troubles de la personnalité, des TDAH, des troubles anxieux, des troubles alimentaires, des abus de substances et des dépendances aux drogues et à l'alcool et les maladies infectieuses comme le VIH ou l'hépatite C.

Il y a donc comorbidité médicale qui se rajoute aux pathologies psychiatriques ce qui entraîne le besoin d'une polypharmacie. La plupart des consommateurs d'antipsychotiques prennent au moins un autre médicament d'ordonnance. On parle de la quasi-totalité.

Les médicaments prescrits en concomitance sont des antidépresseurs, des cardiovasculaires, des anticonvulsivants, des analgésiques, des anxiolytiques et des inhibiteurs de pompe à proton. Les conséquences sont donc l'augmentation des risques d'effets secondaires, la perte d'efficacité en raison des interactions et une dangerosité de mort subite à cause de la prise de ces médicaments.

Le patient est unique. Il a des antécédents médicaux, un historique thérapeutique, une liste de médicaments qui ont fonctionné et de ceux qui n'ont pas bien fonctionné, ses habitudes de consommation, sans oublier sa génétique et son sexe.

La clozapine

La clozapine est une molécule découverte dans les années 1950. C'est le premier antipsychotique dit atypique qui a un profil spécial. Il entraîne des risques d'agranulocytose, il exige un monitoring rigoureux et il a des effets particuliers sur les patients à risque de suicide. En effet, la clozapine réduit les passages à l'acte des personnes à tendances suicidaires. L'agranulocytose demande des prises de sang répétées tous les mois.

L'élimination de la clozapine est de 8 heures pour une dose entre 75 et 100 milligrammes. La stabilisation de la dose va de 800 milligrammes à 3 000 milligrammes. La clozapine, même comparée à d'autres antipsychotiques, reste la meilleure molécule pour la réduction des symptômes qui donne le moins de symptômes extrapyramidaux. Les pires effets secondaires à craindre sont la prise de poids et la sédation.

Sur le plan de la mortalité, une étude finlandaise faite sur une population de 10 000 patients et qui a dix ans démontre que la mortalité est plus faible avec le traitement de l'antipsychotique que sans le traitement, et que la mortalité est plus faible avec la clozapine. Il n'y a pas meilleur antipsychotique que la clozapine. Il favorise d'ailleurs la polypharmacologie. Cependant certains psychiatres sont mal informés sur la clozapine, doutent de l'efficacité du médicament et voient les effets secondaires comme un danger.

Le taux d'utilisation de la clozapine reste encore très faible à cause de l'ignorance et des peurs tournant autour de ce médicament. La clozapine représente 5 % des médicaments antipsychotiques prescrits. Pourtant, il a été démontré que c'est de loin l'antipsychotique qui a les meilleurs résultats. Drôle de paradoxe que le meilleur traitement soit aussi le plus sous-utilisé.

Une clinique de clozapine

En 2001, une clinique de clozapine a été ouverte à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Les patients sont contrôlés pour l'agranulocytose. On les encourage à faire de l'activité physique. Cette clinique a entraîné chez les autres psychiatres une hausse de la prescription de la clozapine chez leurs patients.

Les trois principes de base de la clinique sont les suivants : les soins doivent être mesurables, le traitement doit être ciblé et les soins doivent être octroyés par étapes.

Il faut valoriser la flexibilité dans les soins donnés aux patients, et cela devrait même être le premier principe. Le patient est unique. Les participations au groupe de traitements sont volontaires. Bien sûr cela soulève des problèmes de motivation, mais l'admission est ouverte à tous et à tout moment pour que le patient soit bien conforté. Il faut donc toute une équipe pour assurer une qualité de soins à un patient.

Un des buts de la clinique c'est la réhabilitation, soit trouver un travail ou encore effectuer un retour aux études. Il faut donc qu'il y ait une articulation entre les pharmaciens et les médecins traitant, les infirmiers, les ergothérapeutes, etc. On offre aussi des modules de pharmaco-éducation pour les patients et leur famille. Les patients plus anciens peuvent aussi témoigner, étant les meilleurs ambassadeurs pour la motivation.

Un des problèmes de la psychiatrie moderne c'est qu'elle considère la maladie d'un point de vue moléculaire. Il est certain que le but de l'antipsychotique est de traiter le patient sur une base moléculaire. Mais il ne faut pas oublier le côté social qui pèse lourdement dans la balance. Les avancées sociales auraient donc davantage de poids que les avancées moléculaires. Le docteur Desrosiers utilise une trithérapie composée de clozapine, de luvox et d'un intramusculaire.

Le métabolisme de la clozapine

Le métabolisme est médié par le cytochrome P450 et cette série d'enzymes 1A2 et A2D6, également partiellement par le système flavine mono-oxygénase. Quant à la fluvoxamine, c'est l'inhibiteur parfait de la clozapine puisqu'il inhibe exactement à peu près les mêmes coenzymes 1A2, 2C9, 2C19, etc., comprenant le 2D6 et un peu moins le 3A4. La demi-vie de la clozapine va donc augmenter. Passant de 8 à 12 heures, elle va passer de 17 à 50 heures quand on donne la fluvoxamine aux patients. La concentration plasmatique va tripler voir même décupler de 3 à 10 selon les patients. Les métabolites également vont être modifiés. Il y a deux métabolites dans la clozapine; la norclozapine et la NB diméthyles clozapine. Ils seront eux multipliés de 5 à 8.

Donc la fluvoxamine va entraîner des conséquences majeures sur le métabolisme de la clozapine. Les résultats de la concentration plasmatique sur 250 patients sur une quinzaine d'années ont démontré que les concentrations varient de 612 à 3 223 pour une concentration moyenne autour de 1035 nanoboles par litre. La concentration de la norclozapine, l'un des métabolites, est de 376 en moyenne, le quotient norclozapine et clozapine est l'indicateur de la toxicité de la clozapine.

La vitamine D

La vitamine D, la D3 plus particulièrement, est le quatrième joueur de la trithérapie du docteur Desrosiers. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la vitamine D est une hormone. On la retrouve dans l'huile de foie de morue, dans certains poissons, dans le jaune d'œuf ou sous forme de comprimé. La peau transforme également les UVB en vitamine D.

La carence en vitamine D augmente les risques de cancer. Elle pourrait augmenter les chances de développer la schizophrénie. Les antipsychotiques augmentent les taux de prolactine, ce que la vitamine D réduit. Elle est aussi un détoxifiant des produits oxydants dans le cerveau (très présent chez les schizophrènes).

Le soleil est un bon apport en vitamine D, mais les comprimés sont plus efficaces que la luminothérapie. Le docteur Desrosiers dose la vitamine D en donnant une surcharge de 50 000 unités, les comprimés contenant 10 000 unités chacun. Les semaines suivantes, seulement trois comprimés à prendre pendant les repas. Pourquoi la surcharge ? Si vous ne donnez que 10 000 unités par semaine, il faudra six mois avant que la concentration ne monte. Il faut donc l'équivalent d'un coup de soleil au patient. Il n'y a aucun danger car la vitamine D n'est pas toxique en grande quantité.

5- Couverture d'événement :

Manifestations neuropsychiatriques de la maladie de Huntington

Présentée par Dr Fernando Corbalan le 2 décembre 2014, cette conférence était organisée par le Programme de gérontopsychiatrie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).

Dr Corbalan a une formation en médecine et en psychiatrie complétée en Argentine. Il a obtenu une maîtrise en psychopharmacologie dans le même pays et il a aussi obtenu un post-doctorat à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Il a une maîtrise en sciences de l'Université McGill et finalement une résidence en psychiatrie de l'Université de Montréal.

La conférence est inspirée d'un patient qui était hospitalisé au programme de gérontologie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Il s'agit d'un monsieur âgé de 63 ans. Son parcours a été long avant de se faire diagnostiquer.

Il a surtout présenté des manifestations neuropsychiatriques avec un changement de comportement, de personnalité. En effet, le patient a consulté plus d'une dizaine de psychiatres avant qu'un neuropsychiatre émette un diagnostic présomptif de maladie de Huntington.

La conférence consiste en la description du parcours de cette personne qui va permettre une révision globale des symptômes de la maladie de Huntington.

À chacune des consultations avant de connaître son diagnostic, le patient se présentait avec une cause différente, et ces consultations variaient dans leurs diagnostics qui reflètent en partie seulement la maladie de Huntington. Finalement, après tant de consultations, la génétique a permis de déterminer qu'il s'agissait de la maladie de Huntington, dite aussi chorée de Huntington.

Qu'est-ce que cette dernière ?

Elle est caractérisée par trois symptômes :

- Une altération motrice ;
- Une altération cognitive ;
- Une altération comportementale.

En plus du test génétique.

La maladie de Huntington est du domaine de la neurologie, mais la psychiatrie y joue un grand rôle, car les signes avant-coureurs d'une altération motrice sont reliés à une altération cognitive et à une altération comportementale.

La maladie de Huntington a de nombreuses manifestations neuropsychiatriques dont les principales sont :

- La dépression (40 % des cas) ;
- Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) (10 à 20 % des cas) ;
- Les anomalies des fonctions exécutives ;
- La psychose (5 à 10 % des cas) ;
- L'anxiété (c'est la plus importante avec 50 % des cas) ;
- L'apathie ;
- La désinhibition, l'impulsivité et l'agressivité ;
- L'irritabilité.

Ces symptômes ont été classifiés par Rosenthal comme suit :

1. **Troubles psychiatriques idiopathiques :**
 - Dépression ;
 - Manie ;
 - Psychose ;
 - TOC.
2. **Troubles psychiatriques spécifiques à la maladie de Huntington :**
 - Dysfonction exécutive ;
 - Apathie ;
 - Irritabilité ;
 - Persévération.
3. **Problèmes psychiatriques non spécifiques :**
 - Délirium ;
 - Démoralisation ;
 - Problèmes sexuels ;
 - Problèmes de sommeil.

Pour ce qui est du traitement de la maladie en question, il est plutôt empirique. Concernant les troubles psychiatriques idiopathiques, contre la dépression les antidépresseurs suffisent en général,

par contre on n'a pas suffisamment d'informations sur la manie. Quant à la psychose, on la traite avec les antipsychotiques. Une dose importante d'antidépresseurs suffit contre le TOC.

Concernant les troubles psychiques spécifiques, il y a peu que l'on peut faire, sauf pour l'irritabilité qu'on peut traiter à l'aide des antipsychotiques atypiques et la persévération contre laquelle le conférencier croit que les antidépresseurs pourraient être efficaces. Enfin, en ce qui concerne les problèmes psychiatriques non spécifiques, il n'y a pas de médication particulière.

Comme toute maladie complexe, la chorée de Huntington pose certains défis parmi les plus ardues :

- Le diagnostic précoce ;
- Le traitement des manifestations comportementales ;
- La relocation des patients ;
- L'éducation (intervenants et famille).

La conférence s'est terminée comme d'habitude par les questions de l'audience. Elles étaient pertinentes, spécialement celle relative à la physiopathologie de la maladie de Huntington. Cette dernière est très compliquée et une grande partie du cerveau est atteinte. D'après un membre de l'assistance, la maladie est provoquée par des inclusions de huntingtine mutée dans les noyaux des cellules nerveuses, l'huntingtine étant une protéine.

Il y avait aussi des remarques pertinentes de la part du public comme celle qui a fait savoir que le père du patient était décédé au mois de juin précédent avec tout ce que cela suppose d'incidence sur l'état du malade.

Pour clore la conférence, l'animatrice a annoncé que le patient a été référé à l'équipe mobile centre hospitalier soins longue durée (CHSLD) et ressource intermédiaire (RI), une nouvelle équipe au sein du programme, étant donné la complexité de son cas.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://livestream.com/accounts/2986981/conf-prog-gerontopsychiatrie-2dec/videos/70144162>

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 11 : Février 2015

[1- Lien avec la communauté : Sonder la citoyenneté](#)

[2- Lien avec la communauté : Sur la route](#)

[3- Couverture d'événement : Trucs et astuces pour accroître le taux de réponse dans le sondage web](#)

[4- Couverture d'événement : Premières analyses de la Banque signature](#)

[5- Couverture d'événement : Développement d'un service d'équipe mobile pour les CHSLD/RI en gérontopsychiatrie](#)

1- Couverture d'événement : Sonder la citoyenneté

En février 2015, l'Institut universitaire en santé mentale a sondé quelque 800 patients et 275 intervenants sur leur degré de pleine citoyenneté, de rétablissement et de satisfaction générale. Un comité a développé le projet pendant quatre mois puis a passé le relais à des patients partenaires, précieux collaborateurs, qui ont investi le terrain.

En lançant ce sondage, la direction générale de l'IUSMM voulait développer des indicateurs de pleine citoyenneté, de rétablissement et de satisfaction générale de la clientèle. C'était par ailleurs l'occasion de valider le questionnaire sur la citoyenneté mis au point par Jean-François Pelletier, chercheur à l'Institut et directeur du Programme de recherche-action participative (PIRAP).

« Jusqu'à quel point les valeurs et principes du rétablissement et de la pleine citoyenneté sont vraiment implantés dans notre organisation de service ? Y a-t-il cohérence entre ce qu'on souhaite faire et ce qui se passe concrètement sur le terrain ? Jusqu'à quel point offre-t-on des services orientés vers le rétablissement et jusqu'à quel point les usagers sont impliqués dans leur propre rétablissement ? », pose Jocelyn Bisson, conseiller clinique en réadaptation et recherche qui a contribué à élaborer le projet.

Le comité a réalistement visé un échantillonnage des cliniques externes de l'Institut et des ressources résidentielles. Il s'agissait d'avoir un échantillon représentatif des 175 ressources existantes, soit 85 ressources classées par types. Ressources de type familial, transitoires, intermédiaires privées, psychiatrie légale, appartements supervisés, etc. Un beau casse-tête. Jocelyn Bisson a contacté les responsables des ressources résidentielles pour prévoir des plages-horaire pour distribuer les questionnaires aux résidents.

Sébastien Laroche, technicien en recherche psychosociale, a utilisé Google Map pour grouper les visites par secteurs, surtout pour les plus éloignés. Les zones à couvrir allaient jusqu'à Notre-Dame-de-Grâce, Montréal-Nord, Laval et même Repentigny! « On aurait pu envoyer les questionnaires par la poste, mais on voulait bien s'assurer que les usagers auraient librement accès au questionnaire », explique M. Laroche.

C'est Adam Mongodin, adjoint au directeur général, Qualité et performance, qui a eu l'idée d'intégrer une quinzaine de patients partenaires au projet (notamment l'équipe de Jean-François Pelletier) et de leur confier la partie terrain de l'étude. « Les patients partenaires ont dit s'être sentis valorisés par l'expérience », rapporte Sébastien Laroche.

Les autres ont été recrutés par l'entremise de l'organisme *Reprendre pouvoir* et quelques employés de l'Institut ont également donné un coup de main. En tout, une vingtaine de personnes ont distribué

les questionnaires en cliniques externes et dans les ressources résidentielles affiliées à l'Institut pendant un mois, une période de cueillette intensive.

Les défis étaient nombreux vu le peu de temps alloué à l'étude et considérant aussi que le froid intense semble avoir empêché bon nombre de patients de se rendre en clinique. On ne pouvait donc pas y soumettre beaucoup de questionnaires. « Le printemps aurait été une période plus propice à cet égard, mais il fallait tirer les résultats de cette étude pour le mois de mars », explique Sébastien Laroche.

Il s'agira d'établir un seuil de performance par rapport aux indices du rétablissement, de la pleine citoyenneté et de la satisfaction de la clientèle. « Cela nous permettra de voir s'il y a des points sur lesquels il faut travailler, comment par exemple soutenir les responsables des ressources résidentielles. C'est en 2016 toutefois qu'un véritable exercice de satisfaction de la clientèle sera au programme à l'IUSMM », ajoute Sébastien Laroche.

2- Couverture d'événement : Sur la route

Les patients partenaires du PIRAP ont bien aimé leur tournée des ressources résidentielles affiliées à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ils sont allés mener auprès des résidents une étude sur leur degré de rétablissement, de pleine citoyenneté et de satisfaction générale et ont pris grand plaisir à rompre la routine de bureau pour sillonner en taxi les rues de la ville.

Quatre équipes de deux ont été dépêchées dans tous les quartiers de Montréal pour aller à la rencontre de nombreux usagers et de leurs intervenants en fonction d'une grille-horaire précise. Armés d'une grande enveloppe, les patients partenaires devaient prévoir en nombre suffisant les questionnaires destinés aux usagers et ceux destinés aux intervenants.

Il y avait aussi des tracts à distribuer expliquant le pourquoi du projet, des tablettes rigides sur lesquelles remplir le sondage au cas où on manque de place à table pour tout le monde et des porte-noms à mettre autour du cou de chacun des représentants de l'Institut pour officialiser les choses.

Des billets de taxis avec coupons détachables servaient de seule monnaie d'échange, ce qui facilitait la vie des protagonistes. Une ou deux sorties étaient programmées en matinée, puis une ou deux autres en après-midi, à raison de trois jours par semaine. « Ces petites virées mettaient de l'action dans notre quotidien qui se limite d'ordinaire à l'écran, une forme de travail solitaire. Voir autant de gens chaque semaine m'a fait beaucoup de bien », remarque Emmanuelle, patiente partenaire.

Les responsables ou les intervenants accueillaient les sondeurs. Une fois les présentations faites et les bottes laissées dans l'entrée, ils les dirigeaient vers la table de la salle-à-manger pour les y installer. Les résidents arrivaient les uns après les autres. Tous n'étaient pas intéressés à se prêter à l'exercice, loin de là, mais les sondeurs s'y attendaient et prenaient ceux qui acceptaient, fussent-ils trois ou quatre. Dans d'autres résidences ils étaient tout à coup dix ou douze, il s'agissait de s'adapter.

Les sondeurs devaient mettre le sondage en contexte pour situer les participants puis les aider de leur mieux à remplir le questionnaire, ce qui n'était pas chose facile selon le degré d'autonomie et de maladie des personnes et selon leur capacité à lire bien évidemment, une complication supplémentaire à laquelle il fallait pallier avec beaucoup de patience et de gentillesse.

Imaginez un peu... 61 questions à lire et parfois à expliquer à une ou plusieurs personnes à la fois ! Les participants donnaient de leur temps et faisaient preuve, eux aussi, de patience en répondant à un long questionnaire parfois complexe.

« Il aurait sans doute fallu que les questions soient énoncées plus simplement pour être vraiment accessibles. On est arrivés avec des concepts très théoriques auxquels les usagers ne s'étaient pas

encore arrêtés », a observé Dahmane, l'un des patients partenaires. Il a trouvé l'expérience humaine et enrichissante et se souviendra d'usagers volontaires qui ont fait de leur mieux.

Maude a été frappée par le travail difficile des intervenants. Très dévoués dans l'ensemble, ils doivent encadrer une clientèle aux besoins particuliers et le font selon elle le plus souvent dans le meilleur intérêt des usagers. « Il ne faut pas les juger même s'ils semblent parfois un peu dirigistes. J'ai également mieux compris la situation des patients qui n'ont souvent aucune autre alternative d'hébergement. J'ai réalisé la chance que j'avais d'avoir été soutenue par mon conjoint dans mes propres difficultés », confie-t-elle.

Christian a été agréablement surpris de découvrir le véritable visage des usagers et la qualité des résidences : « Elles étaient confortables et décorées, on y ressentait sécurité et bien-être, avec une structure et des rituels. Je me suis toutefois demandé si j'arriverais moi-même à vivre dans une chambre. J'ai cru que ces rencontres me rendraient anxieux, mais finalement pas du tout. Les gens étaient contents de participer », dit-il.

Christine a aussi aimé démystifier un milieu qu'elle ne connaissait pas et être en lien avec des gens. « Malgré les épreuves traversées, les participants gardaient confiance en l'avenir dans le sondage. Un grand nombre avait besoin de parler de son histoire, de s'exprimer », rapporte-t-elle.

« Ce qui m'a le plus touché, ce sont les gens aux prises avec une maladie mentale de niveau élevé qui possédaient en même temps une intelligence supérieure. Ce genre de rencontre me permet de remettre les choses en contexte et de mieux apprécier la liberté et l'autonomie que je possède en société », exprime quant à lui Marc.

Chacun a retiré quelque chose de cette entreprise. Les liens d'équipe se sont encore resserrés au cours de l'opération car les membres du PIRAP ont vécu une expérience nouvelle ensemble qui sortait complètement de l'ordinaire. Ils ont surtout développé solidarité et empathie pour les usagers à qui ils ont rendu visite et contribueront par la force des choses à mieux faire connaître leur réalité.

3- Couverture d'événement :

Trucs et astuces pour accroître le taux de réponse dans le sondage web

Il s'agit d'un document de 53 pages préparé et présenté par Gilles Valiquette le 29 janvier 2015, activité organisée et financée par la Communauté de pratique en épidémiologie psychosociale (COPEP) à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) sur les trucs et astuces pour accroître le taux de réponse dans le sondage web.



Il y a deux types de non-réponse : la non-réponse totale et la non-réponse partielle. On prétend qu'un taux de valeurs manquantes inférieures à 5 % est sans conséquence. Les images ont peu d'incidence sur le taux de réponse.

La nature informatique du sondage web donne naissance à un tout nouveau genre de données : le paradata.

Les questionnaires complétés rapidement sont-ils de meilleure qualité que les questionnaires complétés tardivement ? Les plus tardifs ressembleraient davantage aux non-répondants.

Une étude par devis expérimental de Savage et Waldman (2008) indique que les participants aux sondages papier répondraient au même rythme tout au long du questionnaire alors que ce rythme et, par voie de conséquence, la qualité des réponses, dans les sondages en ligne, a tendance à diminuer au fur et à mesure que progresse le questionnaire (et induit ainsi le risque de ne pas répondre à toutes les questions). Les auteurs attribuent cet appauvrissement de la qualité des réponses à la fatigue cognitive.

Plus le bloc apparaît tardivement dans le questionnaire, plus le rythme des réponses augmente (et par le fait même la probabilité de non-réponse.).

La probabilité de ne pas répondre à une question accompagnée de l'instruction « si ...passez à la question... » augmente en fonction de son positionnement tardif dans le questionnaire.

Les internautes lisent rarement le texte attentivement mais plutôt en le survolant. Le risque est alors de faire face au « *satisficing* ». Ce phénomène qualifie le fait que les répondants optent pour la première des réponses qui leur paraît acceptable en ne cherchant pas plus loin.

La crainte avec un sondage par Internet, c'est que l'effet de « *satisficing* » conduise plus souvent les répondants à choisir la réponse « **Ne sait pas** ». Les NSP sont des formes de non-réponse partielle.

Les répondants cochent un plus grand nombre d'options dans le format question fermée à choix forcé que dans le format question fermée à choix libre réduisant ainsi le taux de non-réponse partielle.

L'avantage du sondage web sur le mode de collecte traditionnel est de permettre une grande diversité de manipulations de l'ordre des questions. Or, l'étude de Cape (2010) indique que le nombre de caractères utilisés pour répondre aux questions ouvertes diminue lorsque la question est recalée dans le questionnaire.

On peut penser que le format fermé d'une question, du moins en ce qui concerne les sujets délicats, a pour conséquence de réduire le taux de non-réponse partielle.

La numérotation des options l'emporte facilement au détriment des caractéristiques purement visuelles et réduit le nombre de valeurs manquantes.

L'effet du langage visuel (« **Bon** », « **Excellent** », etc.) perd de son intensité lorsqu'une numérotation est ajoutée au format vertical.

Le fait d'augmenter la taille de la case-réponse a peu d'effet sur les premiers répondants (les « **rapides** » à l'enquête... mais la qualité de réponse des « **plus lents** » est substantiellement améliorée (réduisant ainsi le taux de non-réponse partielle pour cette catégorie de répondants).

L'affectation adaptative et personnalisée des cases de réponse réduit sensiblement la non-réponse partielle et accroît le volume de la réponse à la question ouverte.

On peut penser que la présence de l'information réduit la probabilité de non-réponse partielle.

Les méthodes d'imputation consistent à remplacer la donnée absente ou invalide par une donnée « **plausible** » qui est en général issue ou estimée à partir de la distribution des répondants.

Le fait d'imputer des données manquantes n'est pas sans conséquence sur le plan du calcul de la variance et de son estimation. Ceci permettrait de juger de l'influence ou non des imputations sur la

distribution. Il n'y a aucun seuil établi dans la littérature concernant un pourcentage acceptable de données manquantes.

Il faut calculer et comparer les taux de réponse entre les principaux sous-groupes composant la population cible. Ces sous-groupes comprennent par exemple l'âge, le sexe et la région lors d'un sondage visant le grand public. Cette méthode n'aide pas à déterminer l'étendue du biais de non-réponse, mais elle peut indiquer s'il y a une probabilité de biais de non-réponse.

Les données manquantes sont complètement aléatoires lorsque la probabilité de non-réponse pour une variable ne dépend pas de celle-ci, mais uniquement de paramètres extérieurs, indépendants de cette variable.

Les données manquantes sont dites aléatoires lorsque la probabilité de non-réponse peut dépendre des observations mais pas des données manquantes.

Le troisième mécanisme de données manquantes est non-aléatoire. Elle survient lorsque la probabilité de l'occurrence d'une valeur manquante dépend de la valeur manquante elle-même.

De loin l'approche la plus courante pour les données manquantes est de simplement omettre ces observations avec données manquantes. Pour ce faire, les logiciels statistiques proposent deux méthodes pour traiter ces données. La première méthode, appelée « **listwise deletion** », omet des analyses tous ces sujets pour qui au moins une valeur est manquante sur une des variables incluses dans l'analyse demandée.

La seconde méthode traditionnellement utilisée, appelée « **pairwise deletion** », a pour but de créer une matrice de corrélation ou de variance/covariance pour laquelle chaque couple de variables est pris deux à deux et la corrélation ou variance/covariance est ainsi calculée à partir des données qui sont disponibles.

Une troisième solution est l'imputation simple qui consiste à remplacer chaque donnée manquante par une valeur plausible. Une autre méthode pour imputer des valeurs uniques, l'algorithme EM, est un peu plus difficile que l'imputation par la moyenne.

L'algorithme EM signifie « **Expectation-Maximisation** ». C'est un procédé interactif : dans un premier temps l'algorithme recourt aux autres variables afin d'imputer une valeur (Espérance), puis dans un second temps, vérifie la vraisemblance maximale de la valeur imputée (Maximisation) ; si ce n'est pas le cas l'algorithme retourne à l'étape Espérance et identifie une autre valeur davantage vraisemblable.

Les techniques d'imputation simple reposent sur l'idée que, dans un échantillon aléatoire, chaque personne peut être remplacée par une autre, étant donné que cette nouvelle personne est choisie au hasard de la même population que la personne originale.

La différence entre l'imputation simple et l'imputation multiple réside dans le fait qu'en imputation multiple, la valeur manquante est imputée plusieurs fois. Plusieurs ensembles de données sont ainsi produits.

En conclusion, l'existence de méthodes de pondération/redressement/imputation ne doit en aucun cas se substituer à un échantillonnage de qualité. Les méthodes de redressement permettent de gommer que les imperfections d'échantillonnage.

Il n'en reste pas moins qu'elles sont d'une utilisation délicate et demandent beaucoup de vigilance. Le problème du redressement de l'échantillon se pose de façon particulièrement aiguë dans le cas des enquêtes postales en raison du faible taux de réponse.

Voir la vidéo

<https://www.youtube.com/watch?v=aFgr6a6UQLI>

<http://www.iusmm.ca/copep/evenements/2015/29-janv-enquete-en-ligne.html>

4- Couverture d'événement : Premières analyses de la Banque Signature

Cette conférence a été donnée le 5 février 2015 par Charles-Édouard Giguère, gestionnaire de la banque de données, statisticien.

On y a présenté des statistiques descriptives de la banque de données et des premières analyses notamment sur les qualités psychométriques des questionnaires et des premières petites analyses pour susciter l'intérêt et montrer ce que l'on peut faire avec les données accumulées jusqu'à maintenant.

Signature

La présentation a été faite en trois parties :

- Présentation de l'état de la Banque Signature (CEVQ) ;
- **Les propriétés psychométriques de trois instruments** : les abus durant l'enfance, le dysfonctionnement social (WHODAS) et l'impulsivité (UPPS) ;
- Présentation d'une analyse préliminaire de certaines sous-dimensions de l'impulsivité sous la prédiction des problèmes liés à l'alcool (AUDIT).

La Banque Signature se divise en deux volets : les recrutements qui se font à l'urgence et les suivis longitudinaux des patients de l'urgence.

Parmi les gens qui sont recrutés à l'urgence, on fait le suivi de ceux qui sont dans les troubles anxieux de l'humeur et dans le PEP. Sur les 700 patients, on en a suivi 244. On les suit à la fin de leur hospitalisation, lors du premier ou du deuxième rendez-vous en externe et finalement un an après on essaie de faire un suivi.

Les gens qui se présentent pour la première fois à l'urgence correspondent au parcours A. Comme dit plus haut, on en a recruté 700. Il y en a 180 qui ont été vus à l'hospitalisation, 146 en suivi en clinique externe, et finalement 31 participants que l'on a vus un an après leur hospitalisation. Les gens qui font une rechute correspondent au parcours B. On en a vus 86 à l'hospitalisation, 20 en suivi et 41 ans après l'hospitalisation.

On en a 467 qui ont fait seulement la signature 1 ;

- 87 ont fait la signature 1 et 2 ;
- 74 ont fait la signature 1, 2 et 3 ;
- 41 ont fait la signature 1 et 3 ;
- 12 ont fait la signature 1, 3 et 4 et ;

- 19 ont fait les signatures 1, 2, 3 et 4.

On répond aux questionnaires sur *iPad*. Les participants répondent eux-mêmes mais il y a quelques questionnaires auxquels l’infirmière répond. Il y a très peu de gens qui ont commencé à répondre et qui ont arrêté sans terminer. On a légèrement plus d’hommes que de femmes dans la banque signature qui ont été recrutés.

Les diagnostics que l’on a dans la banque signature sont la schizophrénie, les troubles de l’humeur et l’anxiété, et on a aussi beaucoup de patients qui ont des problèmes de substances et des troubles de personnalité.

On a commencé en novembre 2012 à recruter des patients. Pour avril 2015, on s’attend à 841 patients pour le volet 1 et 300 pour le volet 2. Pour octobre 2015 on s’attend à 1 146 patients pour le volet 1 et 419 pour le volet 2.

Les propriétés psychométriques de trois instruments : les abus durant l’enfance, le dysfonctionnement social (WHODAS) et l’impulsivité (UPPS). L’objectif des analyses c’était de valider les qualités psychométriques des instruments. Les analyses ont été faites sur 500 participants. Le premier questionnaire était sur les abus durant l’enfance et provenait des enquêtes de Statistique Canada. Il y avait six questions. Il y en a plus de la moitié qui ont connu des abus physiques.

Le questionnaire comprenait deux sous-dimensions : les abus physiques et les abus sexuels.

Le deuxième questionnaire portait sur le dysfonctionnement social conçu par l’Organisation mondiale de la santé. Il y avait douze questions. Le troisième questionnaire portait sur l’impulsivité et contenait vingt points sur un questionnaire qui contenait 49 points au départ.

Le questionnaire comprenait cinq sections : urgence négative, urgence positive, recherche de sensation, manque de persévérance, manque de préméditation.

Signature
Analyses factorielles confirmatoires (CFA) sur les items d’abus durant l’enfance (CEVQ)

CFI	RMSEA		SRMR
	Valeur	I.C. (1- α =95%)	
.99	0.071	(0.042, 0.102)	0.039

Un modèle avec un bon ajustement devrait avoir
Comparative fit index (CFI) > .90 la CFI varie entre 0 et 1
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) < .08
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) < .08

La conclusion des analyses sur les propriétés psychométriques de ces trois instruments c’est que les analyses de fiabilité en général donnent de bons résultats. Les échelles sont consistantes et mesurent vraiment ce qu’on voudrait qu’elles mesurent. Elles vont toutes dans la même direction. Donc ce n’est

pas vrai que les gens à l'urgence répondent n'importe quoi parce qu'il y a vraiment une cohérence dans leurs réponses.

Finalement les analyses factorielles reproduisent les modèles que l'on a eu dans les références pour lesquels on avait choisi donc on peut analyser avec confiance nos données. Ils ont des bonnes propriétés psychométriques.

Finalement, c'est la présentation d'une analyse préliminaire de certaines sous-dimensions de l'impulsivité sur la prédiction des problèmes liés à l'alcool (AUDIT). C'est connu depuis longtemps que l'impulsivité est associée avec l'alcool et avec les abus de substances. Mais il y avait beaucoup d'hétérogénéité d'une étude à l'autre, des fois on trouvait l'effet, des fois on ne trouvait pas l'effet. Puis les gens se sont intéressés à savoir pourquoi.

Il y a une revue de littérature faite en 2010 qui montrait que ce n'était pas l'impulsivité globalement qui était impliquée mais des sous-dimensions spécifiques de l'impulsivité. La revue suggère que l'hétérogénéité est due au fait que l'on utilise des dimensions beaucoup trop larges et que l'on devrait se concentrer sur des sous-dimensions de l'impulsivité.

Dans le questionnaire sur l'impulsivité sur la prédiction des problèmes liés à l'alcool, il y a aussi cinq sous-dimensions, les mêmes que le questionnaire sur le dysfonctionnement social :

- Urgence négative ;
- Urgence positive ;
- Recherche de sensation ;
- Manque de persévérance et ;
- Manque de préméditation.

Les hommes consomment effectivement plus d'alcool que les femmes. Il y a une spécificité de la recherche de sensation sur les prédictions des problèmes liés à la consommation de l'alcool. Il faut analyser spécifiquement chaque sous-dimension parce que c'est parfois juste l'une de celles-là qui peut être prédictive pour certains problèmes.

À noter

Il existe des bourses Bell et il faut s'inscrire sur le site. Finalement, il y a un site pour ceux qui veulent faire les demandes d'accès

banquesignature.ca

Une fois votre nom d'utilisateur activé, vous aurez accès aux coûts des analyses. Ensuite vous pourrez déposer une demande, on va l'analyser et on va vous donner le coût total pour votre demande. Vous allez pouvoir présenter ce document-là pour faire les demandes d'accès ou les demandes de bourses.

Sur le site, vous trouverez des mises à jour régulièrement, les données de la banque (répartition des différents diagnostics, profil des participants et nombre de données que l'on a collectées depuis le début).

Voir l'intégrale de la conférence

<http://livestream.com/santementalemtl/signature-premieres-analyses>

5- Couverture d'événement : Développement d'un service d'équipe mobile pour les CHSLD/RI en gérontopsychiatrie

Développement d'un service d'équipe mobile pour les CHSLD/RI en gérontopsychiatrie, le 10 février 2015 au Centre d'enseignement Dr Frédéric Grunberg à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM).



Les conférenciers sont Laurence Melançon, neuropsychologue à l'IUSMM et Pierre Gélinas, infirmier clinicien à l'IUSMM également.

L'équipe en question est composée d'un coordonnateur, d'un ergothérapeute, d'un gérontopsychiatre, d'une neuropsychiatre, d'une psychologue et d'une travailleuse sociale.

Historique de l'équipe mobile

Cela fait douze ans que le conférencier, avec quelques collègues, gère les demandes de consultation qui leur sont acheminées par les établissements, les CHSLD et les RI. Que faire de plus pour aider les CHSLD et RI ?

L'IUSMM met à la disposition des CHSLD et des RI de son territoire une équipe mobile pour répondre aux besoins croissants des équipes de soins concernant les résidents présentant des difficultés complexes.

Le mandat de l'équipe et les services qu'elle offre :

- Offrir des services spécialisés et surspécialisés pour les personnes âgées ;
- Soutenir les intervenants de première et de deuxième ligne ;
- Soutenir les équipes de CHSLD/RI sans s'y substituer ;
- Soutenir et outiller les équipes d'intervenants.

Clientèle visée

- Personnes âgées, et ;
- Clientèle des CHSLD ou des RI avec des problématiques spécifiques.

Critère d'exclusion

- Si le patient a un dossier actif hors de l'IUSMM il n'est pas accepté.

Troubles neurocognitifs

Au lieu de l'ancien terme « **démence** », on utilise maintenant le terme « **troubles neurocognitifs majeurs** ».

Les troubles neurocognitifs majeurs consistent en une diminution cognitive significative par rapport au niveau antérieur.

Les symptômes (comportementaux et psychologiques) de la démence (SCPD) sont :

- Des troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur ou du comportement.

Ce sont des conduites et des attitudes qui perturbent le quotidien de patient dans son milieu de vie. Ils sont souvent associés aux troubles neurocognitifs majeurs.

Comportements perturbateurs

Le but des intervenants c'est d'agir sur ces comportements et non de les punir; l'intervention doit être centrée sur la personne. L'équipe a adopté une approche dite multimodale, celle-ci est un processus qui doit être réalisé en groupe pour qu'il soit efficace.

Il consiste principalement en les étapes suivantes :

- Décrire le comportement perturbateur ;
- Organiser l'information ;
- Formuler des hypothèses ;
- Élaborer des interventions ;
- Faire le suivi ;
- S'ajuster à partir de là.

Comment faire appel à l'équipe mobile ?

- Formuler une demande et fournir un dossier ;
- Évaluation de la demande ;
- Discussion en réunion de la possibilité d'une intervention ;
- L'équipe mobile CHSLD/RI fournit à l'équipe traitante CHSLD/RI des recommandations personnalisées d'après l'analyse multimodale contextuelle.

Des ajustements ponctuels sont faits si besoin il y a.

Questions et commentaires

Les questions et les commentaires concernaient les réalisations de l'équipe et sa façon de fonctionner.

Voir l'intégrale de la conférence

<http://livestream.com/accounts/2986981/conf-prog-gerontopsychiatrie-10-fev>

Le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche-action participative

BULLETIN DU PIRAP

Volume 3, numéro 12 : Mars 2015

1- Couverture d'événement : Le projet pilote Pair aidant famille, une pratique innovante

2- Partage d'expérience : Expérience de réintégration

3- Couverture d'événement : Le tapis roulant ou l'Ativan ?

4- Rapports mensuels : Participants au programme PAAS-Action de décembre 2014 à mars 2015

1- Couverture d'événement :

Le projet pilote Pair aidant famille, une pratique innovante

La Société québécoise de la schizophrénie (SQS), l'urgence psychiatrique et l'unité 404 du programme des troubles psychotiques de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ont mis en place l'intervention *Pair aidant famille* par laquelle les familles et les proches peuvent bénéficier du savoir expérientiel d'un pair aidant famille.



Dans le cadre de la conférence donnée sur la question le 19 février 2015 à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), les différents partenaires du projet, chercheur, clinicien, gestionnaire et pair aidant famille, présentaient leur contribution.

Au programme : le soutien offert par un pair aidant, les besoins des familles, les enjeux qui se posent pour implanter de type d'intervention.

À la suite du témoignage poignant d'une paire aidante famille, Diane Riendeau, qui se trouve intégralement retranscrit à la fin de cet article, Francine Dubé, directrice générale de la SQS et Michel Lahaie, chef clinico-administratif, Programme évaluation et interventions brèves à l'IUSMM, sont venus exposer la mise en place du projet.

« Quand un fils ou une fille est amené aux urgences d'un hôpital psychiatrique, les parents restent dans la salle d'attente, sidérés, et se demandent si leur enfant sera hospitalisé, quel traitement il aura, pendant combien de temps et s'il va redevenir comme avant », rapporte Francine Dubé. Il faut donc amortir le choc et soutenir l'aide offerte par les équipes traitantes aux familles en ajoutant le savoir expérientiel des pairs aidants.

Selon une étude menée par Jean-Pierre Bonin, les familles, à 80 %, ont attribué leur rétablissement (capacité à vivre avec les personnes atteintes, à trouver l'harmonie dans la relation et avoir une vie satisfaisante) à l'aide reçue de la part des organismes de soutien.

Par ailleurs, on sait qu'une intervention précoce auprès des familles et des proches entraîne :

- Une augmentation de l'observance des traitements ;
- Une réduction des symptômes psychiatriques ;
- Une réduction du niveau de stress perçu par la personne ;
- Des niveaux plus bas d'épuisement et de détresse chez les membres de la famille ;
- Une amélioration des relations familiales.

La recherche de financement a été assez laborieuse. Il a fallu essayer plusieurs refus notamment parce que la SQS refusait de dépendre d'une organisation qui ne finance le projet que pour un an. Le défi était de taille. Un projet pilote exige une solide documentation à la fois pour aller chercher des fonds et pour implanter le projet ailleurs au Québec.

C'est le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'IUSMM qui ont accepté de le financer. « On a une entente de service avec l'Association québécoise en réadaptation psychosociale qui se spécialise dans la formation des pairs aidants et qui a adapté cette formation à la famille (pour ce qui est des modules d'approche). Onze membres de famille ont accepté de suivre une formation intensive de quatre jours à l'AQRP pour comprendre comment approcher un pair aidant », explique Francine Dubé.

La SQS assure l'administration, la coordination et la gestion de son unique ressource humaine : sa paire aidante famille ! Elle espère que selon le volume d'activité, elle aura deux ou trois paires aidantes.

Le service est offert à l'urgence, à l'unité d'intervention brève, au premier épisode psychotique et à l'hôpital de jour. On ne coupe pas de personnel pour autant, la présence de Diane Riendeau ne change rien sur le plan budgétaire.

L'objectif général est d'assurer un service de soutien, d'information et de référence aux familles ou aux personnes significatives et à la clientèle présentant des symptômes psychotiques.

La famille va :

- S'identifier à une personne au vécu et au parcours similaire ;
- Se sentir supportée, maintenue et éviter l'isolement ;
- Comprendre mieux le parcours de la personne traitée ;
- Maintenir et voir augmenter le sentiment d'espoir ;
- Exprimer sa souffrance et ses inquiétudes ;
- Devenir partenaire de l'équipe traitante ;
- S'associer à des regroupements de pairs.

La SQS, l'urgence et le volet PEP ont collaboré pour mettre le projet en place. Diane Riendeau a passé une semaine à l'urgence et une semaine à l'unité 404 en processus d'adaptation. La préparation des équipes cliniques est également importante.

Le changement de pratique est laborieux, il faut désormais avoir le réflexe de référer les patients et leurs familles à Diane Riendeau, ce qui ne va pas de soi. La paire aidante famille a droit à une mentor, une intervenante psychosociale qui est là pour accueillir les difficultés et les trop plein d'émotion.

La paire aidante offre de l'écoute active, sert de modèle dans des situations expérimentées, avance des stratégies pour accompagner son proche malade et agit comme partenaire de l'équipe traitante.

Si la personne traitée est consentante et sa famille aussi, la paire aidante participe aux rencontres. Elle oriente les personnes vers les ressources appropriées du réseau.

On a de nombreux indicateurs différents traités grâce à un journal de bord que tient Diane Riendeau :

- La provenance des clients, en nombre et en heures d'intervention ;
- La répartition des clients en lien avec les proches ;
- Les tranches d'âge ;
- Le genre ;
- Le mode de service (rencontre en personne, au téléphone ou par courriel ?) ;
- Les heures ;
- La durée ;
- Le jour et le mois ;
- Le référencement (par qui elle a rencontré ses clients ?) ;
- Le type d'activités de la paire aidante (elle peut aussi faire la promotion de ce programme, par exemple, elle peut siéger sur le comité de coordination ou parfaire sa formation).

Le comité de coordination mis en place compte trois cogestionnaires, un mentor, la paire aidante, quatre personnes à la recherche au Centre d'études sur le rétablissement, la réadaptation et l'insertion sociale (Catherine Briand, chercheuse et fondatrice du CERRIS, Rose-Anne St-Paul, coordonnatrice, et deux étudiantes Anne-Lise Lienville et Joanie Poirier qui observent l'évolution du projet pilote) et Christine Groulx responsable en éthique appliquée pour savoir quelles étaient les procédures à respecter.

**Ce sont les mères en majorité qui sont intéressées à avoir le soutien d'une paire aidante famille ;
70 % des clients servis étaient des mères et 10 %, des pères.**

Les besoins varient :

- écoute et conseils ;
- entendre l'histoire personnelle de la paire aidante ;
- informations sur les symptômes ou encore sur la SQS ;
- besoin de références ou d'accompagnement.

C'est généralement Diane Riendeau qui a pris l'initiative d'aller vers les gens qu'elle a aidés (64 % des cas). Dans 14 % des cas c'est l'infirmière du service qui a référé les clients et dans 11 % des cas, c'est le psychiatre. Les cliniques sont sollicitées pour qu'elles réfèrent davantage. Dans toutes les unités visitées, c'est au Programme des premiers épisodes psychotiques (PEP) qu'il y a eu le plus d'interventions (56 %).

Jean-Philippe Mercier, travailleur social au PEP, se réjouit du fait qu'on ait consulté les professionnels de la clinique PEP et de l'urgence pour savoir quels étaient les besoins et les impressions face à un projet paire aidante famille.

Deux rencontres de deux heures ont eu lieu avec les patrons. Ce sont les travailleurs sociaux qui rencontrent les familles : ils observent chez elles incompréhension, colère, tristesse et ils s'informent de savoir comment elles vivent la situation. Sauf que tous les défis qui attendent ces familles sont lourds à relever, à commencer par retourner à la maison sans son fils ou sa fille, son conjoint, son père ou sa mère.

Avec le temps, les questions se multiplient sur tous les plans et une paire aidante devient un vrai soutien. « Enfin un service qui peut intervenir en temps utile », dit Jean-Philippe Mercier, qui veut dire par là que les services du CLSC peuvent se faire attendre. L'intervention est efficace quand elle est rapide.

Selon M. Mercier, les professionnels ont bien accueilli Mme Riendeau et lui ont expliqué le fonctionnement des unités. « Les rôles sont bien répartis, les résistances diminuent et un meilleur esprit de collaboration s'est installé », dit-il encore. « Les psychiatres de l'unité 404 m'ont très bien accueillie dès le début et m'ont invitée à faire partie des réunions de famille au tout début », confirme Diane Riendeau.

« On sait que les familles sont des partenaires essentielles pour le rétablissement des personnes, pourtant on note un manque de consultations dans les milieux qui traitent les psychoses. La recherche vise à améliorer l'offre de service », explique Rose-Anne Saint-Paul. On note deux types de soutien aux familles. Plus d'une cinquantaine de recherches randomisées prouvent que l'intervention familiale est une pratique à valoriser.

Par ailleurs on parle de l'intervention par les pairs, qui est moins étudiée, mais qui a des effets positifs répertoriés (réduction des effets de la stigmatisation, amélioration du sentiment d'espoir, diminution de la fréquentation de l'urgence et de l'hospitalisation). Pour le CERRIS il est très intéressant de suivre de près le soutien aux familles en cette première année d'existence. Il s'agit d'observer la mise en place du projet et d'étudier les perceptions des professionnels.

Des entrevues sont faites avec la paire aidante famille et sa mentor, ainsi qu'avec des professionnels et des familles d'usagers. Des relations sont tissées avec tous les membres du comité de coordination. La recherche veut savoir si les attentes des familles ont été satisfaites au bout d'un an.

Quelles seront les retombées de cette étude ?

- Évaluation en temps réel de la mise en œuvre d'une toute nouvelle initiative non existante au Québec ;
- Schématisation et description des composantes de la première intervention Pair Aidant Famille au Québec en particulier, l'identification des résultats attendus et perçus;
- Description des facteurs de succès, obstacles, facilitateurs à l'implantation de ce type d'initiative en particulier les enjeux (éthiques ou autres), pour une amélioration de l'intervention et une généralisation ailleurs au Québec.

Témoignage de Diane Riendeau, première paire aidante famille, qui travaille trois jours par semaine

« L'histoire de notre famille ressemble à celle de bien des familles. Le premier grand défi à relever, c'est le diagnostic. On ne comprend pas ce qui nous arrive. C'est un tsunami, un grand choc. Les professionnels s'occupent de notre enfant, mais qui s'occupent de nous, les parents ?

Le deuxième défi est d'arriver à gérer ses sentiments. On vit l'impuissance, la tristesse, l'isolement. Un sentiment de culpabilité immense nous envahit, la colère aussi face à la consommation de drogues abusive de notre fils. La relation devient difficile avec lui et nous ressentons une angoisse permanente face à son avenir en raison de son diagnostic sévère de schizophrénie différenciée. Mon conjoint s'est refermé sur lui-même, moi j'ai pensé mourir de chagrin. Ce fut une période extrêmement difficile pour nous.

Le troisième défi est de retrouver une certaine qualité de vie comme couple, comme parents et de conserver le lien avec notre fils malgré une relation conflictuelle le plus sereinement possible. Pourquoi suis-je devenue paire aidante famille ? Parce qu'en 2008, j'ai crié mon désespoir à la travailleuse sociale de notre fils. J'étais à la dérive.

Grâce à elle, j'ai connu un organisme en santé mentale de la rive-sud qui s'occupe des parents et amis des personnes atteintes. On m'a écoutée, on a écouté ma peine. J'ai rencontré d'autres familles qui vivaient la même chose que moi et se sentaient isolées elles aussi. On ne m'a pas jugée, on m'a encouragée à ne pas lâcher. Par la suite j'ai souhaité trouver un organisme qui ne s'occupe que de schizophrénie et j'ai trouvé la Société québécoise de schizophrénie (SQS), dont je suis devenue membre.

J'aurais aimé à cette époque qu'une paire aidante famille me tende la main, m'écoute. J'aurais eu besoin de raconter mon histoire, même celle d'avant le diagnostic, qui ne tombe pas du jour au lendemain. Aujourd'hui, comme paire aidante famille, je peux fournir un soutien aux familles éprouvées, je les écoute sans les juger.

Je crois qu'elles ont besoin d'entendre mon histoire. La première question qu'on me pose c'est : Comment va votre fils ? Je suis là pour leur dire qu'ils ne sont plus seuls, que ce n'est pas de leur faute si leur enfant est à l'hôpital.

Je leur parle des stratégies que j'ai utilisées pour garder contact avec mon fils. Nous étions devenus son seul réseau, il n'avait plus aucun ami. J'aime partager les connaissances acquises pendant ces années-là par les conférences et les colloques pour comprendre la maladie de mon fils et son comportement. J'incite les familles à se documenter. C'est la seule façon d'accompagner adéquatement notre enfant à sa sortie de l'hôpital.

Je suis devenue paire aidante parce que je voulais donner de l'espoir aux familles. Les connaissances, c'est pas suffisant. Comment reprendre espoir ? En rencontrant les personnes atteintes qui se sont rétablies ou en voie de l'être qui témoignent de leur parcours. Ça m'a beaucoup aidée et ça a permis à mon conjoint de s'ouvrir à la maladie. On a pu en parler ensemble et se supporter mutuellement.

Je suis devenue paire aidante famille pour inculquer aux familles la patience. Le cheminement pour le rétablissement peut être long et différent pour chacun. Je veux leur inculquer le plaisir de goûter aux plus petits objectifs atteints. Mon fils n'a pas souri pendant deux ans, sans aucune émotion.

Quand il a enfin souri, on m'aurait donné un million de dollars que j'aurais refusé de le prendre. Une phrase que j'aime beaucoup : « Il ne faut pas pousser la personne malade à avancer ni la tirer, il faut marcher à ses côtés, l'accompagner. »

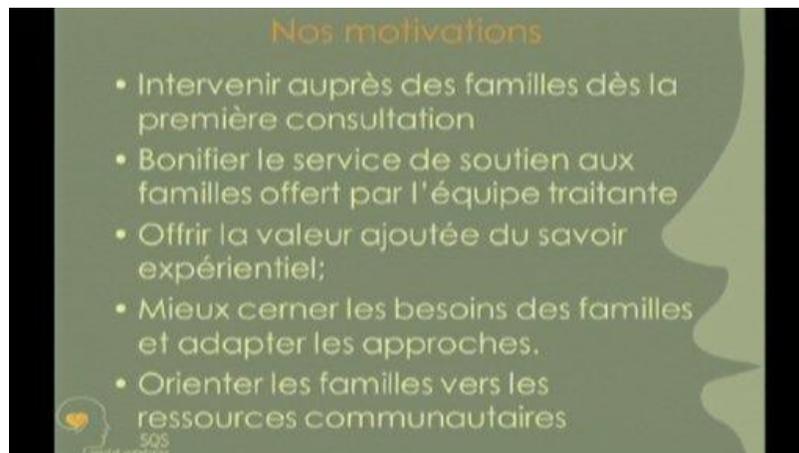
Il y a des hauts et des bas comme paire aidante famille. Quand j'entends parler de certains sujets qui me font replonger dans le passé pas si lointain de mon fils, j'accuse le coup, mais j'arrive à dire que mon fils est passé par là et en est à une toute autre étape alors patientez et ça va venir.

Je me sens impuissante quand je vois qu'un proche atteint par la maladie refuse de voir sa famille. Je les écoute et je les encourage à demeurer présents, disponibles, car il est possible qu'une fois le malade stabilisé, il veuille au contraire avoir une relation avec les siens. Je l'ai vu de mes yeux.

Il est difficile de voir le désarroi des familles. Je leur donne de l'espoir, je suis un modèle d'espoir. Je suis heureuse que les familles me disent qu'elles sont contentes de me voir et que ma présence les rassure. Je ne suis pas une professionnelle, je suis une mère alors ce n'est pas pareil. Les gens me reconnaissent dans les unités de soins et me font toujours bon accueil.

Quant aux professionnels, ils reconnaissent mon expertise. Il y a encore du travail à faire pour devenir partenaires à part entière. Je me sens de mieux en mieux dans mon rôle de paire aidante famille, je me sens mieux comme parent d'un jeune adulte atteint de schizophrénie, mais je reste toujours en rétablissement moi aussi.

Mon conjoint s'est inscrit de son propre chef à la formation Cap-schizophrénie pour comprendre la maladie et apprendre avec un fils qui est différent. Mon fils a maintenant 29 ans, il vit avec le diagnostic depuis huit ans, notre relation est excellente. Il vit dans une ressource intermédiaire affiliée à l'Hôpital Charles-Lemoyne. Il a des objectifs personnels et professionnels et nous l'encourageons à persévérer, nous l'accompagnons sans mettre de pression. J'ai un fils différent et j'en suis fière. »



[HTTP://WWW.IUSMM.CA/EVENEMENTS/APPROCHE-COLLABORATIVE/2015/19-FEV-11EME-CONF-APPROCHE-COLLABORATIVE.HTML](http://www.iusmm.ca/evénements/approche-collaborative/2015/19-fev-11eme-conf-approche-collaborative.html)

2- Partage d'expérience : Expérience de réintégration

Au cours du dernier trimestre de 2014, j'ai été sélectionné pour faire partie de l'équipe du PIRAP. Depuis mon intégration il y a 4 mois, j'ai eu à exécuter différentes tâches et à assister à différents événements reliés au monde de la santé mentale.

J'ai hérité de tâches intéressantes et diversifiées. Étant une personne qui s'intéresse à beaucoup de choses, c'est un contexte stimulant pour moi. Entre autres tâches, j'ai eu à préparer et dispenser de la formation sur différents logiciels, faisant ainsi appel à mes compétences de formateur. Il y a aussi eu de la rédaction à faire de manière soutenue. Principalement autour d'événements reliés à la santé mentale et la pleine citoyenneté.

Plus récemment, j'ai eu à monter un dossier pour permettre au PIRAP d'obtenir l'accréditation la reconnaissant comme une entreprise adaptée. Cette démarche est presque en tous points identique à ce que j'ai fait à quelques reprises lorsque je possédais mon entreprise. Ce sont des tâches que j'apprécie grandement. Elles font appel à mes connaissances et expériences en gestion de projet (coordination ici cependant). Je mets aussi à profit mes compétences en matière de communication. Évidemment mes connaissances en informatique de bureau m'aident encore ici.

Ce projet fait aussi appel à mes connaissances en matière d'entrepreneuriat, en matière de recherche d'informations pertinentes. J'ai repris contact avec certaines personnes qui faisaient partie de mon cercle d'affaires d'il y a presque de dix ans. Ce qui, à moyen terme, pourrait m'être bénéfique si je décidais d'embrasser un nouveau projet d'affaires.

Je jouis d'une totale autonomie dans mes démarches. Une présentation du projet lors d'une réunion du CA du PIRAP m'a permis de faire connaître les grandes lignes du projet. C'était là aussi un retour aux sources. J'ai souvent eu à faire des présentations ou à animer différents événements au fil du temps. Chose que je ne faisais plus depuis bientôt six ans.

En conclusion, j'ai donc l'occasion de renouer avec ce que je sais faire dans la vie. J'en profite aussi pour aborder et apprendre d'autres notions spécialisées du monde de la santé mentale et de la recherche. Ce qui devient par conséquent un acquis, professionnel ou simplement personnel.

3- Couverture d'événement

Le tapis roulant ou l'Ativan ?

Il s'agit d'une conférence présentée le 5 novembre 2014 par les kinésologues Gabriel Henri, Isabelle Richard et Mélanie Turpin sur les services de kinésiologie de l'IUSMM au Centre d'enseignement Dr Frédéric-Grunberg. Cette présentation a été visualisée en différé.

En définition, l'Ativan est un sédatif utilisé pour plusieurs conditions, comme l'anxiété, l'agitation et les convulsions. Il fonctionne en agissant sur le cerveau. Il diminue le surplus d'énergie dans le cerveau et calme les pensées.

Le kinésologue est un professionnel de la santé, spécialiste de l'activité physique à des fins de prévention, de traitement et de performance. Le service de kinésiologie offre, par le biais de l'exercice physique, des services de prévention et de traitement dans le but d'optimiser les déterminants de la santé mentale et physique des personnes suivies en psychiatrie et ainsi soutenir leur rétablissement.

Pour l'exercice 2013-2014 le nombre total de demandes d'intervention reçues fut de 428. Le nombre total du programme du trouble anxieux et de l'humeur fut de 163, soit 38 % et le programme de réactivation physique fut de 86, soit 20 %.

Les symptômes dépressifs et anxieux sont :

- incapacité d'action ;
- déconditionnement physique ;
- comportement d'évitement ;
- pensées irréalistes, et ;
- hausse de la fatigue générale.

Certains des aspects multidimensionnels des trouble anxiodépressifs sont :

- hypervigilance ;
- évitement
- douleurs
- pensées irréalistes
- sensibilité aux symptômes sympathiques ;
- diminution de l'énergie ;

- syndrome métabolique ;
- déconditionnement physique et ;
- athérosclérose.

La pratique basée sur les données probantes c'est : l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures et récentes connaissances scientifiques lors de la prise de décision concernant les soins d'un client. Pour cela on a besoin de consulter : le contexte, l'expertise, les besoins du client et les données probantes.

Dans le *Journal of Psychiatric Practice*, Vo. 19, No. 3, on a rédigé un article en mai 2013 intitulé : *Evidence-Based Recommendation for the prescription of Exercise for Major Depressive Disorder*. Dans cet article on fournit des recommandations aux cliniciens voulant prescrire l'exercice pour traiter la dépression.

Dans les mécanismes d'action il y a :

- **les mécanismes neurochimiques** : axe sérotoninergique, axe dopaminergique, métabolisme du GABA et endorphine ;
- **Les mécanismes physiologiques** : neurogénèse et système nerveux autonome (SNA) ;
- **Les mécanismes psychologiques** : la distraction, sentiment d'efficacité personnelle et l'interaction sociale.

Il y a des réponses physiologiques au stress (hormones, adrénaline, noradrénaline et cortisol). L'objectif du programme de réactivation physique est sensibiliser les gens aux effets de l'exercice physique sur la santé mentale.

Réactivation physique, les effets :

- Augmentation de l'énergie ;
- Augmentation des capacités physiques ;
- Augmentation du sentiment d'efficacité personnel ;
- Diminution de la kinésiophobie ;
- Diminution de l'hypervigilance.

Lien entre cette présentation et le PIRAP

La recherche a démontré que l'exercice physique avait un effet bénéfique sur la dépression. On peut inférer que bientôt les médecins prescriront de l'activité physique en complément de l'Ativan. Cette préoccupation de la santé par l'activité physique peut-être liée à un autre projet dans lequel le PIRAP est fortement impliqué soit le projet *Prends soin de toi*, projet dans lequel un utilisateur de service est invité à rencontrer son médecin avec une liste de recommandation personnalisée élaborée à l'aide d'un questionnaire informatisé auto-administré.

4- Rapports mensuels :

Participants au programme PAAS-Action de décembre 2014 à mars 2015

Décembre 2014

Le mois de décembre fut l'occasion de terminer les dossiers en cours, c'est-à-dire de s'assurer de compléter tous les bulletins pour chaque mois car nous avons pris du retard à ce sujet. En effet, la formule actuelle fait en sorte qu'un retard s'accumule car les gens ont de la difficulté à remettre leurs articles à temps s'il n'y a pas un encadrement et un suivi serrés. C'est pourquoi l'emphase a été mise sur l'autonomisation de chaque participant et sur l'importance de développer et d'implanter systématiquement le travail d'équipe lors des réunions du lundi matin.

Les participants doivent apprendre à être moins dépendants de la coordonnatrice et organiser leurs tâches seuls selon les échéanciers fixés. Cela signifie aussi transmettre directement son article au correcteur désigné plutôt que de passer par l'intermédiaire de la coordonnatrice, selon la procédure qui a été établie. De plus, des cours des logiciels *Excel* et *Word* ont été offerts par un des participants ayant une formation en la matière, mais il a remarqué qu'il devra alléger la structure des cours car les gens ont de la difficulté à retenir les notions enseignées.

Il a néanmoins réussi à leur communiquer comment bien remplir leur tableau des tâches et l'importance de le mettre à jour toutes les semaines après la réunion du lundi, en indiquant la date de mise à jour. Cette personne est aussi responsable de s'assurer que tous les participants remplissent leur tableau et également responsable de leur venir en aide s'ils ont des difficultés à le faire.

Il m'a informée que les participants s'acquittent bien de cette tâche en général mais qu'une personne a plus de difficultés, c'est pourquoi je lui ai expliqué davantage la nature du travail qui lui était demandé, c'est-à-dire de découper sa tâche principale en sous-tâches pour un meilleur suivi des étapes franchies et à faire. Un suivi plus particulier sera effectué dans ce cas.

Janvier 2015

Le mois de janvier a été l'occasion de réaliser qu'il fallait créer un système de suivi des bulletins pour savoir qui a fait quoi, quand et pour quel bulletin. Le participant à qui la tâche incombe maintenant a pris cette responsabilité au sérieux et a présenté un plan bien organisé. Il a un peu de difficulté à le mettre en pratique et cela a généré de la nervosité et une certaine tension.

Toutefois, des encouragements ont été transmis et de plus, une supervision moins directive du groupe s'est révélée être la meilleure façon de stimuler la propre prise en charge, par le groupe, de l'organisation du travail. Une supervision plus ponctuelle dans les réunions d'équipe s'est mise en place, où la coordonnatrice se présente pendant une partie de la rencontre seulement afin d'être informée de l'avancement de la rédaction des différents articles.

Nous souhaitons que l'équipe soit suffisamment opérationnelle pour produire notre première infolettre à compter de la première semaine de notre nouvelle année financière, débutant le 1^{er} avril. Ensuite, les infolettres vont s'enchaîner chaque semaine et, pour ce faire, nous devons prévoir et avoir écrit le contenu un mois d'avance.

De plus, nous accordons un délai de deux semaines aux conférenciers pour corriger les articles au besoin, avec une mention spécifiant que, passé ce délai sans avoir obtenu de réponse de leur part, le texte est considéré accepté tel quel et peut être publié. Cela correspond aux normes dans le domaine de la publication. Bien entendu, des corrections peuvent être apportées plus tard mais nous ne retarderons plus le processus de publication à cause de cela, comme c'était le cas auparavant.

Février 2015

Le mois de février a amené une nouveauté : notre équipe été mandatée par la direction générale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) pour réaliser un sondage sur la pleine citoyenneté auprès d'environ 1 500 patients suivis à l'IUSMM, ainsi qu'auprès de leurs intervenants. Cette démarche permettra d'évaluer où les patients se situent dans leur processus de rétablissement.

Elle permettra également de mesurer l'exercice effectif de la pleine citoyenneté. La pleine citoyenneté intègre notamment la dimension de l'inclusion sociale à la démarche de rétablissement de la personne. Nous avons aussi profité de l'occasion pour évaluer le degré de satisfaction générale à l'égard des soins et services reçus. Quatre équipes de deux personnes ont été mises sur pied, c'est-à-dire un participant du PAAS-Action jumelé avec un membre de l'équipe salarié agissant à titre de superviseur. Des horaires de ressources à visiter ont été distribués, ainsi que le matériel nécessaire pour réaliser le sondage.

Ce fut une belle occasion pour les participants du PAAS-Action de développer leur sens de l'organisation et des responsabilités, ainsi que leur capacité de communication, d'adaptation et de travail en équipe. L'expérience s'est bien déroulée et les membres de l'équipe ont aimé se promener sur le territoire desservi ainsi qu'entrer en contact avec les patients et les intervenants. C'est une première que ce genre de sondage soit réalisé par des patients partenaires. C'est le genre de compétences que nous développons afin d'offrir nos services pour d'autres sondages.

Mars 2015

Le mois de mars est l'occasion de voir la progression des membres de notre équipe dans leurs démarches pour développer leur employabilité. En effet, deux personnes ont quitté le PAAS-Action mais demeurent membres de notre équipe de recherche grâce à des mandats spécifiques leur ayant été attribués. L'une d'elle a développé une capacité d'analyse, c'est-à-dire qu'elle participe à l'analyse et à l'interprétation des résultats d'une étude.

Pour ce faire, elle a appris à utiliser le logiciel QDA Miner, un logiciel spécialisé dans l'analyse qualitative. Le PIRAP prévoit maintenant offrir ses services d'analyse, puisque nous avons les ressources humaines pour le faire.

D'autre part, un autre membre de l'équipe participe activement à la mise en place d'un *Projet citoyen* à l'Institut Philippe-Pinel et il participera à l'évaluation de l'impact de ce projet sur les patients participants, en ce qui a trait à leur processus de rétablissement civique, en vue d'atteindre la pleine citoyenneté.

Ensuite, les patients de l'Institut Philippe-Pinel pourront mettre en pratique leurs aptitudes nouvellement acquises à l'extérieur des murs, c'est-à-dire en s'intégrant graduellement à notre équipe par le biais de leur participation au *Projet citoyen* en contexte de recherche de l'Institut et par la suite en débutant un PAAS-Action.

Des opportunités seront offertes de développer davantage leur employabilité par le biais de subventions salariales. Nous souhaitons leur offrir un parcours en continu vers l'atteinte de la pleine citoyenneté, qui passe par le développement de compétences socioprofessionnelles.