

PIRAP
Programme international
de **recherche-action participative**
... pour un regard différent

**Bulletins du
PIRAP
Volume 5
2016-2017**

Table des matières

Numéro 1 : Avril 2016

- 1- Couverture d'évènement : Tics et syndrome de Gilles de la Tourette chez les jeunes : comprendre et intervenir 5
- 2- Couverture d'évènement : La Journée Partenariat intervenant / proche du programme de psychiatrie en déficience intellectuelle.....7
- 3- Présentation scientifique : Projet pilote de partage des connaissances du CÉRRIS et du CNESM.....9
- 4- Présentation scientifique : La pleine citoyenneté en santé mentale..... 11

Numéro 2 : Mai 2016

- 1- Couverture d'évènement : Forum de la participation citoyenne15
- 2- Couverture d'évènement : Première réunion du conseil local citoyen en santé.....17
- 3- Recension de livre : Citoyenneté et santé mentale, selon Michael Rowe 19

Numéro 3 : Juin 2016

- 1- Présentation scientifique : Au carrefour du corps et de l'esprit-Comprendre et traiter la comorbidité23
- 2- Couverture d'évènement : Le PIRAP au symposium de l'International Recovery and Citizenship 201627
- 3- Journée d'échange : Mouvement international citoyenneté et santé mentale31
- 4- Couverture d'évènement : Journées annuelles de santé mentale (JASM)33

Numéro 4 : Juillet 2016

- 1- Couverture d'évènement : Le rétablissement.....37
- 2- Couverture d'évènement : Le rétablissement personnel41
- 3- Couverture d'évènement : Quand les pairs-aidants font la paire!43

Numéro 5 : Août 2016

- 1- Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Enjeux et opportunités du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020..... 49
- 2- Conférence: Le stress qui est-il ? 51
- 3- Conférence: Ayoye! Douleur et santé mentale 53

Numéro 6 : Septembre 2016

- 1- Conférence : Speed dating : 3 matchs parfaits ! 59
- 2- Information utile: L'effet placebo 63
- 3- Résumé de livre : Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en santé mentale au Canada..... 65

Numéro 7 : Octobre 2016

- 1- Entretien : La rue vers l'art 71
- 2- Formation médicale continue : L'efficacité des interventions théâtrales dans un programme de traitement et de réadaptation d'individus avec troubles mentaux graves 73
- 3- -Culture : Cinéma et maladie mentale: pour le meilleur et pour le pire..... 77

Numéro 8 : Novembre 2016

- 1- Rapport mensuelle : Rapport mensuel d'Emploi-Québec des PAAS-ACTION couvrant la période d'avril à septembre 2016 81
- 2- Culture : Le fragile équilibre 83
- 3- Entretien : Entretien avec un agent d'Infologis..... 85
- 4- Information utile : Rencontre d'information sur l'utilisation du crédit 87

Numéro 9 : Décembre 2016

- 1- Conférence : 16e conférence Midi-Signature 91
- 2- Conférence : La collaboration est une responsabilité fondamentale pour tous dans l'amélioration de la santé !..... 95
- 3- Conférence : L'intimidation: Faut-il s'en inquiéter ? Et quoi faire ?..... 97

Numéro 10 : Janvier 2017

- 1- Entretien : Connaître nos droits est fondamental..... 101
- 2- Couverture d'évènement : Soutien entre pairs : rôles, spécificités et enjeux 103
- 3- Entretien : Témoignage de Colombe St-Louis, paire-aidante..... 107

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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 1 : *Avril 2016*

1. **Couverture d'événement** : Tics et syndrome de Gilles de la Tourette chez les jeunes : comprendre et intervenir
2. **Couverture d'événement** : La Journée Partenariat intervenant / proche du programme de psychiatrie en déficience intellectuelle.
3. **Présentation scientifique** : Projet pilote de partage des connaissances du CÉRRIS et du CNESM
4. **Présentation scientifique** : La pleine citoyenneté en santé mentale.

1-COUVERTURE D'ÉVÉNEMENT

Tics et syndrome de Gilles de la Tourette chez les jeunes : comprendre et intervenir

Cette conférence grand public a été présentée en webdiffusion le 22 octobre 2016 par Julie Leclerc, docteure en psychologie depuis 2011. L'année suivante elle est devenue professeure en psychologie à l'Université de Québec à Montréal et, en 2015, elle est devenue chercheure en santé mentale au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSS).

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) n'est pas tellement connu et a besoin d'être démystifié afin d'être mieux compris. Il faudrait favoriser une meilleure communication entre les organismes compétents offrant un soutien aux familles et aux gens qui sont atteints par la maladie : Association québécoise du syndrome de la Tourette, Fondation canadienne du syndrome de la Tourette, Centre d'études pour les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics.

Définition et symptômes

La définition du SGT est d'avoir plusieurs tics moteurs et au moins un tic sonore. Il y a de 10 à 20 pour cent des enfants qui peuvent manifester des tics avant l'âge de 10 ans environ sans que cela débouche nécessairement sur le syndrome de Gilles de la Tourette. Le diagnostic est deux à quatre fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. Dans bien des cas, le syndrome peut diminuer vers l'âge adulte mais ce n'est pas vraiment prouvé. Dans un article paru en 2003, plusieurs personnes disaient qu'elles n'avaient plus le SGT, mais en les filmant on s'apercevait que les tics étaient toujours présent (sans les empêcher de fonctionner normalement dans leur vie de tous les jours).

La maladie occasionne plusieurs troubles chez les gens qui en sont atteints, du point de vue social, académique et comportemental. Les crises de colère soudaines semblent disproportionnées par rapport à leur élément déclencheur. Ce dernier est néanmoins perçu par l'enfant comme une agression ou une provocation. Même si l'épisode explosif survient subitement, la crise est généralement la conséquence d'un enchaînement de situations ou de pensées dérangeantes.

Thérapie et stratégies

La thérapie du Dr O'Connor fonctionne bien chez les adultes et Dre Leclerc en a fait une version afin de l'adapter aux enfants. C'est une psychothérapie pour les tics qui se nomme FAÇOTIK (face aux tics) qui comprend 10 étapes d'intervention au quotidien. On y suggère, par exemple, d'ignorer les tics chez la personne atteinte ou de tout simplement, au besoin, lui en parler. On y enseigne que l'intervention la moins appropriée serait de la réprimander en lui disant de cesser ces tics.

Une stratégie à adopter en milieu scolaire serait de cultiver la tolérance auprès des étudiants et des professeurs en expliquant ce qu'est ce syndrome. Il faut apprendre comment être un modèle positif, favorisant ainsi l'esprit d'équipe, la non-compétition et l'acceptation. Afin de maximiser l'apprentissage, l'enfant devrait être dans un environnement modérément structuré avec une routine. Des limites claires et des règles de vie cohérentes doivent être connues et respectées par tous.

En conclusion, il existe plusieurs ressources disponibles pour aider les gens. La porte d'accès peut être le CLSC, un psychologue ou un médecin de famille. La science ne peut pas encore clairement expliquer la composante biologique ou psychologique du syndrome de la Tourette. Enfin, on ne peut pas en guérir

mais on peut toutefois en diminuer l'impact. Notons par ailleurs, que la conférencière a écrit un livre sur le sujet : quand le corps fait à sa tête.

Pour en savoir plus visitez le site

<http://livestream.com/accounts/2986981/22-octobre-tics-syndrome-gilles-tourette; cetoc.ca>



2- Couverture d'événement

La Journée Partenariat intervenant / proche du programme de psychiatrie en déficience intellectuelle.

Un plan d'intervention interdisciplinaire :

Depuis que le comité paritaire a été formé, c'était la première fois qu'avait lieu une réunion intervenant /famille au programme de psychiatrie en déficience intellectuelle, après 18 mois de travail. Elle a été mise sur pied après la rencontre de tous ses gestionnaires, appuyée par le chercheur Jean-François Pelletier, qui sait impliquer les usagers et leurs proches dans ses recherches. Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en est un d'accompagnement du patient en équipe, incluant des proches de celui-ci pour lui assurer un traitement personnalisé et efficace. Il est issu d'une loi de 1991 qui oblige tous les établissements de santé à se munir d'une telle stratégie.

Durant cette présentation, deux capsules vidéo ont été visionnées, montrant deux usagers qui parlaient de leurs désirs et de leurs souhaits. On parlait des inquiétudes et des questionnements du père de l'usager et des projets de celui-ci.

Échanger pour démystifier :

Après la pause, il y a eu d'autres interventions de proches qui ont mis l'accent sur leurs sentiments et sur l'importance des rencontres, pour une meilleure compréhension des services que l'on peut rendre aux membres de leur famille. Certains de ces parents ont exhorté les gens concernés à poser des questions, disant même qu'il ne fallait pas avoir peur et qu'il fallait exprimer ses angoisses dans le but de favoriser un prompt rétablissement de leurs proches.

Par ailleurs, il est à noter que les organisateurs ont fait appel pour le dîner à un traiteur qui emploie des personnes qui ont une déficience intellectuelle.

À la suite de cet intermède et de l'annonce au sujet du guide d'accueil, les participants se sont répartis en groupes de discussion où toutes les parties concernées sont représentées et ce afin d'apporter des suggestions sur la communication entre les familles et les intervenants, toujours dans l'optique du bien-être des patients. Les questions tournaient, par exemple, autour de l'amélioration de la communication et des problèmes inhérents à la relation entre les parties concernées.

Pour conclure, la journée a été bénéfique pour tout le monde et un rendez-vous a été pris pour l'année prochaine, porteur du même mandat. Au Programme international de recherche-action participative (PIRAP), nous souscrivons à deux valeurs : Ce qui devrait constituer la norme, c'est accueillir nos différences. Puis pourquoi ne pas nourrir l'espoir car les choses peuvent changer pour le mieux. Les exemples sont abondants : Maxwell Bitton, un jeune autiste expose ces belles toiles au musée des beaux-arts de Montréal. Des centaines d'athlètes qui participent avec fierté aux jeux olympiques spéciaux du Québec. Des parents qui ont suivi la formation : Apprendre à se rapprocher sans agressivité, reçoive avec satisfaction leur enfant durant un week-end car ils ont appris à mieux interagir ensemble. Oui, les choses peuvent changer pour le mieux !



Pour en savoir plus, visitez le site

<http://www.iusmm.ca/programme/sante-mentale-et-deficiance-intellectuelle.html>

3-Présentation scientifique

Projet pilote de partage des connaissances du CÉRRIS et du CNESM

Propos du premier conférencier, monsieur Gilbert

Michel Gilbert commence par énoncer les objectifs du projet qui sont de :

- 1) améliorer les connaissances en lien avec une réadaptation optimale en santé mentale axée sur le rétablissement;
- 2) offrir une programmation unique d'activités autour de huit thèmes clés;
- 3) accompagner spécifiquement les équipes SIM et SIV de cinq régions du Québec à réseauter et à réfléchir à leur pratique

Il croit qu'il faut aider les équipes SIM (suivi intensif dans le milieu) et SIV (suivi d'intensité variable) de cinq régions pilotes du Québec à réfléchir sur leur pratique et à communiquer entre elles. Il fait une mise en contexte de ce partenariat qui est né du fait que, pour plusieurs intervenants SIM et SIV, il y a un écart entre la pratique sur le terrain et les meilleures pratiques possibles. Cependant, le présentateur nous fait savoir qu'une réflexion est nécessaire sur comment le CÉRRIS, en tant que générateur de connaissances, alimentera le CNESM qui diffusera ce savoir parmi ses intervenants, qui, à leur tour, l'utiliseront pour améliorer leur pratique quotidienne. Le projet doit faire face à de nombreux défis sur le plan provincial. Michel Gilbert évoque aussi la nécessité de construire une programmation prenant appui sur ces défis. Pour terminer, il exprime son optimisme par rapport à cette association.



Paroles de madame Briand

Puis vient le tour de madame Catherine Briand qui commence par un historique du CÉRRIS. Elle annonce que le projet en question aura une durée de trois ans, mais avec possibilité de pérennisation. Elle souligne le fait que le CÉRRIS a adopté une philosophie de co-construction en matière de savoir et que c'est pour cela qu'il valorise des activités de réseautage, de discussion et de réflexion qui permettent d'obtenir les informations les plus probantes possibles. Elle insiste sur le fait que les thèmes concernés par la programmation ne sont pas des choix personnels, mais relèvent de consultations qui durent depuis 2009, mais également des défis auxquels fait face le CNESM, des plans d'action en santé mentale 2010-2015 et 2015-2020 ainsi que des données mondiales. La conférencière aborde le sujet de la programmation par le biais de ses objectifs qui consistent, précise-t-elle, à toucher, sensibiliser, faire réfléchir, permettre l'échange et soutenir la décision.

Elle fait remarquer que la formation ne fait pas partie de la liste de ces objectifs car la programmation ne peut pas remplacer toutes ces formations données au Québec. Mais elle précise que le CÉRRIS veut mettre à profit le maximum de ces formations et mettre en réseau les gens qui les détiennent. Elle ajoute que la vocation principale du CÉRRIS, c'est le transfert des connaissances et que, par ailleurs, celui-ci est en réseau avec des chercheurs, et des organisations comme l'AQRP qui offre des formations.

Elle parle ensuite de la programmation proprement dite et plus particulièrement de ses huit thèmes qui sont : 1) rétablissement personnel; 2) plan de rétablissement; 3) familles et proches; 4) soutien entre pairs; 5) logement; 6) emploi; 7) solutions dans le réseau naturel; 8) services aux jeunes; précisant que ceux-ci reposent sur la littérature scientifique partout dans le monde et sur les meilleures pratiques de réadaptation qui donnent accès au rétablissement. Elle mentionne l'évaluation, une responsabilité du volet recherche du projet, qui consiste en des questionnaires mesurant l'impact de la programmation sur les domaines qui touchent les gestionnaires, les intervenants et les gens participant au projet. Le modèle logique utilisé s'inspire de celui de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Pour clore la présentation, Michel Gilbert lit in absentia un message du Dr André Delorme qui souligne l'importance du partenariat CÉRRIS-CNESM pour la santé mentale.



Pour en savoir plus, visitez le site

http://www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/Projet%20C%C3%89RRIS-CNESM/2015_11_19_CERRIS-CNESM_ConferenceLancement.pdf

4-PRÉSENTATION SCIENTIFIQUE

La pleine citoyenneté en santé mentale.

Utilisation du savoir expérientiel des usagers

Dans cette conférence, M. Pelletier nous explique qu'en tant que chercheur, il s'intéresse à l'application des connaissances des usagers en santé mentale, donc à leur savoir expérientiel. Il présente le PIRAP et parle de sa fonction en tant qu'entreprise. Il aborde également le nouveau Plan d'action en santé mentale et quelques principes fondamentaux de ce dernier en relation avec la santé globale et fait référence au principe du rétablissement et à son origine.

Actuellement, une personne sur trois ne reçoit pas de soins appropriés et ne souhaite pas consulter en psychiatrie malgré un réel besoin. Souvent à cause des préjugés de la société, mais également à cause d'une auto-stigmatisation ou d'un regard sur soi peu flatteur. Dorénavant, sous l'impulsion de la Direction et collaboration partenariat patients (DCPP), une nouvelle brèche s'ouvre dans le but de rendre agréable et accessible cette science, améliorant le rapport entre les médecins et leurs patients, pour que des sentiments tels que la honte ou la gêne n'empêchent pas les gens de consulter. Sans nul doute, la pratique du patient partenaire permet l'accès à des soins d'une meilleure qualité, encourage le patient à développer son propre empowerment ainsi qu'à recueillir des informations précieuses sur les problèmes liés à la maladie dans les différentes sphères de sa vie, pour la continuité et la réussite de ses projets de vie.

Le Programme international de recherche-action participative (PIRAP)

Tout d'abord, on peut définir le PIRAP comme une entreprise sociale à but non lucratif dans le milieu de la recherche qui contribue au développement économique des personnes dont la maladie a bouleversé la trajectoire de vie socioprofessionnelle. Par la suite, ils sont restés dans des conditions de pauvreté, que l'on nomme déterminants sociaux défavorables et état de carence sociale, économique et affective.

Le PIRAP est en étroite collaboration avec un organisme spécialisé en main d'œuvre, l'Arrimage, qui offre des expériences de travail à des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Le retour vers la vie active, grâce à laquelle les personnes se valorisent dans l'accomplissement des différentes tâches, est une source de grande satisfaction. Le PIRAP offre diverses mesures d'employabilité et de pré-employabilité dans le but d'accompagner les personnes pour qu'elles atteignent des objectifs et puissent éventuellement intégrer le marché du travail.

Les deux principales missions du PIRAP sont les suivantes : canaliser les savoirs expérientiels et faire du milieu de la recherche un lieu propice au développement de la pleine citoyenneté. Le PIRAP considère que la citoyenneté est un ensemble de mesures, de droits et de responsabilités civiques. Il est à noter que toutes les personnes qui y travaillent sont des patients partenaires, incluant Jean-François Pelletier qui est proche d'une personne affectée par la maladie mentale et se définit par conséquent comme patient-chercheur.

La santé globale

Notons que le nouveau Plan d'action en santé mentale, sorti à l'automne 2015, favorise les patients en tant qu'auteurs des soins; l'entraide qu'ils s'apportent entre eux est l'un des principaux déterminants du rétablissement pour le patient en tant que tel et se fait au bénéfice de la société toute entière. Les principes fondamentaux du nouveau Plan d'action en santé mentale sont le plein exercice de la citoyenneté, l'adaptation des soins et des services en fonction du cheminement personnel de chacun, la favorisation des pratiques cliniques et de gestions qui améliorent l'expérience des soins, et l'amélioration de la performance. Pour travailler dans cette optique, il faut tenir compte de la définition de la santé, qui n'exclut pas la maladie. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »¹ Le PIRAP contribue également à l'actualisation des mesures des plans d'action en santé mentale.

Pour conclure, Jean-François Pelletier fait référence au principe de recovery (ou rétablissement) selon la version québécoise de la pleine citoyenneté, un concept très connu dans le milieu anglo-saxon. Le modèle préconisé par le PIRAP est celui du Recovery and Community Health de l'Université de Yale, au Connecticut. Il permet de mesurer ou d'identifier les obstacles auxquels font face les personnes et qui les empêchent de s'approprier la pleine citoyenneté.

En tant que patients partenaires, il est important de briser les tabous existant en santé mentale, tant du côté des intervenants que chez les usagers. En utilisant leur savoir expérientiel, en le mettant de l'avant, ces derniers sont en mesure d'améliorer la communication avec les professionnels et devenir ainsi acteurs de leurs pleins rétablissements.

Pour en savoir plus, visitez le site

<http://www.irspum.umontreal.ca/fr-ca/salledesnouvelles/colloqueirspum.aspx>

¹ <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 2 : *Mai 2016*

- 1. Couverture d'évènement** : Forum de la participation citoyenne
- 2. Couverture d'évènement** : Première réunion du conseil local citoyen en santé
- 3. Recension de livre** : Citoyenneté et santé mentale, selon Michael Rowe

1-COUVERTURE D'ÉVÈNEMENT

Forum de la participation citoyenne

Introduction

Ce 1er Forum nommé « Pourquoi l'urgence ? » est un événement organisé par Le Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS) et de l'Institut du Nouveau Monde (INM) à l'occasion du réaménagement de la nouvelle salle d'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Cela dans le but d'obtenir des idées, des propositions, des solutions sur des alternatives au recours à l'urgence.

Mot de bienvenue et objectifs du forum de la participation citoyenne

Premièrement, on a essayé de mieux comprendre nos habitudes, nos comportements, nos choix à l'égard de l'utilisation de l'urgence et des autres services de santé sur le territoire de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Deuxièmement, on a tenté de trouver les façons adéquates d'entrer dans le système de santé, sans que l'urgence soit nécessairement la première option. Il y a eu une présentation de l'état actuel de cette partie de Montréal, de sa clientèle à qui le CIUSSS dispense des soins, ainsi que ses problématiques. On a également fait un décompte des institutions tous genres confondus en soins médicaux disponibles.

Des alternatives innovantes à l'utilisation de l'urgence

Quatre personnes à tour de rôle ont fait des présentations au sujet d'alternatives à l'engorgement des urgences (811, pharmaciens, médecins de familles, etc.). Tout d'abord, Roger Simard, pharmacien et fondateur de Pharmacie 3.0, a montré des dispositifs d'enregistrement biométriques transmis au moyen d'un cellulaire. La deuxième présentation a été faite par Dre Angela Geloso, gériatopsychiatre et chef du projet du programme d'hospitalisation à domicile de l'institut. Ce programme s'adresse aux personnes de 60 ans et plus avec des troubles psychiatriques aigus, ainsi que des troubles physiques. L'objectif principal est d'éviter une hospitalisation. Une équipe interdisciplinaire se rend chez la personne et lui offre des services intensifs et rapides.



Puis Stéphane Boyer a présenté l'application Doc Tr qui permet de trouver des cliniques qui offrent des plages horaires disponibles. Pour terminer, Isabelle Ducharme nous a présenté l'ABC de l'autogestion des soins. C'est un programme gratuit offert aux personnes qui souffrent de douleurs chroniques afin de mieux vivre avec la maladie : techniques de pensées positives, de relaxation, de communication avec l'entourage et les médecins. La durée est de six semaines et est offerte en anglais et en français.

Ce forum citoyen nous a été utile, en tant que patients partenaires, en nous offrant d'autres alternatives à l'utilisation des urgences et également, cette journée nous a permis de favoriser notre citoyenneté en nous incluant dans la discussion.

Pour en savoir plus, visitez

<http://www.iusmm.ca/institut/evenements/forums-citoyens/forum-participation-citoyenne-pourquoi-urgence.html>

2-COUVERTURE D'ÉVÈNEMENT

Première réunion du conseil local citoyen en santé

Origine du conseil local citoyen en santé

Le Conseil local citoyen en santé a vu le jour en décembre 2015. Il concerne les arrondissements de Rivière-des-Prairies, de Pointe-aux-Trembles et de Mercier-Hochelaga-Maisonneuve ainsi que le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui ont formellement signé une déclaration de principe allant dans le sens de la création de cet organisme. Celui-ci a pour modèle le Conseil local en santé mentale (CLSM) français. Cependant, il s'en distingue principalement par le fait qu'il s'occupe de la santé en général (mentale, physique et sociale, en accord avec la conception de la santé que prône l'Organisation mondiale de la santé-OMS).

En plus il s'inscrit dans une approche élargie du rétablissement et une vision clinique basée sur la pleine citoyenneté. Deux concepts qui sont d'ailleurs en pleine évolution vers ce qui est appelé une vue populationnelle de la santé, c'est-à-dire qui consiste à s'occuper de la santé de la population entière, pas seulement des personnes malades. Ce changement de philosophie résulte principalement des modifications d'ordre structurel, pour la plupart des fusions apportées au système de santé québécois par le gouvernement actuel.

Composition organisationnelle

Ainsi, le Conseil local citoyen en santé est un mécanisme de concertation composé d'un ensemble varié d'organismes; ces derniers sont en mesure d'agir directement sur les déterminants sociaux de la santé. Un de ses objectifs, et non des moindres, est d'entretenir chez les représentants élus, des préoccupations populationnelles concernant la santé de leurs concitoyens. En plus, ces représentants peuvent exercer, de par les pouvoirs dont ils sont investis et leur proximité de la population locale, une influence positive sur les déterminants sociaux de la santé. Ils peuvent donc aider à traiter les problèmes de santé à la racine et ainsi, prévenir les coûts que ceux-ci peuvent entraîner sur le plan individuel et social.

D'ailleurs, pour influencer sur ces déterminants, une action publique est absolument nécessaire, parce que les initiatives privées ne peuvent à elles seules suffire pour avoir un impact réel à l'échelle d'un territoire urbain de la grandeur de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Gouvernance

Lors de ce premier conseil local citoyen en santé, on comptait une quarantaine d'acteurs engagés venant d'organisations ciblées, lesquels, couvrent une grande partie du territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ces organismes représentent le secteur de la santé et des domaines autres comme la culture, l'environnement, la sécurité publique, etc. Quelques citoyens et citoyennes venant de différentes communautés, dont des usagers des services de santé, étaient présents à cette réunion, ajoutant à sa représentativité.

Comme il fallait s'y attendre, les participants ont établi les modalités de fonctionnement, en particulier sa gouvernance : par exemple, ses membres ont choisi de prendre les décisions par consensus, sans doute le moyen le plus adéquat pour un organisme qui se veut collaboratif. Les participants ont aussi instauré les bases de dialogue de ce lieu d'échange récemment créé pour répondre aux besoins de la population du territoire en question où, d'ailleurs, il n'existe pas de table de concertation qui s'occupe

uniquement de santé. Cela constitue un argument en faveur de la pertinence du Conseil. De plus, celui-ci vient au moment opportun, c'est-à-dire en parallèle avec les changements opérés dans le secteur sanitaire. Les principaux intervenants ont, pour la plupart, insisté sur le fait que le travail du Conseil est un travail de proximité avec la population locale pour la santé et le bien-être généraux dans cette partie de la ville de Montréal.

Un cahier des charges devrait être déposé dans les semaines suivant cette réunion, et une nouvelle rencontre devrait avoir lieu en mai 2016.

Nous sommes heureux de constater que plusieurs acteurs (organismes gouvernementaux, communautaires, utilisateurs de services et autres) du territoire de l'est de l'île unissent leurs voix au sujet de la santé globale des citoyens, qu'ils tentent de répondre à leurs besoins spécifiques et qu'ils s'impliquent dans leur bien-être. Les amener à améliorer leur espérance de vie est un beau projet de vie en soi.

Pour en savoir plus, visitez le site

<http://cuss-estmtl.gouv.qc.ca/conseil-local-citoyen-sante/>



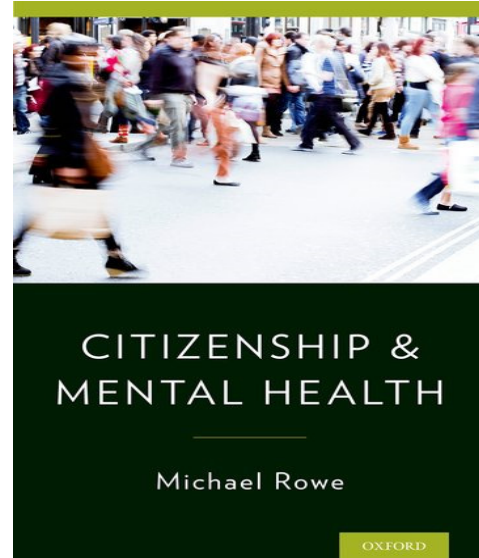
Membres du premier conseil local citoyen en santé

3-RECENSION DE LIVRE

Citoyenneté et santé mentale, selon Michael Rowe

Introduction

La citoyenneté constitue une façon de concevoir « une vie dans la communauté » pour les personnes ayant une problématique en santé mentale, mais encore plus d'être de la communauté. En fait, cette conception est un élément clé au centre du mouvement communautaire amorcé par le président John F. Kennedy et consistant en l'avènement des centres de santé mentale aux États-Unis, lequel évolue en parallèle avec le concept de traitement « communautaire » (voir le discours du 5 février 1963 : <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=9546>). L'objectif des soins et des traitements de la maladie mentale devait être de soutenir les personnes dans toutes les dimensions de leur vie; cependant, la prééminence de ces derniers peut créer une dépendance des personnes à l'égard des médecins et autres prestataires de soins et services pendant une trop grande partie de leur vie sociale.



Inclusion, intégration et adhésion

La citoyenneté implique une relation axée sur la règle des « 5R », laquelle se réfère aux droits (Rights), responsabilités (Responsibilities), rôles (Roles), ressources (Resources) et relations (Relationships). Toute société démocratique se doit de prôner ces valeurs à ses membres par le biais des institutions politiques et sociales, ainsi que par une vie associative. Parallèlement à cette règle, la nécessité d'un sentiment d'appartenance à la communauté doit être mise en évidence. Dans le but de le développer, les personnes ont besoin de la reconnaissance des autres suggérant qu'« une personne appartient à la communauté, est un membre honorable de la communauté et est sollicitée par la communauté ».

L'inclusion sociale est importante, mais une personne peut faire l'objet d'une inclusion sans toutefois bénéficier de la reconnaissance d'autrui. La notion d'intégration communautaire revêt également de l'importance. Cette dernière partage le même fondement que les mouvements de défense des droits civiques. Cependant, une personne peut faire l'objet d'une intégration sociale sans toutefois être considérée comme un membre égal aux autres citoyens de la société; toutes ces notions sont parallèles les unes aux autres. La citoyenneté est aussi assimilable au concept de processus de rétablissement individuel et collectif. En bref, elle est le concept-clé menant à la conception d'« une adhésion à part entière de la société ».

La citoyenneté ne concerne pas seulement l'adhésion. Elle consiste aussi en la faculté d'évoluer, d'apprendre et d'exercer ses capacités, de s'adonner à des activités privilégiées, saines et valorisantes sans restrictions indues. Cela signifie que la citoyenneté implique la justice sociale, un idéal de vie nécessitant non seulement un apport individuel, mais aussi une concertation et une mobilisation prenant la forme d'une lutte sociale.

Le Projet citoyen (Citizens Project)

Le Citizens Project a été mis de l'avant à New Haven, Connecticut, dans les années 1990. Le fer de lance des chercheurs consistait à répondre aux besoins des personnes sans abri. Grâce aux recherches effectuées, il a été possible de gagner la confiance de ces personnes, leur donner ou les aider à obtenir un traitement et un suivi en santé mentale, une rente d'invalidité ou un emploi ou même un logement. Cependant, certaines personnes ayant fait l'objet d'une aide au logement restaient isolées, se sont perçues comme étant hors de propos et ont regretté le sens de l'autonomie dans la survie qu'elles avaient lorsqu'elles étaient sans abri. Le travail d'approche (outreach) pouvait s'avérer bénéfique, mais il ne pouvait pas inculquer à ces personnes le sens d'un bon voisinage, les aider à devenir des membres de la communauté ou les transformer en citoyen à part entière. Bref, ce travail d'approche ne pouvait leur donner la « citoyenneté ».

La notion de citoyenneté a beaucoup évolué depuis les deux dernières décennies. Le projet visant à sa « réalisation » et non pas à sa « réification » est encore en élaboration. En fait, le fondement de ce projet est solide : il conviendra maintenant de faire évoluer cette notion en passant du « test » à la pratique pour et par les personnes ayant été privées de leur citoyenneté.

Détails du livre numérique :

Oxford University Press

Marque éditoriale :

[Oxford University Press](https://www.oup.com/)

ISBN : 9780199355402

Langue : Anglais

Options de téléchargement : EPUB 3 (Adobe DRM)

Détails du livre édité :

Rowe, Michael, Citizenship and Mental Health, Oxford University Press, New York, 2015, 247 pages.

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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 3 : *Juin 2016*

1. **Présentation scientifique** : Au carrefour du corps et de l'esprit-
Comprendre et traiter la comorbidité
2. **Couverture d'évènement** : Le PIRAP au symposium de l'International
Recovery and Citizenship 2016
3. **Journée d'échange** : Mouvement international citoyenneté et santé
mentale
4. **Couverture d'évènement** : Journées annuelles de santé mentale
(JASM)

1-PRÉSENTATION SCIENTIFIQUE

Au carrefour du corps et de l'esprit-Comprendre et traiter la comorbidité

Mot de bienvenue; Présentation du centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont; Difficultés de sommeil en contexte de comorbidité médicale : sous-diagnostiquées et sous-traitées; Conditionnement de peur

Cette Journée débuta par un mot de bienvenue de Stéphane Guay, directeur scientifique du Centre de recherche de l'IUSMM et directeur adjoint de la Direction de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, directeur, Centre d'études sur le trauma et professeur agrégé, École de criminologie, Université de Montréal. Il céda la parole à la première conférencière, Nathalie Labrecque, qui nous fit la : Présentation du centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Nathalie Labrecque est chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Directrice de l'Axe Immunologie-Thérapie cellulaire. Ce centre, dont 401 chercheurs et cliniciens y travaillent, s'est vu doté d'un Centre d'excellence en thérapie cellulaire. Ils sont répartis en quatre axes soit : 1. Axe Immuno-Oncologie, 2. Axe Néphrologie; 3. Axe santé de la vision et 4. Axe Recherche clinique.

La deuxième conférence porta sur le thème : Difficultés de sommeil en contexte de comorbidité médicale : sous-diagnostiquées et sous-traitées, de Josée Savard, professeure titulaire, Département de psychologie de l'Université Laval, chercheuse au Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval. Josée Savard aborda les difficultés de sommeil, exemple, ceux reliées aux réveils survenant trop tôt le matin; les critères d'un trouble d'insomnie; et la prévalence de ce problème chez les personnes atteintes d'un cancer, de victimes d'un traumatisme crâniocérébral et autres maladies. Ensuite, la chercheuse, Marie-France Marin, au Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital (Harvard Medical School), présente ses travaux sur le : Conditionnement de peur. L'objet de son étude est d'examiner l'apprentissage de peur par observation chez les enfants dont les parents ont un historique de trauma, sachant que ces enfants ont un risque accru de développer un trauma et un trouble de santé mentale.

Retour et de la réinsertion au travail de personnes avec un trouble mental courant (TMC) et un trouble mental grave (TMG); Recours de la réalité virtuelle en psychiatrie; Résultats de la Banque signature; Santé mentale et santé physique en 1e ligne : contribution des patients auxiliaires pour faire ressortir la transversalité.

Puis ce fut au tour de Marc Corbière, Professeur titulaire, département de Counseling de carrière (UQAM) et chercheur au Centre de recherche de l'IUSMM de discuter de : Retour et réinsertion au travail de personnes avec un trouble mental courant (TMC) et un trouble mental grave (TMG). Les objectifs principaux de ses travaux sont d'évaluer, entre autre, les facteurs prédicteurs du maintien en emploi de salariés aux prises avec un TMG qui travaillent dans des entreprises sociales (Québec, Ontario). Plus tard, Alexandre Dumais (département de psychiatrie de l'Université de Montréal), psychiatre et chercheur au Centre de recherche de l'IUSMM, traite du recours de la : Réalité virtuelle en psychiatrie. En résumé, il explique que les avantages de ce genre de traitement sont multiples, entre autres : meilleure compréhension par le thérapeute de ce que l'utilisateur se représente. Par ailleurs, le Dr Dumais a abordé les diverses applications de ce procédé dans le traitement d'autres troubles mentaux : les phobies et autres troubles anxieux; l'état de stress post-traumatique; le trouble obsessionnel compulsif et plusieurs autres.

Finalement, la dernière conférence avant l'heure du dîner fut celle des : Résultats de la Banque signature, présentés par Nathe François, coordonnatrice et Charles-Edouard Giguère, statisticien. Sept projets de recherche sont menés à ce jour et feront pour la plupart d'entre eux l'objet de publications scientifiques ou de demandes de subventions auprès d'organismes. Rappelons que durant l'heure du dîner, plusieurs affiches nous ont été présentées, par des étudiants et des partenaires de recherches; à la fin de la journée, des gagnants se sont vus octroyer des prix selon les choix du public.

Après que tout le monde eut repris sa place, une fois restauré, Jean-François Pelletier, Professeur sous octroi au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, et chercheur au Centre de recherche de l'IUSMM en 1e ligne lança cette nouvelle ronde de conférence en nous présentant la : Contribution des patients auxiliaires pour faire ressortir la transversalité. Les objectifs de son projet de recherche étant multiples, en voici un : développer un script de formation médicale continue accrédité pour sensibiliser les omnipraticiens à l'écran diagnostic.

Santé physique et schizophrénie; Crimes sexuels : questions théoriques et empiriques; Syndrome de Gilles de la Tourette et troubles associés;

Ensuite, un autre chercheur, Stéphane Potvin, Professeur agrégé au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, titulaire de la Chaire Eli Lilly Canada de recherche en schizophrénie et chercheur au Centre de recherche de l'IUSMM nous fit part de la : Santé physique et schizophrénie, où il aborda, entre autres choses, l'importance de la santé physique chez des personnes vivant avec la schizophrénie, sachant que leur espérance de vie est réduite de 15 à 20 ans (tabagisme, syndrome métabolique). La prochaine conférence fut celle des : Crimes sexuels : questions théoriques et empiriques, par Jean Proulx, professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal et chercheur au Centre de recherche de l'IUSMM qui aborde les questions théoriques et empiriques dans le crime sexuel. Il décrit la personnalité des meurtriers sexuels et leur parcours.

Puis ce fut une étudiante en 3ème cycle au département de psychologie de l'UQAM (superviseure : Dr Julie Leclerc), Gabrielle Nolin, de discuter du Syndrome de Gilles de la Tourette et troubles associés. L'objectif de son projet est d'évaluer si sa qualité de vie d'enfants présentant un SGT est fonction de la présence de troubles associés.

Et enfin, la toute dernière à venir discourir sur son projet de recherche est Bianca D'Antono, professeure agrégée au département de psychologie de l'Université de Montréal et directrice de l'unité de recherche en médecine comportementale et complémentaire à l'Institut de Cardiologie de Montréal. Ses travaux de recherche portent sur : l'Évaluation des déterminants et conséquences psychologiques et psychophysiologiques de la maladie cardiovasculaire et autres troubles connexes, ainsi qu'à l'application de ces connaissances à la prévention ou au traitement de la maladie.

Ces projets assurent la continuité de la nouvelle approche en psychiatrie citoyenne mettant en évidence les liens étroits entre santé mentale et santé physique, ainsi que leurs relations avec le principe de « citoyenneté ». À ce titre, la Journée annuelle de la recherche fut un franc succès.

Pour en savoir plus, voici les coordonnées des panelistes ainsi que de nombreux sites web informatifs :

Conférence : www.iusmm.ca/institut/evenements/jar-2016.html

Stephane Guay : <https://www.iusmm.ca/stephaneguay.html>

Nathalie Labrecque : recherchesantementale.qc.ca/journee-annuelle-de-la-recherche-2016...

Josée Savard : www.crchudequebec.ulaval.ca/nouvelles/451

Marie-France Marin : https://www.researchgate.net/profile/Marie_France_Marin

Marc Corbière : www.iusmm.ca/recherche/chercheurs/corbiere-marc.html

Alexandre Dumais : www.iusmm.ca/recherche/repertoire-des-chercheurs/alexandre-dumais

Jean-François Pelletier : www.iusmm.ca/jeanfrancoispelletier.html, <http://pirap.org/bulletins-2/volume-4-2015-2016/no-5-aout-2015/#ancree4>

Stéphane Potvin : www.iusmm.ca/stephanepotvin.html

Jean Proulx : www.iusmm.ca/jeanproulx.html

Gabrielle Nolin : recherchesantementale.qc.ca/journee-annuelle-de-la-recherche-2016

Bianca D'Antono : <https://www.icm-mhi.org/.../repertoire-employes/798-bianca-dantono>

Nathe François : www.iusmm.ca/institut/evenements/programme-jar.html

Charles-Édouard Giguère : www.iusmm.ca/evenements/conference/signature/2015/5-fev-signature

2-COUVERTURE D'ÉVÈNEMENT

Le PIRAP au symposium de l'International Recovery and Citizenship 2016

Le mur des célébrités

Le 10 au 12 mai dernier, des délégués du PIRAP, dans le cadre des conférences jumelles Québec-Connecticut, ont participé au symposium de l'International Recovery and Citizenship Conference ayant pour thème la «Reconnaissance : Exploration de l'égalité, de la justice et des soins de santé ».



De gauche à droite : Annie Bossé paire-aidante au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Julie Bordeleau codirectrice du PIRAP, Jean-François Pelletier directeur du PIRAP ainsi que Matthew Peters stagiaire au CHUM devant le «Wall of fame» (mur des célébrités) du Yale Program for Recovery and Community Health.

Ce mur affiche des photos de divers collaborateurs internationaux qui ont participé au citizen project de l'Université Yale. L'équipe du PIRAP s'y retrouve bien représentée sur ce mur qui montre diverses photos souvenirs des différentes activités auxquelles elle a participé dans le cadre de ce partenariat.

Une mascotte pas comme les autres !



De gauche à droite : Matthew Peters, Annie Bossé, docteur Larry Davidson, professeur de psychiatrie à l'Université Yale et directeur du Yale program for recovery and community health, ainsi que Julie Bordeleau.

Le docteur Larry Davidson a livré un mot de bienvenue au début du symposium. Le programme du docteur Larry Davidson qui vise le rétablissement civique possède une mascotte unique en son genre : un cochon ailé ! Pourquoi avoir pareille mascotte ? Car, il y a plusieurs années les gens voyaient le rétablissement civique comme quelque chose d'impossible à réaliser. Ils disaient donc que ça n'arrivera seulement quand les cochons voleront (when pigs fly), soit l'expression anglaise équivalente de « quand les poules auront des dents » en français. L'équipe du Docteur Davidson les a donc pris au mot. Depuis, beaucoup de chemin a été parcouru et plus rien n'est impossible pour ceux qui souhaite se rétablir.

Le panel et les ateliers du symposium



Le Dr Michael Rowe, sociologue et auteur du livre *Citoyenneté et santé mentale*, présentant les panélistes participant au symposium dont Jean-François Pelletier faisait partie.

Le panel portait sur la reconnaissance en termes de la défense des droits, des changements dans les systèmes de santé et du renforcement des communautés. Jean-François Pelletier pour sa part a parlé de la réforme du système de santé au Québec, du savoir expérientiel et de l'enseignement de la santé mentale en médecine.



Le Dr Miraj U. Desai chercheur à l'université Yale participant à l'un des quatre ateliers portant sur des solutions créatives aux problèmes de santé mentale.

Lors des deux premières journées, les panels étaient suivis d'activités de groupe de travail. La création de plusieurs petits groupes favorisait la discussion sur des solutions pour l'amélioration des soins de santé mentale.

À l'été 2015, le docteur Miraj U. Desai était venu observer le fonctionnement du PIRAP. Les délégués du PIRAP étaient donc ravis de le revoir dans le cadre de ce symposium et d'échanger avec lui. Ce symposium a été l'occasion de tisser des liens entre les participants provenant de partout dans le monde et de revoir d'anciennes connaissances. On a également pu partager diverses solutions concrètes reliées à la santé mentale.

3-JOURNÉE D'ÉCHANGE

Mouvement international citoyenneté et santé mentale



Introduction

Lors de la visioconférence, qui a eu lieu le 10 février 2016 à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), le Mouvement international citoyenneté et santé mentale (MISCM) et le Programme international de recherche action participative (PIRAP) ont échangés des propos sur leurs luttes respectives contre la stigmatisation en santé mentale. Leurs objectifs communs sont d'améliorer la réponse du système de santé aux besoins des personnes avec des problématiques de santé mentale qui veulent s'approprier leur citoyenneté à part entière.

D'abord, la réunion a débuté avec la présentation de l'équipe de la France qui était composée de : Dr. Milleret, Aurélie Bannier-Fondard, William Guicherd ainsi que d'étudiants finissants en psychiatrie. Au Québec, les membres du PIRAP et le directeur général Jean-François Pelletier étaient également présents. Les sujets qui ont été abordés par les Français ont été d'abord les activités qu'ils mettent en place pour lutter contre la stigmatisation de la santé mentale et aussi l'influence des médias à ce sujet. Ils ont également parlé d'une rencontre avec des responsables du programme Papageno pour contrer le suicide. On remarque aussi un intérêt pour le rôle des patients partenaires du Québec, pour le travail que les membres du PIRAP effectuent au quotidien.

De la part de l'équipe du PIRAP, les points qui ont été couverts sont : la réforme du système de santé au Québec, le nouveau module de premier cycle de psychiatrie clinique sur le rétablissement à l'Université de Montréal, ainsi que le phénomène de l'écran diagnostic.

Propos tenus par le MISCM

Le Dr. Milleret apprécie les échanges France-Québec et réaffirme son désir que cela se poursuive. Ensuite, les Français informent leurs collègues québécois de la situation actuelle dans leur pays. D'abord, ils mentionnent que l'implication des élus municipaux et des ministres ferait une grande différence pour favoriser la déstigmatisation en santé mentale. Finalement, ils saluent les initiatives québécoises qu'ils jugent être plus avant-gardistes.

Puis, ils s'informent sur les Journées annuelles de la santé mentale au Québec (JASM). Ils constatent que dans leur pays, des activités de sensibilisation au phénomène de la stigmatisation auprès de la population, de la presse et des médias sont encore difficiles à mettre en place. Ils mentionnent avoir tenu des ateliers intitulés « Mieux-être » dans de petites communes, qui ont rencontré un succès certain auprès d'un auditoire attentif.

Finalement, il y a eu une rencontre des responsables de l'application du programme national Papageno qui vise à améliorer la façon dont on traite du suicide dans les médias, soit avec moins de sensationnalisme. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a formulé onze recommandations afin de lutter contre l'effet Werther. Cet effet s'observe par une augmentation de suicides à chaque fois qu'un suicide est communiqué dans la presse. Ainsi, l'équipe de la France tente de mettre sur pied un partenariat entre les regroupements de personnes souffrant de troubles mentaux et des étudiants en

journalisme, histoire de les sensibiliser sur les enjeux entourant la santé mentale et aussi pour créer un contact.

Au tour du PIRAP

Du côté du Québec, on discute de l'abolition des agences régionales de santé qui ont eu lieu récemment. Plusieurs territoires des Centres de santé et des services sociaux (CSSS) ont été fusionnés pour donner naissance à de nouvelles entités qui se nomment : Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Le PIRAP est quant à lui situé sur le territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, rattaché à l'Université de Montréal. Jean-François Pelletier poursuit en mentionnant brièvement que ce changement permettra d'inclure la santé mentale à la santé globale, selon la définition de l'OMS. Puis, il explique que les chercheurs d'ici véhiculent de l'information pertinente, afin de ne pas renforcer les stéréotypes à l'égard des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Un peu plus tard, il parle de son désir de créer un nouveau module de premier cycle de psychiatrie clinique sur le rétablissement à l'Université de Montréal. Il est prévu que des patients partenaires soient impliqués en tant que formateurs dans ce module destiné aux étudiants dans le domaine de la santé ainsi qu'aux patients.

Par la suite, il discute du phénomène de l'écran diagnostic ayant un impact sur les soins de santé offerts, entre autres aux patients vivant avec un trouble mental grave pouvant expliquer en partie, que leur une espérance de vie se trouve réduite jusqu'à 20 ans. Cet écran est causé entre autres, par un problème de communication entre le patient et son médecin ainsi que les préjugés qu'il peut entretenir envers les personnes ayant un problème de santé mentale.

Après que les participants du PIRAP se soient informés du mode du fonctionnement des programmes de pré-employabilité en France, ils expriment leurs commentaires et leurs expériences sur leurs rôles de patients partenaires sur la question qui terminera la visioconférence : comment le fait de se retrouver au même niveau d'égalité que les professionnels peut-il leur être profitable?

Nous croyons que le PIRAP est un milieu de travail inclusif pour ces personnes qui s'insèrent en emploi à leur rythme, en leur permettant de côtoyer leurs collègues du domaine de la recherche. En ce sens, il contribue à diminuer la discrimination en favorisant les contacts, les échanges et les collaborations professionnelles.

Pour en savoir plus, visitez le site

<http://pleinecitoyennete.com/mouvement-international-citoyennete/>

4-COUVERTURE D'ÉVÉNEMENT

Journées annuelles de santé mentale (JASM) 2016

Déroulement de la journée du 2 mai 2016

Le Dr André Delorme, directeur à la Direction de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux est venu nous entretenir de la mise en œuvre du Plan d'action 2015-2020. Durant la matinée, nous avons pu assister à des conférences et activités, une sur la justice et la santé mentale, l'autre sur comment agir lors de l'apparition des premiers signes de psychose. Puis, en après-midi, plusieurs activités ont eu lieu. Par exemple : « Soutien aux membres de l'entourage : l'efficacité des partenariats entre le milieu communautaire et le réseau public » ou encore, celle qui nous intéresse principalement dans ce bulletin : « Mettre à profit le savoir expérientiel pour améliorer l'intégration de la santé mentale et de la santé physique en première ligne – À quand des pairs aidants en santé physique? » En voici donc le compte-rendu

Le Guide Interactif pour l'Entretien Médical : pour établir une meilleure communication entre patients et médecins par Jean-François Pelletier, professeur et chercheur.

Pour soulever la question de la santé mentale et de la santé physique en première ligne, il faut le concours des médecins de famille, des patients partenaires de recherche et d'enseignement et les membres de famille. C'est avec la collaboration de chacun de ces acteurs que le Guide Interactif pour l'Entretien médical (GIEM) a été créé. Il y a eu constat d'une mauvaise communication entre les usagers de services ou les patients aux prises avec une problématique de santé mentale et leurs médecins de familles. L'élaboration du guide a donc pour but de faciliter les rencontres entre les deux entités. Un des principaux problèmes de la première ligne est l'accessibilité aux soins. Par ailleurs, la littérature a démontré que chez les médecins de famille, il y a des préjugés et de la stigmatisation vis-à-vis de patients aux prises avec une problématique de santé mentale. Il y a donc un parti pris. Quand un patient se plaint d'une douleur, le médecin peut se questionner à savoir si la plainte est fondée ou s'il s'agit d'une condition sous-jacente à la maladie. C'est un problème de communication qui vient des deux côtés. Ainsi, le vocabulaire médical utilisé par le médecin peut être mal compris des patients. De plus, il semble qu'on donne moins d'informations à ceux atteints de schizophrénie, pensant à tort, que cela ne les intéresse pas; on remarque également un sentiment de méfiance de leur part, qui peut, lui aussi, occasionner ce fameux parti pris ou l'écran diagnostique.

De plus, ce guide est facile d'accès via Internet. C'est un document où trente-trois questions de santé physique sont posées. Les gens répondent par oui ou par non s'ils ont été diagnostiqués pour une maladie physique tels que le diabète, l'asthme, etc.; chacune des questions est accompagnée d'un court texte décrivant la maladie ainsi que de ses symptômes dans un langage vulgarisé afin d'en faciliter la compréhension. Lors de la rencontre avec le médecin, le patient arrive avec le guide pour entamer une discussion avec lui. Lors de formation donnée à des médecins, ces derniers ont manifesté un intérêt certain pour cette initiative.

Le Projet Baromètre présenté par Annie Bossé, pair aidante.

La présentation commence par le témoignage de la pair aidante Annie Bossé qui raconte son passage dans le système de la santé physique et mentale. Puis, elle présente le Projet Baromètre en s'aidant d'un court vidéo sur le sujet. C'est un outil collaboratif qui met en lumière les forces et les progrès de la personne dans sa communauté. C'est un site Web qui documente et affiche un portrait visuel de l'ensemble des sphères de vie des usagers. Dans la page d'accueil, trois onglets principaux structurent ce logiciel Web: la qualité de vie, le réseau social et le plan d'action. Le graphique d'accueil présente cinq sphères de vie influençant la qualité de vie: les besoins essentiels, la santé, l'estime de soi, la vie sociale et le projet de vie. Ces graphiques radar ou en toile d'araignée représentent les résultats de questionnaires interactifs.

Le Projet Baromètre accorde un rôle actif à la personne utilisatrice de services qui est partenaire de l'intervention. En effet, elle est invitée à compléter un questionnaire interactif et visuel. Chaque question prend la forme d'une échelle gradée de 0 à 10. Elle peut le compléter seule mais également, accompagnée d'un intervenant. De plus, l'utilisatrice de cet outil est invitée à identifier les thèmes qui sont les plus significatifs pour elle. Le Projet Baromètre permet aussi à l'utilisateur d'être actif dans l'élaboration et le suivi de son plan d'action personnel. Pour chacun des objectifs, des actions concrètes et leurs échéanciers à accomplir peuvent être ajoutés, de même que des collaborateurs qui sont membres ou non du réseau social de la personne.

Finalement, le degré d'accomplissement des objectifs est mise à jour à l'aide d'une échelle de gradation. Quatre champs composent le schéma qui cartographie le réseau: la famille, la vie sociale, les relations avec les professionnels et le travail ou l'école. Pour les intervenants qui accompagnent la personne, le Projet Baromètre facilite une compréhension globale de la réalité vécue par cette dernière, guide leur réflexion et aiguille ainsi l'amélioration continue de leur pratique. De plus, il facilite le partage d'informations et le travail d'équipe entre les différents intervenants et la personne utilisatrice de services. Bref, le Projet Baromètre se veut un outil personnalisé au service du rétablissement et de la mise en œuvre d'une approche collaborative centré sur les forces du patient.

Les journées annuelles de santé mentale sont toujours intéressantes à suivre car elles permettent de faire le point sur divers sujets touchant la maladie mentale; elles servent à entendre les décideurs et divers autres organismes mais également, les usagers de services.

Pour en savoir plus, visitez ces sites :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/evenements;>

<https://www.projetbarometre.com/retab/login.aspx?ref=>

<http://pirap.org/bulletins-2/volume-4-2015-2016/no-8-novembre-2015/#ancre2>



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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 4 : *Juillet 2016*

- 1. Couverture d'évènement :** Le rétablissement
- 2. Couverture d'évènement :** Le rétablissement personnel
- 3. Couverture d'évènement :** Quand les pairs-aidants font la paire!

1-COUVERTURE D'ÉVÈNEMENT

Le rétablissement

Objectifs de la presentation

Les objectifs de cette présentation sont d'abord :

de permettre de mieux cerner et d'approfondir notre compréhension des concepts associés au rétablissement, que ce soit au niveau personnel, en contexte d'intervention ou dans les pratiques et services de santé mentale;

de débiter une réflexion sur les types d'accompagnements, des interventions et des pratiques qui favorisent ou pas le rétablissement des personnes;

de réfléchir aux conditions favorables aux principes du rétablissement à travers nos organisations et des services de santé.

Le projet du CÉRRIS-CNESM veut rejoindre le savoir expérientiel, celui des intervenants des équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de soutien d'intensité variable (SIV) et de l'individu, et le savoir théorique (ce que l'on essaie de transmettre aux gens) donnant ainsi le savoir intégré. Les trois piliers du savoir sont ceux-ci: le savoir en tant que pouvoir personnel qui permet de prendre des décisions éclairées ; le savoir-être qui permet de risquer d'être touché et d'avoir des relations interpersonnelles chaleureuses; le savoir-faire qui produit l'action (qui se vit au quotidien) indispensable à la réalisation de nos rêves.

Au tout début de la présentation, on nous présente un témoignage touchant du savoir expérientiel personnel de Marie Gagné sur son rétablissement –. Par la suite, nous avons droit à la lecture par Catherine Briand, d'une définition du rétablissement, établit par Bernard Sauvé de la revue *Le Partenaire* qui se résume ainsi: « Que cela touche la réappropriation du pouvoir d'agir, la victoire sur des peurs, la communication avec les autres, le partage non seulement de ses expériences de souffrances, mais aussi de ses goûts, de ses intérêts, de ses curiosités, le renouement avec l'estime de soi, la confiance en soi ou la détermination de poursuivre son cheminement de vie en continuité avec ses objectifs réels et réalistes, ces rendez-vous sont des balises essentielles pour mener vers le port le plus approprié ces imaginatifs voyageurs de la difficile conquête d'être ». Pour ce qui est du savoir théorique du rétablissement personnel, on peut le définir de diverses façons n'excluant pas les significations suivantes: la reprise du pouvoir d'agir et de reprendre sa place dans la communauté; l'affirmation de son existence et de son identité personnelle au-delà de la maladie; le fait de redonner un sens à la vie, la rendre intéressante et satisfaisante en présence ou non des symptômes et de problèmes.

Le modèle CHIME

La littérature scientifique a grandement défini le rétablissement depuis les cinq à dix dernières années. Des chercheurs (Slade & al., 2012) ont créé le modèle CHIME, chacune de cinq lettres correspondent à l'une des dimensions importantes du rétablissement : C, (Connectedness) connexion aux autres et au sein de la communauté ; H (Hope), espoir ; I (Identity) identité personnelle, M (Meaning), signification et sens à la vie ; E (Empowerment) sentiment de contrôle et pouvoir d'agir. Chacune de ces cinq dimensions nous proposent des pistes de réflexion pour trouver des stratégies/solutions et s'engager vers le chemin du rétablissement.

Les grands principes du rétablissement et les cinq étapes du processus du rétablissement

Il faut soutenir la personne dans le développement de son côté sain soit la part de cette personne basée sur le réconfort, sur ce qui lui fait du bien. Le rétablissement est avant tout un processus centré sur les forces et les ressources de la personne et non sur ses limitations et ses symptômes. On doit : optimiser la santé mentale et globale ; soutenir le bien-être; améliorer les conditions de vie; soutenir la participation sociale; viser la pleine citoyenneté et la croissance personnelle ; cibler à la fois la personne ainsi que son environnement. Par ailleurs, la stigmatisation et le manque d'opportunités ont souvent plus d'impacts que la maladie elle-même.

Pour chacune des cinq étapes du processus du rétablissement, il y a une stratégie d'intervention appropriée. Les approches axées sur les forces comportent des outils qui permettent de se questionner sur le neuf sphères de la vie. Elles se résument à l'impact du trouble mental accompagné du choc, du déni d'une durée indéfinie. La vie est limitée avec le renoncement et le désespoir. Ensuite, le changement est possible, en remettant en question l'espoir et la révision; l'engagement à changer; la volonté d'agir et le courage; les actions pour changer; la responsabilisation et le pouvoir d'agir.



En résumé : En ce qui a trait à l'offre de services, une réflexion et des outils sont nécessaires pour mettre en place des pratiques axées sur le rétablissement. D'ailleurs, le nouveau Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du MSSS du Québec met en place plusieurs mesures concrètes allant dans le sens des pratiques axées vers le rétablissement des personnes. Les pratiques axées sur le rétablissement doivent mettre l'accent sur le pouvoir d'agir de la personne, l'importance de faire ses propres choix; l'autogestion de ses propres difficultés. Elles doivent aussi mettre en lien la personne avec d'autres personnes en rétablissement pour établir un premier contact, par exemple, un pair aidant; mettre l'emphase sur les forces et les ressources existantes; prioriser l'amélioration des conditions de vie; lutter explicitement contre la stigmatisation, l'exclusion sociale et l'auto stigmatisation; et finalement mettre l'accent sur les qualités personnelles des intervenants.

La conférencière était très charmante, très humble et terre à terre dans le partage de son parcours avec la maladie tout autant que les sujets abordés soit, le rétablissement et la place que cela occupe de plus en plus dans les différents sphères (politique, personnel, médical) et dans l'atteinte de la pleine citoyenneté d'un individu en particulier.

Pour toutes les informations, consultez le site Web suivant

www.cerrisweb.com;

Témoignage intégral disponible sur le site du CERRIS :

<http://www.iusmm.ca/le-cerris/meilleures-pratiques/retablissement.html>;

Nouveau Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du MSSS du Québec

(<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>)

2-COUVERTURE D'ÉVÉNEMENT

Le rétablissement personnel

Les enjeux du rétablissement selon Benoit Saint-Pierre et Mélanie Tremblay

Benoit Saint-Pierre, pair aidant, suivi intensif itinérance (SII), CHUM. Il croit qu'il faut éduquer les usagers, les intervenants et les proches sur le rétablissement. Il mentionne un processus en cinq étapes, où chacune comprend un risque, et de l'importance de persévérer même après un, deux ou trois échecs. Il note aussi qu'il est important d'établir un plan de crise avec les proches en cas de rechute. Il ajoute également que les intervenants ont besoin de formation car plusieurs d'entre eux ont peur de la maladie mentale. Il termine en disant que les déterminants sociaux sont souvent plus nocifs que les symptômes de la maladie mentale.



Mélanie Tremblay, représentante de l'entourage, directrice de l'association OASIS Santé mentale Granby et régions et vice-présidente de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM). Madame Tremblay note que les familles sont souvent mises de côté, à la demande de l'utilisateur en début de traitement et croit qu'il est nécessaire de lui redemander si cette



situation peut être remise en question. Elle trouve paradoxal qu'on refuse aux proches d'être impliqués dans la problématique à cause de la loi sur la confidentialité dès qu'un usager entre dans le réseau, mais qu'on leur demande d'offrir soutien, d'être à l'affût et même parfois de prendre en charge leur proche à sa sortie de l'hôpital. Selon elle, la famille et les amis sont une source d'informations et peuvent avoir un rôle actif dans le rétablissement. Elle croit favorable qu'une toile se tisse entre les usagers, les proches et les intervenants. Elle ajoute que les proches doivent être référés vers les associations de parents et amis avant qu'il y ait plusieurs crises, pour contrer la détérioration des contacts et favoriser le rétablissement.

Les enjeux du rétablissement selon Marie-Andrée Veilleux et Mario Jarquin

Marie-Andrée Veilleux, chef d'équipe SIM et coordonnatrice de la clinique SIV, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Elle croit que le rétablissement passe par la prise de pouvoir de l'utilisateur. Il doit prendre des risques pour évoluer dans un projet de vie, sans sentir qu'on le laisse tomber; c'est se responsabiliser. Elle admet que le risque inhérent à la prise de pouvoir peut freiner les intervenants à la responsabilisation. Elle mentionne également qu'il faut chercher des activités qui rejoignent l'utilisateur, comme les sports, les études, la culture, le jardinage, etc

Mario Jarquin, directeur du programme de santé mentale et Dépendance, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Il pense qu'il faut sensibiliser les intervenants médicaux à une culture de guérison. Il déplore que les médecins et psychiatres aient une vision à moyen terme du rétablissement. Il souhaite que les intervenants soient mieux formés et déplore le roulement de personnel qui défavorise la stabilité des suivis. Il ajoute qu'en plus des proches et des intervenants, il faut impliquer les policiers dans le

processus de rétablissement. Monsieur Chouinard note au passage que cette influence ne doit pas être coercitive, mais doit plutôt être axée sur le rétablissement.



Les enjeux selon Chad Chouinard

Chad Chouinard, représentant des utilisateurs de services, membre de Reprendre Pouvoir. D'après lui, la maladie est une situation multifactorielle qui comprend le bio, le psychosocial, l'environnemental, le culturel et même le spirituel. Une intervenante de l'équipe PACT de l'IUSMM de l'époque (2010) soit une infirmière à domicile lui ayant donné de l'espoir et redonné confiance en lui, Chad prévient qu'il faut faire attention aux soins normalisant, car la question à poser est : qu'est-ce qu'être normal ? Il prône un retour à la santé globale, évoque que l'implication des proches peut limiter la stigmatisation entourant la maladie, laquelle fait partie du problème. Selon lui, le soutien et la stabilité de l'entourage peut être un levier vers le rétablissement.



En tant qu'usagère récemment initiée au concept de rétablissement, il m'est apparu sensé d'entendre parler de l'implication de l'usager, des proches et du personnel soignant dans le processus du rétablissement. J'adhère à l'idée qu'une stabilité de base est plus que souhaitable, mais l'idée de devoir prendre des risques afin d'améliorer ses conditions de vie m'a poussé à la réflexion à savoir si ma recherche de stabilité ne m'aurait pas empêchée à plusieurs reprises d'oser réaliser mes rêves.

3-COUVERTURE D'ÉVÉNEMENT

Quand les pairs-aidants font la paire!

Être pair aidant selon Benoit St-Pierre et Colombe St-Louis

Benoit Saint-Pierre est pair aidant certifié depuis 2009, pair aidant au sein de l'équipe de l'IUSMM depuis deux semaines et coordonnateur du Conseil des pairs. Il nous explique que la plupart de ses collègues ont une certification qui leur permettent de travailler dans le réseau public, mais qu'il en existe quelques-uns qui travaillent dans le communautaire. Pour être pair aidant, il faut obligatoirement avoir un problème de santé mentale et être stable depuis 2 ans, préférablement. Selon lui, la gravité de la maladie n'est pas un critère d'embauche. Il témoigne qu'ils sont rémunérés convenablement selon les critères du marché et sont membres à part entière des équipes soignantes. Pour être pair aidant il faut suivre une formation à Québec, qui est inspirée d'une formation offerte en Géorgie. La base de leur formation comprend la connaissance des composantes de la santé mentale.



Colombe St-Louis est paire aidante à l'IUSMM depuis huit ans. Elle fait partie de l'équipe mobile SIC (Soutien et intervention clinique) dont le mandat est de soutenir le réseau d'hébergement en santé mentale. Elle offre sept services aux centres d'hébergement dont des suivis individuels, des cafés causeries, des ateliers de croissance, des capsules d'information pour les intervenants et stagiaires, du soutien ponctuel aux usagers ou leurs proches, des témoignages-conférences et de la formation. Son métier est de redonner espoir aux personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale, soutenir et responsabiliser l'utilisateur, apporter son expertise dans l'équipe, aider les personnes à développer des stratégies pour consolider leur démarche personnelle vers le rétablissement et utiliser judicieusement l'auto-divulgence de son cheminement.



Être pair aidant selon Simon Longpré et Annie Bossé

Simon Longpré, quant à lui, travaille à la Société québécoise de la schizophrénie (SQS) depuis 5 ans et à l'IUSMM depuis un an. Au sein de la SQS, il offre des suivis individuels aux usagers ou aux proches. Il anime également des cafés causeries, des ateliers d'écriture, des activités billard, une activité cinéma. Il offre aussi des activités à l'interne au IUSMM pour les usagers : cafés causerie, marches autour de l'hôpital, atelier de collage. Il fait des suivis au téléphone pour les gens qui habitent en dehors de Montréal. Il fait également des témoignages auprès d'étudiants. Il estime être surtout un motivateur et un accompagnateur pour ceux qui cherchent à entreprendre un processus de rétablissement.

Annie Bossé est éducatrice spécialisée et paire aidante certifiée depuis 2009. Elle travaille au CHUM depuis maintenant deux ans et se définit comme une intervenante de transition. Elle utilise son vécu pour stimuler et susciter l'espoir chez les gens. Elle a contribué à la création d'une vidéo sur le rétablissement qu'elle présente à l'occasion. Elle fait également des rencontres de groupes et des suivis individuels. Elle s'est inspirée de son rétablissement pour mettre sur pied le Projet Baromètre, qui sous forme de questionnaire, permet à l'usager de se questionner sur plusieurs aspects de sa qualité de vie (santé, économie, estime de soi, vie sociale, etc.). Les résultats qui en découlent sont utilisés par lui afin d'améliorer les aspects de sa vie qui laissent à désirer. Cet outil est si efficace qu'une formation sera offerte en France pour que les intervenants puissent aussi l'utiliser. Ce projet vise à mieux entendre les utilisateurs, connaître leurs expériences et savoir comment mieux les accompagner. Madame Bossé monte également des groupes afin de les aider à trouver le chemin vers le rétablissement, de discuter de la stigmatisation, à les aider à se redéfinir et établir un projet de vie.

Être pair aidant selon René-Marc Ferland

René-Marc Ferland œuvre au sein de l'équipe PACT. Le sigle du PACT est comme une marguerite où les pétales sont les intervenants (éducateur spécialisé, pair aidant, infirmière, ergothérapeute, etc.) et au centre se situe l'utilisateur de service. Les personnes suivies arrivent au sein du PACT au début de leurs suivis. René-Marc amène à l'équipe son expertise sur les filets de sécurité. Les qualités recherchées pour être pair-aidant au sein du PACT sont une croyance envers le rétablissement, une capacité de démontrer du respect et de l'empathie envers la personne suivie, de communiquer l'espoir, de travailler en équipe, de démontrer de la souplesse, de la résilience et de l'autonomie, d'être optimiste, confiant et habile dans la prise de décision. Il faut



également être confortable dans un travail moins structuré et être créatif. Son but est la création d'un lien avec l'utilisateur, et ce, d'égal à égal.

Le métier de pair aidant me semble fascinant et inspirant. Porteurs d'espoir, ils utilisent leur savoir expérientiel afin d'aider et d'encourager ceux qui sont aux prises avec la maladie et par le fait même, ils participent activement à leur propre rétablissement. Je souhaite qu'il y ait davantage de pairs aidants dans le système de santé.

Pour en savoir plus visitez
www.schizophrenie.qc.ca/
<https://www.projetbarometre.com/>

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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 5 : Août 2016

- 1. Plan d'action en santé mentale 2015-2020 :** Enjeux et opportunités du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020
- 2. Conférence:** Le stress qui est-il ?
- 3. Conférence:** Ayoye! Douleur et santé mentale

1-PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2015-2020

Enjeux et opportunités du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020

Mise en contexte

Tout d'abord, il convient de mettre en contexte le rôle du RRASMQ, lequel se définit de la façon suivante : « Les orientations gouvernementales ont une influence directe sur les services eux-mêmes (leur organisation, leur fonctionnement, leur qualité, etc.). Et quand ces orientations viennent légitimer et renforcer une approche dominante, par exemple, l'approche bio-psychiatrique dans un domaine aussi controversé que celui de la santé mentale, cela a d'énormes répercussions sur la vie des personnes concernées. C'est le rôle du RRASMQ de se préoccuper de cette situation. » (ÉRASME, juin 2008, Le rapport des ressources alternatives en santé mentale aux CSSS)

Un bref rappel des positions politiques du RRASMQ

En novembre 2010, le RRASMQ concluait son bilan du PASM 2005-2010 « La force des liens » en affirmant qu'il n'avait pas atteint pleinement ses objectifs. En 2012, le RRASMQ réaffirmait que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) n'avait pas pris tous les moyens pour véritablement consolider la force des liens nécessaires à une amélioration significative de l'accessibilité et de la qualité des services offerts aux personnes vivant avec une problématique en santé mentale. Suite au dépôt du Rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) à l'automne 2012, ainsi qu'au moment des consultations sur le nouveau plan d'action en santé mentale en février 2015, le RRASMQ s'était prononcé en faveur d'un plan d'action interministériel afin de mieux arrimer l'ensemble des responsabilités et des mesures à mettre en œuvre. Un tel plan d'action répondrait aux orientations exprimées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En outre, le RRASMQ souhaitait que le nouveau plan d'action s'appuie sur une perspective globale permettant d'agir sur les déterminants socioéconomiques et environnementaux de la santé mentale (pauvreté, logement, travail, éducation, etc.).



Toutefois, au moment de son annonce en octobre dernier, plusieurs acteurs communautaires et institutionnels en santé mentale ont émis de sérieuses réserves sur les orientations et les mesures avancées. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le peu d'enthousiasme des personnes et organisations concernées : par exemple, l'absence d'engagement pour rendre accessible des services de psychothérapie gratuits ou l'imposition de mesures d'austérité appliquées dans plusieurs programmes gouvernementaux (PAAS-Action, aide à l'emploi, soutien aux élèves en difficulté, Accès-logis, aide sociale...) qui affectent directement les conditions de vie des personnes vivant une problématique en santé mentale.

Une vision minimaliste et individualiste des déterminants sociaux... qui repose essentiellement sur la mobilisation collective

La section du PASM qui traite des conditions permettant le plein exercice de la citoyenneté Comment toutes ces théories du plan d'action en santé mentale vont se traduire concrètement dans les faits ? Telle est la question que nous nous posons. On peut douter que les objectifs proposés soient réalisés durant ce mandat tant qu'il ne deviendra pas force de loi. Mais cela reste un document de travail et donc, il y a place à l'amélioration.

La section du PASM qui traite des conditions permettant le plein exercice de la citoyenneté commence par l'affirmation suivante : « Plusieurs caractéristiques individuelles (compétences personnelles et sociales, habitudes de vie et comportements, caractéristiques socioéconomiques), ainsi que le milieu de vie (milieu familial, milieu de garde et scolaire, milieu de travail, milieu résidentiel et d'hébergement, communauté locale et voisinage), exercent une influence sur l'état de santé d'un individu et d'une population. C'est par l'interaction de plusieurs mesures qu'il est possible d'influencer certains de ces facteurs et ainsi soutenir la personne dans l'amélioration de son état de santé, de son bien-être et de sa qualité de vie ».

Cependant, les mesures proposées dans ce plan concernent uniquement le logement, le soutien aux études, l'accès et le soutien à l'emploi. La lutte à la pauvreté et aux inégalités de revenu, l'accessibilité accrue au transport collectif, le soutien à la participation sociale, l'amélioration des conditions de travail, l'insécurité alimentaire, la discrimination fondée, par exemple, sur le statut d'autochtone, un handicap, le sexe ou la race... sont totalement absentes des mesures proposées. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît pourtant que la santé physique et mentale des individus est largement tributaire des conditions dans lesquels ils naissent, grandissent, vivent et vieillissent, ainsi que des systèmes de soins qui sont mis à leur disposition. Il s'agit là d'une vision beaucoup plus large de l'importance des déterminants sociaux que celle portée par le PASM.

De plus, l'atteinte des résultats souhaités dépend en grande partie d'une « mobilisation collective maintenue dans le temps et d'une concertation des différents partenaires des secteurs publics, privés et communautaires ». Le MSSS s'en remet donc aux autres ministères et organismes gouvernementaux, ainsi qu'aux organismes communautaires pour réaliser les objectifs de son plan d'action.

Pour en savoir plus visitez

http://www.rrasmq.com/evenements/RN_2016/RN_2016.xhtml

2-CONFÉRENCE

Le stress qui est-il ?

L'effet du stress sur le physique selon Sonia Lupien

Sonia Lupien, directrice du Centre d'études sur le stress humain, étudie le stress et ses effets depuis plus de 20 ans. Elle nous explique dans cette conférence que le stress est une réponse biologique dont l'origine provient du cerveau. Celui-ci détecte une menace dans l'environnement, ce qui active un axe endocrinien appelé l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien (HPS) et mène à la production des hormones de stress par les glandes surrénales. Il y a alors deux choix possibles face à cette menace : c'est soit que l'on fuit ou qu'on combatte.

La plupart du temps, l'on ne se rend pas nécessairement compte qu'on subit du stress. Mais lorsque cela arrive, les principaux signes physiques qui le dévoilent sont : les pupilles qui se dilatent pour avoir une meilleure vision; les poils qui se dressent; le rythme cardiaque qui s'accroît afin d'irriguer les muscles; la respiration qui s'accélère; les glandes sudoripares qui s'ouvrent; les muscles qui se tendent; le mal de ventre qui se manifeste; la digestion qui est au ralenti, car l'énergie se retrouve dans nos muscles. Tous ces signes nous indiquent que le corps est alors prêt à se défendre.



Les deux formes de stress et ses signes particuliers

Le stress absolu : c'est une menace réelle comme par exemple un incendie. Même si on vit maintenant dans un pays riche et sécuritaire, le stress est pourtant la deuxième cause la plus importante de maladie à travers le monde.

Le stress relatif : l'individu a l'impression d'une perte de contrôle sur sa vie, de faire face à de l'imprévisibilité, à de la nouveauté et de sentir son égo menacé (CINÉ pour 'Contrôle faible', 'Imprévisibilité', 'Nouveauté' et 'Égo menacé'). Le fait de ruminer également a un effet sur les hormones de stress. Ainsi, ce type de stress découlant de notre façon de penser, remonte à la préhistoire; c'est que notre cerveau ne s'est pas encore adapté au contexte de la vie de l'an 2016. Ce stress peut-être positif si on en a un peu et il peut nous servir à relever des défis ou encore, il est un vecteur de motivation. Le premier signe du stress à survenir est le trouble du sommeil et le deuxième provoque une colère spontanée qui nous rend hypersensible aux autres stressés. Cela peut aussi être, à l'occasion, des troubles de mémoire.

Comment négocier notre stress

Premièrement, suivez votre instinct ! Passez à l'action comme par exemple faire du vélo, marcher etc. Faites selon ce qui vous motive. Deuxièmement, prendre son stress et le déconstruire : savoir pourquoi on vit du stress (est-ce nouveau, imprévisible? etc.) et passer à l'action pour diminuer la source de ce stress. Par la suite, on reconstruit son stress en prenant contact avec celui-ci (que puis-je faire pour maîtriser le nouveau, l'imprévisibilité, etc.). et en faisant preuve de résilience, c'est-à-dire, en ayant un plan B : que puis-je faire?

Ensuite, trouvez des solutions comme écrire ses situations de stress. Agissez, faites quelque chose de constructif avec ce que vous vivez comme stress, comme par exemple, donner une conférence sur un problème de santé mentale. Cela permet de diminuer la production d'hormones de stress.

Pour conclure, avoir des émotions négatives est nécessaire à la survie... on doit les accepter et ne pas agir sur l'impulsion, car ceci génère beaucoup de peur. Disposer d'un réseau social est très important parce que cela diminue efficacement les ruminations et les hormones de stress. Être conscient de son rythme respiratoire, chantez, priez, bougez ! Cela mobilise notre énergie de manière positive et les soucis disparaissent. Le rire est très important aussi : il produit des hormones qui font obstacles aux stressés. Aussi, selon Mme Lupien, avoir ou développer une spiritualité sous forme d'une quête de sens est essentielle pour garder un équilibre : Où vais-je? Qui suis-je ?

Ainsi, négocier notre stress est nécessaire en nous permettant de préserver notre santé mentale.

Le stress, comme on peut le remarquer, provient de notre cerveau : il occasionne plusieurs effets et conséquences sur nos choix, nos vies et notre bien-être intérieur. Lorsqu'on sait bien le gérer, il peut nous aider à garder une stabilité au niveau de notre qualité de vie dans toutes les sphères de notre vie. Savoir d'où provient le stress et l'identifier permettra de se préserver de ce mal du siècle. Il est intéressant de savoir que la recherche s'intéresse à ce sujet et nous permettra de poursuivre la quête de solutions pour mieux s'y adapter.

Pour en savoir plus, visiter

[www.stress humain.ca](http://www.stresshumain.ca)

Ou consulter le livre

Le piège du bonheur écrit par Dr Russ Harris

3-CONFÉRENCE

Ayoye! Douleur et santé mentale

Introduction

D'une part, il y a des troubles psychiatriques, tels que la dépression majeure, où une large proportion de patients se plaint de symptômes somatiques (douleurs musculaires, maux de têtes, douleurs abdominales, etc.). Sans explication médicale, ces symptômes ne sont pas toujours pris au sérieux par les professionnels de la santé. Pourtant, ils influencent la santé mentale des personnes qui en souffrent, détériorent leur qualité de vie et minent leur quotidien. D'autre part, il y a des troubles psychiatriques, notamment la schizophrénie, où les patients éprouvent de la difficulté à exprimer, voire à ressentir la douleur. Cette situation est préoccupante car cela fait en sorte que certains patients tardent à se présenter chez le médecin lorsqu'ils sont atteints de problèmes graves de santé mettant du coup leur vie en danger. Or, le risque de développer des problèmes de santé physique est accru chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Perception de la douleur : dépression et schizophrénie

Douleur et dépression majeure

Prenons l'exemple classique où une personne a une dépression majeure. Sans relater les résultats de toutes les études portant sur les troubles psychiatriques, cette personne se plaint de douleur plus que la population en général. Dans la dépression majeure, il y a des études qui suggèrent que 60 à 65 % des personnes se plaindront de symptômes somatiques douloureux. Les questions que l'on peut se poser consistent à demander : est-ce que le fait d'avoir une douleur fait en sorte qu'une personne est plus à risque d'avoir une dépression ou le fait d'avoir une dépression peut engendrer une douleur chronique? Il y a de nombreuses études portant sur cette question et il en ressort que la réciprocity de cette relation est démontrée. Le risque de développer une dépression est accrue lorsqu'une douleur n'a pas de cause apparente. En effet, lorsque qu'une douleur a une cause définie, le fait d'avoir un diagnostic médical et un traitement approprié est moralement bénéfique puisque ça constitue une promesse de rétablissement; l'inverse peut engendrer une dépression. Il y a des données qui suggèrent que la dépression peut faire en sorte qu'une personne est plus à risque de développer la douleur.



Douleur et schizophrénie

Prenons un autre exemple : la schizophrénie. Les personnes qui ont la schizophrénie sont plus à risque d'avoir plusieurs problèmes de santé physique. De plus, ils ont une espérance de vie réduite (en moyenne de 15 à 20 ans) attribuable à la cigarette, l'obésité, une mauvaise évaluation de l'importance des problèmes de santé physique et un problème d'accès aux soins de santé physique. Or, les personnes qui ont la schizophrénie ont tendance à se plaindre moins que la population en général. Cette situation peut s'avérer un problème parce que la douleur est un signal d'alarme indiquant, par exemple, qu'il faut consulter un médecin. Si on décode mal la douleur, on peut se mettre dans une situation dangereuse.

Douleur et traitements

Il y a divers traitements qui existent pour contrer la douleur, tels que les traitements pharmacologiques. Au-delà des médicaments pouvant être prescrits, le simple fait d'accorder de l'importance à la douleur d'une personne qui s'en plaint peut aussi avoir un effet moralement bénéfique. En effet, l'écoute est importante. La douleur n'est pas seulement une sensation, mais encore elle représente la détresse y étant associée. Les psychothérapies qui peuvent s'apparenter à celles qu'on retrouve en santé mentale peuvent aussi être ciblées pour les personnes qui ont des douleurs. Aussi, l'activité physique est bénéfique non seulement parce qu'elle est le gage d'une bonne santé, mais encore elle a une incidence sur l'activité cérébrale en activant toutes sortes d'hormones (exemple : endorphine) propres à soulager la douleur. Notons que le fait de ne pas connaître la cause d'une douleur peut faire en sorte que les intervenants feront preuve de moins d'empathie à l'égard des personnes ayant une douleur sans cause apparente (exemple : fibromyalgie) qu'à l'égard des personnes qui ont une douleur ayant une cause définie (exemple : arthrite). Cette relation a été démontrée dans une étude effectuée par Patricia Bourgault et Sylvie Lafrenaye.

Inhibition de la douleur

Le cerveau a des mécanismes qui peuvent inhiber la douleur. À noter que l'on peut déclencher ces mécanismes d'inhibition en laboratoire et on n'a pas observé que les personnes qui ont la schizophrénie possédaient davantage la capacité d'inhiber la douleur. Par ailleurs, quand on examine l'effet des médicaments analgésiques utilisés sur la planète, ils produisent un effet d'inhibition de la douleur en actionnant les mécanismes y étant reliés. Une autre question consiste à vérifier si, sans pilules, on pourrait les activer naturellement et les déclencher d'une façon plus saine : par exemple, le sport aide à déclencher les effets d'inhibition de la douleur en favorisant la production d'endorphine. En fait, il faut combattre la douleur d'une certaine façon. Il semble que le métabolisme de l'être humain possède des mécanismes naturels pour combattre la douleur. Il suffit de savoir comment actionner ces mécanismes.

Formation en douleur et recherches actuelles

Il y a d'immenses symposiums qui s'organisent en France, réunissant plusieurs centaines d'intervenants, et faisant état de l'implantation d'une formation en douleur dans le cursus de formation non seulement des psychiatres mais aussi des intervenants en santé mentale. Or, on enseigne aux personnes formées à la douleur à ne pas la banaliser et, au contraire, à en faire une cible d'intervention. Parallèlement, il y a beaucoup d'études prometteuses qui se font au Québec à ce sujet, mais il n'y en a pas énormément en santé mentale en lien avec la douleur. Bref, on peut faire référence à l'initiative du PIRAP, qui étudie la corrélation entre la santé physique et la santé mentale. En fait, ils sont nombreux à considérer que l'idée de se soucier de la douleur en santé mentale, comme on le fait en France, devrait trouver une application.



C'est trop facile de ne pas se préoccuper de la douleur en prétextant qu'il s'agit d'une « fabrication de l'esprit ». Au contraire, il y a de nombreuses raisons de se soucier de la douleur chez les personnes qui ont un problème de santé mentale. Enfin, de telles personnes sont plus à risque de développer des

problèmes de santé physique. De plus, elles peuvent avoir une espérance de vie réduite. Ainsi, le fait de se soucier des problèmes de santé physique, incluant la douleur, est fondamental.

Au plan personnel, cette conférence m'a incité à me sensibiliser à la cause en raison de mon diagnostic. Ainsi, je devrai être attentif et vigilant à l'émergence de douleurs pouvant « cacher » une maladie mentale et/ou physique. Aussi, j'ai pris conscience de l'importance de consulter un médecin sur une base régulière de façon à prévenir tous les effets négatifs découlant d'une forme d'insensibilisation ou d'inhibition à la douleur. Enfin, j'aimerais mettre l'emphasis sur le fait que la relation « douleur et santé mentale » est de plus en plus documentée et que la recherche dans ce domaine nous permet d'espérer un rôle de plus en plus préventif et efficace de la médecine contemporaine.

Pour en savoir plus visitez

<https://livestream.com/santementalemtl/cfs-14-avr>

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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 6 : *Septembre 2016*

1. **Conférence** : Speed dating : 3 matchs parfaits !
2. **Information utile**: L'effet placebo
3. **Résumé de livre** : Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en santé mentale au Canada

1-CONFÉRENCE

Speed dating : 3 matchs parfaits !

Retour post-isolement avec un pair aidant dans une unité de soins intensifs psychiatriques.

Le deuxième volet a été présenté par Marie-Hélène Goulet, étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, Caroline Larue, chercheure, et Line Brunet, infirmière, chef de l'unité 506 sur l'exploration du retour post-isolement avec un pair aidant dans une unité de soins intensifs psychiatriques. Il est question d'un projet qui s'est déroulé de décembre 2014 à septembre 2015, où une paire aidante a rencontré dix-sept clients de l'Institut pour un retour post-isolement, soit des rencontres qui duraient environ trente minutes. À l'Institut, il y a plus de 1 patient sur 5 qui va subir une mesure de contrôle lors de son hospitalisation (incluant isolement, contention mécanique, etc.). Les conséquences sur les patients de ces mesures de contrôle sont largement recensées et même très bien connues par les intervenants. Or, d'après les guides des meilleures pratiques, il fut déterminé qu'il fallait faire un retour post-isolement. En fait, il y a un certain malaise ressenti par les infirmières face à ce dernier car ce sont elles qui vont décider et procéder à l'isolement. Souvent, il y a une coupure dans le lien thérapeutique qui se fait par le patient vis-à-vis l'infirmière lors du retour sur le sujet, et cela crée un certain malaise chez le patient.



Le retour post-isolement dont il est question dans cet exposé est celui du pair aidant et du patient qui s'ajoute à celui de l'infirmière et du patient; cela est assimilable à une offre de service supplémentaire qui pourra donner de l'espoir au patient grâce au vécu expérientiel du pair aidant. Cela favorisera aussi une discussion d'égal à égal, où il n'y a pas de rapport hiérarchique, ainsi qu'une recherche de solutions pour ne pas que l'isolement se reproduise.

Le but de cette étude était de décrire le processus d'implantation du retour post-isolement effectué par un pair aidant afin d'en évaluer l'acceptabilité. Les questions de recherche cherchaient à documenter le contexte d'implantation, les caractéristiques de l'intervention, l'identification des facteurs qui ont nuit ou qui ont facilité l'acceptabilité de l'intervention et la façon de procéder des intervenants et des patients ayant fait l'objet de l'intervention du pair aidant.

En conclusion, à la fin du projet, l'infirmière a rencontré la paire aidante pour examiner les éléments prépondérants de ce projet pouvant s'intégrer dans des zones d'amélioration. Trois éléments majeurs furent ciblés : (1) l'amélioration de la communication; (2) le fait d'avoir plus de mesures alternatives; et (3) le fait de trouver une alternative à la jaquette.

La science du mouvement en appui au traitement des troubles anxieux dépressifs

Le troisième volet fut présenté par Pierrich Plusquellec, chercheur au CR-IUSMM et Gabriel Henri, kinésiologue clinicien au service de kinésiologie de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ce projet pilote, sous forme de recherche exploratoire, origine d'une collaboration entre les interventions cliniques en kinésiologie et le milieu de la recherche en santé mentale. L'objectif étant d'évaluer un protocole de mesure des effets des interventions cliniques réalisées en kinésiologie auprès de la clientèle présentant un trouble anxio-dépressif.

Le recrutement pour ce projet s'est échelonné de janvier à novembre 2015. Les participants ont été ciblés à partir de la liste d'attente pour un suivi thérapeutique en kinésiologie pour lequel la personne a été référée par son psychiatre traitant. L'attribution au groupe expérimental (réactivation physique) ou témoin s'est effectuée sur une base aléatoire. Le groupe expérimental a bénéficié d'un programme de conditionnement physique cardiovasculaire supervisé par un kinésiologue. L'exercice cardiovasculaire



a été la modalité d'intervention ciblée s'appuyant sur les données probantes et meilleures pratiques pour le traitement du trouble anxio-dépressif. L'approche par intervalle a été utilisée afin de favoriser l'atteinte d'intensité d'effort thérapeutique. Qu'est-ce que la participation à ce projet-là impliquait pour le participant? Elle impliquait un suivi supervisé de huit semaines à une fréquence deux séances d'une heure par semaine, et une dose d'exercice physique !

Dans le cadre de l'étude, plusieurs variables ont été mesurées : la condition physique cardiorespiratoire à l'effort, la composition corporelle, la variabilité du rythme cardiaque, le niveau d'activité physique, l'anxiété, la dépression, les sensations corporelles associées à l'anxiété, la capacité à réguler les émotions et l'impact de la fatigue sur le fonctionnement de la personne. La collecte de données a été planifiée à trois temps de mesure, soit au temps 1 (pré-intervention), temps 2 (après 4 semaines d'intervention), temps 3 (post-intervention). Pourquoi évaluer la variabilité du rythme cardiaque (VRC) dans cette étude ? Parce que les études soutiennent entre autre un lien entre la VRC et la capacité à réguler les émotions, une diminution chez les personnes présentant un trouble d'anxiété, de dépression, panique. Par ailleurs, la VRC est un indicateur physiologique du fonctionnement de notre système nerveux autonome, qui régule d'une part la fréquence cardiaque et d'autre part notre réponse face au stress. Son potentiel clinique est rapporté dans la littérature, il a donc été d'intérêt de l'introduire à ce projet! Le projet fut un succès à divers niveaux : il a permis de développer une collaboration entre clinicien en kinésiologie et chercheurs. Par ailleurs, les résultats démontrent que la VRC semble s'être améliorée seulement dans le groupe ayant fait de l'activité physique; que plus les sujets sont en bonne condition physique, moins l'impact de la fatigue dans leur vie se fait sentir; que plus les sujets sont en bonne condition physique, plus ils se sentent capables de réguler leur impulsivité. Bref, la condition physique est associée à la santé mentale. Retenons que l'exercice physique et les habitudes de vie actives représentent le meilleur remède aux troubles reliés au sédentarisme, et de ce fait contribue à l'amélioration de la santé globale de la personne.



En conclusion nous pouvons dire qu'il est rassurant d'apprendre que dorénavant un retour post-isolement est effectué aussi avec un pair aidant à l'IUSMM (en plus de la rencontre avec l'infirmière). Tel que stipulé plus haut, cet entretien permet un échange d'égal à égal plutôt que hiérarchique ce qui

facilite mieux la communication. Le fait qu'un usager puisse se confier à un pair aidant dans des cas de post isolement soutien leur pleine citoyenneté. De plus, les conclusions au sujet de l'exercice physique et des usagers qui ont des trouble anxieux dépressifs me conduit à vouloir moi aussi mettre mon habit de jogging et mes espadrilles et de me mettre à jogger plus souvent et vous ? Nous pouvons aussi retenir que plus une personne est en bonne santé plus elle peut jouir d'un rétablissement optimal en vue d'une pleine citoyenneté.

Pour en savoir plus visitez

<http://www.iusmm.ca/hors-navigation/profils-des-etudiants/goulet-marie-helene.html>;

ou encore

<http://www.iusmm.ca/recherche/nouveaux-savoirs/caroline-larue.html>;

2-INFORMATION UTILE

L'effet placebo

Le placebo et la capacité d'auto guérison chez l'humain

Dans le documentaire L'effet placebo¹, on y définit le placebo comme une substance dépourvue d'effet ou un traitement sans valeur thérapeutique spécifique. Pendant la seconde guerre mondiale, un médecin; Henry K. Beecher, manqua de morphine pendant les combats. En désespoir de cause, il offrit aux blessés une solution d'eau saline. Il constate qu'un patient sur trois réagissait comme s'il recevait de la morphine.

On présente à la suite du documentaire, des recherches qui démontrent qu'il est possible d'induire des effets physiologiques et biochimiques chez les gens par la suggestion. Par exemple, le professeur Fabrizio Benedetti a réalisé une expérience où le cerveau d'un individu dans un environnement hostile a été amené par une mise en scène à changer sa réaction physiologique normale. À 3500 mètres d'altitudes, ce sujet a fait des exercices sur plateforme d'aérobic (step) pendant une heure. Il avait été muni d'une bouteille d'oxygène et d'un masque respiratoire. On lui avait fait croire qu'il serait alimenté par de l'oxygène enrichi pendant son entraînement mais malgré l'affirmation contraire de l'expérimentateur, le robinet de la bouteille était demeuré fermé. Mais la croyance a été suffisante pour tromper son esprit car physiologiquement, son organisme n'a pas réagi comme il l'aurait fait normalement dans de telle condition : il n'a pas produit de cortisol.

Dans la conclusion, le psychiatre français Patrick Lemoine indique que l'enjeu n'est pas de soigner avec les placebos; mais de voir comment un contexte psychologique améliore l'efficacité des traitements. Des mécanismes physiologiques sont mis en branle lors de l'action placebo, lesquels sont déclenchés par des facteurs non biologiques. Il s'agit de mots, de signes, de paroles et de relation humaine.

Le corps humain et son réseau de communication psychosomatique

Dans le livre : Le pouvoir anticancer des émotions, l'oncologue Christian Boukaram mentionne qu'« il existe maintenant suffisamment de preuves pour croire qu'elles (les émotions) sont communiquées à toutes les cellules du corps. Il note que le Dr Candace Pert, auteur du livre Molecules of Emotion, explique que le mental communique et échange constamment de l'information avec le physique. ² Des récepteurs émotifs ont été retrouvés sur des organismes unicellulaires primitifs ainsi on croit que les récepteurs des émotions auraient continué de se développer dans le réseau psychosomatique de l'être humain.

Et la capacité du cerveau à se transformer dans tout ça ?

Divers chercheurs ont par leurs travaux prouvés que le cerveau est capable de se remodeler, qu'il n'est pas figé dans le temps. Par exemple, Eleanor Maguire et son équipe³ ont étudié d'une manière non-invasive le cerveau de chauffeurs de taxi londonien après que ceux-ci aient terminé la formation intensive de deux ans menant à leur licence. Ils devaient apprendre par cœur les rues de Londres, tout en sachant s'y orienter. Les examens ont montré une augmentation du volume de la partie postérieure de l'hippocampe, partie qui est impliquée dans la réalisation de tâches spatiales et de la mémoire.

Une source d'espoir pour le rétablissement, une source d'espoir pour la guérison

En ce qui a trait à la maladie mentale, les chercheurs ont su démontrer que le cerveau a la capacité de créer de nouvelles connexions pourvu que les personnes expérimentent de nouvelles expériences, au besoin prennent des médicaments, développent leurs mémoires à l'aide d'exercice, etc. L'idée que le cerveau est malléable, souple, capable de créer de nouveaux circuits nerveux, de se réorganiser est source d'espoir pour toute personne en route vers le rétablissement psychique. Par ailleurs, l'ensemble des traitements amenés par la médecine, a permis de prolonger l'espérance de vie chez l'homme. Mais l'idée que le mécanisme placebo participe aussi au soulagement de la maladie et de la douleur est aussi une source d'espoir car cela illustre que l'humain est capable d'auto-guérison.

En conclusion, nous constatons que notre psyché a un pouvoir mental beaucoup plus fort que ce que l'on croyait et nous avons ainsi un certain pouvoir sur les réactions physiologiques et émotionnelles de notre corps. Il est possible de s'entraîner à l'autogestion de la douleur. De ce fait, il est rassurant de savoir que nous pouvons avoir une certaine maîtrise sur nos vies. L'ensemble des écrits que nous avons consulté pour l'écriture de cette infolettre supporte l'idée que garder une attitude positive c'est très bon pour la santé.

Pour en savoir plus visitez le site

<http://www.topsante.com/medecine/medecine-divers/medicaments/soigner/effet-placebo-un-curieux-phenomene-qui-soigne-53167;>

¹ Sapin, E., Goblot, P. L'effet placebo, ARTE France. 2014.

² Boukaram, C. Le pouvoir anticancer des émotions. Les éditions de l'homme, p. 42, 43.

³Maquire EA et al. 2000. Navigation-related structural change in the hippocampi of taxis drivers dans Proceedings of the National Academy of Sciences of the National States of America.

3-RÉSUMÉ DE LIVRE

Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en santé mentale au Canada

Cadre conceptuel : Objectifs un et deux

Objectif un : Les personnes de tout âge ayant un trouble psychologique sont activement engagées et appuyées dans leur processus de rétablissement et d'atteinte du bien-être. Le « système de santé mentale transformé » favorise l'espoir d'avoir une meilleure qualité de vie et respecte la dignité et les droits de chaque personne à toutes les étapes de sa vie. En tirant profit des forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires, les gens ont le contrôle sur leur vie et sont soutenus de manière à pouvoir participer activement à leur processus de rétablissement et d'atteinte du bien-être. Aussi, ils peuvent jouir d'une vie épanouissante au sein de leur communauté tout en cherchant à atteindre leur plein potentiel. Les nourrissons, les enfants et les jeunes bénéficient d'une aide qui leur permet de devenir résilients et d'atteindre la meilleure condition mentale possible. Les adultes plus âgés sont soutenus de façon à ce qu'ils puissent composer avec les nécessités associées au vieillissement. Durant le processus de rétablissement, les personnes vulnérables, les fournisseurs de services, les proches aidants, les pairs et les autres intervenants agissent à titre de partenaires.

Objectif deux : La promotion de la santé mentale est favorisée et les maladies mentales sont évitées lorsque c'est possible. Le « système de santé mentale transformé » s'intéresse à l'interaction complexe entre les facteurs économiques, sociaux, psychologiques et biologiques ou génétiques reconnus comme déterminants de la santé et d'un trouble mental tout au long de la vie. Les secteurs public, privé et communautaire collaborent afin de favoriser les facteurs qui renforcent la santé mentale, comme un logement adéquat, des communautés dynamiques, des relations réconfortantes et la résilience, et d'éliminer, autant que possible, les facteurs qui augmentent le risque de développer une pathologie d'ordre mental, comme la pauvreté, la violence et l'isolement social. Les efforts visent l'ensemble de la population, les personnes et les communautés à risque, les personnes qui vivent avec un problème émergent et celles qui vivent avec une problématique en santé mentale. L'école, les lieux de travail et les institutions de soins de longue durée fournissent des environnements qui favorisent le meilleur état de bien-être psychologique possible.



Cadre conceptuel (suite) : Objectifs trois et quatre

Objectif trois : Cette nouvelle configuration répond aux besoins variés de toutes les personnes qui vivent au Canada. Dans un « système de santé mentale transformé », les politiques, les programmes, les traitements, les services et les formes de soutien sont fondés sur le principe de la sécurité et de la compétence culturelles. Il répond aux différentes valeurs des personnes et des groupes et tente de remédier aux inégalités- qui peuvent être associés à l'appartenance à un peuple des Premières Nations ou à un peuple inuit ou métis, au contexte ethnique et culturel, aux expériences de racisme, aux antécédents de migration, aux étapes de la vie, à la langue, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'emplacement géographique, aux différentes capacités, au statut socioéconomique ainsi qu'aux croyances spirituelles ou religieuses.

Objectif quatre : Le rôle des familles dans la promotion du bien-être et la prestation de soins est reconnu, et leurs besoins sont pris en compte. Le rôle unique de la cellule familiale, qu'il s'agisse de parents ou de personnes du cercle de soutien élargi dans la promotion du bien-être, la prestation de soins et le rétablissement tout au long de la vie est reconnu, tout comme leurs besoins. Elles participent et reçoivent de l'aide par le truchement de formations et de programmes de soutien parental et fraternel, d'aide financière, de soutien par les pairs et de services de répit. Si possible, les proches participent aux soins et au traitement de leur être cher et à la prise de décisions d'une manière qui respecte le consentement et la vie privée.



Cadre conceptuel (suite) : Objectifs cinq, six et sept

Objectif cinq : Les personnes ont un accès équitable et opportun à des programmes, des services, des traitements et des formes de soutien appropriés, efficaces et véritablement intégrés qui tiennent compte de leurs besoins. Les personnes de tout âge ont un accès opportun à des programmes, des traitements, des services et des formes de soutien appropriés et efficaces en matière de santé mentale dans leur communauté ou aussi près que possible de leur lieu de résidence ou de travail, peu importe leur capacité à payer. La structure de santé émergente est centrée sur l'amélioration de l'état mental des gens et répond à la vaste gamme de besoins des personnes, bien qu'ils soient complexes, et de la façon la moins restrictive possible. Cette nouvelle configuration sociale est véritablement intégrée aux secteurs public, privé et communautaire, dans toutes les administrations, et elle tient compte des désirs tout au long de la vie des gens qu'il dessert. De plus, il répond aux envies pressantes des personnes qui habitent dans des régions mal desservies, comme les régions du Nord.

Objectif six : Les mesures prises sont fondées sur diverses sources de connaissances et de données probantes, les résultats sont mesurés et la recherche progresse. Les politiques, les programmes, les services et les diverses formes de soutien sont fondés sur des données probantes provenant de diverses sources de connaissances. Ils sont évalués en fonction de leur contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être de toutes les personnes qui vivent au Canada, peu importe leur âge, ainsi que de leurs conséquences pour la santé et la vie sociale des personnes aux prises avec une problématique en santé mentale et les membres de leur famille. Le financement de la recherche, qui nous permettra de mieux comprendre l'altération de la pensée, est augmenté en fonction du fardeau économique et social accru associé à cette dernière, et l'application des connaissances aux politiques et aux pratiques est accélérée.

Objectif sept : Les personnes fragilisées sont entièrement intégrées à titre de membres de la société. Les gens qui vivent avec une dégradation de leurs facultés psychologiques et leurs proches n'ont plus à avoir honte ni à craindre la stigmatisation, et ils ne font plus l'objet de discrimination. Ces personnes, peu importe leur âge, jouissent du même respect, des mêmes droits et des mêmes privilèges que les autres personnes qui sont atteints de maladies physiques ou toutes celles qui habitent le Canada. Les politiques, les programmes, les traitements, les services et les formes de soutien dans le domaine de la santé psychique sont financés en fonction des répercussions socioéconomiques des troubles d'ordre mental.

C'est en progressant vers la réalisation de ces sept objectifs que nous assisterons à la création d'un véritable système de santé mentale qui appuiera les personnes qui vivent avec une maladie mentale dans leur cheminement vers le rétablissement et le bien-être. Toutefois, il peut s'avérer que ce cadre conceptuel ne résulte pas en une transformation réelle et effective des infrastructures et des politiques en matière de santé mentale. Bref, ce projet de société risque de rester au niveau théorique.



Pour en savoir plus visiter

www.iusmm.ca/documents/CÉRRIS/cerris_cadre_vers-le-retabliss... · Fichier PDF

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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 7 : Octobre 2016

1- Entretien : La rue vers l'art

2-Formation médicale continue : L'efficacité des interventions théâtrales dans un programme de traitement et de réadaptation d'individus avec troubles mentaux graves

3-Culture : Cinéma et maladie mentale: pour le meilleur et pour le pire

1-ENTRETIEN

Sa quête

Line Giannetti est une artiste-peintre entière depuis 5 ans et une designer d'intérieurs de profession depuis 28 ans. Elle est également vice-présidente du conseil d'administration à l'Université du rétablissement/PIRAP (Programme international de recherche-action participative). Elle est impliquée et concernée par certains aspects touchant la santé mentale. Telle une révélation, le médium de la peinture la soutient dans sa recherche de l'équilibre et dans sa démarche personnelle. Elle signale que ce qui est important; c'est de trouver une façon de s'exprimer librement en laissant l'aspect rationnel de côté.

Dans ses ateliers (2), elle offre l'accès au lâcher-prise, un défoulement et une libre expression des émotions. Selon madame Giannetti: « Ne pas se poser la question qu'est-ce que je peux faire sur la toile blanche mais bien ce que cette toile peut faire pour moi ? ». La toile représente un miroir, un contact neutre et sans jugement, un support libérateur à nos émotions et surtout un cadeau à s'offrir. Ce genre d'ateliers est à la portée de tous, car elle propose une méthode anti-technique qui permet de se libérer. Étant auparavant une femme vivant dans la performance dotée d'un côté perfectionniste, celle-ci a provoqué un déséquilibre dans sa vie car ses limites personnelles n'ont pas été respectées. La peinture c'est révélée à elle et elle à ses créations.

Son cheminement

Ce qui la motive à peindre est avant tout de partager son authenticité et sa passion, c'est un besoin viscéral de mettre au monde. Le fait que la vie ne lui ait pas donné d'enfant l'anime constamment à créer. « Je mets au monde une partie de moi et je l'ai laissée s'épanouir. C'est se servir de ses souffrances et obstacles de la vie pour les transformer en éléments positifs ». Pour l'artiste, le rétablissement s'inscrit dans une approche globale. Entre autres, se choisir est primordial, faire des choses pour soi, respecter ses limites et ne pas se juger.

Quand elle se retrouve dans son atelier, quand elle peint à l'aide d'une technique appelée anti-technique ou peinture spontanée ou automatisme, il y a cette boule de solitude à l'intérieur d'elle qui disparaît. Elle se sent encore plus complète et libre. Le cheminement passe également par un certain équilibre entre la rigueur et la nonchalance. Elle a, au courant de sa vie, expérimenté ses deux pôles et c'est important de les connaître, car selon l'artiste, cette expérience permet de s'approcher de son équilibre.

Face à ses récents problèmes physiques, son expérience artistique lui a permis de relativiser et de dédramatiser la situation. Peindre en s'acceptant tel qu'on est et comme on le ressent, nous apporte une certaine conscience de ce que l'on vit et ouvre ainsi la porte à ressentir autrement, lorsqu'on prend le temps d'explorer, de découvrir et de ressentir le résultat de notre expression artistique. Dans notre société actuelle, on ne se donne pas vraiment de temps pour redécouvrir notre enfant intérieur. Celle-ci exige de la performance et de faire partie d'un moule. « C'est à travers la créativité que je me sens vivante, vibrante et celle-ci m'aide à faire le point sur mon évolution ou tout simplement à m'accueillir ».

La liberté de s'exprimer

Se choisir comporte un coût. Avant madame Giannetti avait un rythme de vie effréné et essayait de s'adapter à tous et chacun. Faire plaisir, produire et prouver. Maintenant, elle vise l'équilibre, voit à investir ses énergies de façon judicieuse en s'écoutant du mieux possible dans le choix de ses actions. Que la peinture soit un moyen de ressentir et de grandir fait partie intégrante de son art et de ses ateliers.

Elle ne cherche plus ce qui est nécessairement beau, mais plutôt révélateur et libérateur. Elle a toujours eu un rêve : celui d'aider les gens ayant une problématique en santé mentale (mais « les autres » également), à s'exprimer; elle met tout en œuvre pour le réaliser.

Au final, pour l'artiste, la conception du rétablissement passe par la responsabilité qui nous incombe à tous et à chacun de poser des actions concrètes, en effectuant des changements dans sa vie, en prenant soin de soi ou tout simplement en demandant de l'aide.

S'exprimer avec un médium à l'infini est extraordinaire et surtout enrichissant pour l'être. La peinture permet à l'artiste de se redécouvrir sous d'autres angles, car elle ne se situe pas au niveau du rationnel, mais de la liberté d'être soi tout simplement. À travers son discours nous nous sommes sentis interpellés car dans une société qui prône de toutes les manières possibles d'être dans le moule de la performance et de productivité, c'est tout un défi !



Pour en savoir plus sur les ateliers donnés par Line Giannetti visitez
<http://www.kijiji.ca/v-activites-groupes/ville-de-montreal/atelier-creer-pour-se-vivre/1191400774>

2-FORMATION MÉDICALE CONTINUE

L'efficacité des interventions théâtrales dans un programme de traitement et de réadaptation d'individus avec troubles mentaux graves



Évaluation de l'efficacité thérapeutique des modes d'expression scénique

Histoire de mesurer la portée qu'un tel programme peut avoir sur les patients, leur entourage immédiat (famille), de même que sur les intervenants participants, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) (2) a été mandatée pour mener une étude qui servira à évaluer les résultats de recherche sur de telles approches thérapeutiques. À ce propos, la question suivante se pose : les formes d'expressions créatrices tels que le théâtre sont-elles des démarches psychosociales compétentes dans un plan de traitement et réadaptation des personnes souffrant d'une maladie mentale ? ». Pour répondre à cette question, une recherche documentaire fut menée.

Les faits scientifiques tirent leurs sources de deux revues (Ruddy et Dent Brown, 2008; Yotis, 2006). Les recherches permettent de mesurer leur impact sur les personnes souffrant de schizophrénie et sont supportés par une étude qualitative d'exploration conduite par une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal et de Laval (Fleury, 2004). Or, le traitement pharmacologique constitue une pratique courante dans le traitement de ce type de trouble mental. Mais selon Yotis (2006), malgré la médication, 15% des patients vivent toujours avec les symptômes de la maladie. Or, la recherche a démontré que les « jeux de rôles » jouent un rôle dominant dans le traitement et la réhabilitation de ces personnes, pouvant pallier à la médication.

Dans un premier temps, la revue systématique Cochrane (Ruddy et Dent-Brown, 2008) a cumulé des données sur les modes d'expression scénique pour les personnes vivant avec la schizophrénie et troubles apparents. Elle a analysé l'effet de ces formes d'art sur la condition mentale, l'autoappréciation et une certaine forme de dévalorisation de ces patients. Malgré certaines conséquences positives pour ces derniers, les auteurs estiment que ces approches devraient être utilisées à titre expérimental car les bénéfices ne sont pas clairement démontrés de façons claires; de plus, il n'y a pas suffisamment de preuves concrètes pour appuyer le recours à ce type d'intervention. Bref, il faut continuer à les évaluer.

Incidences négatives et positives de l'expression scénique: Évolution dans les sphères cognitive, affective et spirituelle

Ensuite, Yotis (2006) a ajouté dans sa revue d'autres analyses méthodologiques de recherche quantitatives et qualitatives de même que celles misant sur la pratique théâtrale. Quoiqu'elles démontrent une certaine amélioration concernant l'état de santé pour les personnes vivant avec le trouble de la schizophrénie, selon Yotis, ce genre de psychothérapies faisant appel à la créativité

pourraient accentuer, par exemple, leur instabilité émotionnelle. Enfin, le dernier écrit recensé pour cette évaluation est une analyse d'exploration qualitative menée au Québec sur trois personnes vivant avec le trouble de la schizophrénie paranoïde, résiduelle et dépression psychotique (Fleury et al., 2004), qui ont fait l'objet d'une thérapie par l'art théâtral.

En utilisant la somme d'entrevues semi structurées menées sur ces patients, il fait état que ce genre de pratiques créatrices influence leurs sentiments liés au plaisir et à l'intérêt. Même en tenant compte de la complexité et des exigences liées à l'apprentissage d'un texte par ces patients, ceux-ci ont exprimé l'intention de renouveler l'expérience théâtrale. À noter que ceux qui ont joué dans la pièce « Clarté de vie humaine » (Bégin, 2015) à l'IUSMM ont manifesté leur détermination à répéter ces modes d'expressions thérapeutiques.

Par ailleurs, les « acteurs en herbe » ont souligné avoir ressenti de l'affection envers les personnages, leurs défauts, qualités, ressemblances ou dissonances. Également, il y a eu une analyse des questionnaires écrits qui démontre une progression dans les sphères cognitive, affective et spirituelle des participants, et de l'impact positif dans leur vie quotidienne. Chacun d'eux ont eu l'occasion de faire valoir leur potentiel, de faire l'objet d'une forme de reconnaissance sociale et de personifier intimement un personnage. En conclusion, ils ont apprécié cette expérience créatrice et le sentiment de satisfaction et de compétence qui en découle.

Élaboration de protocoles de recherche (action postmoderniste) par l'IUSMM: Continuum "thérapeutique" de la pièce "Clarté de vie humaine"

Or, l'absence ou le manque de preuve au sujet de l'efficacité de ce genre de traitement au niveau de la réhabilitation des individus atteints de troubles mentaux graves suggère que l'IUSMM devrait élaborer des protocoles de recherches innovants faisant appel à la créativité. En fait, l'IUSMM dispose de ressources permettant l'application d'une mission axée sur les modes d'interventions permettant de mener des études plus poussées sur la pertinence des thérapies mettant en œuvre des activités théâtrales. Ainsi, ces lignes directrices donneront l'opportunité aux personnes vivant une problématique en santé mentale de s'impliquer au niveau de la recherche expérimentale.

Toutefois, une telle démarche présuppose une structure ayant pour but de mesurer les avantages et les désavantages d'une telle approche, ainsi que les relations entre les comportements observés et les effets thérapeutiques. Cet état de fait peut donner suite à des travaux et à la parution de leurs conclusions dans des « revues par des pairs ». La critique inédite de la pièce de théâtre intégrateur « Clarté de vie humaine » (Bégin, 2015) affirme l'action post-moderniste de cette réalisation et incite à l'approfondissement de ce type d'intervention thérapeutique. Il convient de mentionner que certains chercheurs cités dans Yotis (2006) ont fait part du besoin d'offrir un suivi aux patients impliqués pour assurer les bienfaits générés par ces expériences.

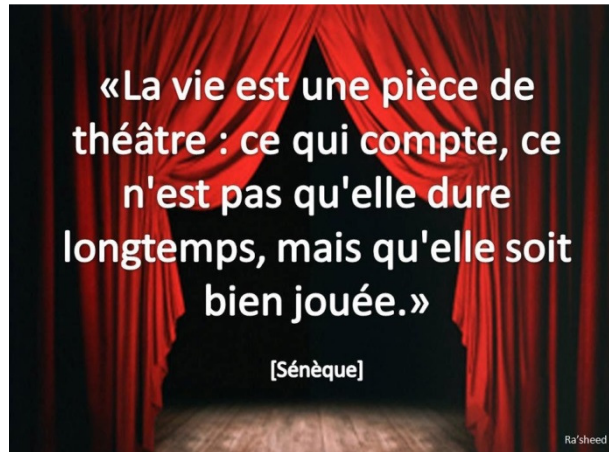
Cependant, les futurs projets théâtraux menés à l'IUSMM devront être effectués en parallèle avec un suivi et un traitement approprié. En conclusion, la recension des écrits portant sur les formes d'expression thérapeutique liées aux interventions théâtrales fait l'objet d'une analyse restreinte en termes de quantité et de qualité et concerne essentiellement les personnes souffrant de schizophrénie. Toutefois, elle présente des résultats positifs qui devraient faire l'objet d'une évaluation continue afin de développer des programmes de recherches structurées et ce, dans le but de promouvoir l'acquisition de connaissances portant sur l'efficacité des protocoles de traitement des personnes vulnérables.

À la lumière de l'efficacité des interventions théâtrales d'expression dans le cadre d'un programme de traitement et réadaptation des personnes avec troubles mentaux graves, il semble que l'implantation de programmes de recherche ciblés dans les infrastructures institutionnelles est pertinente considérant la centralisation des ressources matérielles et humaines dont celles-ci disposent. Aussi, l'optimisation de

la qualité des soins est tributaire des résultats des recherches structurées portant sur ce type d'intervention. En bref, un nouveau mode de traitement de troubles mentaux graves est né...

Pour en savoir plus visitez

<http://www.iusmm.ca/institut/soins-et-services/produits-uetmism.html>



3-CULTURE

Cinéma et maladie mentale: pour le meilleur et pour le pire

Le cinéma est apte à représenter la maladie mentale de façon crédible

Illustration crédible de la maladie mentale: par exemple, le film « Clean, Shaven » (1993). Ce film raconte l'histoire d'un homme souffrant de schizophrénie qui manifeste le type d'héroïsme que l'on associe aux personnes souffrant d'une maladie mentale, lesquelles ont la capacité de vivre leur quotidien malgré leurs symptômes.

Représentation de l'expérience subjective de la maladie mentale : par exemple, le film « Repulsion » (1965). Ce film fait vivre des aspects terrifiant de certaines psychoses. En fait, les personnes souffrant de maladie mentale ont plus de chance d'être terrorisées par leurs symptômes que d'être des personnes violentes.

Représentation sans simplification de la complexité et du mystère entourant la maladie mentale: par exemple, le film « Léolo » (1992). Ce film raconte l'histoire d'un jeune garçon qui développera une maladie mentale et qui sera hospitalisé en santé mentale. Ce film présente l'histoire de sa vie avant de subir les affres de la maladie mentale en montrant la complexité de tous les éléments agissant sur lui. En bref, l'histoire du personnage central révèle une forme d'authenticité au niveau des interactions avec les autres personnages lesquels sont présentés avec leurs qualités, leurs défauts et leurs limites, et qui sont profondément affectés par la réalité de la maladie vécue par Léolo. Il s'agit de la réalité des familles de personnes souffrant de maladie mentale.

Humanisation de la réalité des personnes souffrant de maladie mentale : par exemple, le film « Spider » (2002). Dans ce film, le délire du personnage central est mis en évidence de son point de vue subjectif, ce qui constitue un des ingrédients nécessaires à la capacité d'humaniser les personnes concernées par la maladie mentale.

Contextualisation de la maladie mentale: par exemple, le film « The Hours » (2002). Ce film présente la réalité intrinsèque et extrinsèque des personnes souffrant de maladie mentale.

Le cinéma renforce les préjugés qui alimentent la stigmatisation des personnes vivant avec une problématique en santé mentale

Illustrations déformées des manifestations de la maladie et idéalisation imagée de la vie des personnes souffrant de maladie mentale: par exemple, les films « A Beautiful Mind » (2001), « Fight Club » (1999) et « Psycho » (1960). Le premier film raconte l'histoire vécue d'un mathématicien célèbre ayant développé une maladie schizophrénique. Or, le vrai personnage, dans sa vie, n'a eu que des hallucinations auditives, mais les concepteurs du film ont choisi de romancer l'histoire du personnage central en lui attribuant des hallucinations visuelles de façon à faire une présentation plus dramatique des symptômes usuels.

Enfin, les concepteurs de ce film ont choisi de représenter les personnes souffrant de schizophrénie comme étant des génies, ce qui correspond au stéréotype du « fou savant », même s'il n'y a aucun lien entre la maladie mentale et l'intelligence. Cette vision de la maladie mentale est exprimée dans le film « Rainman » (1988), où le personnage central est autiste et possède des dons de calculs exceptionnels. Un autre exemple fait référence à la maladie la plus fréquemment présentée au cinéma : Trouble de personnalité-multiple, ce que l'on appelle le « trouble dissociatif de l'identité » dans le DSM.

Cette maladie se définit par la différenciation de l'identité d'une personne possédée par plusieurs personnalités, qui vont l'habiter à tour de rôle sans qu'elle ne se souvienne de ses agissements et de ses paroles alors qu'elle était envahie par une autre personnalité. Il s'agit d'une maladie extrêmement controversée; plusieurs psychiatres remettent en question son existence. Cependant, il y a d'excellents films ayant exploité ce thème, tels que « Fight Club » (1999) et « Psycho » (1960). Toutefois, la population en général ne fait pas de distinction entre cette maladie et la schizophrénie.

Image caricaturale des personnes qui souffrent de maladie mentale : par exemple, les films « Crazy People » (1990), « The Dream Team » (1989), et « 12 Monkeys » (1995), ainsi que la série télévisée « Dr House » (2004-2012). Ainsi, dans le troisième film, le personnage central est hospitalisé dans une unité psychiatrique où les patients sont « primitifs ». Cet état de chose rappelle le souvenir d'une psychiatrie où les gens payaient pour visiter les asiles de façon à voir les « fous », qui étaient souvent enchaînés, en cellule, nus, etc., ce qui était considéré comme un "divertissement". Ce voyeurisme est transposé au cinéma dans ce film.

Diabolisation des personnes souffrant de maladie mentale: par exemple, les films « Halloween » (1978) et « Nightmare on Elm Street » (1984). Dans le premier film, le personnage central est un évadé d'un hôpital psychiatrique, alors que, dans le deuxième film, le personnage central est le fils de mille patients maniaques ayant perpétré un viol collectif sur une infirmière dans un hôpital psychiatrique. Il s'agit de tueurs sanguinaires ayant des caractéristiques associées à la maladie mentale. Dans un même ordre d'idée, 42% des personnages qu'on voit au grand écran posent des gestes violents, ce qui est évidemment beaucoup plus élevé que la prévalence réelle de la violence dans la société.

Cependant, la violence est mise en évidence lorsqu'elle se manifeste au cinéma chez des personnes souffrant de maladie mentale puisque 72% de ces personnes sont montrées comme violentes. Ce chiffre est beaucoup plus élevé que la prévalence réelle de la violence chez les personnes souffrant de maladie mentale. À noter que la médiatisation des actions violentes fait en sorte que la violence est surreprésentée au cinéma puisqu'elle répond au critère du sensationnalisme tant recherché pour attirer les foules et faire du profit. À noter que certains films répondent à un critère de "simplification", tel que le film "Shine" (1996) et à des critères de "banalisation" et de "victimisation", tel que le film "One Flew Over the Cuckoo's Nest" (1975).

Au cinéma, on assiste à une polarisation des thèmes suggérés par la réalité des personnes souffrant de maladie mentale. Toutefois, les bonnes représentations, même si elles sont moins nombreuses, ont un pouvoir de communication extrêmement puissant, ce qui contribue à démystifier la maladie mentale et humaniser les traitements psychiatriques en montrant l'expérience objective et subjective des personnes souffrant d'une condition mentale.

Pour en savoir plus, visitez

<http://www.iusmm.ca/conferences-fernand-seguin/marie-eve-cotton.html>

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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 8 : *Novembre 2016*

1- Rapport mensuelle : Rapport mensuel d'Emploi-Québec des
PAAS-ACTION couvrant la période d'avril à septembre 2016

2- Culture : Le fragile équilibre

3- Entretien : Entretien avec un agent d'Infologis

4- Information utile : Rencontre d'information sur l'utilisation du
crédit

1-RAPPORT MENSUELLE

Rapport mensuel d'Emploi-Québec des PAAS-ACTION couvrant la période d'avril à septembre 2016

Période du mois d'avril et mai 2016

Pour le mois d'avril : un nouveau membre a débuté sa participation ce mois-ci. Nous le connaissons car il a déjà été participant au PAAS Action de la revue Mentalité, au Centre de jour l'Échelon où je travaillais auparavant comme animatrice. Il est donc habitué à la formule et c'est quelqu'un qui est consciencieux dans son travail. Il est une valeur ajoutée à notre équipe car il s'implique beaucoup dans les discussions et ses propos les alimentent positivement. La formation à la citoyenneté du Projet citoyen a débuté sa nouvelle cohorte ce mois-ci et les débats sur les enjeux et obstacles à la pleine citoyenneté ont repris. Le groupe participe bien et les membres identifient ensemble des solutions à des obstacles qui peuvent être vécus individuellement.

La formule du "Testé pour vous" a repris, en ce sens que lorsqu'un individu éprouve une difficulté personnelle, il doit appliquer la solution trouvée en équipe, et faire un compte-rendu de ses résultats par la suite. Le groupe favorise l'entraide mutuelle, où les usagers sont soutenus dans leurs démarches, sans toutefois être un groupe de thérapie. Les valeurs de l'équipe ont été réitérées pour les nouveaux participants, afin qu'ils puissent s'en inspirer et ainsi les appliquer dans leurs actions et leurs échanges avec les autres. Dans le projet citoyen, une participante a été la première à effectuer un « Testé pour vous » en utilisant le guide Partir en « appart » qui a été créé par l'Institut universitaire en santé mentale (IUSMM), conjointement avec des usagers.

Pour le mois de mai, il y a eu quatre événements importants à documenter auxquels a pris part la direction du PIRAP. Nous avons décidé de déclarer ce mois comme étant celui de la participation citoyenne parce qu'une panoplie d'acteurs différents était impliquée, dont des citoyens, pour soulever différents enjeux entourant la santé mentale et y apporter des solutions. Il y a d'abord eu les Journées annuelles de santé mentale le 2 mai, puis les conférences jumelles Québec-Connecticut, les 11-12 mai, suivi du Forum citoyen du 18 mai, pour finir avec les Journées annuelles de la recherche de l'IUSMM, le 26 mai. Ces événements ont permis de faire connaître davantage le PIRAP et de créer des contacts intéressants pour le développement de nos projets.

Période du mois de juin et juillet 2016

Au mois de juin, nous avons reçu une personne ciblée par le groupe qui a été invitée pour répondre à des questions précises en lien avec la pleine citoyenneté. Ainsi, des obstacles en lien avec le logement ont été identifiés et une personne d'Infologis de l'Est de l'Île de Montréal est venue répondre aux questions des participants. D'autre part, un participant prend beaucoup d'initiatives pour trouver des conférenciers invités et nous l'encourageons donc dans ses démarches. Enfin, nous sommes activement à la recherche de nouveaux candidats pour combler les places vacantes. Quatre personnes ont manifesté leur intérêt et nous assurons le suivi à cet effet pour que les candidats sélectionnés débutent leur participation le plus tôt possible.

Le mois de juillet a démontré que les participants prennent de plus en plus d'initiatives et s'organisent bien ensemble. Ils travaillent plus facilement en équipe. Dans le cadre du Projet citoyen, ils continuent d'explorer une nouvelle question sur la citoyenneté à chaque lundi, ce qui alimente les discussions et leurs réflexions. Après avoir abordé une question concernant l'impact des finances personnelles sur leur vie, ils ont décidé de faire venir une représentante de l'Association coopérative d'économie familiale

(ACEF) de l'Est de Montréal pour répondre à leurs questions. Cet organisme sans but lucratif intervient dans les domaines du budget, de l'endettement et de la consommation.

D'autre part, une participante nous quitte pour retourner aux études. Nous lui avons souhaité bonne chance dans la poursuite de ses études. Une nouvelle candidate a été rencontrée et semble très intéressée à faire partie de l'équipe du PIRAP. Elle a fait un certificat en français et nous lui avons fait faire un exercice de français à l'ordinateur pour vérifier **ses habiletés en** ce sens car elle disait ne pas avoir eu la chance de s'exercer depuis longtemps, bien qu'elle dit aimer beaucoup écrire. Nous croyons qu'elle rencontre nos critères de sélection et qu'elle fera une bonne coéquipière. Le début de sa participation a été confirmé pour le 1er août 2016. Un autre candidat débutera son stage d'observation participante en août.

Période du mois d'août et septembre 2016

Le mois d'août a été l'occasion d'améliorer nos façons de rédiger les comptes rendus de réunion d'équipe et les bulletins. Nous avons donc suggéré de créer deux modèles, un pour le compte-rendu et l'autre pour le bulletin qui est bloqué, c'est-à-dire où il est impossible d'écrire plus de caractères que ce qui est permis. De plus, nous avons suggéré que les personnes n'utilisent plus les enregistrements, mais prennent des notes. Afin de faciliter la rédaction et favoriser le travail d'équipe, deux personnes sont jumelées pour cette tâche. Pour ce qui est des participants, nous avons accueilli une nouvelle participante dans l'équipe qui est ravie d'être avec nous car c'était son premier choix parmi les propositions faites par son agent.

Le mois de septembre a été ponctué de réussites historiques pour le PIRAP. Le 29 septembre, l'équipe est allée présenter trois affiches de trois projets de recherche différents menés conjointement avec les patients partenaires de recherche du PIRAP à la Journée de la recherche du département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Il y a un étudiant en psychiatrie associé au projet de thérapie par avatar auquel le PIRAP est affilié en soutenant un pair aidant dans son rôle d'accompagnateur auprès des participants au projet. Cet étudiant était admissible au concours d'affiches et il a remporté le premier prix.

C'est la 2e année que le PIRAP participe à cette journée. L'an passé, en 2015, ce fut un événement historique: c'est la première fois qu'une patiente partenaire de recherche exposait une affiche et qu'une autre faisait partie du jury. Ses études en médecine lui ont permis de bien exercer son jugement. Les deux personnes sont membres du PIRAP. Bref, nous relevons sans cesse des défis et repoussons les limites que la société croyait immuables, pour une acceptation de la différence. Ce premier prix atteste de l'ouverture progressive de la communauté médicale et scientifique envers des personnes qu'elle est habituée de traiter comme patients.

Tout le monde s'aperçoit avec le temps qu'il est beaucoup plus facile qu'on le pensait de se côtoyer, ce qui nous amène tous à revoir nos règles sociales afin qu'elles soient plus souples et inclusives. Et pour terminer en beauté, le PIRAP a officiellement annoncé sur ses affiches qu'il était devenu l'Association des mentors du rétablissement, une appellation qui exprime bien la progression des personnes vers le rétablissement, dans un contexte académique et scientifique.

2-CULTURE

Le fragile équilibre

Le fragile équilibre, première partie

Le témoignage de Richard Langlois débute en parlant de son enfance. Il nous fait part de ses rencontres, sa relation avec ses parents, son premier amour, ses études, sa famille avec une femme et enfant. Puis, c'est le début de sa maladie. Il explique que la bipolarité commence souvent par l'hypomanie, ce qui s'est passé dans son cas. Il s'agirait d'une exaltation intense du cerveau où l'esprit va à toute vitesse et fait des liens causals douteux. Chaque événement, anecdote, et rencontre ont un lien avec lui et la chimère qu'il se construit peu à peu, prend la forme d'un délire mystique. À cette époque, les membres de son entourage remarquent des changements étranges chez lui, mais n'en font pas état.

Puis, lors d'un voyage à Moncton, il vit une psychose et y est interné. C'est à cet endroit qu'il témoigne du support et de la grande dévotion des personnes, ami(e)s et famille qui se sont occupées de lui. En parallèle, il nous a expliqué les aspects de sa vie qui se sont dégradés lorsque la maladie a frappé. En effet, son employeur, ne sachant comment composer avec une personne ayant une problématique de santé mentale, lui a annoncé qu'il ne pourra plus continuer à occuper l'emploi qu'il avait et que, par le fait même, il ne pourra pas conserver le nouvel appartement dans lequel il venait tout juste d'emménager. Puis, apparaît la seconde phase de la maladie beaucoup moins plaisante. Il s'agit de l'autre pôle de la bipolarité : la dépression.

Après un court séjour à l'hôpital, il revint vivre chez ses parents. Durant cette période, Richard passe ses journées à effectuer de simples activités comme faire des casse-tête, par exemple. Il commencera à participer à des groupes d'entraide qu'il fréquente encore aujourd'hui. Le moral remonte peu à peu, pour, malheureusement, revenir à la phase « maniaque » de la maladie. Cependant, il sera aidé par un spécialiste qui lui donnera l'espoir que le rétablissement est une chose possible. Il continuera également à recevoir l'appui de ses parents. Par la suite, il sera amené à travailler à l'Isle-aux-Grues comme représentant touristique. Il y fera la rencontre de Fabienne, sa compagne de vie, qui lui sera d'un grand support.

Le fragile équilibre, seconde partie

La deuxième partie est séparée en plusieurs sous-sections. Dans la première, le Dr Denis Audet démystifie ce qu'est la maladie bipolaire en parlant des causes, de comment celle-ci est vécue, des différents pôles de la maladie, ainsi que des manières de la prévenir. Il parle également du dépistage précoce, des traitements et de la stigmatisation entourant ce trouble. Puis Richard nous parle du rétablissement graduel, entre autres, les cinq étapes pour faire le passage du diagnostic au retour à une vie normale. Il rappelle l'importance de consulter; il donne aussi des conseils pour avoir de meilleures habitudes de vie : sommeil, nutrition, respect de son rythme de vie, l'autodiscipline, la prise de médication, etc.

Puis, dans un autre chapitre, il parlera de principes et de valeurs personnelles, comme des petits trucs à appliquer dans la vie de tous les jours. Il affirme qu'il est important de bien se connaître, de mettre ses limites pour ne pas être victime du stress et de ses répercussions, se donner droit à l'erreur, et de respecter ses limites. Dans un autre registre, l'auteur parlera de l'entourage et des difficultés que ceux-ci peuvent rencontrer. Parmi celles-ci, le sentiment de culpabilité des parents en général lorsque l'on voit notre enfant aux prises avec une problématique de santé mentale, l'importance de bien communiquer avec les

enfants d'adultes affligés par ce trouble, parler leur langage pour qu'ils comprennent bien les difficultés vécues par ces derniers.

Il fait également une recommandation concernant le réflexe de surveiller le proche malade : il faut avant tout observer. Il dédiera aussi un chapitre principalement sur la stigmatisation et sur les idées préconçues, comme par exemple, que les personnes vivant avec un trouble en santé mentale sont violentes, pauvres ou encore moins intelligentes. Puis dans le dernier chapitre, il touche à des zones plus personnelles, plus spirituelles, ayant trait à l'âme, ses zones d'ombres et de lumière et comment perpétuer la lumière dans les moments de grandes noirceurs.

Le fragile équilibre est un merveilleux livre qui, ironiquement, a deux polarités : l'une très touchante dans le témoignage que Richard Langlois donne et l'autre très éducative dans laquelle toute personne, malade ou non, peut trouver quelque chose à laquelle s'accrocher et ainsi meubler son quotidien. Un superbe livre pour tous ceux qui veulent aimer la vie et pour ceux qui veulent continuer à l'aimer. Comme quoi, le rétablissement est possible.

Pour en savoir plus visiter le site de Richard Langlois

<http://www.richardlanglois.ca/>

3-ENTRETIEN

Entretien avec un agent d'Infologis



Voici les informations découlant des diverses questions suscitées par l'atelier de Monsieur Bureau

L'obligation numéro un du locataire consiste à payer le loyer. Si un propriétaire n'honore pas un jugement de la Régie du logement en faveur du locataire, ce dernier peut se rendre au Palais de justice afin d'obtenir un grief et le faire appliquer par un huissier, lequel a le pouvoir légal de saisir des biens du propriétaire ou une somme d'argent dans son compte bancaire. Si le propriétaire ne se présente pas à une audience de la Régie du logement, le jugement aura plus de chance de favoriser le locataire. Il y a possibilité de porter appel à la Cour du Québec advenant un jugement non favorable en faveur du locataire. Les délais peuvent être assez longs, et ce, sans que l'on ne puisse y remédier.

Lorsqu'on cherche un logement, le propriétaire bénéficie d'un avantage. Il peut demander des informations personnelles (par exemple, notre numéro d'assurance sociale), bien que cela soit illégal. Le bailleur a le droit de refuser un logement à une personne pour un motif raisonnable. Présentement, il y a 25,000 ménages qui sont en attente d'une habitation à prix modique (HLM), ce qui représente un délai d'attente d'environ dix ans par ménage. Le revenu, le nombre d'enfants et l'état de santé sont des critères retenus pour définir le rang dans la liste d'attente. De plus, si une personne est victime de violence conjugale ou si son logement est fermé pour cause d'insalubrité, elle a donc un statut prioritaire.

D'ailleurs, il ne semble pas avoir de solutions faciles pour se trouver un logement rapidement et efficacement. Les coopératives demeurent autonomes et, par conséquent, il n'existe pas de moyen de savoir s'il y a un logement disponible. Dans ce type d'habitation, il y a des logements subventionnés et non-subventionnés. Ceux non-subventionnés coûtent 100 à 200 \$ de moins que la moyenne des logements tandis que ceux subventionnés équivalent à 25% du revenu du ménage.

Le fait de visiter plusieurs logements ne lie pas juridiquement le locataire au propriétaire. Par contre, si l'on signe un formulaire de demande de logement, ce document peut faire office de bail. De ce fait, dès la signature, le locataire peut-être lié au propriétaire pour la durée du bail. Il y a plusieurs façons d'annuler l'effet juridique d'un bail. Toutefois, rien n'oblige le propriétaire à respecter une telle initiative. Il peut exiger 1 à 3 mois de loyer (ou plus) en de telles circonstances. En effet, il peut même refuser d'annuler un bail tout simplement. On peut signer une cession de bail, mais cela exige aussi l'accord du propriétaire. Il y a aussi la solution de la sous-location; dans ce cas, il peut aussi s'y opposer pour une raison valable.

Normalement, le propriétaire a, s'il y a lieu, la responsabilité d'effectuer les réparations. Si, par exemple, celles-ci découlent d'une faute de la part du locataire, il peut, d'une façon légitime, imputer les frais de réparation aux locataires. Le locataire doit remettre le logement au propriétaire dans l'état initial comme avant la signature du bail. Il y a une section dans le bail où le propriétaire identifie les réparations prévues

et à quel moment elles doivent être complétées. Par contre, il est cependant rare que cette partie soit remplie. Le locataire peut être indemnisé à long terme pour des réparations qui ne sont pas faites.

Le propriétaire doit procurer la « jouissance paisible » du logement au locataire. Pour un problème de bruit, une personne peut envoyer une mise en demeure au bailleur (et non au voisin...!). Le propriétaire peut refuser l'accès aux animaux dans le bail et il peut également proscrire le tabagisme dans son logement.

Qui contacter ?

Pour toutes questions, si vous résidez dans Montréal-Est, soit à Pointe-aux-Trembles, Mercier-Est, Mercier-Ouest, Anjou ou Rivière-des-Prairies, n'hésitez pas à communiquer avec Info-logis au 514-354-7373. À noter qu'il y a d'autres comités de logements pour les autres régions de Montréal. Or, les comités de logement n'aident pas à la recherche de logement, sauf l'organisme Face à face qui se trouve au centre-ville de Montréal.



Comme vous avez pu le constater, monsieur Bureau a été bombardé de questions et a su répondre à chacune d'elles. Nous avons été consternés d'apprendre qu'il y a plus de 25,000 ménages qui sont en attente d'un HLM et que le délai d'attente est de 10 ans. Nous croyons que les différents paliers gouvernementaux devraient construire plus de loyers à prix modiques, afin d'aider les populations plus à risques ou vulnérables qui ont des revenus insuffisants.

Pour en savoir plus visitez

<http://infologis.ca>

4-INFORMATION UTILE

Rencontre d'information sur l'utilisation du crédit

Carte de crédit et dossier de crédit, compensation et saisie

Lorsque nous avons une carte de crédit et que nous l'utilisons, à chaque mois, nous recevons notre relevé sur lequel figurent nos achats. On peut payer l'entièreté du solde ou un autre montant, mais nous devons toujours faire le paiement minimum. Par contre, si vous ne payez pas l'entièreté du solde, l'intérêt commence à courir. Celui des institutions financières avoisine 19 %. Mais celui des cartes de crédit des détaillants peut avoir des taux beaucoup plus élevés, pouvant aller jusqu'à 28 %. Et certaines, comme la « Capital One » et la « Citibank » peuvent avoir des taux de près de 36 %. Avec ces cartes, on vise davantage les mauvais payeurs. Si vous ne faites pas au moins le paiement minimum : se sera inscrit dans votre dossier de crédit.

Dans notre dossier se trouve aussi un pointage de 300 à 900, du moins bon au plus enviable. Pour l'obtenir, il faut en faire la demande et déboursier un certain montant. Madame Marleau aborda la notion de prescription de dettes des cartes : après trois ans, si aucun paiement n'est toujours pas fait pour honorer notre dette, celle-ci est prescrite et les créanciers perdent tous leurs recours juridiques. Cependant, si votre carte appartient à la même enseigne que votre institution financière, cette dernière peut faire ce qu'on appelle de la compensation, c'est-à-dire qu'elle prélèvera l'argent dû, directement dans votre compte de banque (sauf si il s'agit d'un revenu du gouvernement tel que l'aide sociale).

Quant aux saisies, elles sont rares car ses étapes sont coûteuses; il faut donc passer devant la cours afin d'avoir le droit de le faire, puis par la suite, recourir aux services d'un huissier. Cependant, les créanciers ont d'autres recours, notamment, utiliser les services d'agences de recouvrement qui peuvent se montrer harcelantes : ton agressif, voir intimidant. Cela est interdit par la loi : vous pouvez envoyer une lettre officielle à l'agence afin qu'elle ne communique avec vous que par écrit et au besoin faire une plainte à l'Office de protection du consommateur. Fait intéressant, les agences de recouvrement achètent les dettes de manière à faire un profit sur celles-ci.

Difficultés financières... quoi faire pour s'en sortir ?

Faites un budget ! Énumérer la liste de vos revenus, de vos dépenses permet de voir où couper pour chercher de l'argent supplémentaire. Il faut également prioriser ses dettes; celles concernant les cartes de crédits peuvent attendre, par contre, surtout en hiver, celles d'électricité sont prioritaires. En ce qui concerne la consolidation de dettes : le principe est de prendre toutes nos dettes (sauf exception) et demander un prêt personnel pour les rembourser, à un taux d'intérêt beaucoup moins élevé dans une limite de temps. Il y a deux critères pour être éligible à une consolidation de dettes. Le premier, avoir un revenu de travail. Le deuxième, posséder un dossier de crédit sans taches. La consolidation ne laisse pas de traces sur ce dernier.

Par contre, si aucune de ces étapes ne peut nous sortir de nos difficultés, il reste trois autres solutions. Dépôt volontaire : il faut donc aller au palais de justice déposer ses dettes. Les créanciers seront avisés de ne plus faire de harcèlement, et le taux d'intérêt descend à 5%. Cependant, cela laissera une mauvaise marque sur le dossier de crédit. À noter que cette solution ne concerne que les dettes de

crédits. Le gouvernement peut se rembourser lui-même, et la compagnie de téléphone ou encore d'électricité peuvent malgré tout débrancher le service. Depuis peu, la loi a changé. Il faut dorénavant payer un montant minimal à chaque mois.

Faillite : il faut prendre rendez-vous avec un syndic de faillite membre du conseil des syndics du Québec. Tout d'abord, il va faire l'historique des dettes et vérifier s'il est possible de payer les dettes sans recourir à la faillite. Si c'est impossible, il nous orientera vers cette procédure qui pourrait coûter entre 150 \$ à 250 \$ par mois pendant une période déterminée. Cela laissera une marque sur le dossier de crédit pendant 6 ans ou 7 ans selon l'agence de crédit. Mais s'il voit que nous pouvons rembourser en partie nos dettes, il nous orientera vers une proposition du consommateur qui consiste à demander au créancier à rembourser qu'une partie de la dette, en l'étalant sur une période de cinq ans si voulu. Cependant, le créancier peut accepter ou refuser.

... Ne rien faire !

À noter qu'en tout dernier recours, si vous n'avez pas les moyens de payer vos dettes, que vous êtes sans revenus d'emplois et que vous ne possédez aucun bien de valeur, la plupart de vos dettes (sauf exception tel que les dettes gouvernementales) s'effacent après 6 ans de votre dossier de crédit. Cependant, il est important de ne faire aucun remboursement pendant cette période afin que cela puisse s'appliquer.

Lorsqu'on se pose la question si on doit avoir du crédit ou non, il faut bien se connaître. La carte de crédit favorise les achats impulsifs, c'est de l'argent virtuel. Il faut donc faire attention au dérapage. Et le crédit fait perdre la notion d'épargne pour parer aux coups durs ou imprévisibles. Il est bon de s'assurer que l'argent que l'on dépense avec la carte de crédit soit dans le compte de banque. Et si possible, s'assurer d'avoir un coussin d'argent aussi appelé fond de roulement qui équivaut aux dépenses mensuelles obligatoires comme le loyer, la nourriture et ses comptes à payer.

La notion de crédit, dans notre société de surconsommation, doit nous amener à faire preuve de jugement et de discernement au niveau de la gestion de nos dettes. Le fait de savoir qu'il existe des façons, des solutions pour s'en sortir lorsque nous sommes pris à la gorge financièrement, peut être rassurant. Mais lorsque nous sommes prestataire de l'aide sociale, il n'est pas évident de respecter son budget. En cas de besoin, il faut se rappeler qu'il existe des ressources comme l'ACEF pour nous venir en aide.

Pour en savoir plus visitez

<http://acefest.ca/>



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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 9 : *Décembre 2016*

1- Conférence : 16e conférence Midi-Signature

2- Conférence : La collaboration est une responsabilité
fondamentale pour tous dans l'amélioration de la santé !

3- Conférence : L'intimidation: Faut-il s'en inquiéter ? Et quoi
faire ?

1-CONFÉRENCE

16e conférence Midi-Signature



Conditions socio-économiques et la création d'un groupe contrôle

Cette première mini-conférence a été présentée par Charles-Édouard Giguère responsable de la gestion des données de la Banque Signature à l'IUSMM. Les résultats de cette étude, qui s'est déroulée à l'urgence de l'Institut, ont été comparés avec l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (1) où 2 449 participants vivant dans des régions urbaines de la province de Québec ont été sélectionnés. De la banque Signature, 1 133 patients de l'urgence sont inclus, de ce nombre, voici la répartition des patients qui ont été hospitalisés dans un des programmes de l'institut : 262 au programme Trouble anxieux et de l'humeur, 137 au programme Premiers épisodes psychotiques et enfin 237 au programme Troubles psychotiques prolongés.

Dans l'enfance, 36.2 % des participants de la Banque Signature ont rapporté avoir été témoin de violence comparé à 12.5 % dans la population générale. 62.1 % des participants ont subi de la violence physique dans l'enfance contre 41.1 % dans la population générale. Des écarts similaires ont aussi été observés au niveau des conditions socio-économiques : les participants de la Banque Signature ont souvent moins de diplômes post-secondaires, vivent plus souvent seuls et ont des revenus moindres (65 % en dessous de 20 000 \$) que ceux de la population générale (15 % en dessous de 20 000 \$). Par ailleurs, les troubles de santé physique sont beaucoup plus prévalent chez les personnes qui recourent à l'urgence de l'IUSMM.

Ces écarts ont mené à créer un groupe contrôle qui auraient des niveaux similaires de revenus, afin d'avoir une meilleure base de comparaison. Ce groupe contrôle permettra de répondre à des questions tels que : Pourquoi certaines personnes sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale ? Les participants qui y figurent auraient pour la plupart les mêmes niveaux de revenus sans pour autant qu'ils aient aussi un problème de santé mentale. La Banque Signature désire recruter 200 participants entre la fin de l'été 2016 et le printemps 2017. Les participants au groupe contrôle seront aussi appariés selon le sexe et l'âge.

Traumatisme précoce et atteintes immunitaires chez l'adulte dépressif admis à l'urgence psychiatrique avec ou sans conduite suicidaire

Passons maintenant à la deuxième mini-conférence présentée par Édouard Kouassi, professeur et chercheur agrégé à la Faculté de médecine. Les données de l'OMS (2) démontrent que la dépression va devenir la deuxième cause d'incapacité dans le monde en 2020 et la première dans les pays industrialisés en 2030. L'étude de la Banque Signature dans ce projet démontre entre autre qu'il y a un lien entre la maltraitance à l'enfance et le développement ultérieur de la dépression et des comportements suicidaires.

L'étude démontre de plus qu'il y a un lien entre les concentrations sanguines anormales de cytokines (3) (du grec cyto, cellule, et kinos, mouvement sont des substances solubles de signalisation cellulaire synthétisées par les cellules du système immunitaire ou par d'autres cellules ou tissus, agissant à distance sur d'autres cellules pour en réguler l'activité et la fonction. Bien que le terme cytokine soit peu connu du grand public contrairement aux hormones et aux neuromédiateurs, ces molécules sont tout aussi essentielles à la communication de nos cellules.») pro-inflammatoires et les conduites suicidaires chez les personnes déprimées.

L'échantillon comportait 50 personnes : 56 % étaient des hommes et 44 % étaient des femmes. L'âge moyen était de 43 ans et 76 % étaient canadiens français. De plus 71 % habitaient seuls. La combinaison des évaluations psychologiques, sociales et biologiques appliquée dans ce projet est susceptible d'augmenter les chances de dépistage précoce des personnes atteintes de troubles dépressifs. De plus, cette approche permettra de développer de meilleures stratégies de prévention du risque de suicide chez ces personnes.

Comprendre la comorbidité dans la psychose en lien avec le fonctionnement

La dernière de cette série de mini-conférence a été présentée par Tania Lecomte, chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. L'étude démontre que les personnes se présentant à l'urgence de l'IUSMM présentent souvent plusieurs comorbidités. Ce qu'on a voulu savoir c'est : comment expliquer leur coexistence ? Et est-ce qu'elles vont affecter le fonctionnement social de l'individu ? Les comorbidités retrouvées plus fréquemment sont : abus de substances, la dépression et l'anxiété. Toutes les personnes qui font partie de l'étude avaient des symptômes psychotiques et certains (32 %) avaient également des hallucinations.

69 % avaient été victimes d'une forme d'abus; 51 % présentaient une forme de dépression modérée à sévère; 61 % avaient des symptômes d'anxiété et environ 20 % avaient des problèmes d'abus de drogues (comme il n'y avait pas beaucoup de personnes avec abus d'alcool, cette comorbidité a été exclue). On a fait aussi des études dites « cluster » où l'on regroupe les gens qui se ressemblent. Le « cluster 1 », c'était surtout des hommes qui étaient plus impulsifs, abusaient de substances et avaient plus de dépression. On peut penser à un groupe qui a des troubles de personnalité ou antisocial peut-être. Le deuxième « cluster » c'est le groupe où il y avait un peu de tout.

Le troisième « cluster » c'était surtout des femmes un peu plus âgées : beaucoup de trauma, de dépressions et d'anxiété. Dans le « cluster 4 » il y a peu de comorbidités outre un peu d'impulsivité et d'abus de substance. Le dernier « cluster », c'est le groupe où il y avait des traumas assez importants ainsi que la présence de symptômes anxieux, sans autres comorbidités. Pour conclure, les résultats démontrant que 36,2 % des individus souffrant de maladie mentale ont été témoin de violence comparativement à 12 % dans la population en général, est pour le moins anticipé considérant que de tels événements nécessitent la plupart du temps les services de psychologues et/ou de psychiatre.

On peut noter une relation significative entre la manifestation de formes de violences et la prévalence d'une problématique en santé mentale. Ceci présente un éventail de répercussions sur la vie des personnes. Au-delà des chiffres il y a aussi une réalité humaine qui ne se classe pas aussi facilement que les statistiques le présupposent. Malgré tout, les infrastructures en santé mentale possèdent les ressources qui peuvent aider à corriger cette situation.

Pour en savoir plus sur l' enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, visiter

http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226

Pour en savoir plus sur la dépression, visiter

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>

Pour en savoir plus sur la cytokine, visiter

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Cytokine>

2-Conférence

La collaboration est une responsabilité fondamentale pour tous dans l'amélioration de la santé !

Présentation des conférenciers présents, par ordre d'apparition, lors de cet événement

Il y a d'abord Marie-Josée Fleury, professeure-chercheuse à l'Université McGill à Montréal, qui a présenté : « Les réformes dans les domaines de la santé mentale et des addictions au Québec ». Vient ensuite Catherine Tourette-Turgis, professeure à l'Université Pierre et Marie Curie (Sorbonne-Universités), qui a exposé « L'université des patients : reconnaître et valider l'expérience des malades ». Puis ce fut le tour de Julie Bordeleau, de l'Association des mentors et partenaires de rétablissement et du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, qui a abordé le sujet : « Pour le rétablissement de la pleine citoyenneté par la recherche ».

Par la suite, Murielle Villani, chercheuse au laboratoire de psychopathologie et processus de santé de l'université Paris Descartes, a exposé : « Les programmes de paris aidants en France : état de situation et difficultés de mise en place ». Le prochain conférencier, Frédéric Denis, praticien hospitalier du Centre hospitalier La Chartreuse à Dijon, a discuté de « La santé orale des patients psychiatriques ». Ensuite, Sandra Louis, assistante de service social et chef de service d'un Centre de soins et d'accompagnements pour la prévention des addictions (CSPA) a parlé du sujet suivant « Une recherche-action sur la reconnaissance des acquis de l'expérience des usagers de drogues ».

La personne suivante qui a présenté sa conférence était Eve Gardien, maître de conférences en sociologie à l'université Rennes 2 : « La spécificité des savoirs expérientiels en situation de handicap ». Enfin, Christian Laval, sociologue, chercheur associé au Centre Max Weber à Lyon 2 a discuté d'« Un chez-soi d'abord » : comment faire science avec les savoirs expérientiels ? Et pour conclure cette journée, Jean-Yves Barreyre, directeur du CEDIAS et vice-président du conseil scientifique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a amené le sujet suivant : « Inscrire l'expertise des personnes dans la co-construction des politiques sociales ».

Le savoir expérientiel au profit de la recherche et une innovation surprenante !

Julie Bordeleau a introduit les principaux objectifs du concept de l'Université du rétablissement, soit de transformer le savoir expérientiel des personnes ayant connu des interruptions de parcours de vie en raison de problèmes de santé en savoir académique et de faire bénéficier la communauté scientifique de ce savoir expérientiel. Cela peut se traduire entre autres par un partenariat avec leurs médecins, afin d'obtenir une meilleure qualité de soins et de services de santé. Les résultats d'une recherche-action réalisée par et pour les usagers de santé mentale ont été présentés : Pour une meilleure prise en charge en 1ère ligne des problèmes de santé physique chez les personnes qui ont aussi un trouble mental grave.

Lors de cette journée, Julie, en tant que codirectrice exécutive de l'Association des mentors et partenaires de rétablissement, était la seule représentante de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Au Québec, nous sommes des pionniers dans l'approche partenariale, c'est-à-dire que nous impliquons les usagers dans la recherche, dans l'enseignement, dans des comités cliniques, administratifs, etc. et aussi en tant que mentors de rétablissement dans le milieu de la santé. Petit à petit le concept de l'Université du rétablissement se fait de plus en plus connaître auprès d'autres instances de santé et en France tout particulièrement.

Des initiatives comme celle-ci aident les personnes vivant avec un trouble de santé mentale et/ou physique à passer de sujets de recherche à mentors et partenaires de rétablissement. Il y a encore un peu de clivage de part et d'autre de l'Atlantique mais, selon la codirectrice, les chercheurs ont une plus grande réceptivité, une ouverture pour faire davantage de place aux usagers afin d'obtenir un rôle de première importance dans l'innovation médico-sociale.

Selon elle, les recherches doivent correspondre aux besoins des personnes ayant une maladie tant physique que mentale. Lorsque notre équipe a reçu une chercheuse de la France présente à ce colloque, Eve Gardien en l'occurrence, cette dernière a été étonnée de constater que des gens qui ont des problèmes de santé mentale soient aussi bien organisés et pouvaient participer activement et adéquatement à plusieurs niveaux de la recherche. Julie Bordeleau a élaboré davantage sur le projet de recherche présenté au colloque. Elle a notamment rappelé que le rôle des omnipraticiens est très important pour la personne ayant un problème de santé mentale afin de lui assurer une qualité et une espérance de vie optimales.

Dans le journal de l'Association Médicale Canadienne (l'AMC), un article souligne en particulier l'effet dévastateur du phénomène de « l'écran diagnostique », c'est-à-dire lorsque des plaintes de maux physiques sont interprétées par les omnipraticiens comme étant des symptômes de maladie mentale, plus spécifiquement chez les gens atteints de schizophrénie. Ces personnes voient donc leur espérance de vie diminuer jusqu'à 20 ans comparativement à la population en général. Le projet de recherche a donc cherché à éduquer les patients et les médecins afin de les inciter à être des partenaires de santé et ainsi diminuer cet écart. (voir la section des références. (1) vol 2 no 11.3; (2) vol 4 no 8.2; et (3) vol 5 no 3.4)

Au Québec 85% des gens ayant un diagnostic de schizophrénie sont suivis par un médecin de famille chaque année. L'innovation du projet de recherche est au cœur de ce partenariat entre médecins, infirmières et patients. Maintenant la question qui se pose est, « à quand des mentors de rétablissement en santé physique ? »

Après avoir entendu ce colloque, nous considérons que la santé globale est une nécessité pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale; nous espérons que dans un avenir rapproché, ce concept de santé globale facilitera la communication avec tous les acteurs de la santé mentale et physique pour le plus grand bien-être de la personne.

3-Conférence

L'intimidation: Faut-il s'en inquiéter ? Et quoi faire ?

Qu'est-ce que l'intimidation et la cyberintimidation ?

Depuis environ 10 ans, on entend parler de plus en plus d'intimidation dans les médias, dans les commissions scolaires, dans les écoles et dans les milieux universitaires. Dre Isabelle Ouellet-Morin croit que tous ces efforts de conscientisation à la fois du public mais aussi des instances gouvernementales cherchent à diminuer les impacts de ces phénomènes auprès des jeunes et ont eu un grand avantage à le faire. En effet, toutes ces mesures commencent à donner quelque chose de concret, une base pour mieux aider les victimes mais aussi afin de prévenir l'émergence de cette problématique.

Le fait qu'une querelle implique de l'agression physique ne suppose pas nécessairement qu'il s'agisse d'emblée d'intimidation. Par contre, cela en est lorsqu'il y a d'autres échanges impliquant de l'agression physique faisant partie d'un problème de relations sociales. L'intimidation, vécu par 13% des jeunes, se résume à subir des paroles et actions blessantes, qu'elles soient intentionnelles et répétées dans le temps ainsi que de vivre un déséquilibre du pouvoir dans lequel la victime ne perçoit pas d'issue. De plus, 90% de ceux-ci ont été témoins d'actes de ce genre.

Des problèmes émotifs et comportementaux, un rendement scolaire sous-optimal, une estime de soi fragile, des relations sociales ardues et le fait de cohabiter avec des problèmes de santé physique et mentale semblent être des aspects favorisant l'intimidation. On pense que les expériences sociales incluant celle de victimisation vont venir affecter la façon dont fonctionnent certains gènes et la régulation des émotions. Moins fréquente que l'intimidation traditionnelle, on ne parvient pas à mesurer les impacts supplémentaires que pourraient réaliser la cyberintimidation comparativement à celle-ci parce que la plupart des jeunes sont touchés par ces deux formes. On ne parvient pas à noter une augmentation précise la concernant.

Comment intervenir auprès de l'enfant qui subit de la cyberintimidation ?

Il faut tout d'abord maintenir la communication et respecter le désir d'indépendance de l'enfant. Il faut donc s'assurer que l'enfant comprend bien qu'il s'agit d'intimidation même si elle se passe dans un monde virtuel. D'ailleurs, il faut comprendre que le fait de « partager » et de « liker » un contenu intimidant sur les réseaux sociaux, participe également à la cyberintimidation. Il est donc recommandé de demander à son enfant d'exercer son jugement et de faire confiance à leurs premières impressions.

Lorsque le jeune fonctionne bien malgré l'intimidation, il vit de la résilience. Le soutien de la famille et des amis, un environnement qui condamne la violence, des pistes de solution envisagées, l'intelligence, l'humour et l'estime de soi favorisent grandement la résilience.

Pourquoi les intervenants dans bien des cas ne sont pas au courant qu'il y a de l'intimidation envers un jeune ?

Parce que la plupart des victimes choisissent de ne pas en parler. Il semble y avoir une grande honte et/ou de vivre une certaine culpabilité de la part des victimes. Il faut donc promouvoir un environnement où la violence est sanctionnée et ce, autant à l'école qu'à la maison. Afin d'y parvenir, le projet de loi 56 oblige les écoles à émettre un plan de lutte, ainsi que des mesures de prévention et d'encadrement aux victimes. La plupart des programmes disponibles demandant un grand investissement pour les écoles et le personnel, sont rarement validés scientifiquement et donne peu d'outils pour les victimes. Il existe des centaines de programmes de cette nature selon la commission scolaire de chacun.

Dre Isabelle Ouellet-Morin a développé une application mobile qui s'appelle « + Fort » destinée à rejoindre des jeunes de 12 à 16 ans qui sera lancée en français en début 2016 et qui sera notamment disponible au Canada anglais par la suite. Cette application aura trois fonctions principales : 1- informer les jeunes à propos de l'intimidation; 2- les aider à comprendre leurs propres expériences d'intimidation pour les aider à mieux choisir les cibles à prioriser; 3- les soutenir dans le choix de stratégies à mettre en action et évaluer pour trouver celles qui fonctionnent le mieux pour eux. Cette application comportera aussi des capsules vidéo dont des personnalités jeunesse ont été invitées à faire les vidéos, une carte virtuelle et un questionnaire.

On peut conclure que l'intimidation chez les jeunes est un phénomène qui dure depuis belle lurette. Ces dernières années on a tenté d'instaurer des programmes visant à prévenir le phénomène de l'intimidation. Comme on a démontré, les programmes ne fonctionnent pas nécessairement et changent d'après les commissions scolaires. Dre Isabelle Ouellet-Morin a développé une application mobile qui tente d'aider et de prévenir le phénomène; cette application semble d'après les tests être très prometteuse.

Nous pensons qu'il serait bien de valider scientifiquement les programmes existants basés sur les meilleures pratiques dans le domaine et de là, utiliser les solutions qui en découleraient. Puis d'aller explorer d'avantage les mesures du plan d'action 2015-2018 proposé par le gouvernement Couillard : « Ensemble contre l'intimidation, une responsabilité partagée ». Il s'agit de voir comment implanter ces mesures dans nos milieux respectifs.

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

BULLETIN DU PIRAP

Volume 5, numéro 10 : *Janvvier 2017*

- 1- **Entretien** : Connaître nos droits est fondamental
- 2- **Couverture d'évènement** : Soutien entre pairs : rôles, spécificités et enjeux
- 3- **Entretien** : Témoignage de Colombe St-Louis, paire-aidante

1-Entretien

Connaître nos droits est fondamental

Qu'est-ce que Action Autonomie ?

Action Autonomie est un regroupement de personnes utilisatrices de services en santé mentale. Leur assemblée est uniquement composée de gens vivant une problématique à ce niveau, ce qui est très rare. Ils ont la mission sociale de porter la voix de groupe d'utilisateurs à s'exprimer sur les services qui leurs sont offerts.

Mme Blais est membre d'Action Autonomie depuis près de 25 ans. Elle s'implique également dans des comités et des conférences qu'elle présente auprès des étudiants, soit au niveau collégial et/ou à l'université, afin de sensibiliser les nouveaux professionnels dans le domaine de la santé mentale des droits des personnes ayant une problématique en ce sens. Tandis que M. Ghyslain Goulet offre des formations; il tient surtout le rôle d'organisateur dans la communauté.

La philosophie de ce groupe vise le développement de l'autonomie de la personne en leur fournissant des informations sur leurs droits, mais aussi dans certains cas, dans l'accompagnement des individus. Ce regroupement couvre l'Île de Montréal, mais il y a des groupes de défense des droits en santé mentale dans toutes les régions du Québec. Ils en font la promotion afin de sensibiliser les personnes sur le respect de leurs droits. Par ailleurs, il publie annuellement un journal "La Renaissance", donne des présentations dans les écoles pour les futurs intervenants, participe à des colloques et invite les médias à couvrir des événements sur l'enjeu des droits des personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

Leurs accomplissements

Selon ce groupe, le droit à l'information, dont les effets secondaires des médicaments, semble être le plus bafoué en santé. Il précise que c'est faire preuve d'infantilisation et de déconsidération envers le patient. Si on a un dossier en psychiatrie et même si la personne se présente à l'hôpital pour des raisons de santé physique, trop souvent, elle va être transférée en psychiatrie sans même avoir été vu pour son problème d'ordre physique. Pourtant, la raison d'être du système de la santé, c'est la primauté de la personne et c'est lui qui doit être à notre service et non l'inverse. Les droits de la personne sont universels, c'est donc important de le souligner.

Pour obtenir des changements, on doit signaler les problèmes auprès de certaines autorités : c'est pour cela qu'Action Autonomie existe aussi. En 1989, ils ont permis de dénoncer des abus et des conditions que les personnes utilisatrices de soins de santé mentale subissaient car elles n'étaient pas traitées comme des êtres à part entière. Associé à des professionnels, le groupe a pu être entendu sur la notion de respect, de la pleine citoyenneté et sur la valeur de l'expertise de ces personnes. À noter que Québec a été un pionnier dans l'adoption d'une politique en santé mentale.

En 1998, ce regroupement a discuté fortement sur les mesures de contrôle en santé mentale au Forum international. Il a obligé le Ministère de la santé à poser des actions concrètes sur le fait qu'on doit d'abord soigner les gens et non, par exemple, les attacher sur une civière. En 2002, le gouvernement a instauré des orientations ministérielles comme la charte des droits des personnes. Par contre, dans les institutions, il n'y pas d'uniformité sur les statistiques des mesures de garde. Dans les années qui

viennent (de 2017-2020) chaque établissement aura la responsabilité de fournir un plan d'action sur le respect de droits de la personne, favoriser l'autonomie et de faire participer aux soins la personne concernée par la maladie.

Connaître nos droits est fondamental

Malheureusement, encore aujourd'hui, le système de santé fonctionne encore par sectorisation (code postal). Pourtant il y a une loi effective depuis 2007 qui stipule qu'on a le droit de choisir l'hôpital qui nous soignera. Dans les faits, ce n'est pas le cas. Action Autonomie s'est battu contre cette illégalité pendant dix longues années. En ce qui concerne les gens ayant un dossier en psychiatrie, les établissements ont modifié cette mesure pour l'adapter aux personnes ayant des troubles de santé mentale; malgré tout, elle n'a pas toujours été appliquée et reste omniprésente dans le système de santé.

Par ailleurs, on doit savoir aussi qu'un établissement ne peut mettre une personne en garde préventive plus de 72 heures à moins qu'elle présente un danger imminent pour elle ou les autres. Sinon, après ce délai, c'est seulement un juge qui peut prolonger la garde. Mais dans la réalité, cela prend six jours en moyenne pour que le patient puisse sortir de l'hôpital. Actuellement, le système de santé est lourd et fait preuve de lenteur pour informer la personne de ses droits. Selon M. Goulet, même si on a fait des progrès, il reste encore beaucoup à faire. On se doit d'être vigilant et on ne doit pas considérer que ce qui est acquis soit permanent. Cela prend seulement un changement de gouvernement pour que tout bascule.

Toutefois, les gens vivant avec un trouble de santé mentale ont droit à leur dignité, au respect et à la liberté comme citoyen à part entière ayant les mêmes droits que tout le monde. L'organisme Action Autonomie est très important car il s'implique présentement sur les mesures de contrôles y compris la médication et l'isolement, sur la garde en établissement, sur le vieillissement et les femmes avec une problématique de santé mentale. Ce groupe offre aussi des cafés rencontres et un lieu de partage. Action Autonomie propose des formations deux fois par année sur les droits gratuitement.

Il arrive souvent que la théorie ne reflète pas la réalité: comme par exemple, dans bien des cas, c'est seulement un psychiatre qui fait un rapport alors que dans la loi (P38), il doit avoir deux psychiatres dans le contexte d'une évaluation médico-légale d'un patient qui présente des signes de danger "imminent". Pour faire une évaluation qui fait du sens, il faudrait que le rapport à la réalité de ce patient soit prouvée hors de tout doute.

Pour en savoir plus sur Action-Autonomie, visiter

<http://www.actionautonomie.qc.ca/>

2-Couverture d'évènement

Soutien entre pairs : rôles, spécificités et enjeux

Le rôle et les enjeux du pair aidant selon M. Legris

Luc Legris, directeur- adjoint du développement et programmes spécifiques à la Direction de la SAPA à l'IUSSM. Détenteur d'un doctorat en psychologie et diplômé de deuxième cycle en gestion et développement des organisations, il œuvre depuis plus de 20 ans dans le réseau de la santé et des services sociaux. En 2010, il a implanté la notion du rétablissement et en 2015 il a intégré la profession de pair aidant. Il a également collaboré à l'étude des pairs aidants dans les équipes de suivis et de soutien dans la communauté.

Selon M. Legris, Les principaux rôles du pair aidant sont : l'accompagnement et le rétablissement de l'usager. Les pairs aidants devraient avoir leur ordre professionnel pour préserver leur identité qui leur est propre à propos du savoir expérientiel. Dans l'étude, il y a l'enjeu de la formation et de l'intégration, mais il y a une problématique au niveau d'appropriation de la notion du rétablissement dans les milieux d'accueils.

Les principaux enjeux des pairs-aidants sont : l'intégration et la formation. L'enjeu spécifique est la reconnaissance de ce métier dans le réseau de la santé. M. Legris perçoit une certaine précarité de l'emploi, car elle n'est pas reconnue par le Ministère du trésor, malgré la formation de l'AQRP. Par contre, l'Université de Laval permet de créditer les cours de pairs aidants et à l'IUSSM, on reconnaît le savoir expérientiel lors des comités et en recherche avec l'Université du Rétablissement anciennement, le Programme international de recherche action participative sur le rétablissement civique (PIRAP) dont le directeur est M. Jean-François Pelletier.

Regard sur la profession de pair aidant et ses lacunes

Ugo Valiquette, pair aidant depuis 2011, fait partie de l'équipe SIM (suivi intensif dans le milieu) au CISSS de Laval. Selon celui-ci, la profession permet de créer un pont liant l'utilisateur de services à son équipe traitante. Il intervient auprès de l'usager, de ses proches et des équipes traitantes. Il observe une plus grande ouverture de la part des différents acteurs au sujet du principe du partenariat de soins. En tant que tel, il se sent accepté et il constate une reconnaissance de la valeur des savoirs expérientiels. Il soutient que la formation de pair aidant pourrait bénéficier d'un volet traitant des dilemmes éthiques, notamment par rapport aux problématiques rencontrées lors de l'application d'une ordonnance de traitement.

Monsieur Valiquette n'a pas nécessairement de descriptions de tâches formelles, mais il fait de l'intervention en individuel à domicile, de la co-intervention et participe à des réunions de groupe. Les pairs aidants peuvent obtenir du soutien via le réseautage sur Facebook et de la formation continue offerte par l'AQRP.

Mme Annie Beaudin, coordonnatrice Pairs Aidants Réseau, représentante de l'AQRP. Elle précise dans cette conférence, que la formation des pairs aidants aborde entre autre leur vécu et leur histoire de rétablissement. Ceci leur permet d'être en mesure de se révéler judicieusement et de pouvoir partager leur savoir expérientiel avec la clientèle. Elle précise aussi que cette formation est en constante

évolution. Par contre, il y a autant de milieux que de spécificités, ce qui n'est pas évident. Il y a deux réalités qui se confrontent; la spécificité de l'employé et celle de l'employeur. Les pairs doivent s'adapter à leur nouveau milieu et à la culture de celui-ci. Ainsi, l'AQRP a également le mandat d'accompagner le pair aidant à s'intégrer au milieu professionnel et à lui donner des outils.



La spécificité du GIAP selon Mme Rivard et par Jessica Albayrak, en tant que paire aidante

Jacinthe Rivard, est professeur et coordinatrice de recherche, École de service social, Université de Montréal. Elle fait partie du GIAP. Le GIAP est né du partenariat entre plusieurs organismes qui viennent en aide aux jeunes de la rue du centre-ville de Montréal. Celui-ci préconise une approche alternative de la prévention de l'immunodéficience (VIH), du virus de l'Hépatite C (VHC), des infections transmissibles sexuellement et par le sang et de réduire les méfaits chez les jeunes consommateurs de drogues. Le GIAP a plus de 20 ans d'existence et contient six pairs aidants, une coordonnatrice, une agente de soutien et est appuyé par six organismes partenaires où les pairs aidants sont jumelés avec des intervenants.

Leur rôle, au GIAP, est d'assurer une présence significative au près des jeunes de la rue et de les référer à des ressources selon les besoins de ceux-ci: accompagnement personnalisé, prévention et lutte contre les préjugés. La spécificité du GIAP est l'approche globale inclusive, dynamique et participative. Celui-ci a une grande visibilité lors de l'événement du Festival d'Expression de la Rue (FER) et l'expression artistique et citoyenne. Le GIAP a effectué deux principales évaluations : l'intervention par les pairs (l'IPP) en 1996 et en 2006. Après ces deux évaluations, le GIAP a décidé de se donner les moyens d'être évalué annuellement.

Jessica Albayrak, paire aidante au sein du GIAP, souligne l'importance de renforcer la spécificité de cette profession dans le cadre et les conditions de travail, l'humanisme et la variété des rôles. Elle participe à des tables de concertation, à des forums internationaux et contribue aux demandes de subvention. Elle intervient aussi sur le plan individuel, l'écoute, la création de liens, le soutien et l'accompagnement. Elle se sent comme une équilibriste qui marche sur un fil, car elle cohabite avec la marge et la norme. Elle travaille en étroite collaboration avec l'organisme d'aide humanitaire, Médecin du Monde qui porte secours aux personnes vulnérables à Montréal. L'organisme soutient également les intervenants de première ligne.

Ce travail de coopération nous inspire beaucoup sur la profession de pair aidant. Cette conférence nous a vraiment touché par tous ces intervenants qui s'impliquent pour que la profession prenne de l'ampleur et ce, de manière constructive. Il ressort de cette présentation que la formation de pair aidant acquiert de plus en plus de crédibilité au plan social mais qu'il reste encore du travail à faire, notamment, au niveau de l'éducation populaire.

Pour en savoir plus, visitez

<http://www.giap.ca/>

3-Entretien

Témoignage de Colombe St-Louis, paire-aidante

Son histoire de vie: vivre sa première psychose à 33 ans et manifestation de sa paranoïa

Durant son adolescence, elle avoua qu'elle vivait beaucoup de tristesse et de colère. Vers l'âge de seize ans elle quitta alors la maison familiale. Vivant dans un nouvel appartement avec un certain mal de vivre qui s'amplifiait, elle nous fait part de sa tentative de suicide. Par la suite, elle fut hospitalisée pendant vingt-quatre heures. Tout en continuant ses études en psychologie, elle fait part de son manque de confiance en elle et l'arrivée d'un événement majeur dans sa vie : la naissance de son petit garçon.

Elle travaillait comme directrice dans un organisme communautaire œuvrant en santé mentale. Plusieurs événements malheureux bousculèrent sa vie tels que la maladie de sa mère, une perte d'emploi et le fait de faire face à une grande peine d'amour. Madame St-Louis nous explique également que les signes précurseurs de ses psychoses sont de souffrir d'insomnie et d'éprouver une peur inhabituelle. Elle commença donc à ressentir une peur au sujet du trafic d'organes pour son fils et elle-même. Lors des sorties au parc avec lui, dans la crainte qu'un éventuel trafic se produise, elle a décidé de créer un parc dans son salon pour assurer la sécurité de son enfant. Elle mentionna aussi qu'elle voulait même jusqu'à le retirer de la garderie .

Durant une psychose, Madame St-Louis s'isola dans son appartement et procéda à la recherche de microphones et caméras sans en trouver, elle faisait de la paranoïa. Écoutant la musique très forte pendant une longue période, elle procéda à la rédaction de son testament à l'aide de peinture noire sur le mur de son salon. Par ailleurs, deux dames de la protection de la jeunesse conjointement avec la police ont amené l'enfant avec eux sans qu'elle puisse le rassurer. Toujours dans le scénario du trafic humain, Madame St-Louis ne comprenait pas le déroulement de la situation.

Accepter son diagnostic de bipolarité et évolution de son rétablissement

Afin d'augmenter ses chances de revoir son fils, elle prend la décision de prendre une médication. Après sa première psychose manico-dépressive, elle fut diagnostiquée bipolaire de type 1. Vivant constamment avec des préjugés, elle décida d'accepter de vivre sa maladie et de ne pas avoir honte de son problème de santé mentale. Pendant ses années à composer avec la protection de la jeunesse, sa motivation première à la réalisation de son rétablissement était de retrouver son fils. Madame St-Louis a donc dû se créer des filets de sécurité concernant ses signes précurseurs dans l'optique de convaincre le juge d'obtenir la garde de son fils.

Dans l'intention de diminuer ses symptômes précurseurs à une psychose, elle a développé des stratégies telles que parler avec une amie, peindre des toiles, jouer avec ses chiens et ses deux chats, danser et chanter. Selon elle, même s'il n'y a pas toujours de suite logique, il y a quatre étapes à la réalisation d'un rétablissement. Durant la première étape intitulée « choc et déni » : elle mentionna être une personne anéantie et prise dans un piège. Par la suite, dans la phase du « renoncement et de désespoir », elle vivait beaucoup d'auto-stigmatisation. Ensuite dans « l'espoir et la remise en question », elle partage la revalorisation qu'une amie lui a fait réaliser en lui parlant de ses forces d'animatrice de groupe. Finalement, dans la dernière étape nommée « volonté d'agir et courage », Madame St-Louis

affirme avoir prise la décision de se prendre en main et de se réapproprier le pouvoir sur sa vie en poursuivant ses études et ses rêves.

Améliorer son estime de soi

Madame St-Louis précise qu'il est important de se fixer des petits objectifs, de s'aimer comme nous sommes afin de retrouver son moi authentique. Malgré les épreuves qu'elle a traversées comme les difficultés financières et de le fait de coexister pendant huit ans avec la protection de la jeunesse, elle indique que son estime a augmenté tout en faisant des petits pas. Elle a donc rebâti sa confiance en se disant qu'elle était capable de réussir et pour ce qui est de son estime, en s'affirmant comme une personne valable.

Elle réussit à retrouver la garde de son enfant. Elle choisit de poursuivre ses rêves et d'affronter ses peurs en réalisant un retour aux études pour exercer le métier de pair aidant à l'IUSMM. Modèle d'espoir, elle dévoile que cette profession donne un sens à son passé et lui procure un sentiment de fierté en participant à la diminution de la stigmatisation. Motivée, elle travaille actuellement sur un projet littéraire qui l'aide également à faire un cheminement intérieur.

Selon l'OMS, le fait d'avoir des buts dans la vie fait partie intégrante de la définition de "santé mentale". D'ailleurs, d'après le célèbre adage, le travail est bon pour la santé. De plus, le besoin de madame St-Louis de retrouver son enfant a contribué à son rétablissement. Voilà un exemple, que le rétablissement ne passe pas exclusivement par le travail.