

le partenaire

vol. 19, n° 4, hiver 2011

La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale



*Santé mentale et santé physique :
deux composantes indissociables
au rétablissement et au mieux-être*



ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

est la revue de

l'Association québécoise
pour la réadaptation psychosociale



Siège social :

AQRP, 184, rue Racine, bureau 307
Québec (Québec) G2B 1E3
Téléphone : 418 842-4004
Télécopieur : 418 842-4334
Courriel : aqrp@qc.aira.com
Internet : aqrp-sm.org

Éditrice : Esther Samson

Comité d'édition : Noémie Charles,
Rosanne Émard, Michel Gilbert,
Francis Guérette, Diane Harvey,
Marie-Hélène Morin, Esther Samson.

Révision des textes : Judith Tremblay

Conception et réalisation graphique :
www.fleurdelysee.ca

Impression : Copies du Pavois, Québec

ISSN : 1188-1607

sommaire

2

- 3 Carnet de l'éditrice
- 3 Chronique du franc-tireur
- 4 Pourquoi et comment investir en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux?
- 9 Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale
- 13 Programme Mieux-Être « Wellness » : un apport au rétablissement de la clientèle psychiatrique
- 16 Faire le poids contre la menace du syndrome métabolique
- 20 Facteurs de rétablissement
- 21 La Gestion autonome de la médication : une pratique au service du mieux-être
- 25 Favoriser le rétablissement avec la présence attentive
- 29 La gestion de l'énergie par l'activité physique chez les gens ayant un problème de santé mentale
- 31 Avec ou sans voix, accroître la qualité de vie!
- 34 Le PARS du SAIME
Quand l'équitation thérapeutique contribue au mieux-être
- 38 La santé mentale, un enjeu de santé publique
 - Sans la santé mentale publique, point de santé : les raisons pour agir
 - Le défi du système de santé du 21^e siècle : gérer l'intangible
- 42 *Nous avons lu pour vous...*
La médication et vous : tirez le maximum de vos rendez-vous chez le psychiatre

vignette sur la une

« Je découvre le bien-être d'être soi-même dans ce monde de la créativité qui s'ouvre à moi. » C'est ainsi que s'exprime Diane Bellefeuille par rapport à son œuvre présentée à la une, *Mouvement*. L'artiste de Québec, membre de l'Atelier de la mezzanine, de Vincent et moi et de Quand l'art s'exprime, a commencé la peinture en autodidacte en 2002. Depuis, elle explore différents styles et moyens d'expression. Elle expose en solo de même qu'en collectif en divers endroits. Diane explique que c'est habitée d'un désir d'expression de liberté qu'elle a créé sa toile, tel qu'en témoigne la spontanéité des jets de peinture, donnant cette impression de mouvement.

Carnet de l'éditrice

Vous avez déjà entendu parler de taux de rechute? De séjours répétés à l'hôpital? De fidélité au traitement? Sans aucun doute! C'est un peu en contrepoids à ces propos plutôt déprimants que nous vous présentons un numéro portant sur le mieux-être, en mettant l'accent sur la santé (ses déterminants, ses indicateurs) et les saines habitudes de vie à adopter pour favoriser le rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux et pour améliorer la santé mentale de chacun d'entre nous. On le comprend à la lecture des textes qui suivent, la santé physique est un enjeu particulièrement important pour les personnes vivant avec un trouble mental, de par leur condition mais aussi en raison des conséquences du traitement pharmacologique (on n'a qu'à penser à l'obésité par exemple).

Le présent numéro regroupe des auteurs de différents horizons. Le premier texte, de Liane Comeau et de ses collaboratrices, conseillères scientifiques à l'INSPQ¹, porte sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux. Les trois textes suivants traitent de santé physique et du syndrome métabolique, en lien dans chaque cas avec la présentation d'un programme original visant à accroître la santé globale (physique et mentale) de l'individu. Ainsi, Annick Simard, diététiste à l'IUSMQ², nous entretient du Service Action Santé, le docteur Christian L. Shriqui du programme Mieux-Être « Wellness » et France Demers, pharmacienne, ainsi qu'Audrey Meloche, infirmière clinicienne, du programme de la Clinique Notre-Dame des Victoires.

À partir de son propre vécu, Marc Boutin nous parle ensuite de mieux-être, en nous livrant sa vision des facteurs multiples ayant contribué à son rétablissement.

Chronique du franc-tireur

Le mot qui fait toujours peur

Depuis 15 ans que je travaille dans le monde de la santé mentale, surtout dans des groupes d'entraide, ce qui me frappe est l'importance d'un certain vocabulaire dans notre pratique. Le choix de mots n'arrive toujours pas à établir une passerelle entre notre univers professionnel et la société. La principale barrière demeure le mot « psychiatrie », chargé d'images, de préjugés, de peur.

Outre le mot « psychiatrie », les concepts de « primauté de la personne », d'« appropriation du pouvoir » et de « rétablissement » traversent le temps. Ces mots auxquels nous donnons vraisemblablement diverses définitions, et cela peu importe notre réseau d'appartenance, constituent un vocabulaire toujours obscur. Changeons de paradigme aussi souvent que nous le voulons, utilisons les mots les mieux à même d'entretenir l'espoir de voir ceux que l'on aide s'en sortir, il y aura toujours des personnes à qui le mot « psychiatrie » fera si peur qu'elles n'iront pas chercher de l'aide ou auront honte de l'aide qu'elles reçoivent.

Et les mots sont importants comme véhicules et révélateurs de la pensée.

Prenons le mot « militaire ». Comme substantif, ce n'est déjà pas l'idée de la joie qui nous vient à l'esprit. Utilisons-le comme adjectif et voyons la puissance de ce simple mot. La musique militaire ne nous fera pas danser mais marcher du même pas et peut-être dans une direction que nous n'avons pas choisie. La justice militaire est bien éloignée de l'idéal de justice

Par ailleurs, ce numéro illustre des exemples de pratiques liées au mieux-être qui se distinguent par leur aspect novateur. On y aborde la gestion autonome des médicaments, dans un texte de Lourdes Rodriguez, Ph. D., et de Pierrette Richard, directrice de Prise II; la présence attentive, dans un écrit de Claude Fournier, M.D.; la gestion de l'énergie sous la plume de France Desjardins, éducatrice physique à l'IUSMQ. Brigitte Soucy, du Pavois, et Myreille St-Onge, Ph. D., traitent des groupes d'entendeurs de voix, alors qu'Annie Fraser, directrice générale, et Marja Murray, agente d'intégration socioprofessionnelle au SAIME³, nous décrivent en quoi l'équitation thérapeutique a pu favoriser le mieux-être des participants à un programme mis en place dans leur ressource.

D'autre part, le docteur Michel Gervais, médecin psychiatre et conseiller médical à la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, commente un rapport déposé récemment par le Royal College of Psychiatrists (Royaume-Uni) qui soutient que la santé mentale doit être un objectif de santé publique. En terminant, notre chronique *Nous avons lu pour vous...* permet à Chantale Lachance et à son psychiatre, le docteur Paul Jacques de l'IUSMQ, de nous partager leurs réflexions sur une brochure intitulée *La médication et vous : tirez le maximum de vos rendez-vous chez le psychiatre*.

Pour commencer, laissons la place à notre franc-tireur, Jean-Nicolas Ouellet, qui nous conduit à réfléchir aux mots, qui parfois font peur...

Esther Samson
Éditrice

naturelle. Plus concrètement, avouons que le *fast food* fait figure de gastronomie face aux rations militaires. Un lit de camp n'a d'autre qualité que celle de mettre notre dos dans un état tel que nous ne serons à l'aise qu'au garde-à-vous.

Malgré cela, le mot « militaire » est bien anodin, comparé au mot « psychiatrie » qui incarne la somme de toutes les peurs, la fin de bien des rêves.

« Cette personne a un problème psychiatrique ». Cette phrase signifie non seulement la fin d'un certain avenir pour cette personne mais aussi, s'il s'agit d'un de vos proches, pour vous. Ce ne sera plus jamais ce que cela aurait pu être. Et si c'est de vous dont on parle, c'est peut-être l'espoir qui meurt. Avant d'avoir recours à ce dernier, nous avons tous intégré la peur ou la méfiance de la psychiatrie.

La psychiatrie, tout ce qui l'entoure et les personnes y faisant appel sont hautement stigmatisés dans notre société.

Voteriez-vous pour quelqu'un qui a eu des problèmes psychiatriques? Prendriez-vous un avion piloté par une personne en rétablissement d'une schizophrénie? Êtes-vous prêt à confier vos enfants à une gardienne qui prend des antipsychotiques?

Je suis incapable de répondre spontanément « oui » à ces questions. Après 15 ans, le mot me fait encore un peu peur. Et c'est un ancien psychiatrisé qui vous le dit.

Jean-Nicolas Ouellet
Coordonnateur du groupe d'entraide par et pour CAMÉÉ,
Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel
de Montréal-Nord

¹ Institut national de santé publique du Québec.

² Institut universitaire en santé mentale de Québec.

³ Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi, Rimouski.

Pourquoi et comment investir en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux?

Par Liane Comeau, Julie Denoncourt et Nicole Desjardins, conseillères scientifiques à l'Institut national de santé publique du Québec

Pourquoi promouvoir et prévenir?

Un consensus international émerge depuis quelques années sur l'importance de la santé mentale pour la santé globale et le développement économique, social et humain d'une population. Depuis les années 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait preuve d'un intérêt marqué envers les concepts et les pratiques efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, et insiste sur le fait que la santé mentale renvoie non seulement à l'absence de troubles mentaux, mais aussi au bien-être et à la résilience des personnes (OMS 2001; OMS 2004).

D'un autre côté, diverses enquêtes nationales et internationales révèlent que les troubles de santé mentale sont en croissance (INSPQ 2008). En 1990, ces troubles représentaient 11 % du fardeau de l'ensemble des maladies, et l'OMS prévoit que ce taux s'élèvera à 15 % en 2020 (OMS 2001). On estime qu'une personne sur quatre va vivre un ou plusieurs problèmes de santé mentale au cours de sa vie (Murray et Lopez 1996; OMS 2001). Au Québec, le portrait n'est guère plus enviable. Depuis les années 90, on assiste à une augmentation des taux de dépression et de consommation élevée d'alcool, sans compter que le Québec affiche le taux de mortalité par suicide le plus élevé au Canada (INSPQ 2007). Les coûts sociaux et économiques liés à la santé mentale sont, par ailleurs, considérables (Belfer 2008). Au Canada, on évalue à 33 G\$ les dépenses encourues annuellement pour la perte de productivité attribuable aux troubles mentaux (Comité sénatorial permanent des affaires sociales 2006).

Force est donc de constater que les traitements disponibles dans le domaine de la santé mentale ne réussissent pas à contenir le nombre de nouveaux cas de troubles mentaux dans la population. Face à cette situation, les experts s'accordent sur la nécessité de mettre en œuvre des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux, afin d'intervenir avant l'apparition des problèmes et d'améliorer la qualité de vie des personnes (Moodie et Jenkins 2005).

Au Québec, plusieurs travaux ont contribué à l'évolution de la promotion et de la prévention en santé mentale. Au début des années 90, le Comité de la santé mentale du Québec produisait un des premiers ouvrages importants sur la conceptualisation de la promotion en santé mentale et de la prévention des troubles mentaux, et invitait du même souffle à un déploiement accru des interventions dans ces domaines (Blanchet et coll. 1993). En 2008, à la suite de la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national de la santé publique du Québec

(INSPQ) a produit un avis scientifique sur les interventions efficaces à privilégier en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux (INSPQ 2008). Cet avis, réalisé en collaboration avec un comité d'experts en santé mentale au Québec, avait pour but entre autres de proposer un modèle conceptuel intégrateur sur ces deux thèmes. Ce modèle fournit des balises pour orienter le choix d'interventions pertinentes.

Un modèle conceptuel intégrateur pour promouvoir et prévenir

Une revue de la littérature scientifique (INSPQ 2008) a permis de relever deux modèles particulièrement intéressants : un de prévention des troubles mentaux (Albee et Finn 1993) et l'autre venant compléter celui d'Albee en lui intégrant des éléments de promotion de la santé mentale (MacDonald et O'Hara 1998). La figure 1 illustre le modèle adapté par l'INSPQ et présenté dans l'avis. Ce modèle comprend dix catégories de facteurs largement reconnus comme étant des déterminants majeurs de la santé mentale. Les facteurs de promotion sont indiqués par le cercle concentrique externe du modèle qui englobe l'ensemble des facteurs. Ceux de prévention sont identifiés par le cercle partiel interne.

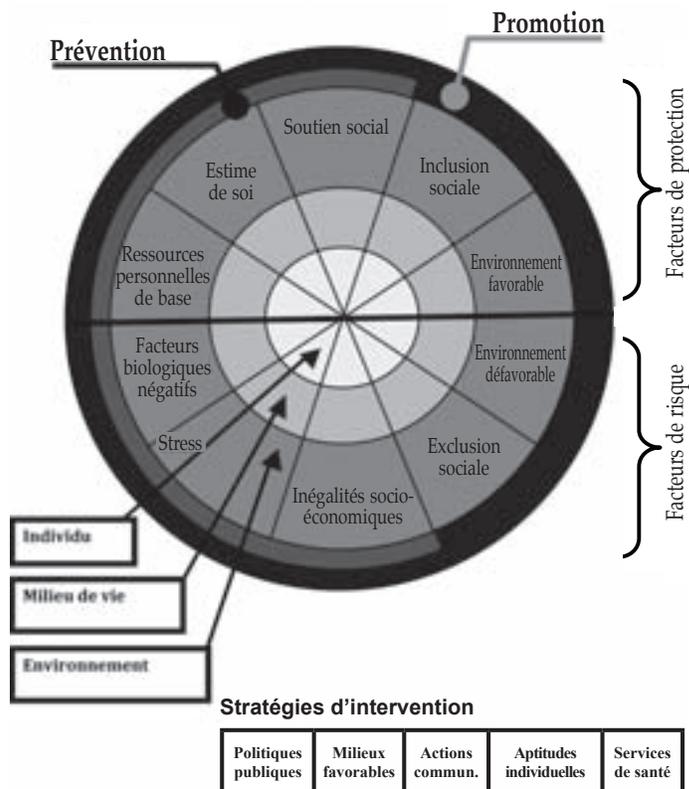


Fig. 1 — Modèle conceptuel de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux¹.

¹Modèle adapté de celui de l'INSPQ, (2008), p. 23.

Le modèle stipule que pour agir de manière positive sur la santé mentale d'un individu, il faut, d'une part, augmenter l'influence des facteurs de protection que sont les ressources personnelles de base, l'estime de soi et le soutien social et, d'autre part, diminuer l'influence des facteurs de risque que sont les facteurs biologiques négatifs, le stress et les inégalités économiques qui menacent la santé mentale. Le modèle met également l'accent sur des éléments liés à la promotion de la santé mentale, soit l'inclusion/l'exclusion sociale et l'environnement favorable/défavorable. Le tableau 1 présente les définitions de ces catégories de facteurs.

Ce modèle s'inscrit dans une perspective écologique en soulignant l'importance d'agir sur l'individu, son milieu de vie immédiat et son environnement global. Il rappelle de plus que la santé mentale dépend non seulement de ces facteurs, mais également de leur interaction (Orford 1992).

Il repose aussi sur une approche développementale, c'est-à-dire qu'il reconnaît que la maturation et le développement résultent de l'interaction entre l'ensemble des facteurs individuels et l'environnement (Weissberg et Greenberg 1998; Coie et coll. 1993). Il considère en outre que les expériences vécues lors de périodes critiques du développement et de périodes de transition peuvent avoir des effets sur la santé mentale d'une personne plus tard au cours de sa vie.

Par ailleurs, il fait voir l'importance d'utiliser des stratégies multiples d'intervention telles que celles proposées par la Charte d'Ottawa (1986). Il s'agit plus précisément d'instaurer des politiques publiques saines, de contribuer à créer des milieux favorables, de renforcer l'action communautaire et de rehausser les aptitudes individuelles ainsi que les services de santé.

Enfin, le modèle adopte une conception positive de la santé mentale. Indépendamment de la présence ou de l'absence de maladie, l'individu qui a une bonne santé mentale a une attitude positive face à la vie, une saine estime de soi, des compétences personnelles et sociales qui lui permettent d'atteindre son plein potentiel, d'exercer du contrôle sur sa vie, d'accroître son autonomie et sa productivité, d'entretenir des relations significatives avec les autres, de s'intégrer à sa communauté et d'y contribuer.

Comment promouvoir et prévenir?

À quoi réfère-t-on lorsqu'on parle de promotion et de prévention?

La *promotion de la santé mentale* réfère aux mesures qui permettent de maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des collectivités. Elle cible toute la population et vise à accroître les capacités d'adaptation et le pouvoir d'agir des communautés et des individus (Wood et Wise 1997, cités dans Commonwealth Department of Health and Aged Care 2000; Herman et Jané-Llopis 2005). Comme la promotion de la santé mentale touche la population entière, son action peut aussi bien cibler les personnes atteintes de troubles mentaux que celles dont la santé mentale n'est pas menacée.

Tableau 1

Définition des catégories de facteurs²

| Catégories de facteurs | Définitions |
|--|--|
| Ressources personnelles de base | Connaissances, compétences et attitudes permettant à un individu de faire face aux demandes et aux défis de la vie. Elles s'acquièrent tout au long de la vie et sont généralement amenées à se moduler selon son développement. |
| Estime de soi | Perception d'un individu de sa valeur, de son identité distincte et de ses compétences dans les différents domaines de sa vie. |
| Soutien social | Réponse de l'environnement à la demande d'aide et de soutien émotif, informatif ou matériel d'un individu. Perception que se fait celui-ci du réconfort, de l'appréciation, de l'aide et des soins reçus de son entourage. Enfin, il s'agit de l'étendue des liens établis par un individu avec des personnes significatives de son environnement mesurée en termes de liens sociaux, de participation à des organisations, de richesse et de complexité du réseau, de l'accessibilité et de l'adéquation de ce soutien. |
| Inclusion sociale | Processus d'engagement des individus ou des groupes soutenant la contribution active de tous et de chacun à la société, que celle-ci soit de nature économique, sociale, culturelle ou politique. |
| Environnement favorable | Environnement socioéconomique, physique, politique et communautaire contribuant de façon positive à la santé mentale de la personne. Il inclut notamment les infrastructures et les services, de même que l'accès à des milieux sains, stimulants et sécuritaires. |
| Facteurs biologiques négatifs | Facteurs entravant le développement et le fonctionnement normal du cerveau. Ils comportent entre autres les toxines ainsi que les privations alimentaires, cognitives et sociales. |
| Stress | Situations ou événements contribuant à créer un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et les ressources d'un individu pour y répondre. Les stressors peuvent être quotidiens (exemple : conciliation travail-famille), chroniques (exemple : maladies), majeurs (exemple : déménagement) ou transitoires (exemple : changement d'emploi). |
| Inégalités socioéconomiques | Écarts socioéconomiques au sein de la population (écarts de revenu, d'éducation, de connaissances). La pauvreté en particulier a des répercussions majeures. |
| Exclusion sociale | Situations entraînant la stigmatisation et l'exclusion sociale de certains individus sur la base de la race, du genre, de la classe sociale, de la santé mentale ou d'autres raisons discriminatoires. L'exclusion sociale se réfère aux facteurs qui réduisent l'accès de certaines personnes aux ressources sociales, économiques et politiques. |
| Environnement défavorable | Environnement socioéconomique, physique, politique et communautaire ayant un effet négatif sur la santé mentale de la personne. L'environnement défavorable comprend notamment les éléments liés aux conditions de vie. |

² Le tableau est adapté de la page 25 de l'avis de l'INSPQ (2008). Par souci d'économie d'espace, les références bibliographiques ont été retirées du tableau.

La *prévention des troubles mentaux*, pour sa part, cherche à réduire l'incidence de la maladie en agissant avant l'apparition des problèmes sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des individus (Blanchet et coll. 1993; OMS 2004). Elle englobe les actions sur les facteurs de risque associés aux troubles mentaux, mais également celles s'adressant à des groupes de personnes à risque de vivre des problèmes de santé mentale (MSSS 1989). Les mesures peuvent être universelles et s'adresser à l'ensemble de la population, ou aux individus ou aux groupes qui sont plus à même d'éprouver des troubles mentaux, ou encore aux personnes qui présentent déjà des signes ou des symptômes les prédisposant à ceux-ci.

La promotion et la prévention en matière de santé mentale se distinguent par leur but respectif, bien que certaines de leurs activités soient interreliées. La promotion de la santé mentale constitue généralement une approche globale à l'intérieur de laquelle s'inscrivent les activités de prévention des troubles mentaux (Lehtinen, Riikonen et Lahtinen 1997, cités dans Herman et Jané-Llopis 2005).

Quelles mesures privilégier?

L'avis scientifique de l'INSPQ établit des critères de pertinence concernant les mesures à privilégier en matière de promotion et de prévention en santé mentale³. En bref, les actions ayant le plus de chances d'être pertinentes pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux sont celles qui

6

- 1) ciblent plusieurs facteurs considérés comme « génériques », c'est-à-dire qui ont un effet sur l'évolution de plusieurs problèmes;
- 2) considèrent l'influence de plusieurs facteurs de risque et de protection;
- 3) visent diverses couches systémiques (individuel, familial, communautaire et sociétal);
- 4) utilisent des stratégies multiples telles que celles proposées par la Charte d'Ottawa (1986).

Les interventions avancées ci-dessous, à titre d'exemple, permettent de mieux saisir l'utilité du modèle conceptuel pour caractériser et évaluer la pertinence des mesures de promotion et de prévention en santé mentale.

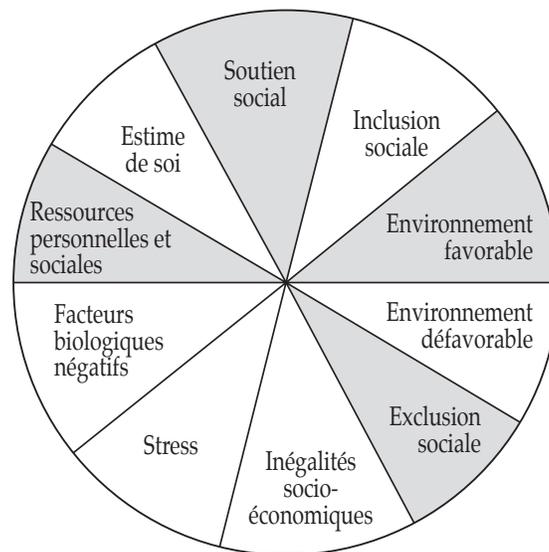
Interventions pour améliorer la littératie en santé mentale

Le manque de connaissances et les attitudes défavorables face aux troubles mentaux peuvent compromettre le bien-être des personnes. Notamment, cela peut nuire à la capacité de la population à reconnaître les gens ayant des troubles mentaux et à intervenir rapidement et convenablement auprès d'eux, comme cela peut accroître la stigmatisation et la discrimination envers ceux-ci.

Les interventions pour améliorer la littératie en santé mentale ciblent les habiletés à repérer et à gérer l'information sur la santé mentale. Elles incluent l'amélioration et la modification 1) de la capacité à reconnaître certains troubles et problèmes de santé mentale et 2) des connaissances, des croyances et des attitudes en ce qui a trait aux facteurs de risque, à la demande d'aide et aux traitements (Jorm 2000).

Pertinence

Ainsi que le modèle l'illustre, ces mesures s'avèrent pertinentes pour l'intervention, étant donné qu'elles ciblent plusieurs catégories de facteurs génériques (représentées par les pointes de tarte ombrées) qui relèvent à la fois de la promotion et de la prévention. Dans ce cas, il s'agit particulièrement de facteurs de protection.



| | | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Politiques publiques | Milieus favorables | Actions commun. | Aptitudes individuelles | Services de santé |
|----------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|

De plus, ces mesures utilisent différentes stratégies préconisées par la Charte d'Ottawa (1986). Ces stratégies se trouvent dans les cases noircies situées au bas du modèle. L'Australie a ainsi mis sur pied une stratégie nationale en santé mentale⁴ doublée de la réalisation d'une campagne sur la dépression⁵ et d'une autre sur l'amélioration de la littératie des jeunes adultes et de leur entourage (OMS 2004).

Les résultats des évaluations de cette intervention à multiples stratégies indiquent, entre autres, une nette amélioration de la capacité de la population à reconnaître les symptômes de la dépression ainsi qu'une augmentation de la demande d'aide (INSPQ 2008).

Interventions de soutien aux aidants naturels

Les aidants naturels seraient plus à risque de souffrir de problèmes de santé physique ou mentale, d'isolement, d'impuissance et de difficultés financières (OMS 2004). De fait, bien que le rôle d'aidant puisse

³ L'avis propose également une méthodologie et des critères pour évaluer l'efficacité des interventions en promotion et en prévention. Les lecteurs intéressés peuvent se référer au document de l'INSPQ, 2008.

⁴ Australian Government Department of Health and Aging 2005, cité dans Goldney et coll. 2005.

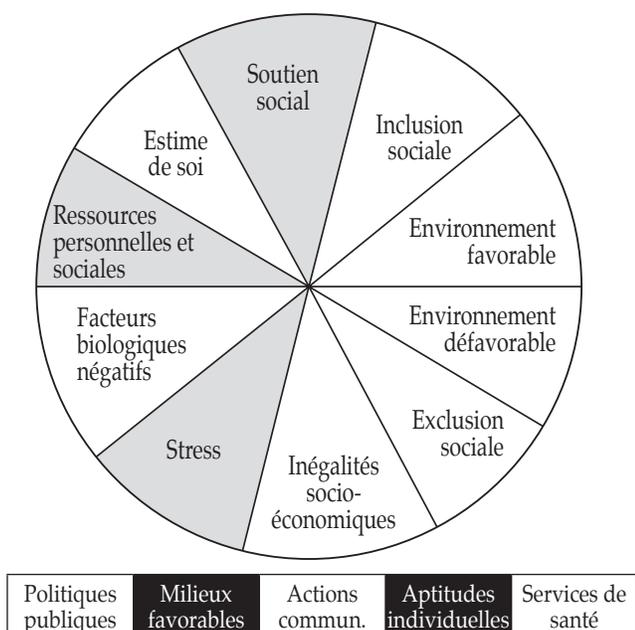
⁵ Hickie 2004, cité dans Goldney et coll. 2005.

⁶ Cuijpers (1999) définit objectivement le fardeau par les bouleversements de la routine, la diminution du temps de loisirs, les perturbations dans le fonctionnement familial, la diminution du soutien social, les perturbations au travail. Subjectivement, le fardeau se définit par l'altération perçue de la santé mentale.

être valorisant, plusieurs personnes agissant à ce titre expriment un important besoin de soutien (Sörensen et coll. 2002). Les interventions de soutien veulent prévenir l'épuisement des aidants naturels et améliorer leur santé mentale. De façon générale, elles se fixent deux objectifs : 1) réduire le fardeau des aidants⁶ et 2) améliorer le bien-être de l'aidant et augmenter ses capacités à s'adapter à sa situation (Sörensen et coll. 2002).

Pertinence

Les interventions créées pour soutenir les aidants naturels prennent différentes formes : assistance concrète, éducation, groupe de soutien, gestion du stress, formation, thérapie individuelle ou de groupe (Brodaty et coll. 2003; Stoltz et coll. 2004). Comme l'illustre le modèle, ces interventions ciblent trois catégories de facteurs liés à la promotion et à la prévention, et mettent en œuvre deux des stratégies préconisées par la Charte d'Ottawa (1986).



Des évaluations de ces types d'intervention rapportent des effets salutaires sur la détresse psychologique de l'aidant et une amélioration du fonctionnement familial ainsi que de la relation entre l'aidant et la personne atteinte (Cuijpers 1999).

En quoi la promotion et la prévention contribuent-elles au mieux-être des personnes qui souffrent de troubles mentaux?

Les programmes de promotion, de prévention, de traitement et de réhabilitation partagent tous les mêmes buts, soit de promouvoir le bien-être et d'améliorer la qualité de vie (Barry et Jenkins 2007). Les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent profiter au même titre que la population générale de programmes de promotion de la santé mentale centrés sur le pouvoir d'agir, le soutien social ou l'augmentation des ressources personnelles.

Les croyances et les perceptions par rapport à la maladie mentale présentes dans la société influencent la façon dont les personnes aux prises avec un diagnostic de

troubles mentaux composent avec leur condition dans leur communauté. En effet, la discrimination et la stigmatisation font partie des obstacles les plus importants rencontrés par ces personnes (OMS 2001). Certaines mesures de promotion comme les campagnes sociétales jumelées à des actions communautaires locales ayant pour but de diminuer le stigma des troubles mentaux peuvent jouer un rôle significatif sur les connaissances, les attitudes et la compréhension de la maladie mentale (exemple : en Australie, Beyond Blue : The National Depression Initiative, www.beyondblue.org.au). Ainsi, non seulement ce type de campagne peut augmenter le dépistage précoce de certains troubles mentaux dans la population générale, mais il peut également diminuer les effets négatifs de la discrimination vécue par les personnes atteintes. C'est pourquoi il apparaît crucial de travailler à renforcer les facteurs de protection favorisant l'inclusion sociale et de créer un environnement permettant de promouvoir la qualité de vie.

Faire évoluer les connaissances en promotion et en prévention

De plus amples travaux de recherches s'avèrent nécessaires afin de mieux évaluer les interventions de promotion et de prévention en santé mentale. Par exemple, les effets à long terme des interventions auprès des aidants naturels sont encore à établir. Des initiatives prometteuses ont fait l'objet d'une évaluation dans d'autres pays, mais elles requièrent des travaux d'adaptation et de développement avant d'être mises en œuvre au Québec (exemple : les mesures de promotion et de prévention en milieu de travail). Par ailleurs, de nombreuses initiatives implantées localement ne sont pas évaluées. Plus de ressources devraient être consacrées à l'appréciation de leur succès.

En guise de conclusion, des questions pour susciter la réflexion...

Nous avons effectué un bref survol de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux, et proposé un modèle intégrateur permettant de caractériser une vaste gamme d'interventions selon des dimensions-clés.

Comme le modèle théorique présenté ici prend tout son sens dans son application, nous espérons que cet article stimulera les réflexions sur votre pratique et vos interventions : de quelle façon ou dans quelle mesure accordez-vous de l'importance aux facteurs de risque ou de protection? Ciblez-vous surtout les individus ou leur environnement? Y a-t-il des stratégies que vous pourriez facilement adopter afin de vous inscrire dans une perspective de promotion ou de prévention? Et en quoi cela pourrait-il bénéficier à votre clientèle?

BIBLIOGRAPHIE

Albee, G. W. et K. D. R. Finn. (1993). « An overview of primary prevention ». *Journal of Counselling and Development*, 72(2), 115-123.

Barry, M. M. et R. Jenkins. (2007). *Implementing mental health promotion*, Edinburgh, New York, Churchill Livingstone.

Belfer, M. L. (2008). « Child and adolescent mental health disorders: The magnitude of the problem across the globe ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-236.

Blanchet, L. et coll. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.

Brodsky, H., A. Green et A. Koschera. (2003). « Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia ». *Journal of American Geriatrics Society*, 51(5), 657-664.

Charte d'Ottawa. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa.

Coie, J. D. et coll. (1993). « The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program ». *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales. (2006). *De l'ombre à la lumière. Rapport final sur la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

Commonwealth Department of Health and Aged Care. (2000). *National action plan for promotion, prevention and early intervention for mental health*, Canberra, Australia, Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care.

Cuijpers, P. (1999). « The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis ». *Journal of Mental Health*, 8(3), 275-285.

Goldney, R. D. et coll. (2005). « Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998-2004 ». *Medicine and the Community*, 183(3), 134-137.

Herman, H. et E. Jané-Llopis. (2005). « Mental health promotion in public health ». *Promotion and Education*, (supplément 2), 42-46.

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). (2007). *État de santé mentale et psychosociale. Santéscope. Analyses thématiques*, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/santescope/ImpressionAnalyse.asp?Lg=fr&NoCons=9] (Consulté le 10 janvier 2011).

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ). (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Montréal, Institut national de la santé publique du Québec.

Jorm, A. M. (2000). « Mental health literacy: Public knowledge and belief about mental disorders ». *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-402.

MacDonald, G. et K. O'Hara. (1998). *Ten elements of mental health, its promotion and demotion: Implications for practice*, United Kingdom, Society of Health Education and Health Promotion, 38 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec.

Moodie, R. et R. Jenkins. (2005). « I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I ». *Promotion and Education*, (supplément 2), 37-41.

Murray, C. J. L. et A. D. Lopez. (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020*, Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.

Orford, J. (1992). *Community psychology: Theory and practice*. England. Wiley and Sons Ltd.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Mental health: New understanding, new hope*, Geneva, World Health Organization, The World Health Report.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary Report*, Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Center of the Universities of Nijmegen and Maastricht, 66 p.

Pinquart, M. et S. Sörensen. (2006). « Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are the effects? » *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595.

Shah, C. P. (2003). *Public health and preventive medicine in Canada* (5e édition), Toronto, Saunders.

Sörensen, S., M. Pinquart et P. Duberstein. (2002). « How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis ». *Gerontologist*, 42(3), 356-372.

Stoltz, P., G. Udén et A. Willmané. (2004). « Support for family carers who care for an elderly person at home – A systematic literature review ». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 111-119.

Weissberg, R. P. et M. T. Greenberg. (1998). « School and community competence-enhancement and prevention programs ». Dans W. Damon, I. E. Siegel et K. A. Renninger (édit.), *Volume 4: Child Psychology in Practice* (5e édition) (877-954). New York, John Wiley and Sons.

Moi, ce qui me fait du bien, c'est...

Tout au long des pages qui suivent, nous vous présentons ici et là des stratégies personnelles qu'on a partagé avec nous certains auteurs de ce numéro, des membres du comité d'édition du *partenaire* ainsi que quelques personnes qui vivent ou ont vécu avec un trouble mental. Qui sait, ces stratégies sauront peut-être vous inspirer pour votre propre bien-être?



« Moi, ce qui me fait du bien, c'est... »

- pratiquer le tai chi
- demeurer dans l'instant présent
- descendre une rivière en kayak

Claude Fournier, M.D.

(auteur texte p. 26) »

« Moi, ce qui me fait du bien, c'est... »

- faire une longue balade méditative en vélo
- cuisiner et recevoir à souper des gens que j'aime
- faire du ski de fond dans les bois et sentir mes joues bien rouges
- un souper entre amis
- rire
- ...

Julie Denoncourt, »
(auteure texte p. 4)

« Moi, ce qui me fait du bien, c'est... »

- une stratégie personnelle pour améliorer et consolider mon rétablissement que je me propose d'adopter bientôt, soit la méditation de pleine conscience

Marc Boutin, personne vivant avec un trouble mental
(auteur texte p. 20) »

« Moi, ce qui me fait du bien, c'est... »

- rigoler
- donner un gros câlin à mon fils
- utiliser mon gym tous les jours
- visiter des chocolateries et des boulangeries... avec modération!

Christian Shriqui, M.D.
(auteur texte p. 13) »



Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Par Annick Simard, diététiste, Institut universitaire en santé mentale de Québec, candidate à la maîtrise en kinésiologie, Université Laval

Introduction

La maladie mentale est associée à une incidence accrue de mortalité et de morbidité (Chafetz et coll. 2005) ainsi qu'à une faible qualité de vie (Dickerson et coll. 2008; Sánchez-Araña Moreno et coll. 2010). Les taux de mortalité standardisés des personnes atteintes de troubles de santé mentale sont de quatre à six fois supérieurs à ceux de la population générale (Politi et coll. 2002; Meloni et coll. 2006). Plus spécifiquement chez les personnes qui vivent avec la schizophrénie, jusqu'à 60 % de l'excès de mortalité serait attribuable à des causes naturelles évitables (Bradshaw et coll. 2005; Compton et Newcomer 2007). La présence d'habitudes de vie malsaines telles que la sédentarité, la mauvaise alimentation, l'abus de substances et le tabagisme est en partie responsable de l'élévation des taux de morbidité et de mortalité (Faulkner et Cohn 2006). La qualité de vie est un élément important à considérer dans le traitement des troubles psychiatriques puisqu'elle exerce une influence sur la réponse au traitement, la progression de la maladie et la mortalité.

Mortalité et morbidité

Les maladies cardiovasculaires (Compton et Newcomer 2007; Newcomer 2007; Smith et coll. 2007; Capasso et coll. 2008) et celles liées au tabac (Michel 2008) s'inscrivent parmi les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiatriques. En effet, la prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires comme l'obésité, les dyslipidémies¹, l'hypertension, le tabagisme et l'hyperglycémie² est plus élevée chez les individus vivant avec la schizophrénie, la maladie affective bipolaire et la dépression que chez la population en général (Serretti et coll. 2004; McIntyre et Konarski 2005). L'incidence de l'emphysème³, du cancer des bronches et du pharynx est aussi plus élevée.

Syndrome métabolique

Les anomalies caractéristiques du syndrome métabolique sont fréquentes chez la clientèle psychiatrique, particulièrement chez les personnes atteintes de schizophrénie et de troubles sévères de l'humeur (Tschoner et coll. 2008). Le syndrome métabolique se manifeste par la présence d'anomalies, par exemple, l'obésité abdominale, le diabète de type 2, les dyslipidémies et l'hypertension artérielle (Ryan et Thakore 2002; Genest et coll. 2003). Chacune des caractéristiques du syndrome métabolique représente un facteur de risque bien documenté de maladies cardiovasculaires. La prévalence du syndrome métabolique serait quatre fois plus élevée chez les

personnes atteintes de troubles de santé mentale que dans la population générale (Suvisaari et coll. 2007).

Plusieurs auteurs ont cherché à démontrer l'influence du syndrome métabolique sur la qualité de vie, bien que tous n'aient pas réussi à établir des relations significatives entre ces deux paramètres (Vetter et Wadden 2010). Les conséquences négatives sur la qualité de vie des composantes du syndrome métabolique dont les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité et l'hypertension ont toutefois été bien attestées (Vetter et Wadden 2010).

Qualité de vie

La qualité de vie réfère au bien-être et au statut fonctionnel selon une perspective individuelle. Elle est parfois perçue comme le seul enjeu important par les personnes qui ont des conditions médicales persistantes tels des problèmes de santé mentale (Dickerson et coll. 2008).

La qualité de vie des personnes atteintes de troubles de santé mentale est reconnue comme étant moindre que celle de la population générale en raison de leur condition psychiatrique ainsi que de la présence de comorbidités physiques (Dickerson et coll. 2008; Vetter et Wadden 2010). Les symptômes négatifs de la maladie (repli sur soi, perte d'initiative, diminution de la participation dans des activités traditionnelles, altération des capacités à communiquer, à aller vers l'autre et à prendre du plaisir) sont inversement proportionnels à la qualité de vie. Le milieu de vie des personnes atteintes de troubles de santé mentale exerce également une influence sur la qualité de vie, les personnes vivant dans la communauté rapportant une meilleure qualité de vie que celles qui sont institutionnalisées (Sánchez-Araña Moreno et coll. 2010).

Sédentarité et alimentation

La littérature indique que les personnes atteintes de schizophrénie sont moins actives que la population générale (Gignoux-Froment 2009). En effet, les symptômes négatifs de la maladie de même que les effets sédatifs de la médication contribuent à la sédentarité. L'alimentation des personnes qui vivent avec la schizophrénie est également de moindre qualité, étant plus riche en énergie et en matières grasses, et plus pauvre en fibres alimentaires et en vitamines (Brar et coll. 2005; Compton et coll. 2006; Smith et coll. 2007). Les habitudes alimentaires ont tendance à être irrégulières et les repas sont souvent omis au profit de collations riches en

¹ Les dyslipidémies se définissent par des taux élevés de LDL-cholestérol (dit « mauvais cholestérol ») ou de triglycérides, ou des taux bas de HDL-cholestérol (dit « bon cholestérol »).

² L'hyperglycémie se traduit par une élévation du taux de sucre dans le sang.

³ L'emphysème est un trouble pulmonaire chronique.

sucres, en sodium et en matières grasses saturées. Combiné à la sédentarité, ce type d'alimentation est lié à l'élévation de la pression artérielle et des taux sanguins de cholestérol, de triglycérides et de glucose (sucre) ainsi qu'au développement des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2, de l'obésité et de certaines formes de cancer.

Abus de substances

La maladie affective bipolaire et la schizophrénie sont associées à un risque élevé d'alcoolisme et d'abus de substances, incluant le tabagisme (Sharif 2008). Une étude américaine a fait ressortir que 54 % des personnes ayant des antécédents de maladie mentale souffraient de toxicomanie (Bradshaw et coll. 2005). Certaines pathologies spécifiques, par exemple la schizophrénie, la dépression et la maladie affective bipolaire, sont reliées à des taux particulièrement hauts de tabagisme. Les taux rapportés dans la littérature se situent autour de 70 % pour l'ensemble des personnes atteintes de troubles psychiatriques, comparativement à 20 % pour la population générale (Michel 2008). La forte consommation de tabac chez les personnes atteintes de schizophrénie correspond à une augmentation de certains symptômes comme les délires et les hallucinations, aux abus de substances, à une hausse du risque suicidaire et des hospitalisations. Cette consommation complique non seulement le rétablissement des individus fumeurs, mais aussi le processus d'arrêt de consommation du tabac. Parmi les personnes qui tentent un arrêt, le degré de dépendance plus que la pathologie psychiatrique semble être la source de la difficulté à cesser de fumer. Les symptômes de sevrage sont plus importants, les rechutes, plus fréquentes et les taux d'abstinence, plus faibles.

Divers facteurs expliquent les taux élevés de tabagisme et la forte dépendance à la nicotine des fumeurs aux prises avec des troubles de santé mentale. Les cigarettes sont parfois utilisées comme un moyen de contrôle des émotions, de l'humeur et des troubles cognitifs. À titre d'exemple, il est prouvé que l'administration aiguë de nicotine améliore les performances cognitives à court terme, en particulier chez les personnes atteintes de schizophrénie. Certains facteurs psychosociaux tels qu'un faible statut socioéconomique, une scolarité limitée, le chômage, la présence de fumeurs dans l'environnement et la tolérance du tabagisme dans les milieux psychiatriques favorisent aussi le tabagisme. De plus, le manque de programmes de sensibilisation et de services en abandon du tabac adaptés à la condition de cette clientèle, tout comme l'absence de prise en charge financière des traitements à long terme, compliquent l'arrêt et la réduction de la consommation du tabac.

Une proportion appréciable du revenu des fumeurs qui vivent avec des problèmes de santé mentale est consacrée à l'achat de cigarettes, restreignant le budget disponible pour le logement, l'alimentation et les autres besoins essentiels. La qualité de vie s'en trouve directement affectée.

Effets de la médication

La médication employée en psychiatrie est également considérée comme un facteur responsable de l'excès de morbidité (Dixon et coll. 2004) et susceptible d'influencer

la qualité de vie (Sánchez-Araña Moreno et coll. 2010). Les antipsychotiques de même que certains thymostabilisants et antidépresseurs (voir tableau I) peuvent générer un gain de poids et des perturbations métaboliques, entre autres l'obésité, le diabète, les dyslipidémies et les maladies cardiovasculaires (Lindenmayer et coll. 2003; Lieberman et coll. 2005). Les antipsychotiques de seconde génération sont particulièrement reconnus pour induire un gain de poids substantiel, du diabète et un profil lipidique athérogène caractérisé par l'élévation des triglycérides et une baisse du cholestérol HDL (Tschoner et coll. 2008; Baptista et coll. 2008).

Tableau I

Pharmacothérapie souvent associée au gain de poids

| | |
|----------------------------|---|
| Antipsychotiques atypiques | Clozari [®] , Zyprexa [®] , Risperdal [®] , Séroquel [®] |
| Stabilisateurs de l'humeur | Carbolith [®] , Épival [®] , Tegretol [®] |
| Antidépresseurs | Tofranil [®] , Elavil [®] , Paxil [®] , Nardil [®] , Remeron [®] |

Incidence psychosociale

Outre les complications métaboliques, le surplus de poids peut avoir un effet sur l'image corporelle, affecter l'estime de soi, voire provoquer un rejet social (McIntyre et Konarski 2005; Baptista et coll. 2008). Ces aspects indésirables deviennent parfois plus préoccupants que les autres conséquences secondaires dues à la prise de médicaments. Les études démontrent que le gain pondéral constitue une cause d'abandon du traitement pharmacologique, ce qui expose les personnes à un risque accru de rechute et augmente les coûts d'hospitalisation (Baptista et coll. 2008). Le gain de poids nuit aussi à la qualité de vie des personnes atteintes de troubles de santé mentale, particulièrement en ce qui a trait au fonctionnement physique, à la santé générale et aux rôles affectifs (Sánchez-Araña Moreno et coll. 2010).

Suivi en santé physique

Le suivi sous-optimal de la santé physique des personnes atteintes de problèmes de santé mentale peut aussi expliquer la forte prévalence des troubles métaboliques. En effet, il est établi que le dépistage et le traitement des pathologies comorbides comme l'hypertension artérielle, les dyslipidémies et le suivi pondéral sont insuffisants chez la clientèle psychiatrique (Poulin 2005; Goff et coll. 2005). Le manque de programmes de sensibilisation aux saines habitudes de vie et de services adaptés à la condition des personnes atteintes de troubles de santé mentale contribue à cette situation. Fait intéressant, il semble exister un écart entre la perception des utilisateurs de services en psychiatrie et les professionnels de la santé. Plusieurs soignants croient à tort que les personnes se préoccupent peu de leur santé physique alors que ces dernières disent s'en soucier et souhaiter améliorer leur qualité de vie.

Recommandations

Les taux élevés de morbidité et l'importance des perturbations métaboliques associées aux antipsychotiques atypiques ont entraîné la publication de plusieurs consensus

internationaux concernant le suivi physique des personnes atteintes de problèmes de santé mentale (Cohn et Sernyak 2006). Un groupe d'experts de l'American Diabetes Association, de l'American Psychiatric Association, de l'American Association of Clinical Endocrinologists et de la North American Association for the Study of Obesity (2004) a émis des recommandations dans lesquelles il est mentionné que toutes les personnes traitées avec des antipsychotiques atypiques qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité devraient recevoir des services de counselling en activité physique et en nutrition. Idéalement, la présence d'habitudes de vie favorisant le maintien d'un poids santé devrait être vérifiée au moment de l'introduction de la médication. Les auteurs de ces consensus précisent que le risque de complications métaboliques doit être évalué avant de commencer un traitement avec des antipsychotiques atypiques. Des paramètres comme les antécédents familiaux et personnels

métaboliques et anthropométriques (le poids, le tour de taille, la glycémie à jeun et le bilan lipidique, etc.) au début des services et des suivis de façon périodique tout au long de l'épisode de soins. Une évaluation de la condition physique est assurée par des éducateurs physiques/kinésologues qui élaborent des programmes d'entraînement adaptés à la condition des participants. Des activités de conditionnement physique en salle et des activités sportives de groupe sont pratiquées à une fréquence minimale de deux fois par semaine. Une évaluation nutritionnelle et une autre du profil pharmacologique sont effectuées afin de mieux connaître le profil des participants.

Les interventions des professionnels s'inspirent des recommandations et des approches ayant prouvé leur efficacité d'après la littérature. Les experts de la North American Association for the Study of Obesity (NAASO)

« La nécessité d'entreprendre des actions afin de prévenir et de contrer les complications métaboliques observées chez la clientèle psychiatrique, d'améliorer la qualité de vie de celle-ci ainsi que son rôle social a encouragé l'émergence de programmes voués à l'amélioration des habitudes de vie. »

relatifs à des maladies cardiovasculaires, à l'hypertension, à la dyslipidémie, au diabète et au tabagisme, l'histoire pondérale, la circonférence de la taille, l'indice de masse corporelle, la tension artérielle, la glycémie, le bilan lipidique, les habitudes alimentaires et les activités physiques doivent être évalués avant d'amorcer le traitement et contrôlés de façon périodique par la suite (Poulin 2005).

Prévention : le Service Action Santé

La nécessité d'entreprendre des actions afin de prévenir et de contrer les complications métaboliques observées chez la clientèle psychiatrique, d'améliorer la qualité de vie de celle-ci ainsi que son rôle social a encouragé l'émergence de programmes voués à l'amélioration des habitudes de vie. À l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, le Service Action Santé vise l'amélioration de la santé globale des personnes atteintes de troubles de santé mentale par une approche holistique. Il préconise l'adoption d'un mode de vie plus sain par la pratique de l'activité physique, une bonne alimentation et la gestion du stress. Le Service favorise l'intégration d'autres objectifs tels que la socialisation, l'adoption d'un rythme de vie stable, l'observance du traitement et l'intégration vers les services de la communauté.

La prévention et le traitement des désordres physiques inhérents à la maladie mentale s'inscrivent parmi les objectifs du Service Action Santé. Pour ce faire, on réalise une évaluation initiale de la personne suivie activement à l'Institut. On analyse l'information sur l'histoire médicale, les antécédents familiaux et les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques. On évalue les paramètres

et du National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) affirment que l'atteinte et le maintien d'un poids santé requièrent la présence de trois composantes, soit une saine alimentation, la pratique d'une activité physique et l'adoption de comportements favorisant de saines habitudes de vie (NHLBI 1998; McIntyre et coll. 2001; Xhignesse 2001). Les stratégies qui regroupent ces composantes s'avèrent les plus valables dans la lutte contre l'obésité (Ng 2003; Lau 2006). Les auteurs signalent également qu'un traitement efficace du surplus pondéral nécessite une approche multidisciplinaire où médecins, nutritionnistes, éducateurs physiques et psychologues travaillent en collaboration avec la personne à la prise en charge du surplus pondéral (Recasens 2001).

Le Service propose des interventions comportementales individuelles et de groupe. Les interventions de groupe sont animées par différents intervenants d'une équipe interdisciplinaire composée d'éducateurs physiques et de kinésologues, d'un infirmier, d'une diététiste, d'une pharmacienne, d'une psychologue et d'un psychiatre. Parmi ces interventions, des activités motivationnelles visent à augmenter la détermination des personnes à modifier leurs habitudes de vie afin qu'elles s'engagent dans un plan de changement de comportements auquel elles adhèrent. Des rencontres psychoéducatives visent, quant à elles, à donner aux personnes les moyens de gérer et d'améliorer de la façon la plus autonome possible leurs habitudes de vie en leur fournissant des renseignements sur la maladie et les traitements, des outils pouvant les aider à changer leurs comportements ainsi qu'un soutien émotionnel. Un rendez-vous est pris avec la diététiste du Service lorsqu'un suivi nutritionnel individuel est pertinent. La référence vers d'autres services spécialisés est aussi faite dans les cas où les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints.

Conclusion

Une revue de la littérature portant sur les bienfaits de l'activité physique auprès d'une population souffrant de

troubles mentaux sévères a souligné que les interventions individualisées et adaptées à des groupes spécifiques, prenant en considération des facteurs tels que l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et culturel, l'état de santé, les obstacles à l'activité physique et la condition physique, se révèlent plus efficaces que des interventions impersonnelles. Les auteurs confirment également que les programmes qui utilisent des méthodes de changement de comportement basées sur l'atteinte d'objectifs, l'autoévaluation, le soutien social et les changements graduels donnent de meilleurs résultats que les programmes d'enseignement traditionnels non participatifs (Richardson et coll. 2005).

⁴ Les personnes qui ont participé à ce programme de modification des habitudes de vie ont présenté une perte de poids, une diminution de l'indice de masse corporelle, une réduction de la circonférence de la taille, une amélioration de tous les paramètres du profil lipidique et du glucose sanguin (Poulin 2006).

BIBLIOGRAPHIE

Baptista, T. et coll. (2008). « Pharmacological management of atypical antipsychotic-induced weight gain ». *CNS Drugs*, 22(6), 477-495.

Bradshaw, T. et coll. (2005). « Healthy living interventions and schizophrenia: A systematic review ». *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 634-654.

Brar, J. S. et coll. (2005). « Effects of behavioral therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(2), 205-212.

Capasso, R. M. et coll. (2008). « Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An Olmsted county, Minnesota cohort: 1950-2005 ». *Schizophrenia Research*, 98, 287-294.

Chafetz, L. et coll. (2005). « The poor general health of the severely mentally ill; impact of schizophrenic diagnosis ». *Community Mental Health Journal*, 41(2), 169-184.

Cohn, T. A. et M. J. Sernyak. (2006). « Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotics medications ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(8), 492-501.

Compton, M. T. et coll. (2006). « Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: A preventive perspective ». *Harvard Review Psychiatry*, 14(4), 212-222.

Compton, M. T. et J. W. Newcomer. (2007). « Metabolic disturbances associated with the use of second-generation antipsychotics ». *Medscape*, 1-16.

Dickerson, F. et coll. (2008). « Quality of life in individuals with serious mental illness and type 2 diabetes ». *Psychosomatics*, 49(2), 109-114.

Dixon, L. B. et coll. (2004). « A comparison of type 2 diabetes outcome among persons with and without severe mental illnesses ». *Psychiatric Services*, 55(8), 892-1005.

Faulkner, G. et T. A. Cohn. (2006). « Pharmacologic and nonpharmacologic strategies for weight gain and metabolic disturbance in patients treated with antipsychotic medications ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(8), 502-543.

Genest, J. et coll. (2003). « Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease: Update ». *Canadian Medical Association Journal*, 168(9), 921-924.

Gignoux-Froment, F. (2009). *Les antipsychotiques en médecine générale : diagnostic, surveillance et prise en charge du syndrome métabolique*, Université Paris Descartes, Thèse de doctorat, [En ligne]. [www.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/Gignoux-Froment.pdf].

Goff, D. C. et coll. (2005). « A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls ». *Schizophrenic Ressources*, 80(1), 45-53.

Lau, D. (2006). « Pharmacothérapie de l'obésité; où en sommes-nous aujourd'hui? ». *Opinions d'experts*, 1(4), 3-8.

Les diététistes du Canada. (2008). *Le rôle des diététistes dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires axés sur la collaboration*, [En ligne]. [www.ccmhi.ca/fr/products/documents/FRDIETITIANSFINALWEB.pdf].

Lieberman, J. A. et coll. (2005). « Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia ». *New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209-1223.

Lindenmayer, J. P. et coll. (2003). « Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics ». *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 290-296.

McIntyre, R. S. et coll. (2001). « Antipsychotic metabolic effects: Weight gain, diabetes mellitus, and lipid abnormalities ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(3), 273-281.

Ces approches ont été préconisées dans les programmes développés jusqu'à ce jour et demeurent la pierre angulaire du Service Action Santé. Elles ont d'ailleurs été évaluées lors d'une étude réalisée dans le contexte du programme Action Poids Santé au Centre hospitalier de l'Enfant-Jésus : les résultats ont montré une amélioration significative des paramètres métaboliques et anthropométriques des personnes suivies⁴. Par la mise en place d'initiatives ciblant l'amélioration de la santé globale et la réappropriation du pouvoir, le Service Action Santé contribue à bonifier la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, essentielle au rétablissement.

McIntyre, R. S. et J. Z. Konarski. (2005). « Tolerability profiles of atypical antipsychotics in the treatment of bipolar disorder ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(3), 28-35.

Meloni, D. et coll. (2006). « Mortality among discharged psychiatric patients in Florence, Italy ». *Psychiatric Services*, 57(10), 1474-1481.

Michel, L. (2008). *L'arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques*, Conférence d'experts. Fédération française de psychiatrie, Office français de prévention du tabagisme, Fédération française d'addictologie et Direction générale de la santé.

Newcomer, J. W. (2007). « Antipsychotic medications: Metabolic and cardiovascular risk ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(4), 8-13.

Ng, D. S. (2003). « Le syndrome métabolique, une nouvelle épidémie ». *Syndrome métabolique, conférences scientifiques*, 1(1), 1-6.

Ordre professionnel des diététistes du Québec. (2008). *Mémoire sur le Projet de loi 50 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. [En ligne]. [www.opdq.org/depot-ftp/pdf/memoire_OPDQ_santeMentale_mars08.pdf].

Paillet, C. et coll. (2006). « Adopter le style de vie Ornish pour combattre le syndrome métabolique ». *Nutrition science en évolution*, 4(1), 14-18.

Politi, P. et coll. (2002). « Mortality in psychiatric patients 5 to 21 years after hospital admission in Italy ». *Psychological Medicine*, 32, 227-237.

Poulin, M. J. (2005). *Action-Santé : pour mieux relever le défi complexe des problèmes médicaux en psychiatrie*, Conférence donnée à Québec.

Poulin, M. J. (2006). « Management of antipsychotic-induced weight gain: A prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise program ». *European Psychiatric Review*, 1(2), 67-69.

Recasens, C. (2001). « Body weight change and psychotic drug treatment: Neuroleptics ». *Encephale*, 27(3), 269-276.

Richardson, C. R. et coll. (2005). « Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness ». *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331.

Ryan, M. et J. H. Thakore. (2002). « Physical consequences of schizophrenia and its treatment: The metabolic syndrome ». *Life Sciences*, 71, 239-257.

Sánchez-Araña Moreno, T. et coll. (2010). « Quality of life in a sample of schizophrenic patients with and without metabolic syndrome ». *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 6(2), 101-107.

Serretti, A. et coll. (2004). « New antipsychotics and schizophrenia: A review on efficacy and side effects ». *Current Medicinal Chemistry*, 11(3), 343-358.

Sharif, Z. (2008). « Side effects as influencers of treatment outcomes ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 38-43.

Smith, S. et coll. (2007). « A well-being programme in severe mental illness. Reducing risk for physical ill-health: A post-programme service evaluation at 2 years ». *European Psychiatry*, 22, 413-418.

Suvisaari, J. M. et coll. (2007). « Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1045-1055.

Tschoner, A. et coll. (2008). « Metabolic side effects of antipsychotic medication ». *International Journal Clinical Practice*, 61(8), 1356-1370.

Vetter, M. L. et T. A. Wadden. (2010). « Relation of health-related quality of life to metabolic syndrome, obesity, depression and comorbid illness ». *International Journal of Obesity*, 1-8.

Xhignesse, M. (2001). « L'évaluation du risque cardiovasculaire, ce qu'il faut retenir ». *Le médecin du Québec*, 36(4), 29-32.

Programme Mieux-Être « Wellness » : un apport au rétablissement de la clientèle psychiatrique

Par Christian L. Shriqui, M.D., M. Sc., LMCC, CSPQ, FRCPC, DFAPA, médecin-psychiatre, responsable-concepteur, Programme Mieux-Être « Wellness », professeur agrégé, Département de psychiatrie et neurosciences, Université Laval, CHUQ-CHUL¹

© Dr Christian Shriqui, tous droits réservés, janvier 2011.

Introduction

Les personnes ayant un trouble psychiatrique, tels un trouble schizo-affectif, un trouble bipolaire, une schizophrénie ou une dépression majeure, présentent davantage d'obésité, de diabète et de dyslipidémie (taux de cholestérol ou de triglycérides anormaux) que la population générale (Fenton et Chavez 2006; McIntyre et coll. 2005; Newcomer 2006). Divers facteurs tels que la condition psychiatrique elle-même, l'hérédité familiale, les habitudes de vie et la prise de médicaments psychotropes jouent un rôle dans le développement de ces troubles métaboliques chez les usagers. La clientèle psychiatrique est d'autant plus à risque en raison d'un sédentarisme et d'un tabagisme habituellement plus élevés que dans la population générale. La situation socioéconomique exerce également une influence sur les habitudes alimentaires. Une étude réalisée à Edmonton (Alberta) a démontré qu'il y a trois fois plus d'établissements de restauration rapide (*fast food*) dans les quartiers défavorisés que dans les quartiers aisés ou de classe moyenne (Raine et coll. 2006, donnée présentée lors d'une visioconférence de la Dre Kim Raine). De plus, la polypharmacie en psychiatrie, notamment l'utilisation concomitante de plusieurs psychotropes ayant un potentiel « métaboligène », contribue à accroître le risque du syndrome métabolique chez les usagers.

Les enjeux des troubles métaboliques pour la clientèle psychiatrique

Des études ont confirmé le risque cardiovasculaire élevé de la clientèle psychiatrique (Goff et coll. 2005; McCreddie 2003). D'autres réalisées auprès de la clientèle psychiatrique atteinte de schizophrénie, de trouble schizo-affectif ou de trouble bipolaire démontrent une bonne adhésion à des programmes d'interventions de modification des habitudes de vie sur la santé métabolique et des bienfaits reliés à ceux-ci (Littrell et coll. 2003; Vreeland et coll. 2003; Menza et coll. 2004; Evans et coll. 2005; Kwon et coll. 2006; Álvarez-Jiménez et coll. 2006; Poulin et coll. 2007; Mauri et coll. 2008; Shriqui et coll. 2008).

Le syndrome métabolique

Le syndrome métabolique inclut les éléments suivants : le diabète ou le prédiabète, l'obésité abdominale, un profil lipidique anormal et l'hypertension artérielle. Sa présence

triple le risque d'un infarctus du myocarde ou d'un accident cérébrovasculaire et double la mortalité associée à ces derniers problèmes. Il apparaît chez plus de 40 % de la clientèle psychiatrique comparativement à une fréquence de moins de 6 % chez des adultes de poids normal. L'importance des troubles métaboliques est aujourd'hui mieux reconnue chez la clientèle psychiatrique. Cependant, en clinique, on doit souvent faire face à une absence de monitoring et de services destinés à contrôler ou à prévenir l'apparition de ces troubles chez cette clientèle. Ces problèmes, en particulier le gain pondéral, influencent négativement l'adhésion (ou la fidélité) au traitement. Conséquemment, ils contribuent à des rechutes ainsi qu'à des réadmissions et augmentent la comorbidité physique de cette clientèle.

Le syndrome métabolique correspond au regroupement de cinq facteurs de risque de maladie cardiovasculaire et de diabète de type 2 (obésité abdominale, taux élevé de triglycérides, faible taux de cholestérol HDL, tension artérielle élevée, glycémie à jeun élevée). À partir de ces cinq facteurs, un groupe d'experts du « U.S. National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel » (Adult Treatment Panel III, 2001) a établi cinq critères standardisés (voir tableau I) permettant d'évaluer la présence du syndrome. Si une personne répond à au moins trois de ceux-ci, elle est atteinte. Les critères ont fait l'objet de plusieurs modifications depuis 2001, mais ils continuent d'être employés en clinique.

Tableau I

| RECONNAÎTRE LE SYNDROME MÉTABOLIQUE* | |
|--------------------------------------|------------------------|
| Facteurs de risque | Valeurs cliniques |
| Obésité abdominale | (circonférence taille) |
| Hommes | ≥ 102 cm (> 40") |
| Femmes | ≥ 88 cm (> 35") |
| Triglycérides | ≥ 1,7 mmol/L |
| HDL Cholestérol | |
| Hommes | < 1 mmol/L |
| Femmes | < 1,3 mmol/L |
| Tension artérielle | ≥ 130 / ≥ 85 mm Hg |
| Glycémie à jeun | ≥ 5,7 mmol/L |

* La présence de trois facteurs de risque ou plus caractérise le syndrome métabolique. National Cholesterol Education Program (NCEP). (2001). Expert Panel Adult Treatment Panel [ATP] III, JAMA, 285, 2486-2497.

¹ Coordonnées : 2705, boulevard Laurier, bureau 4221, Québec (Québec) G1V 4G2; téléphone : 418-654-2177; télécopieur : 418-654-2716; christian.shriqui@mail.chuq.qc.ca.

La psychoéducation visant à prévenir ou à minimiser le plus possible de tels effets secondaires métaboliques doit commencer le plus rapidement possible en début de traitement ou d'hospitalisation. Ceci comprend des explications quant au potentiel de risque d'effets secondaires métaboliques des psychotropes prescrits (antipsychotique atypique, stabilisateur de l'humeur, antidépresseur ou une combinaison de ces agents). L'utilisateur et sa famille devraient être avisés du risque de gain pondéral, de changements possibles du profil lipidique et de la glycémie, du fait que l'appétit et le goût pour des aliments sucrés peuvent s'accroître comme effets secondaires de la médication. Il est important d'aider l'utilisateur à réduire sa sédentarité, y compris durant l'hospitalisation. Revoir avec lui ses habitudes alimentaires et lui prodiguer des conseils nutritionnels simples s'avère également utile : restreindre la prise de boissons gazeuses et d'aliments comme les croustilles, le chocolat, les bonbons; limiter la taille des portions. De tels conseils ne peuvent bien sûr se comparer à une consultation avec une nutritionniste, mais l'accessibilité à ces professionnels est trop souvent déficiente, faute de ressources.

L'exercice régulier est un bon expédient pour une perte calorique naturelle. Des études soulignent aussi qu'il possède des propriétés antidépressives et anxiolytiques. Il augmente la résistance au stress et la présence du CHOL-HDL ou « bon » cholestérol, diminue le *craving* (désir ou goût) pour la nicotine et aide significativement à prévenir le diabète de type 2.

Un monitoring métabolique périodique est incontournable pour détecter ou suivre l'évolution de changements métaboliques chez l'utilisateur.

Le programme Mieux-Être « Wellness »

Inauguré en novembre 2006, le programme régional Mieux-Être « Wellness », de groupe ou individuel, est offert gratuitement à la clientèle psychiatrique adulte externe de la région de Québec. Il cherche à améliorer la santé globale (physique et mentale), la qualité de vie et l'adhésion au traitement de la clientèle psychiatrique, et contribue au rétablissement de celle-ci.

Ce programme concerne surtout les usagers âgés de 25 à 55 ans ayant un diagnostic de schizophrénie, de trouble schizo-affectif, de trouble bipolaire ou de dépression majeure qui reçoivent un antipsychotique atypique, un stabilisateur de l'humeur ou un antidépresseur. Les critères d'entrée au programme sont souples et permettent de répondre aux besoins d'une majorité de clients psychiatriques adultes vulnérables sur le plan métabolique et motivés à entreprendre des changements. Les participants doivent être référés par leur omnipraticien ou leur psychiatre. Toutefois, tout intervenant en santé mentale et tout usager peuvent rejoindre directement ce programme pour obtenir des renseignements et une fiche de référence.

Trois groupes de 15 usagers – un total de 45 nouveaux participants – ont commencé en septembre 2009, en janvier et en avril 2010. Un suivi périodique de mesures objectives de la santé métabolique est assuré à chacun avec copie des résultats envoyée au psychiatre ou à l'omnipraticien.

Des interventions de groupe ciblant une réduction du sédentarisme, la promotion de saines habitudes de vie, l'accroissement des connaissances sur la santé nutritionnelle, sur les médicaments psychotropes, sur les maladies métaboliques telles que le diabète, la dyslipidémie et les maladies cardiaques athérosclérotiques, sont accessibles à tous. Lors du volet intensif du programme, soit les trois premiers mois, les activités suivantes sont disponibles : trois rencontres psychoéducatives, trois rencontres nutritionnelles, le visionnement de deux films (*Malbouffe à l'américaine* et *Le pouvoir d'agir*), trois ateliers culinaires avec des conseils de *Gestion du frigo 101*, trois rencontres d'initiation à des techniques de relaxation, six séances d'exercices physiques en groupe, cinq rencontres motivationnelles et trois séances de club de marche. Toutes les activités, à l'exception des ateliers culinaires, ont lieu dans la communauté. Après les douze semaines intensives, l'intervenant voit chacun des membres individuellement puis en groupe à tous les trois mois pendant un an et enfin une fois par année par la suite.

Les participants actuels ou anciens peuvent se joindre à certaines activités en cours d'année, par exemple à des ateliers de Qi Gong (un dérivé du tai chi) et à un club de marche hebdomadaire.

Mieux-Être « Wellness » obtient un taux de satisfaction de 97 % des participants et un de 80 % de rétention pour l'ensemble des activités du volet intensif. En 2011, nous prévoyons d'autres activités, dont des ateliers d'expression créative en partenariat avec des organismes communautaires en santé mentale.

Le programme de conditionnement physique et d'initiation à des techniques de relaxation a été conçu en fonction de son caractère entièrement reproductible à domicile et spécifiquement pour les besoins de la clientèle psychiatrique. Il est d'apprentissage facile grâce à un DVD et à un guide photos explicatif remis sans frais à chaque personne, comme d'ailleurs le T-shirt du programme, une gourde et un guide santé culinaire. Les exercices visent à bonifier la condition physique des participants, à les inciter à adopter un mode de vie plus actif et à les sensibiliser aux bienfaits de l'activité physique à travers les différents aspects d'un entraînement, tels que l'aérobic, les étirements et les périodes de récupération. L'équipe interdisciplinaire est constituée d'un agent à temps plein et d'intervenants à temps partiel :

- ✓ Responsable du programme
- ✓ Agent(e) de programme (à temps plein)
- ✓ Psychiatres, omnipraticiens, internistes référents
- ✓ Éducateurs spécialisés
- ✓ Ergothérapeute
- ✓ Technicienne(ien) en diététique
- ✓ Nutritionnistes
- ✓ Infirmières(iers)
- ✓ Travailleur social
- ✓ Pharmaciennes(iens)
- ✓ Bénévoles et pairs aidants
- ✓ Kinésologues consultants
- ✓ Stagiaires de diverses disciplines

Les résultats du volet évaluatif du programme Mieux-Être « Wellness »

À ce jour, 190 participants ont bénéficié ou bénéficient encore du programme et ce nombre s'accroît chaque année. Depuis les débuts, un volet évaluatif a lieu afin de faire ressortir les bienfaits auprès de la clientèle. Conçue par l'auteur, la prise des mesures est assurée par l'agent de programme. Les données recueillies à la fin des trois premiers mois (volet intensif) et après un an varient selon la disponibilité des gens à poursuivre les rencontres individuelles et de groupe. Plusieurs ne peuvent faire le suivi en raison d'un retour au travail ou aux études, de leur engagement dans d'autres activités communautaires ou de diverses raisons personnelles. Les résultats du programme indiquent des améliorations significatives des mesures de la santé métabolique (l'IMC, le périmètre abdominal, la tension artérielle...), de la santé mentale (l'intensité des symptômes psychiatriques, la gravité de la maladie) et de la qualité de vie. De plus, une réduction du syndrome métabolique, une diminution du tabagisme, une meilleure adhésion à la médication psychotrope et une baisse marquée de la sédentarité après un an de participation sont aussi observées. Un résumé des résultats après trois mois puis après douze mois est présenté dans les deux tableaux (II et III) suivants.

Tableau II

Résultats des dix premiers groupes (n = 116) après trois mois de participation

| | |
|---|----------------------------|
| Poids | ↓ 0,7 kg (1,5 lb)* |
| • Perte de 56 % participants (↓ moyenne 2,7 kg ou 5,9 lbs) • 23 % ont ↓ plus que la perte moyenne, c.-à-d., ↓ entre 2,9 kg et 7,2 kg (6,4 lbs et 15,8 lbs) | |
| IMC | ↓ 0,26 kg/m ² * |
| • Réduit chez 52 % participants (↓ moyenne 1,1 d'IMC) • 17 % ont ↓ plus que la perte moyenne, c.-à-d., ↓ entre 1,3 et 3,7 d'IMC | |
| Tour de taille | ↓ 0,95 cm* |
| • Réduit chez 57 % participants (↓ moyenne 3,2 cm) • 23 % ont ↓ plus que la perte moyenne, c.-à-d., ↓ entre 3,5 cm et 9,5 cm | |
| Cholestérol total | ↓ 0,06 mmol/L |
| Cholestérol total/HDL | ↓ 0,09 mmol/L |
| Cholestérol LDL | ↓ 0,09 mmol/L |
| Glucose à jeun | ↓ 0,05 mmol/L |
| Tension artérielle SYS. | ↓ 2,18 mm Hg |
| Tension artérielle DIA. | ↓ 1,09 mm Hg |
| Risque cardiovasculaire (sur 10 ans) | ↓ 0,69 %* |
| * p < 0,05 | |

Tableau III

Résultats des dix premiers groupes (n = 54) après douze mois de participation

| | |
|--|----------------------------|
| Poids | ↓ 1,4 kg (3 lbs) |
| • Perte de 58 % participants (↓ moyenne 4,9 kg ou 10,8 lbs) • 25 % ont ↓ plus que la perte moyenne, c.-à-d., ↓ entre 5,2 kg et 14,3 kg (11,4 lbs et 31,5 lbs) | |
| IMC | ↓ 0,59 kg/m ² * |
| • Réduit chez 60 % participants (↓ moyenne 1,8 d'IMC) • 21 % ont ↓ plus que la perte moyenne, c.-à-d., ↓ entre 1,9 et 5,6 d'IMC | |
| Tour de taille | ↓ 1,19 cm |
| • Réduit chez 48 % participants (↓ moyenne 6 cm) • 15 % ont ↓ plus que la perte moyenne, c.-à-d., ↓ entre 6,5 cm et 22,5 cm | |
| Cholestérol total | ↓ 0,2 mmol/L* |
| Cholestérol total/HDL | ↓ 0,05 mmol/L |
| Cholestérol LDL | ↓ 0,07 mmol/L |
| Glucose à jeun | ↓ 0,07 mmol/L |
| Tension artérielle SYS. | ↓ 4,43 mm Hg* |
| Tension artérielle DIA. | ↓ 3,62 mm Hg* |
| Risque cardiovasculaire (sur 10 ans) | ↓ 0,66 % |
| * p < 0,05 | |

Conclusion

Mieux-Être « Wellness » est un programme de modification d'habitudes de vie interdisciplinaire et holistique. C'est un outil de sensibilisation, d'empowerment (appropriation du pouvoir), de motivation, de psychoéducation et de monitoring de la santé métabolique de la clientèle psychiatrique. Il améliore la santé globale et la qualité de vie de celle-ci tout en contribuant à son rétablissement. L'accessibilité à de tels programmes est primordiale. Récemment, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, le Centre hospitalier universitaire de Québec et le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, en concertation avec l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale, ont confirmé la pérennité budgétaire du programme Mieux-Être « Wellness », d'un coût annuel de 90 000 \$, après de nombreuses démarches pour défendre sa pertinence.

Pour plus de renseignements, vous pouvez nous joindre par téléphone au 418-654-2744 ou par courriel à pmmieuxetre@mail.chuq.qc.ca. Vous pouvez également visiter l'actuel site Web du programme [www.chuq.qc.ca/wellness] qui sera mis à jour au printemps prochain.

BIBLIOGRAPHIE

Álvarez-Jiménez, M. et coll. (2006). « Attenuation of antipsychotic-induced weight gain with early behavioural intervention in drug-naïve first episode psychosis patients: A randomized controlled trial ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1253-1260.

Evans, S., R. Newton et S. Higgins. (2005). « Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: A randomized controlled trial ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 479-486.

Fenton, W. S. et M. R. Chavez. (2006). « Medication-induced weight gain and dyslipidemia in patients with schizophrenia ». *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1697-1704.

Goff, D. C. et coll. (2005). « A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls ». *Schizophrenia Research*, 80(1), 45-53.

Kwon, J. S. et coll. (2006). « Weight management program for treatment-emergent weight gain in olanzapine-treated patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A 12-week randomized controlled clinical trial ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 547-553.

Littrell, K. H., N. M. Hilligoss et C. D. Kirshner. (2003). « The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain ». *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 237-241.

Mauri, M. et coll. (2008). « A psychoeducational program for weight loss in patients who have experienced weight gain during antipsychotic treatment with olanzapine ». *Pharmacopsychiatry*, 41, 17-23.

McCreadie, R. G. (2003). « Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia ». *British Journal of Psychiatry*, 183, 534-539.

McIntyre, R. S. et coll. (2005). « Bipolar disorder and diabetes mellitus: Epidemiology, etiology, and treatment implications ». *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(2), 83-93.

Menza, M. et coll. (2004). « Managing atypical antipsychotic-associated weight gain: 12-month data on a multimodal weight control program ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 471-477.

Newcomer, J. W. (2006). « Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(supplement 9), 25-30.

Poulin, M. et coll. (2007). « Management of antipsychotic-induced weight gain: Prospective naturalistic study of effectiveness of a supervised exercise programme ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(12), 980-989.

Shriqui, C., I. Lachance et les collaborateurs du groupe du Programme Mieux-Être « Wellness ». (2008). « Improving metabolic health outcomes in mentally ill populations with the "Mieux-Être" Wellness program ». *European Neuropsychopharmacology*, 18(4), S275-S276.

Vreeland, B. et coll. (2003). « A program for managing weight gain associated with atypical antipsychotics ». *Psychiatric Services*, 54(8), 1155-1157.

Faire le poids contre la menace du syndrome métabolique

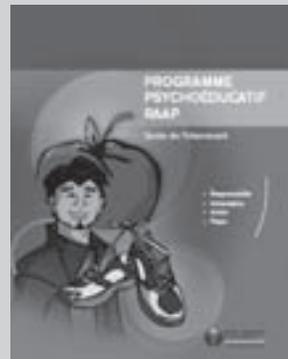
Par Marie-France Demers, pharmacienne, et Audrey Meloche, infirmière clinicienne;
Révision : Hélène Viau, travailleuse sociale (retraîtée), Clinique Notre-Dame des Victoires, Institut universitaire en santé mentale de Québec

L'histoire de David¹

David est un jeune homme de 23 ans qui a connu un premier épisode psychotique, il y a un peu plus de six mois. Il fréquente une clinique spécialisée pour les jeunes adultes en début d'évolution de psychose et y reçoit des services dispensés par une équipe interdisciplinaire. Il prend une médication psychotrope composée d'un antipsychotique et d'un antidépresseur. Cette combinaison lui permet de mieux composer, d'une part, avec la psychose qui s'est résorbée presque entièrement et, d'autre part, avec l'anxiété dont les symptômes ne sont pas encore maîtrisés. On dit de lui que c'est un jeune homme courageux, car non seulement il doit prendre cette médication avec tous les inconvénients qu'elle comporte, mais aussi il a dû s'ajuster complètement face à ses habitudes de consommation d'alcool et de cannabis. En effet, il a été un temps où David consommait ces substances quotidiennement, mais depuis sa psychose, il ne peut plus se le permettre, ayant été informé par l'équipe traitante des risques élevés de rechutes liées à cette consommation. Alors qu'il avait son propre appartement, une amie et des projets comme celui de terminer un baccalauréat en mathématiques, il a dû cesser ses études, a connu des problèmes financiers qui l'ont contraint à retourner vivre chez ses parents et à revoir son plan d'études. Pour le moment, il occupe un emploi de soir dans un entrepôt, « le temps de se refaire une santé ». Il est actuellement, entre autres, préoccupé par son poids, ayant gagné près de 6 kg au cours des derniers mois depuis l'introduction d'une médication. David confie à l'équipe que le changement de son image corporelle le préoccupe grandement. Il remarque quelques vergetures sur son ventre, trouve que ses seins ont pris du volume, ce qui lui occasionne une certaine gêne. Il n'est pas étonné que quelques jeunes côtoyés à la Clinique lui aient affirmé avoir déjà pensé cesser de prendre leurs médicaments à cause de cela. Pour sa part, David craint par-dessus tout la rechute et l'idée de se retrouver à l'hôpital l'inquiète tellement qu'il s'est fait une obligation de poursuivre le traitement pharmacologique. Il s'agit d'une expérience qu'il ne veut pas revivre. Au-delà de ces soucis, David est aussi préoccupé par les répercussions de ce gain de poids sur sa santé globale. Il participe actuellement à un groupe psychoéducatif portant sur les saines habitudes de vie, le programme RAAP (voir encadré 1), et il tente de mettre en pratique des changements sur le plan de son alimentation et de ses activités. Il s'est inscrit au gymnase et, en fait, il prend de plus en plus plaisir à faire les exercices proposés en compagnie des nouvelles personnes qu'il a rencontrées lors de ces activités. Même s'il trouve que tout cela lui demande bien des efforts, il veut prendre soin de sa santé physique, car il craint de devenir diabétique comme

Encadré 1 : Le programme RAAP

Ce guide, destiné aux intervenants qui œuvrent auprès des personnes atteintes de psychose, soutient une intervention de groupe visant à sensibiliser les participants aux différentes perturbations métaboliques, à reconnaître les éléments d'une saine alimentation, à encourager la pratique d'une activité physique régulière et à intégrer ces habitudes de vie au quotidien. Le contenu de ce programme est présenté de façon interactive (jeux, questionnaires) aux participants à l'occasion de cinq séances de deux heures, animées par les infirmières en collaboration avec la diététiste. Des sorties en gymnase et au restaurant permettent de mettre en pratique les concepts discutés et de les intégrer au quotidien.



son père. Ce qu'il apprécie dans ce programme, c'est de pouvoir échanger avec d'autres personnes également atteintes de psychose et se sentir ainsi soutenu. Certaines activités paraissent inusitées; par exemple, les intervenants invitent les participants à les accompagner dans un restaurant d'une chaîne de restauration rapide à l'occasion d'un lunch pour illustrer de façon concrète comment il est possible de faire des choix alimentaires judicieux, même dans ce type d'établissement. David saisit bien que ces interventions visent à ce que les participants se prennent en main et qu'ils s'engagent activement dans leur cheminement vers une santé globale (Chaput et coll. 2010).

Par exemple, on lui a appris à calculer lui-même son risque cardiovasculaire à partir des grilles de Framingham (voir encadré 2). Le score qu'il obtient sur cette grille (3,3 % de risque sur 10 ans) indique que son risque cardiovasculaire est faible. Par ailleurs, comme David rencontre trois critères de risque en regard du syndrome métabolique (voir encadré 3), ce résultat influence son risque cardiovasculaire et modifie celui-ci de « faible » à « modéré », une situation qui le préoccupe beaucoup. Il apprécie de mieux comprendre les composantes de son suivi et d'avoir accès à ses résultats de laboratoire. En fait, depuis qu'il s'est mis à faire de l'exercice, son HDL (le bon cholestérol) a augmenté et ses triglycérides ont diminué. Il a discuté à de nombreuses reprises de sa santé avec son psychiatre et son infirmière. Avec son accord, ses parents ont obtenu de l'information à ce sujet lors de leurs échanges avec les travailleurs sociaux de la clinique afin qu'ils soient sensibilisés à l'importance d'un suivi global pour leur fils

¹ David est un personnage fictif. Toutefois, son histoire est fortement inspirée et représentative de celle des nombreuses personnes qui fréquentent le programme de notre clinique.

Encadré 2 : L'évaluation du risque de coronaropathie sur 10 ans
HOMMES*

FEMMES

| 1. Âge | 30-4 | 35-9 | 40-4 | 45-9 | 50-4 | 55-9 | 60-4 | 65-9 | 70-4 | 75 + | Points |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------|
| Points de risque | 0 | 2 | 5 | 7 | 8 | 10 | 11 | 13 | 14 | 15 | 0 |

| 1. Âge | 30-4 | 35-9 | 40-4 | 45-9 | 50-4 | 55-9 | 60-4 | 65-9 | 70-4 | 75 + | Points |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| Points de risque | 0 | 2 | 4 | 5 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |

| 2. Cholestérol total (mmol/L) | < 4,1 | 4,1-5,2 | 5,2-6,2 | 6,2-7,2 | > 7,2 | Points |
|-------------------------------|-------|----------|---------|---------|-------|----------|
| Points de risque | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 |

| 2. Cholestérol total (mmol/L) | < 4,1 | 4,1-5,2 | 5,2-6,2 | 6,2-7,2 | > 7,2 | Points |
|-------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|--------|
| Points de risque | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 | |

| 3. Fumeur | Non | Oui | Points |
|------------------|----------|-----|----------|
| Points de risque | 0 | 4 | 0 |

| 3. Fumeuse | Non | Oui | Points |
|------------------|-----|-----|--------|
| Points de risque | 0 | 3 | |

| 4. Diabétique | Non | Oui | Points |
|------------------|----------|-----|----------|
| Points de risque | 0 | 3 | 0 |

| 4. Diabétique | Non | Oui | Points |
|------------------|-----|-----|--------|
| Points de risque | 0 | 4 | |

| 5. C-HDL (mmol/L) | > 1,6 | 1,3-1,6 | 1,2-1,3 | 0,9-1,2 | < 0,9 | Points |
|-------------------|-------|---------|---------|---------|----------|----------|
| Points de risque | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 2 |

| 5. C-HDL (mmol/L) | > 1,6 | 1,3-1,6 | 1,2-1,3 | 0,9-1,2 | < 0,9 | Points |
|-------------------|-------|---------|---------|---------|-------|--------|
| Points de risque | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | |

| 6. Tension artérielle systolique (mm Hg) | < 120 | 120-129 | 130-139 | 140-159 | 160 + | Points |
|--|-------|---------|----------|---------|-------|----------|
| Points de risque si non traitée | -2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| Points de risque si traitée | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| 6. Tension artérielle systolique (mm Hg) | < 120 | 120-129 | 130-139 | 140-149 | 150-159 | 160 + | Points |
|--|-------|---------|---------|---------|---------|-------|--------|
| Points de risque si non traitée | -3 | 0 | 1 | 2 | 4 | 5 | |
| Points de risque si traitée | -1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | |

| 8. Risque sur 10 ans | |
|----------------------------|-----------------------|
| Total des points de risque | Risque sur 10 ans (%) |
| 18 + | > 30 |
| 17 | 29,4 |
| 16 | 25,3 |
| 15 | 21,6 |
| 14 | 18,4 |
| 13 | 15,6 |
| 12 | 13,3 |
| 11 | 11,2 |
| 10 | 9,4 |
| 9 | 7,9 |
| 8 | 6,7 |
| 7 | 5,6 |
| 6 | 4,7 |
| 5 | 3,9 |
| 4 | 3,3 |
| 3 | 2,8 |
| 2 | 2,3 |
| 1 | 1,9 |
| 0 | 1,6 |
| -1 | 1,4 |
| -2 | 1,1 |
| -3 ou moins | < 1 |

| 8. Risque sur 10 ans | |
|----------------------------|-----------------------|
| Total des points de risque | Risque sur 10 ans (%) |
| 21 + | > 30 |
| 20 | 27,5 |
| 19 | 24,8 |
| 18 | 21,5 |
| 17 | 18,51 |
| 16 | 15,9 |
| 15 | 13,7 |
| 14 | 11,7 |
| 13 | 10,0 |
| 12 | 8,6 |
| 11 | 7,3 |
| 10 | 6,3 |
| 9 | 5,3 |
| 8 | 4,5 |
| 7 | 3,9 |
| 6 | 3,3 |
| 5 | 2,8 |
| 4 | 2,4 |
| 3 | 2,0 |
| 2 | 1,7 |
| 1 | 1,5 |
| 0 | 1,2 |
| -1 | 1,0 |
| -2 ou moins | < 1 |

| 7. Total des points | | | | | | | Total des points de risque ^{2,3} |
|---------------------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|---|
| Facteurs | Âge | CT | Tabagisme | Diabète | C-HDL | TA | |
| Points | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 |

| 7. Total des points | | | | | | | Total des points de risque ^{2,3} |
|---------------------|-----|----|-----------|---------|-------|----|---|
| Facteurs | Âge | CT | Tabagisme | Diabète | C-HDL | TA | |
| | | | | | | | |

| 9. Recommandations de traitement | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| Niveau de risque | Risque de coronaropathie sur 10 ans (%) | Instaurer un traitement dans les cas suivants : | Valeurs cibles principales : C-LDL |
| Élevé ⁴ | ≥ 20 | Envisager un traitement chez tous les patients | Soit : < 2,0 mmol/L ou réduction ≥ 50 % |
| Modéré | 10-19 | En présence de l'un ou l'autre des facteurs suivants : C-LDL > 3,5 mmol/L Ratio CT/C-HDL > 5,0 | Soit : < 2,0 mmol/L ou réduction ≥ 50 % |
| Faible | < 10 | C-LDL ≥ 5,0 mmol/L | Réduction ≥ 50 % |

* Les résultats de David sont présentés ici. Le lecteur intéressé pourra faire sa propre évaluation.

² La présence d'un syndrome métabolique fait augmenter d'un niveau la catégorie de risque déterminée par le seul calcul des points de la grille de Framingham. Exemple : Selon le score calculé dans cette grille, une personne est à risque faible, mais si elle est porteuse d'un syndrome métabolique, on la considèrera à risque modéré.

³ On doublera le risque (%) obtenu selon le calcul des points de la grille de Framingham si la personne a un parent de premier degré (père, mère, frère, sœur) qui a souffert de coronaropathie précoce (< 60 ans). Exemple : Une personne a un risque sur 10 ans de développer une coronaropathie estimé à 8 %. Son père a fait un infarctus à 56 ans. Alors, le risque estimé devient de 16 %, ce qui la place dans la catégorie Risque modéré, avec les cibles à atteindre correspondantes.

⁴ La catégorie à risque élevé comprend les personnes qui présentent déjà une coronaropathie ou un diabète. Exemple : Une personne qui présente déjà un diabète sera d'emblée considérée dans la catégorie Risque élevé, avec les cibles à atteindre correspondantes.

(Chovil et Panagiotopoulos 2010). Il a vraiment le sentiment que tous les intervenants, au-delà de leur spécificité propre, se sentent interpellés par cette question.

Par ailleurs, le poids demeure une préoccupation pour David. Le mécanisme par lequel les personnes qui prennent des antipsychotiques gagnent du poids n'est pas parfaitement élucidé. Certaines personnes n'arrivent plus à identifier leur seuil de satiété (Case et coll. 2010), d'autres modifient leurs choix alimentaires (Blouin et coll. 2008), d'autres encore ont l'impression de n'avoir rien changé à leurs habitudes. Certains gagnent beaucoup de poids, d'autres très peu (Foster et coll. 2010) et, à ce jour, on ignore encore pourquoi. La propension au gain de poids varie selon les individus, mais aussi en fonction de l'agent antipsychotique utilisé, certains d'entre eux étant davantage associés à un gain de poids significatif que d'autres (Cascade et coll. 2010). Le gain de poids, particulièrement autour de la taille (gras viscéral), modifie les taux de cholestérol et de sucre dans le sang. Ces perturbations peuvent influencer le risque de développer un problème cardiovasculaire ou un diabète, compte tenu des antécédents individuels et familiaux de la personne traitée. On sait que le fait de bouger et d'adopter de saines habitudes peut réduire notablement ce risque (Blouin et coll. 2009). Parfois, malgré tout, le gain pondéral survient et cela de façon considérable. Dans certains cas, en dépit d'une réponse favorable sur le plan des symptômes, un gain de poids important peut être une raison suffisante pour changer le traitement.

Encadré 3 : Le syndrome métabolique

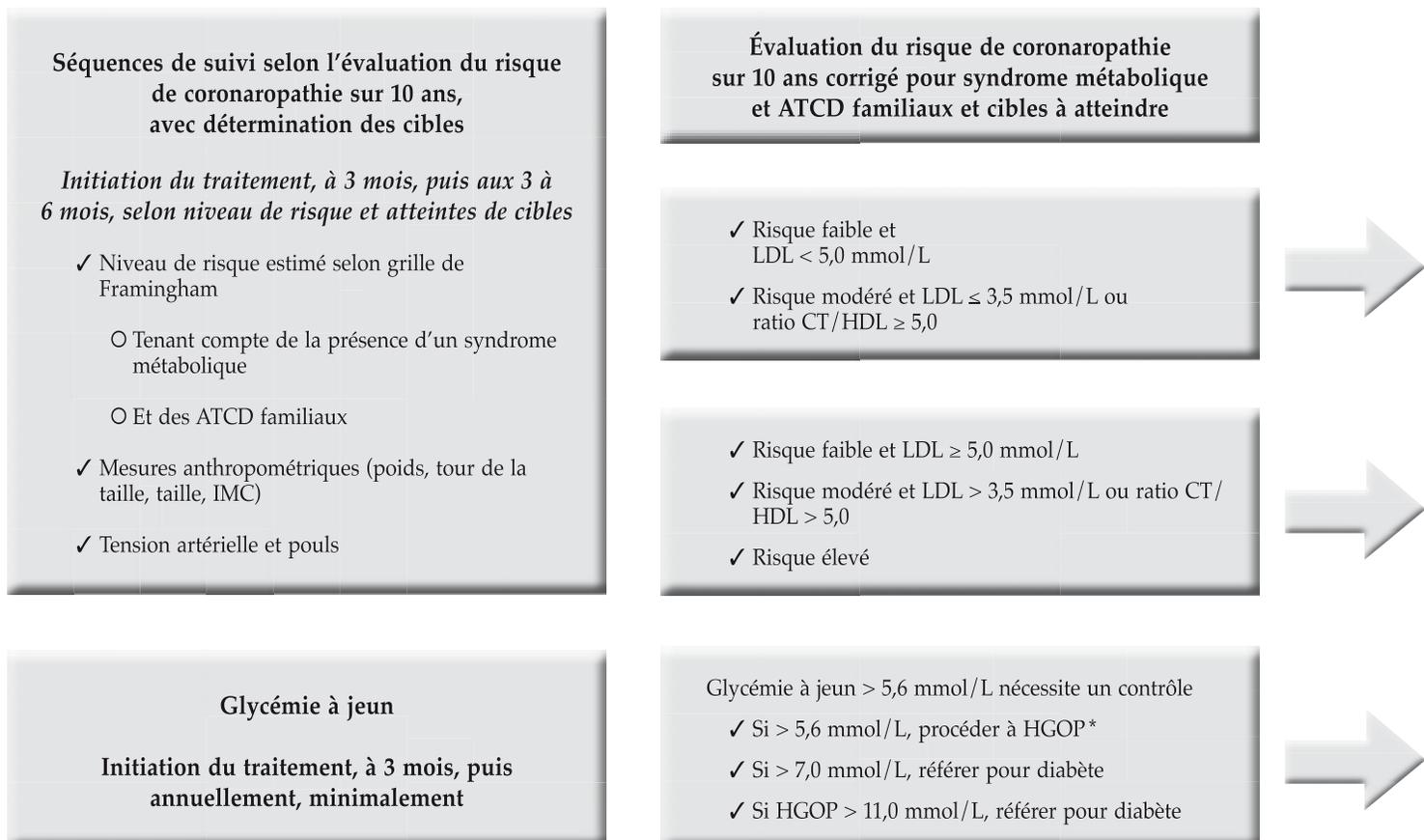
Le syndrome métabolique est présent si au moins trois critères de risque sont présents, dont celui qui concerne la circonférence de la taille, sur la base des critères suivants :

| Facteurs de risque | Valeurs définitoires de risque chez l'homme | Valeurs définitoires de risque chez la femme |
|---|---|--|
| Obésité centrale (circonférence de la taille) | > 94 cm (37 po) | > 80 cm (31,5 po) |
| Triglycérides | ≥ 1,7 mmol/L | ≥ 1,7 mmol/L |
| C-HDL | < 1,03 mmol/L | < 1,3 mmol/L |
| Tension artérielle | > 130/85 mm Hg | > 130/85 mm Hg |
| Glycémie à jeun | > 5,6 | > 5,6 |

Des données montrent aussi qu'indépendamment du gain de poids, des perturbations métaboliques (taux de gras et de sucre dans le sang) peuvent survenir parfois, même chez ceux qui ne gagnent pas de poids (Bouchard et coll. 2001). Pour toutes ces raisons, David suit de très près la séquence des contrôles que son médecin lui a prescrits, soucieux d'éviter

Encadré 4 : Protocole de suivi et d'intervention en vigueur à la Clinique Notre-Dame des Victoires

Algorithme de suivi et d'intervention des perturbations métaboliques et de la glycémie



* HGOP : Hyperglycémie orale provoquée : mesure de la glycémie 2 heures post 75g de glucose

l'émergence d'autres problèmes de santé. Il a discuté des différentes options de traitement avec son équipe médicale et comprend bien le plan de traitement actuel.

David poursuit sa route vers le rétablissement. Pour lui, composer avec les effets indésirables d'une médication antipsychotique signifie l'adoption de nouvelles habitudes de vie. Il se sent soutenu dans cette démarche, tant par son équipe de soins que par sa famille. Même s'il trouve ce chemin parfois laborieux, un sentiment de fierté l'habite. Il se sent capable de procéder à des changements, dont il peut mesurer les répercussions sur son profil métabolique et ses mesures anthropométriques. Il a l'impression de reprendre un certain pouvoir d'agir devant les difficultés plutôt que de les subir passivement. Depuis qu'il a commencé son entraînement au gymnase, son poids s'est stabilisé : c'est un début! L'équipe le soutiendra dans la poursuite de ses objectifs ultérieurs.

Quelques mots sur le programme

Le programme de la Clinique Notre-Dame des Victoires fondée il y a 12 ans vise l'amélioration de l'état mental de la personne présentant un premier épisode psychotique par un traitement intensif et une intervention clinique surspécialisée et soutenue auprès de cette personne et de ses proches. La gestion des perturbations métaboliques et de la glycémie fait partie intégrante des soins offerts. Dès l'entrée de la personne dans le programme, et selon une approche systématisée (voir encadré 4), son risque cardiovasculaire

est évalué et les cibles à atteindre sont déterminées, ceci à l'aide des grilles de Framingham (voir encadré 2) et du syndrome métabolique (voir encadré 3). Ces grilles sont bien expliquées à la personne. Les examens de laboratoire et la mesure des paramètres anthropométriques peuvent être faits sur place ou en CSSS par exemple, mais leur interprétation est réalisée dans le contexte du suivi systématique par les infirmières, de concert avec la pharmacienne de l'équipe et le psychiatre. Les travailleurs sociaux contribuent aussi à la documentation sur les facteurs de risque, en vérifiant auprès des parents les données relatives à l'histoire familiale de coronaropathie ou d'accidents vasculaires cérébraux. Un consensus sur les actions à prendre est alors dégagé en équipe, en collaboration avec la personne et sa famille. L'algorithme présenté ci-après (voir encadré 4) contient à la fois une séquence de suivi et une liste d'interventions à proposer à la personne selon les cibles à atteindre. Cet algorithme est appliqué depuis déjà six ans. La création récente d'une base de données informatisée et son utilisation à l'intérieur d'un cadre de gestion balisé par le comité d'éthique de notre établissement ouvrent la voie à la mesure d'impact de cet algorithme et à l'avancement des connaissances sur ces questions complexes. En conclusion, nous insistons sur le fait que les équipes de soins doivent non seulement procéder à la détection des problèmes métaboliques, mais aussi offrir des moyens pour les corriger. Elles doivent s'engager avec la personne et sa famille dans une perspective de traitement global, visant un rétablissement sur tous les plans.

Mesures non pharmacologiques

- ✓ Enseignement individuel
- ✓ Groupe RAAP
- ✓ Club hors piste
- ✓ Référence Service Action Santé
- ✓ Consultations diététiques

Mesures non pharmacologiques

mentionnées ci-dessus et possibilité d'introduire



simultanément **statine**
LDL \leq 2,00 mmol/L ou
↓ 50 % LDL

Mesures non pharmacologiques mentionnées

ci-dessus et possibilité d'introduire **metformine** si
HGOP [7,8 - 11,0] mmol/L

BIBLIOGRAPHIE

- Blouin, M. et coll. (2008). « Adiposity and eating behaviors in patients under second generation antipsychotics ». *Obesity*, 16(8), 1780-1787.
- Blouin, M. et coll. (2009). « Improvement of metabolic risk profile under second generation antipsychotics: A pilot intervention study ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 275-279.
- Bouchard, R. H. et coll. (2001). « Atypical antipsychotics and cardiovascular risk in schizophrenic patients ». *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(1), 110-111.
- Cascade, E. et coll. (2010). « Real-world data on atypical antipsychotic medication side effects ». *Psychiatry*, 7(7), 9-12.
- Case, M. et coll. (2010). « The potential role of appetite in predicting weight changes during treatment with olanzapine ». *BMC Psychiatry*, 10, 72.
- Chaput, J. P. et coll. (2010). « Risk factors for adult overweight and obesity: The importance of looking beyond the 'big two' ». *Obes Facts*, 3(5), 320-327.
- Chovil, N. et C. Panagiotopoulos. (2010). « Engaging families in research to determine health literacy needs related to the use of second-generation antipsychotics in children and adolescents ». *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(3), 201-208.
- Foster, A., D. del Miller et P. Buckley. (2010). « Pharmacogenetics and schizophrenia ». *Clinics in Laboratory Medicine*, 30(4), 975-993.
- Raedler, T. J. (2010). « Cardiovascular aspects of antipsychotics ». *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 574-581.

Facteurs de rétablissement

Par Marc Boutin, utilisateur de services en santé mentale

Je bénéficie des services du réseau de la santé mentale depuis 1998, année où j'ai reçu le diagnostic du trouble délirant. Auparavant, j'ai vécu avec cette maladie pendant 15 ans sans être soigné par la psychiatrie. Entre 1998 et 2007, j'ai été plusieurs fois hospitalisé. Depuis, je puis affirmer être stable mentalement. Je suis vraiment dans un processus de rétablissement.

Le traitement psychiatrique a fait une énorme différence dans ma vie. La médication, avec des ajustements progressifs, m'a permis de bien contrôler les symptômes de la maladie et d'obtenir un bien-être salubre et durable.

Nous sommes tous à la recherche d'un bien-être personnel. Je pense qu'il est primordial pour la grande majorité des personnes sujettes à un trouble mental d'avoir recours aux traitements de la psychiatrie. Certaines personnes, dans le milieu de la santé mentale, adoptent des positions très critiques ou suspicieuses envers les services psychiatriques, considérant que les traitements psychiatriques s'opposent à l'autonomie et à la liberté individuelle des gens aux prises avec un trouble mental. À mon avis, il demeure indiscutable que le suivi en psychiatrie, incluant l'évaluation et le diagnostic, constitue l'élément le plus important dans le processus du rétablissement.

20

À cet égard, le soutien et l'encadrement de mes proches se sont avérés cruciaux dans mon expérience. Sans leurs recherches et leurs efforts soutenus pour trouver des solutions à la détresse personnelle qui me frappait, je n'aurais probablement pas obtenu l'état de mieux-être que je connais présentement. Grâce à l'appui de ma conjointe et de mes enfants, j'ai pu être dirigé vers les services psychiatriques et enfin être traité convenablement. Je pense que l'on ne reconnaît pas toute l'ampleur de l'aide fournie par les proches, aide dont on pourrait pourtant affirmer qu'elle est un facteur déterminant du rétablissement.

Un autre point significatif dans l'atteinte du mieux-être personnel est l'environnement physique et social dans lequel on évolue. J'ai profité d'un milieu de vie idéal en habitant depuis plusieurs années Sainte-Julie, nommée deux années consécutives « la ville du bonheur ». Cette municipalité est propice au mieux-être : on s'y sent en sécurité et l'aisance réelle des familles résidentes ajoute énormément au confort. En tant que famille, nous ne vivons pas dans une atmosphère de ghetto. Notre vie se rapproche beaucoup de celle d'une famille sans problèmes de santé mentale. Nous avons pu éviter en bonne partie la stigmatisation qui touche souvent les personnes psychiatisées et leurs proches, ce qui n'est pas la moindre des choses dans la recherche du mieux-être et du rétablissement.

Outre les services psychiatriques auxquels j'ai eu recours, j'ai utilisé d'autres services hospitaliers. Pendant deux ans, j'ai rencontré une psychologue; nos entretiens réguliers m'ont

apporté un certain réconfort pour lutter contre l'anxiété sociale. Pouvoir se confier à un professionnel et en obtenir des conseils et des outils pour dépasser certains problèmes liés à ma condition psychiatrique favorise de manière appréciable mon processus de rétablissement.

J'ai aussi participé à de petits groupes d'entraide supervisés par une ergothérapeute rattachée à un centre de jour. Cette thérapie m'a beaucoup aidé à surmonter mon anxiété sociale. Nouer des liens de camaraderie avec d'autres utilisateurs de services durant ces deux années a représenté un coup de pouce non négligeable par rapport à mon processus de rétablissement.

De plus, au début des années 2000, je me suis engagé dans un programme de réinsertion sociale qui m'a conduit à travailler durant plus de deux ans dans un centre d'action bénévole. Le fait d'avoir œuvré dans un milieu accueillant, avec des gens qui ne portent pas de jugements sur les autres, m'a permis de retrouver une certaine confiance en moi et un sentiment d'utilité. L'emploi que j'ai occupé n'était pas nécessairement des plus emballant, mais le fait de contribuer à la société et à la communauté locale, d'être membre aussi d'un conseil d'administration, m'a apporté un encouragement indéniable.

J'ai également bénéficié d'un programme de réinsertion sociale dans un centre de jour à Montréal où je suis rédacteur pour une revue qui traite de santé mentale. Cet atelier est très intéressant et correspond bien à mes talents et à mes intérêts. Il me permet de socialiser avec d'autres utilisateurs de services qui me ressemblent vraiment par leurs préoccupations et leurs ambitions. Je me sens davantage citoyen en participant de façon notable à l'information dans le milieu de la santé mentale par mon apport à la revue *Mentalité*.

À l'automne 2010, j'ai suivi la formation de pair aidant à Saint-Augustin-de-Desmaures. La perspective d'accompagner mes semblables dans leur processus de rétablissement, soit à titre de bénévole ou de travailleur rémunéré, concourt beaucoup à mon propre cheminement.

En résumé, il existe – en plus de la psychiatrie – plusieurs facteurs et moyens de rétablissement : la psychologie, l'ergothérapie, les groupes d'entraide, le travail subventionné ou rémunéré, le soutien des proches et du milieu social. Un autre moyen plus alternatif, la spiritualité, a joué un rôle important en ce qui me concerne.

Ce qui apparaît central pour les utilisateurs de services en santé mentale, c'est de pouvoir recourir à une panoplie de moyens conventionnels ou alternatifs pour les aider à vivre un réel mieux-être et à atteindre un degré de rétablissement satisfaisant. Il y a encore beaucoup à faire dans la société pour soutenir ces utilisateurs.

La Gestion autonome de la médication : une pratique au service du mieux-être

Par Lourdes Rodriguez, Ph. D., professeure, École de service social, Université de Montréal, et Pierrette Richard, directrice, Prise II, avec la collaboration de Lisa Benisty et de Céline Cyr, École de service social, Université de Montréal, ARUCI Santé mentale et citoyenneté, ainsi que de Monique Goulet, Prise II

1. La Gestion autonome de la médication

Le traitement psychopharmacologique occupe une place centrale dans la vie de la plupart des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale. La Gestion autonome de la médication, ou GAM, est une pratique qui situe la personne au cœur de son processus de traitement. Elle vise à ce que cette personne accède à une position de sujet, qu'elle puisse se saisir de la question de la médication psychotrope, évaluer l'effet de celle-ci sur sa vie et être soutenue dans les changements nécessaires pour la mettre au service de son mieux-être. La GAM requiert nécessairement l'ouverture d'espaces de dialogue entre les personnes directement intéressées, leurs proches et les intervenants, notamment les psychiatres et les médecins prescripteurs.

La GAM est née d'un désir de réappropriation du pouvoir et a évolué pour devenir un outil significatif, sinon indispensable, pour le rétablissement. C'est en réponse à des demandes répétées de personnes usagères et à l'initiative de certaines d'entre elles que cette notion de gestion autonome de la médication a émergé progressivement dans l'espace alternatif en santé mentale au Québec¹. Elle résulte de plus d'une dizaine d'années de réflexion, de recherche et d'action qui ont permis de tenir compte des perspectives plurielles des personnes utilisatrices, de l'expérience des intervenants et d'une analyse rigoureuse de l'état des connaissances sur

les médicaments psychotropes tant dans le domaine de la recherche biomédicale que dans ceux des sciences humaines et sociales. Le dialogue entre ces perspectives diverses a permis de remettre en question le rôle de la médication dans la vie des personnes, dans les pratiques en santé mentale et plus largement dans la société.

2. Pourquoi la GAM? Limites de la contribution du traitement psychopharmacologique au mieux-être

Les problèmes de santé mentale touchent la personne dans sa globalité, dans son rapport à elle-même et aux autres. Souvent, l'ensemble des dimensions de la vie personnelle et sociale est bouleversé : le travail, les relations, le niveau de vie, la santé physique, etc. La médication soulage certains symptômes, mais à elle seule, elle est rarement suffisante pour assurer une vie de qualité dans la communauté².

Pourtant, le traitement pharmacologique est parfois présenté comme étant la seule réponse aux difficultés³. Dans ce sens, très récemment, la Commission de l'éthique, de la science et de la technologie du gouvernement du Québec⁴ affirme que « le manque de personnel pour les soins à domicile, de travailleurs sociaux et de psychologues pour les thérapies non-médicamenteuses et de médecins de famille, nuit

¹ L. RODRIGUEZ et M.-L. POIREL. (2007). « Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : la gestion autonome de médicaments de l'âme ». *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2).

² On sait qu'entre le quart et la moitié des personnes considérées comme schizoéphrènes n'obtiennent pas de leurs neuroleptiques les résultats thérapeutiques escomptés, malgré une consommation régulière. Les médicaments ne s'adressent qu'à certains aspects de la souffrance, et certains symptômes résistent au traitement pharmacologique. L'introduction des antipsychotiques de deuxième génération a suscité de nombreux espoirs, laissant présager l'amélioration du rapport bénéfices-risques d'un traitement à long terme. Néanmoins, plusieurs études récentes démontrent que leur efficacité est comparable à certains antipsychotiques de première génération, qu'ils induisent des effets secondaires importants. Pour ces questions, voir notamment J. A. LIEBERMAN et coll. (2005). « Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness (CATIE) investigators: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia ». *New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209-1223. En français, on peut consulter H. DORVIL. (2006). « Prise de médicaments et désinstitutionalisation ». Dans J. COLLIN, M. OTERO et L. MONNAIS (édit.), *Le médicament au cœur de la socialité : regards croisés sur un objet complexe* (p. 35-66). Québec, Presses de l'Université du Québec.

³ Cet article ne vise pas à aborder en profondeur ces dimensions; il est néanmoins important de rappeler que la place des psychotropes est de plus en plus mise en doute par des recherches qui montrent que l'utilisation de ceux-ci ne se justifie pas toujours d'un point de vue scientifique et que certaines pratiques de prescription sont parfois le résultat de la difficulté d'accès à d'autres approches dans le système des services. L. RODRIGUEZ, N. PERRON et J.-N. OUELLETTE. (2008). « Psychotropes : réguler ou écouter la souffrance ». Dans L. BLAIS et coll. (édit.), *Vivre à la marge : réflexions autour de la souffrance sociale* (p. 121-148). Québec, Les Presses de l'Université Laval. L. RODRIGUEZ. (2005). « Jongler avec le chaos : les effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers ». Dans M. OTERO (dir.), *Nouveau malaise dans la civilisation*, Cahiers de recherche sociologique, Université du Québec à Montréal, Département de sociologie, (42), p. 237-256.

⁴ QUÉBEC. COMMISSION DE L'ÉTHIQUE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. (2009). *Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*, Avis, Québec.

à la continuité des soins et des services et ne permet pas de répondre adéquatement aux demandes. [...] dans un tel contexte, les intervenants, pour ne pas dire le système de santé lui-même, peuvent faire jouer au médicament un rôle de substitution » (p. 21-22). Pour poser finalement la question : « Les recours à certains usages élargis des psychotropes servent-ils à pallier certaines déficiences du réseau de la santé et des services sociaux? » (p. 111)⁵.

Par ailleurs, les médicaments psychotropes produisent des effets secondaires indésirables qui influencent le rapport au corps (par exemple, le surpoids), le rapport à soi-même (entre autres, le manque de vitalité, le sentiment d'être loin de ses émotions et la perte de contrôle sur son univers intérieur), la santé (c'est-à-dire le diabète, la dyskinésie, etc.) et la réinsertion sociale. De nombreuses personnes, y compris celles qui consomment des antipsychotiques atypiques, ont tenté

Une analyse récente des recherches portant sur les pratiques de prescription⁸ défend l'idée que la dose optimale changeant au cours de la maladie, le traitement pharmacologique doit nécessairement être constamment réévalué et reconsidéré. Les auteurs concluent que les doses élevées des neuroleptiques provoquent des effets secondaires plus importants associés à un risque majeur de non-adhérence au traitement, à de nouvelles crises et à un effet négatif sur la satisfaction des personnes⁹. On propose alors que la dose prescrite soit réduite de façon systématique, ceci faisant partie du protocole de traitement standard. Le centre d'attention doit être déplacé, s'éloignant d'un traitement de symptômes psychotiques pour en venir à une vision plus globale. Pour mesurer l'amélioration de l'état de la personne, on devrait considérer son fonctionnement psychosocial comme un indice. Ce type de stratégie nécessite un investissement accru dans l'accompagnement des personnes, une pratique

difficile à appliquer systématiquement dans le contexte actuel des services publics.

La GAM propose l'utilisation de la dose minimale efficace pour assurer la qualité de vie (zone confort) et crée aussi un espace d'écoute et de soutien pour les personnes qui souhaitent vivre sans psychotropes. Cette approche fait ainsi un pas de plus en favorisant l'appropriation du pouvoir, la responsabilité partagée face au traitement pharmacologique et

la création d'alliances visant la mobilisation des ressources de l'entourage de la personne autour de son propre parcours vers le mieux-être.

3. Principes et pratiques de la GAM : un bref survol

La GAM propose aux personnes qui consomment des médicaments psychotropes et à celles qui cherchent une voie autre au soulagement de la souffrance émotionnelle une démarche réflexive sur leur qualité de vie et la place qu'occupent la médication et les autres types de soutien dans leur vie quotidienne et dans leur trajectoire vers le mieux-être.

Cette approche prend racine dans l'expérience des personnes et dans le respect de leurs choix.

« La GAM propose aux personnes qui consomment des médicaments psychotropes et à celles qui cherchent une voie autre au soulagement de la souffrance émotionnelle une démarche réflexive sur leur qualité de vie et la place qu'occupent la médication et les autres types de soutien dans leur vie quotidienne et dans leur trajectoire vers le mieux-être. »

22

d'interrompre abruptement leur médication, sans soutien et sans suivi⁶. L'abandon de la médication est fréquemment associé à l'isolement et à la pauvreté, alors que le manque de soutien conduit à de nouvelles crises et à de nouvelles hospitalisations qui demandent une prescription pharmacologique avec des doses souvent élevées, et le cercle vicieux se répète.

De plus, leur prescription est complexe : trouver les médicaments et les doses qui produisent les effets souhaités, au bon moment, exige un suivi attentif et constant. Ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. Des recherches sur l'expérience et la trajectoire de vie des personnes vivant avec de graves problèmes de santé mentale montrent souvent de longs et douloureux parcours de demande d'aide avant que la personne n'ait réussi à comprendre son diagnostic et son traitement, et à obtenir de l'information sur ceux-ci⁷.

⁵ *Ibid.*

⁶ L'étude de Lieberman et coll. (2005) effectuée dans 57 établissements américains auprès de 1493 personnes diagnostiquées « schizophrènes » montre que les taux d'interruption du traitement oscillent entre 64 % et 82 %, selon les médicaments (Dorvil 2006).

⁷ La recherche qualitative donne accès aux récits où les personnes parlent aussi d'ambivalence et d'incertitude quant aux distinctions à faire entre les effets de la médication et les difficultés à l'origine de la prise de médicaments. La perception d'être désapproprié de soi-même, provoquée par l'expérience des symptômes, peut se voir ainsi consolidée et même renforcée par un système de services qui tend à occulter les limites de la médication et ses effets paradoxaux sur des personnes. L. RODRIGUEZ, E. CORIN et M.-L. POIREL. (2001). « Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée ». *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 201-223.

⁸ S. YAMIN et K. VADDADI. (2010). « Are we using excessive neuroleptics? An argument for systematic neuroleptic dose reduction in stable patients with schizophrenia with specific reference to clozapine ». *International Review of Psychiatry*, 22, 138-147.

⁹ A. HOFER et coll. (2002). « Attitudes towards antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 49-53.

Au cours de cette démarche, les ressources engagées dans la GAM rendent disponibles aux personnes qui le souhaitent l'information, la formation et le soutien pour qu'elles puissent faire valoir leur point de vue et être associées aux décisions concernant leur traitement médical en mettant ce dernier au service de leur projet de vie.

Cinq principes soutiennent les pratiques de la GAM :

1. L'importance d'une qualité de vie subjective;
2. La (ré)appropriation du pouvoir;
3. La reconnaissance des significations plurielles de la médication;
4. Le respect de la personne, de ses décisions et de ses droits;
5. Une approche large de la souffrance et du mieux-être.

Les organismes ont élaboré de multiples pratiques autour de la GAM en l'adaptant à leur réalité. Plus particulièrement, les principales pratiques recourent les aspects suivants :

- Accessibilité de l'information et de la formation sur les médicaments, sur les droits des personnes¹⁰ et sur l'approche de la GAM en tant que telle;
- Espaces de parole autour de la médication permettant aux personnes usagères de se retrouver entre pairs et de partager leur expérience au sujet de la prise de médicaments et de leur rapport aux pratiques en santé mentale;
- Démarche réflexive et structurée sur l'expérience personnelle autour de la qualité de vie, l'évaluation approfondie du rôle des médicaments consommés, l'identification et la mobilisation des ressources en fonction des changements souhaités (ce qui peut impliquer un changement des prescriptions ou des doses, ou l'enclenchement du processus pour vivre sans médication). Pour la réalisation de cette démarche, on s'appuie sur le *Guide personnel de la Gestion autonome des médicaments de l'âme*¹¹;
- Soutien, préparation et accompagnement au dialogue et à la négociation de la médication avec le médecin et d'autres intervenants;
- Écoute et suivi individuel où les rapports à la médication sont explorés dans une démarche plus large orientée vers le changement et le mieux-être.

Ces dimensions peuvent s'actualiser de diverses manières selon l'organisation et les ressources dont on dispose. Il s'agit de rendre accessibles les différentes activités en fonction des besoins des personnes.

4. Les effets de la GAM

Les conclusions présentées dans cette section sont tirées de plusieurs recherches évaluatives qualitatives (2004, 2006, 2010) et de l'analyse partielle d'une nouvelle recherche en cours visant à évaluer les pratiques de la GAM¹². Les principaux acquis soulignés par les personnes quant à leur démarche relative à la GAM concernent leur rapport à la médication, aux prescripteurs, à soi-même et aux autres.

Une compréhension approfondie de l'expérience, des droits et du traitement pharmacologique

Les personnes rencontrées dans le contexte de ces recherches abordent en profondeur la place que le traitement pharmacologique occupe dans leur vie : comment il a modifié leur expérience et les conditions dans lesquelles celui-ci devient un outil favorisant leur mieux-être. Nous avons été frappées par la richesse de leurs discours et de leurs réflexions en ce qui regarde leur participation à la GAM. Celle-ci permet aux personnes de s'interroger sur le rôle de la médication dans leur vie, d'établir un lien informé et plus conscient avec le traitement pharmacologique.

En effet, dans la plupart des cas, les activités de la GAM ont permis aux personnes de prendre conscience de la possibilité de choisir et du droit au consentement libre et éclairé, ainsi que d'obtenir l'information nécessaire pour ce faire. Pour les participants, la connaissance des médicaments est un élément essentiel de la GAM. Plusieurs personnes avaient déjà des stratégies pour aller chercher l'information par elles-mêmes. Toutefois, la plupart d'entre elles ont amélioré leur intérêt pour cette question en participant aux activités de la GAM. Les connaissances proviennent de différentes sources et cette information fait l'objet d'échanges avec les intervenants et les autres membres lors des séances de formation et des ateliers qui permettent de mieux préparer les rencontres avec le médecin prescripteur et le pharmacien.

¹⁰ Les activités de formation actuellement disponibles sont : « L'Autre côté de la pilule » (AGIDD-SMQ) et la Gestion autonome de la médication (RRASMQ).

¹¹ Le projet de la GAM a permis l'expérimentation de divers outils d'accompagnement, notamment : 1) *Gestion autonome des médicaments de l'âme. Mon guide personnel* (2002), destiné aux personnes usagères (traduit en anglais et en portugais), évalué par les chercheurs d'ÉRASME et publié en association avec le RRASMQ et l'AGIDD-SMQ; 2) *Repères pour une Gestion autonome de la médication en santé mentale. Guide d'accompagnement*, destiné à l'ensemble des professionnels, des intervenants et des accompagnants de tous les milieux de pratique, public et communautaire. D'autres outils audiovisuels complètent les matériaux disponibles pour la réflexion autour de la place que la médication occupe dans la vie des personnes (disponibles au RRASMQ).

¹² Lors de la première étude, nous avons analysé : 1) 16 entrevues à des personnes qui fréquentent 8 ressources alternatives qui ont pris part au projet pilote d'implantation de l'approche de la GAM; 2) 45 rapports d'observations participantes réalisées lors des activités de la GAM; 3) 14 entrevues semi-dirigées auprès de gestionnaires, d'intervenants, de groupes de parents et de proches. En ce qui concerne la perspective des usagers, nous avons eu recours à des entrevues semi-dirigées. Pour la recherche qualitative présentement en cours (Discours et pratiques entourant la médication : selon le point de vue des personnes, les conditions dans lesquelles ils contribuent au rétablissement, à l'appropriation du pouvoir et à la qualité de vie; chercheure principale : Lourdes Rodriguez, Université de Montréal, 2010-2012, ARUCI-SMC), des entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec des personnes ayant réalisé une démarche de la GAM.

L'information est utilisée dans une perspective plus large de dialogue et de collaboration avec les professionnels de la santé, les intervenants, les proches et les pairs, dans la recherche conjointe des meilleures manières de faire face aux difficultés et aux symptômes.

Amélioration du rapport avec les professionnels et ouverture de l'espace de négociation avec le médecin

Les personnes qui ont fait un cheminement en s'inspirant de la GAM ont transformé de façon très positive leur rapport avec les professionnels de la santé et en particulier avec les médecins prescripteurs. Les récits montrent diverses expériences de collaboration visant à trouver les meilleures voies pour que la médication contribue au mieux-être ou pour trouver des traitements alternatifs.

Plus spécifiquement, les activités de la GAM ont permis aux personnes de s'outiller pour s'exprimer davantage auprès de leurs médecins : elles possèdent plus d'arguments, échangent de manière plus nuancée sur l'incidence de la médication sur leur vie quotidienne et leur parcours, et font valoir leurs points de vue. Cela contribue à établir un dialogue constructif et assure la participation du médecin dans une démarche de modification de la médication ou de diminution de la dose.

Du côté des intervenants, la recherche indique que les médecins et d'autres professionnels de la santé sont aussi rassurés par la démarche de la GAM parce qu'elle suppose un rôle actif et réfléchi de la personne, et la mobilisation d'un ensemble de ressources pour soutenir cette dernière.

La collaboration avec le médecin a été encouragée par plusieurs facteurs liés aux pratiques de la GAM : 1) la connaissance par la personne du processus pour diminuer les doses progressivement et de manière très lente et contrôlée, exposé dans le *Guide personnel de la GAM*; 2) la mise en place d'une démarche structurée avec le soutien des intervenants, ce qui rassure les médecins; 3) dans certains cas, la possibilité de référer à des médecins ouverts à l'idée de travailler avec la personne dans la perspective de la GAM.

Mieux-être et appropriation du pouvoir

On constate que le fait d'être bien formées conduit les personnes à tenter de se doter d'une médication qui leur convient. Les diverses recherches montrent que la GAM incite les personnes, en concertation avec leur médecin, à l'ajustement de leur traitement pharmacologique en fonction de sa contribution à une meilleure qualité de vie et à un mieux-être. Pour certaines, cette démarche implique un changement des médicaments ou des doses (pour atteindre la « dose confort »); pour d'autres, l'acceptation de leur traitement et pour une minorité, finalement, l'arrêt complet de la prise de psychotropes.

Au-delà de la question sur la médication, la GAM propose de porter un regard nouveau sur les expériences de souffrance qui ont conduit les personnes à demander de l'aide en psychiatrie. La GAM permet de développer une plus grande

connaissance de soi, en aidant à nommer les émotions, à identifier les conséquences du style de vie et à réfléchir au rapport avec les autres. Ainsi, les personnes trouvent d'autres formes de soutien et de pratiques, et conçoivent de nouvelles stratégies qui élargissent leur capacité d'agir pour faire face à la souffrance et aux situations de crise. Lorsqu'on demande ce que la GAM signifie, la majorité des personnes parlent de l'importance d'exercer un plus grand contrôle sur leur vie. Certaines font directement référence à la notion d'appropriation du pouvoir.

Pour conclure, quelques extraits qui montrent la diversité des chemins empruntés par les personnes qui ont expérimenté la GAM

« Parce que c'était offert dans la liste des séries de cours qu'ils offraient, j'ai dit je vais le faire. [...] J'ai accepté de prendre des médicaments, surtout ça, parce que je voyais le bénéfice de les prendre, j'étais moins rebelle. C'est ça que m'a permis GAM, la Gestion autonome des médicaments. [...] Ça ne m'a pas permis de faire un sevrage, ça m'a permis juste de comprendre puis d'accepter que je prenais des médicaments, pour le restant de mes jours, sans faire un drame. [...] J'écrivais dans mon cahier les médicaments que je prenais, à quel moment, le pourquoi de, et puis ça m'a permis de me réconcilier avec ça. [...] ça m'a permis d'accepter et de comprendre que j'étais en contrôle de ma vie, même si je prenais des médicaments. Que je n'étais pas un cobaye, j'avais décidé de les prendre délibérément et que je voyais le bien-être de ça. C'est ça que ça m'a permis, GAM » (entrevue 2, 2010).

« [...] ça a été le début d'un nouveau voyage, qui n'est pas fini, qui n'est pas encore solide. [...] j'ai pas fini de travailler sur moi mais je pouvais enfin voir une issue au tunnel, parce que je reprenais le pouvoir de ma vie. [...] Mon objectif en venant ici c'était de me débarrasser complètement des antidépresseurs. [...] Puis bon, je ne me souviens plus qui m'a dit si j'avais le choix du rythme ou si c'est moi qui l'ai demandé [...]. Et elle [l'intervenante] était toujours là quand j'en avais besoin [...]. Elle n'était jamais jugeante, c'était toujours mon choix à moi. [...] Elle tenait compte de mon environnement de vie. [...] Ce dosage-là est absolument extraordinaire pour l'estime de soi, pour la guérison, la dignité, la reprise en main de ta propre vie, ça fait toute la différence [...]. Toute la différence pour moi en tout cas et je suis convaincue que ça doit la faire pour bien du monde. D'avoir des options, des options ouvertes, des options d'ouverture, le terme guérison qui revient, de dire ce n'est pas à vie point final [...] » (entrevue 3, 2010).

« Une lumière brillait dans la nuit. On m'offrait de l'espoir autrement qu'en capsules! L'espoir d'avancer enfin vers qui je suis, de retrouver un équilibre naturel, un mouvement intérieur plutôt que cet état immuable, cet équilibre boiteux et maintenu artificiellement par les substances chimiques. [...] [La démarche de la GAM] peut être exigeante, voire même pénible par moments. Mais elle fut pour moi une sorte de passage obligé vers la reconquête de mon pouvoir personnel, ma dignité et ma liberté d'être et d'agir » (Marie-Élaine Dubois)¹³.

¹³ M.-E. DUBOIS. (2009). « GAM vue de l'intérieur : sur le chemin du retour ». *L'autre espace*, 1(2), 23-29.

Favoriser le rétablissement avec la présence attentive

Par Claude Fournier, M.D., médecin-conseil dans le service de prévention, promotion de la santé physique et psychosociale de la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches

Depuis trois décennies, nous notons l'émergence d'interventions fondées sur la présence attentive (IPA)¹ dans divers domaines de la santé en Amérique du Nord¹. Au cours de 2010, deux méta-analyses sont venues renforcer l'étayage scientifique de ces interventions auprès de populations cliniques^{2,3}.

Même avec une approche relativement conservatrice étant donné certaines limitations méthodologiques, ces études témoignent d'une réduction de l'anxiété auprès de la clientèle aux prises avec des troubles anxieux et d'une réduction des épisodes de rechutes, de même que de symptômes résiduels pour celle atteinte de dépression majeure. Par ailleurs, une récente étude canadienne vient juste de confirmer des résultats préliminaires selon lesquels une IPA serait aussi efficace que la médication pour prévenir les rechutes dépressives après un suivi de 18 mois^{4,5}.

Ce genre d'intervention a aussi fait ses preuves auprès de divers corps professionnels de la santé. Nous notons une réduction du stress lié à l'emploi et de l'épuisement professionnel, ainsi qu'un effet possible sur l'usure de compassion⁶⁻⁹. D'un point de vue positif, nous remarquons d'une part une amélioration de la qualité de vie, de la satisfaction au travail, de l'empathie et de la qualité de la relation thérapeutique¹⁰. D'autre part, en plus de contribuer à l'exercice du leadership et à une saine gestion¹¹, des indices portent à croire, selon une étude réalisée au Québec avec une autre forme de méditation^{12,13}, qu'une application élargie des IPA serait susceptible d'engendrer des économies pour le système de santé en réduisant la consommation des services.

À partir de ces prémisses, le présent article situera les IPA dans un contexte de médecine intégrée et dégagera des points de convergence avec le rétablissement.

Médecine intégrée, approches psychocorporelles et méditation

Des orientations avant-gardistes recommandent de recourir à la médecine intégrée en prévention des affections

chroniques : saines habitudes de vie, réduction du stress pour atténuer les facteurs de risque ou gestion des symptômes de la maladie et de son traitement. La psychiatrie commence à s'inscrire dans cette tendance¹⁴⁻¹⁶.

La médecine intégrée réaffirme l'importance de la relation entre le praticien et le patient, met l'accent sur la totalité de la personne, est informée par la réalité des faits et emploie toutes les approches thérapeutiques appropriées, les professionnels de la santé et les disciplines pertinentes afin d'atteindre la santé optimale et la guérison^{17,18}. Par ce dernier terme, nous entendons un processus visant la restauration de l'harmonie et de l'équilibre entre le corps et l'esprit; un passage de l'angoisse et de la souffrance vers une expérience d'intégrité et de paix intérieure pouvant inclure, mais pas nécessairement, l'éradication de la maladie¹⁹⁻²¹.

Selon nous, il y a lieu de rapprocher cette orientation médicale globale d'un modèle de rétablissement où il est possible d'aller et de venir entre une expérience de restauration dans un contexte de maladie et une autre d'optimisation du potentiel de la personne dans un contexte de santé^{22,23}. De manière générale, c'est à ce défi que nous invitent les IPA, une classe d'interventions au sein de la médecine psychocorporelle (MPC), elle-même une subdivision des médecines alternatives et complémentaires incluses dans la médecine intégrée²⁴ (voir figure 1 pour un aperçu schématique).

La MPC constitue un ensemble d'approches s'intéressant à la manière dont les émotions, les facteurs mentaux, sociaux, spirituels et comportementaux peuvent affecter la santé²⁵. Elle tient pour fondamental le fait d'encourager chaque personne à mieux se connaître et à prendre soin d'elle. La méditation en est un exemple typique éprouvé par le temps et celle menant à une présence attentive occupe une place de choix dans le domaine de la recherche clinique^{26,27}.

Le MBSR, un précurseur et des émules

Il est intéressant de noter que Jon Kabat-Zinn, docteur en biologie moléculaire à l'origine d'un consortium pour la

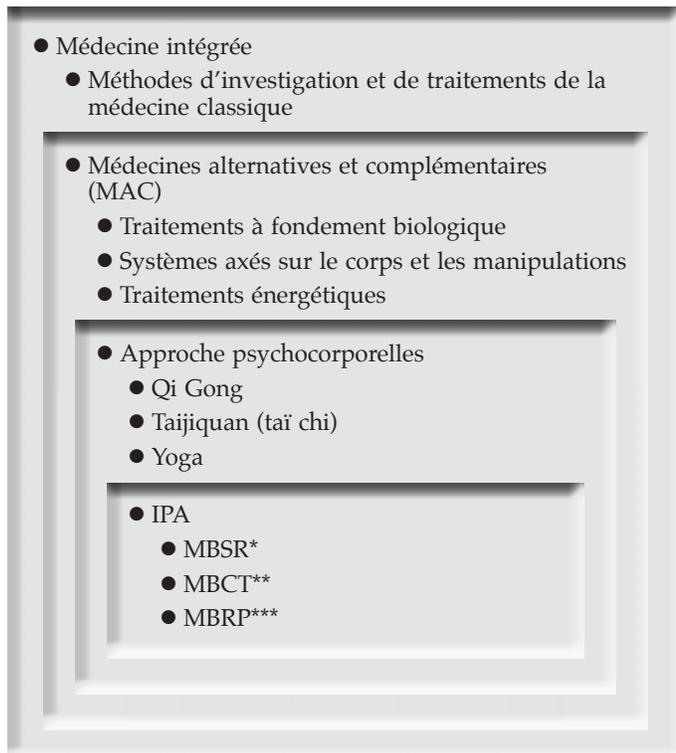
¹ L'expression « présence attentive », que nous préférons, est équivalente à celle de « pleine conscience » (*mindfulness*). En anglais, on parle de « *mindfulness-based interventions* » (MBI) pour regrouper les approches fondées sur ce mode de conscience. L'expression « présence attentive » a été choisie il y a de cela environ une dizaine d'années par le professeur Mario Cayer de l'Université Laval pour traduire « *mindfulness* » (communication personnelle). Voir également : <http://www5.fsa.ulaval.ca/sgc/formation/CCG/approchesCCG>. Cette expression possède l'avantage de faire ressortir les facteurs « présent » et « attention » fournis par John Kabat-Zinn dans sa définition maintenant devenue classique de « *mindfulness* ». Plusieurs gestionnaires du réseau québécois de la santé connaissent l'expression de M. Cayer. Voir : <http://www5.fsa.ulaval.ca/sgc/formation/CCG/temoignagesCCG> et <http://www5.fsa.ulaval.ca/sgc/formation/CCG/ObjectifsCCG/cache/offonce;jsessionid=69D85C2236989F2F15774B3579846B99>. Nous avons sélectionné l'expression « présence attentive » pour l'associer explicitement à certains éléments du discours biopsychosocial et scientifique : nous parlons de présence dans les soins en sciences infirmières et dans la relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie. Par ailleurs, en neurosciences, une grande partie de la recherche concernant la méditation, particulièrement dans sa forme « *mindfulness* », tourne en fait autour de la régulation de l'attention. D'autres considérations relatives à la traduction (références à l'appui) motivant le choix de « présence attentive » et dépassant le cadre de cet article peuvent être partagées avec le lecteur intéressé.

promotion de la médecine intégrée, est aussi le pionnier de l'introduction de la présence attentive en médecine depuis 1979^{28, 29}. Voyons la définition qu'il en donne : « conscience qui émerge en portant délibérément attention au moment présent, sans juger »³⁰.

Plusieurs autres définitions existent maintenant³¹. Aux fins de cet article, retenons que la notion de présence attentive a ensuite émergé en psychologie comme un construit représentant une combinaison d'autorégulation de l'attention couplée à une attitude de curiosité, d'ouverture et d'acceptation de sa propre expérience³²⁻³⁴. Des résultats décrivent les effets d'une attention de qualité sur le bien-être^{35, 36}. Celle-ci peut être améliorée, entre autres, par des techniques de méditation spécifiques introduites de façon séculière dans des cadres thérapeutiques cliniquement prouvésⁱⁱ.

Le programme de réduction du stress fondé sur la présence attentive, mieux connu sous le nom de MBSR (*mindfulness-based stress reduction*) et le premier du genre, a été initialement conçu au Centre médical de l'Université du Massachusetts afin de soulager des personnes aux prises avec des douleurs chroniques^{37, 38}. Instaurée par la suite dans plus de 240 hôpitaux américains et ailleurs dans le monde, cette IPA commence à s'implanter au Québec^{39, 40}.

Figure 1. Espace occupé par des interventions fondées sur la présence attentive (IPA) au sein d'un modèle inclusif de la médecine intégrée.



* MBSR : *mindfulness-based stress reduction*.

** MBCT : *mindfulness-based cognitive therapy*.

*** MBRP : *mindfulness-based relapse prevention*.

Le modèle classique de ce programme de groupe s'étale sur huit rencontres hebdomadaires de deux heures et demie et une journée de retraite. Un principe fondamental en unit les

différentes composantes et consiste en une gestion délibérée de l'attention permettant de multiples points d'application dans un processus récursif d'adaptation⁴¹. Parmi ceux-ci, nous retenons l'association de la présence attentive au processus de réévaluation positive (*positive reappraisal*) dans la théorie transactionnelle du stress. C'est cette réévaluation qui rendra la personne capable de transiger avec ce dernier en atténuant les émotions destructrices par une réinterprétation bénéfique des événements stressants.

Bien que la présence attentive ne s'intéresse pas au contenu de la pensée comme tel, elle implique un processus de décentration et d'élargissement du champ attentionnel qui crée un espace qui facilite les évaluations alternatives des événements de la vie^{42, 43}. Une personne atteinte de cancer en témoigne : « En temps de douleur, quand le futur est trop terrifiant à envisager et le passé trop pénible à se rappeler, j'ai appris à porter attention au présent. Le moment précis dans lequel je me trouvais était toujours le seul endroit sécuritaire pour moi. Chaque moment, pris seul, était toujours supportable. Dans l'immédiat du présent, nous sommes tous, toujours, adéquats »⁴⁴.

Puis, au début des années 90, les concepteurs d'une approche de groupe pour prévenir la rechute dépressive ont commencé à s'intéresser aux fondements du MBSR. Après environ dix ans d'expérimentation, Segal et coll. ont proposé le cadre de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression (*mindfulness-based cognitive therapy* – MBCT). Celui-ci repose sur un amalgame harmonieux entre des éléments de la thérapie cognitivo-comportementale et d'autres appartenant au MBSR. Pour les personnes ayant connu au moins trois rechutes dépressives, leur risque de récidiver à nouveau a été réduit de près de la moitié au cours de 60 semaines de suivi⁴⁵.

Dans le contexte du traitement d'abus de substances, dont l'alcoolisme, Alan Marlatt a adopté des idées semblables. Il a associé la position de l'observateur détaché à son modèle cognitivo-comportemental de la rechute, ce qui l'a mené à la création de la prévention de la rechute fondée sur la présence attentive (*mindfulness-based relapse prevention* – MBRP). Selon cette nouvelle approche, l'impulsion à consommer (*urge*) devient le prototype de la non-acceptation d'un désir irrépressible (*craving*). Marlatt a développé la notion de « *urge surfing* » pour parler de l'accroissement de la capacité à accepter l'inconfort créé par ce désir, cela en observant, sans s'y engager, comment les sensations, les émotions et les pensées liées à l'impulsion sont changeantes de moment en moment⁴⁶.

Bien que les données concluantes manquent encore pour recommander les méthodes fondées sur la présence attentive comme traitement des problèmes de dépendance, les résultats préliminaires en suggèrent l'efficacité⁴⁷. Un guide clinique vient d'ailleurs tout juste de paraître⁴⁸.

Acceptation, espoir et compassion pour soi

La présence attentive et le rétablissement partagent certains thèmes. Nous aimerions illustrer comment la pratique de

ⁱⁱ L'ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) est une autre approche reconnue pour développer une présence attentive. Le lecteur intéressé peut se référer à *Psychologie Québec* (novembre 2009) et à la *Revue québécoise de psychologie* (2010), 31(3).

celle-ci pourrait soutenir celui-ci. L'acceptation nous arrive en premier à l'esprit car elle est souvent citée comme élément initial du processus de rétablissement, sinon son fondement^{49, 50}.

La théorie entourant la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (*acceptance and commitment therapy* – ACT) explique les bénéfices psychologiques par rapport au refus ou à l'évitement de l'expérience (*experiential avoidance*)^{51, 52}. L'acceptation n'est pas passive; au contraire, elle implique une décision volontaire consistant à entrer activement dans la réalité de ce qui est plutôt que de s'attacher à ce que nous souhaiterions⁵³. C'est ce que nous comprenons des propos d'une personne atteinte de schizophrénie évoquant le paradoxe du rétablissement : « c'est en acceptant ce que nous ne pouvons pas faire ou être que nous commençons à découvrir qui nous pouvons être et ce que nous pouvons faire »⁵⁴.

Il n'est pas facile d'accepter car cela repose sur une certaine dose d'espoir⁵¹. Nous savons que ce dernier joue un rôle important dans le maintien de la santé et du bien-être⁵⁵. Il fait aussi partie des principaux éléments du rétablissement et peut influencer la façon de rencontrer le stress^{56, 57}. En accord avec deux hypothèses – la réduction de l'établissement conditionnel des buts (*conditional goal setting*) et la réévaluation positive –, nous pouvons supposer que la présence attentive favoriserait l'espoir. Selon la théorie du même nom, celui-ci est défini par la capacité perçue de tracer des voies vers des buts et de se motiver à les utiliser⁵⁸.

La hiérarchisation de ces buts et le degré d'adhésion à leur atteinte peuvent cependant devenir problématiques et constituer des facteurs de désespoir, voire de dépression; c'est ce que décrit l'établissement conditionnel des buts – « Je serai heureux à condition que... »^{59, 60}. Par contre, un processus de désengagement face à des buts inatteignables et de réengagement envers d'autres buts favoriserait le bien-être⁶¹.

D'une part, des données préliminaires suggèrent qu'une disposition à la présence attentive tendrait à réduire l'établissement conditionnel de buts^{62, 63}. D'autre part, par l'entremise de la réévaluation positive, quelqu'un peut restructurer la signification de circonstances défavorables de façon à engendrer espoir et résilience⁶⁴. De surcroît, des travaux portent à croire que la flexibilité cognitive, associée à la présence attentive⁶⁵⁻⁶⁷, viendrait optimiser le processus dynamique d'établissement des buts sous-jacent à la théorie de l'espoir. Pratiques susceptibles d'évoquer l'espoir et non de générer des attentes, telle serait une façon de concevoir les IPA.

En dernier lieu, nous voudrions attirer l'attention sur le fait que le rétablissement implique le développement ou le maintien d'une capacité à prendre soin de soi, surtout lors de moments difficiles⁵¹. C'est exactement l'attitude à laquelle nous convie la compassion envers soi (*self-compassion*), un construit psychologique récent associé au bien-être autant, sinon plus, que l'estime de soi⁶⁸⁻⁷¹.

La compassion envers soi comprend trois éléments : la gentillesse envers soi, le partage d'une humanité commune face à nos défaillances et la conscience équilibrée de l'expérience du moment présent; si bien qu'il n'y a ni ignorance ni rumination concernant des aspects de notre vie que l'on n'aime pas. À l'encontre de ce que l'on pourrait supposer, la compassion envers soi n'apparaît pas associée à la complaisance. Elle serait plutôt en relation avec une plus grande initiative personnelle à procéder habilement aux changements requis dans sa vie⁷².

En résumé, nous avons voulu donner un aperçu de ce en quoi consistent quelques interventions fondées sur la présence attentive, situer celles-ci dans l'environnement d'une médecine intégrée facilitant la guérison et illustrer comment ces approches peuvent favoriser le rétablissement physique et psychosocial. À cet effet, nous avons notamment retenu l'acceptation, l'espoir et la compassion envers soi comme éléments contributifs.

BIBLIOGRAPHIE

- Berghmans, C., C. Tarquinio et L. Strub. (2010). « Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie ». *Santé mentale au Québec*, 35(1), 49-83.
- Hofmann, S. G. et coll. (2010). « The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Chiesa, A. et A. Serretti. (2010). « Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis ». *Psychiatry Research*, [En ligne]. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=20846726].
- Segal, Z. et coll. (2010). « Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression ». *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256-1264.
- Kuyken, W. et coll. (2008). « Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Dobkin, P. L. (2009). « Fostering healing through mindfulness in the context of medical practice ». *Current Oncology*, 16(2), 4-6.
- Irving, J. A., P. L. Dobkin et J. Park. (2009). « Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR) ». *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2), 61-66.
- Fournier, C. (2008). « L'usure de compassion ». *L'actualité médicale*, 29(6), 46 (Première partie).
- Fournier, C. (2008). « L'usure de compassion ». *L'actualité médicale*, (23 avril), 70 (Seconde partie).
- Krasner, M. S. et coll. (2009). « Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians ». *JAMA*, 302(12), 1284-1293.
- Objectifs et contenu de la formation « Complexité, conscience et gestion », [En ligne]. [<http://www5.fsa.ulaval.ca/sgc/formation/CCG/ObjectifsCCG/cache/offoncejsessionid=69D85C2236989F2F15774B3579846B99>] (Consulté le 23 décembre 2010).
- Herron, R. E. et S. L. Hillis. (2000). « The impact of the transcendental meditation program on government payments to physicians in Quebec: An update ». *American Journal of Health Promotion*, 14(5), 284-291.
- Herron, R. E. et K. L. Cavanaugh. (2005). « Can the transcendental meditation program reduce the medical expenditures of older people? A longitudinal cost-reduction study in Canada ». *Journal of Social Behavior and Personality*, 17(1), 415-442.
- Katz, D. L. et A. Ali. (2009). *Preventive medicine, integrative medicine & the health of the public*. IOM Summit on Integrative Medicine and the Health of the Public. Institute of Medicine of the National Academy. February. 45 p.
- Carlstedt, R. A. (édit.). (2009). *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine: Perspectives, practices, and research*, Springer Publishing Co, 912 p.
- Monti, D. A. et B. D. Beitman. (2009). *Integrative psychiatry*, Oxford University Press. 512 p.
- Définition développée et adoptée par le Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM) en mai 2004. Éditée en mai et en novembre 2009, [En ligne]. [<http://www.imconsortium.org/about/home.html>] (Consulté le 6 avril 2010).

18. Pour un traitement plus approfondi du sujet, voir *Le Médecin du Québec*, janvier 2008, [En ligne]. [<http://www.fmoq.org/fr/mdq/archives/00/2008/numero.aspx?num=1>] (Consulté le 17 novembre 2010).
19. Mount, B. M. et coll. (2007). « Healing connections: On moving from suffering to a sense of well-being ». *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(4), 372-388.
20. Mount, B. M. (2006). « Ten commandments of healing ». *Journal of Cancer Education*, 21(1), 50-51.
21. Glaister, J. A. (2001). « Healing: Analysis of the concept ». *International Journal of Nursing Practice*, 7(2), 63-68.
22. Provencher, H. L. (2007). « Le paradigme du rétablissement : 1. Une expérience globale de santé ». *le partenaire*, 15(1), 4-12.
23. Deegan, P. et H. Carbonelle (traducteur). (2007). « Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation ». *le partenaire*, 15(1), 13-18.
24. Le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) a divisé la médecine alternative et complémentaire en quatre grands groupes, dont la médecine psychocorporelle (*mind-body medicine*), [En ligne]. [<http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/>] (Consulté le 17 novembre 2010).
25. NCCAM, [En ligne]. [<http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/#mindbody>] (Consulté le 17 novembre 2010).
26. Shapiro, S. L. et L. E. Carlson. (2009). « The art and science of mindfulness. Integrating mindfulness into psychology and the helping professions ». *American Psychological Association*, 194 p.
27. Fournier, C. (2007). « La méditation change la donne ». *L'actualité médicale*, 28(1), 50-51.
28. Kabat-Zinn, J. Biographical Information, [En ligne]. [<http://www.umassmed.edu/Content.aspx?id=43102>] (Consulté le 1^{er} novembre 2010).
29. A propos du Center for Mindfulness : [En ligne]. [<http://www.umassmed.edu/Content.aspx?id=42434>] (Consulté le 12 novembre 2010).
30. Kabat-Zinn, J. (2009). *Clinical handbook of mindfulness (foreword)*, Springer, USA, F. Didonna (édit.), xxv-xxxiii.
31. Block-Lerner, J., K. Salters-Pedneault et M. T. Tull. (2005). « Assessing mindfulness and experiential acceptance: Attempts to capture inherently elusive phenomena ». Dans S. M. Orsillo et L. Roemer (édit.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment* (71-100). New York, Springer Science and Business Media.
32. Hayes, A. M. et G. Feldman. (2004). « Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in psychotherapy ». *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.
33. Ospina, M. B. et coll. (2007a). *Mediations practices for health: State of the research*, Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, G 19, 21, 22.
34. Bishop, S. R. (2004). « Mindfulness: A proposed operational definition ». *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
35. Shapiro, S. L. et coll. (2008). « Cultivating mindfulness: Effects on well-being ». *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840-862.
36. Brown, K. W. et R. M. Ryan. (2003). « The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
37. Ospina, M. B. et coll. (2007b). *Mediations practices for health: State of the research*, Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 32, 35.
38. Kabat-Zinn, J. (2009). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience*, Belgique, de Boek, 565 p.
39. Fournier, C. (2008). « Utile, la méditation en oncologie? ». *L'actualité médicale*, 29(2), 37, 49.
40. Friedrich, S. (2007). « Une approche qui intéresse la communauté médicale – La « pleine conscience » ouvre les portes de la santé ». *L'actualité médicale*, 28(18), 20-22.
41. Specia, M. et coll. (2000). « A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients ». *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613-622.
42. Garland, E., S. Gaylord et J. Park. (2009). « The role of mindfulness in positive reappraisal ». *Explore (NY)*, 5(1), 37-44.
43. Garland, E. (2007b). « The meaning of mindfulness: A second-order cybernetics of stress, metacognition, and coping ». *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 15-30.
44. Carlson, L. E. et coll. (2001). « The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up ». *Support Care Cancer*, 9(2), 112-123.
45. Segal, Z., J. M. G. Williams et J. D. Teasdale. (2006a). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, Belgique, de Boek, 375 p.
46. Philippot, P. et Segal, Z. (2009). « Mindfulness based psychological interventions ». *Journal of Consciousness Studies*, 16(10-12), 285-306.
47. Zgierska, A. et coll. (2009). « Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review ». *Substance Abuse*, 30(4), 266-294.
48. Bowen, S., N. Chawla et G. A. Marlatt. (2010). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*, New York, The Guilford Press, 180 p.
49. Cunningham, K. et coll. (2005). « Acceptance and change: The dialectic of recovery ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(2), 146-148.
50. Spaniol, L. et C. Gagne. (1997). « Acceptance: Some reflections ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 75-77.
51. Neveu, C. et F. Dionne. (2009). « La thérapie d'acceptation et d'engagement: une approche novatrice ». *Psychologie Québec*, 26(9), 29-31.
52. Hayes, S. C., K. D. Strosahl et K. G. Wilson. (2003). « The pervasiveness of experiential avoidance ». Dans S. C. Hayes, K. D. Strosahl et K. G. Wilson (édit.), *Acceptance and Commitment Therapy* (58-68). New York, The Guilford Press.
53. Roemer, L. et S. M. Orsillo. (2009). *Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies in practice*, New York, The Guilford Press, 116 p.
54. Deegan, P. (1988). « Recovery: The lived experience of rehabilitation ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
55. Hammer, K., O. Mogensen et E. O. C. Hall. (2009). « The meaning of hope in nursing research: A meta-synthesis ». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 549-557.
56. Folkman, S. (2010). « Stress, coping, and hope ». *Psycho-Oncology*, 19(9), 901-8.
57. Rice, C. (2007). « Le rétablissement ». *le partenaire*, 15(2), 11-14.
58. Snyder, C. R. (2002). « Hope theory: Rainbows in the mind ». *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
59. Street, H. (2001). « Exploring the role of conditional goal setting in depression ». *Clinical Psychologist*, 6(1), 16-23.
60. Hadley, S. A. et A. K. MacLeod. (2010). « Conditional goal-setting, personal goals and hopelessness about the future ». *Cognition and Emotion*, 24(7), 1191-1198.
61. Wrosch, C., M. F. Scheier et G. E. Miller. (2003). « Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being ». *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1494-1508.
62. Crane, C. et coll. (2010a). « The relationship between dispositional mindfulness and conditional goal setting in depressed patients ». *British Journal of Clinical Psychology*, 49(pt 3), 281-290.
63. Crane, C. et coll. (2010b). « Dispositional mindfulness, meditation, and conditional goal setting ». *Mindfulness* DOI 10.1007/s12671-010-0029-y.
64. Garland, E., S. Gaylord et J. Park. (2009). « The role of mindfulness in positive reappraisal ». *Explore (NY)*, 5(1), 37-44.
65. Moore, A. et P. Malinowski. (2009). « Meditation, mindfulness and cognitive flexibility ». *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176-186.
66. Ciarrochi, J., L. Bilich et C. Godsell. (2010). « Psychological flexibility as a mechanism of changes in acceptance and commitment therapy ». Dans R. A. Baer (édit.), *Assessing mindfulness & acceptance processes in clients* (51-75). Oakland, CA, New Harbinger.
67. Bond, F. W., S. C. Hayes et D. Barnes-Holmes. (2006). « Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior ». Dans S. C. Hayes et coll. (édit.), *Acceptance and Mindfulness at Work* (25-54). Binghamton, NY, The Haworth Press.
68. Neff, K. D. et P. McGehee. (2010). « Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults ». *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
69. Baer, R. A. (2010). « Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness and acceptance-based treatments ». Dans R. A. Baer (édit.), *Assessing mindfulness & acceptance processes in clients* (134-153). Oakland, CA, New Harbinger.
70. Leary, M. R. et coll. (2007). « Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(7), 887-904.
71. Hollis-Walker, L. et K. Colosimo. (2010). « Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination ». *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
72. Neff, K. D. (2009). « The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself ». *Human Development*, 52(4), 211-214.

La gestion de l'énergie par l'activité physique chez les gens ayant un problème de santé mentale

Par France Desjardins, éducatrice physique, B. Sc. en activité physique,
Institut universitaire en santé mentale de Québec

Introduction

Mon intérêt pour la gestion de l'énergie a commencé il y a sept ans à la suite d'un problème de santé. Un virus a attaqué mon organisme et je me suis retrouvée hospitalisée pendant huit semaines en neurologie avec comme diagnostic le syndrome *obsoclonus myoclonus*. Je n'avais alors plus la capacité de manger, de marcher ou même de regarder la vie autour de moi. J'ai eu de la chance. Le virus ne devait pas me laisser de séquelles définitives, mis à part le fait que je n'aurais plus jamais la même énergie. J'ai travaillé avec détermination à chercher des outils et à faire des essais afin de reconstruire et d'entretenir cette énergie dont j'ai tant besoin pour me sentir « en équilibre ». En raison de cette expérience, je suis très sensible au manque d'énergie que manifestent les gens que je rencontre.

Cet article traite de l'influence de la pratique de l'activité physique sur la gestion de l'énergie, plus particulièrement pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. L'énergie est un mot connu de tous, mais qui d'entre nous peut le définir avec précision? Lamb et coll. (2002) suggèrent que l'énergie est un phénomène biologique qui se manifeste chez l'humain soit par le travail interne, comme l'énergie consommée pour la maintenance des fonctions corporelles externes normales, soit par l'énergie employée pour les mouvements et l'activité physique.

La discipline et les saines habitudes de vie

Un parallèle peut être établi entre la baisse d'énergie due à un problème de santé physique et un épisode d'hospitalisation pour une dépression majeure. Lorsque les personnes acceptent de sortir de leur lit et de faire une séance d'exercices de quelques minutes, elles font alors appel à leurs convictions personnelles et à la confiance qu'elles ont en leur organisme en testant leurs limites. Cependant, elles doivent souvent se reposer car elles outrepassent fréquemment leurs capacités. Ceci est tout à fait normal dans le processus de rétablissement. Des périodes de découragement sont aussi présentes : les personnes croient souvent qu'elles n'y arriveront pas et vivent dans l'anxiété de ne plus pouvoir faire face « comme avant » à leurs obligations. Comment faire pour vivre avec ce manque de vitalité, cette déficience énergétique? Le fait d'acquérir de saines habitudes de vie telles qu'une alimentation équilibrée, une bonne hygiène du sommeil, une forme physique adéquate et une gestion efficace du stress est un atout pour améliorer la capacité d'énergie de l'organisme. Faire preuve de discipline de façon régulière entraîne des résultats positifs quant à la quantité d'énergie disponible (Lamb et coll. 2002). La progression de la forme physique atteinte d'une semaine à l'autre devient la mesure de

référence en ce qui a trait à la quantité d'énergie disponible pour la réalisation des activités de la vie quotidienne.

L'activité physique : un atout pour la santé mentale

La pensée populaire voulant que la pratique d'une activité physique que l'on aime ait une influence positive sur notre état mental est confirmée par la littérature. En effet, les résultats d'une étude de Singh et coll. (2005) attestent que les personnes âgées en état de dépression éprouvent une réduction de leurs symptômes lorsqu'elles suivent un programme d'entraînement en résistance. Il apparaît que ce type d'entraînement à intensité élevée offre une réponse cliniquement significative similaire aux antidépresseurs standards dans 60 % des cas (Singh et coll. 2005).

Plusieurs variables entrent en ligne de compte lors de la planification d'une activité physique : l'intensité, la durée, le type d'entraînement, la condition de santé générale ainsi que le niveau de difficulté. Le concept de programme d'entraînement fait référence à la planification et à la progression des exercices cardiovasculaires et musculaires effectués au cours de la période d'entraînement. Chaque séance du programme d'entraînement peut être composée d'exercices cardiovasculaires suivis d'une période de musculation puis d'étirements.

Le concept de la gestion de l'énergie est pour l'instant peu élaboré. Lorsqu'on y ajoute la composante d'un problème de santé mentale, le tout se complique encore. Il est plus courant d'entendre parler de fatigue ou de vigueur. Toutefois, un lien peut être établi entre les gens ayant vécu un problème de santé mentale et ceux ayant été hospitalisés aux soins intensifs pour un syndrome de détresse respiratoire pour lequel une diminution d'énergie a été étudiée. Selon Misak (2009), le parallèle à établir est le suivant : comme pour les gens ayant un diagnostic de dépression, l'organisme des personnes ayant souffert de détresse respiratoire a été marqué par un traumatisme. Elles peuvent subir un épisode de dépression et d'anxiété à la suite de cette hospitalisation et les symptômes de fatigue, de manque de vigueur et de faiblesse seront remarqués. Lorsqu'il n'y a pas de dommage au cerveau mais simplement un problème métabolique réversible, il est recommandé pour la personne de s'engager dans un programme d'exercices cardiovasculaires afin d'améliorer ses fonctions cérébrales. Par ailleurs, une étude de Knubben et coll. (2007) a confirmé que l'activité physique a un effet rapide et notable sur l'état mental : au début d'une hospitalisation pour une dépression majeure, un programme d'entraînement peut être utilisé de façon précoce comme traitement complémentaire lors des trois premières semaines, avant que les antidépresseurs ne fournissent les effets attendus. Cette manière de faire

demande la collaboration de la personne hospitalisée et fait appel à sa motivation.

La pratique de l'activité physique pour améliorer l'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle est la croyance d'un individu en sa capacité de pouvoir accomplir une tâche donnée. Raheem et coll. (2010) démontrent que l'efficacité personnelle et la santé mentale jouent un rôle complémentaire dans la relation entre l'activité physique et l'amélioration de la qualité de vie globale. Selon Theodorakis (2005), l'efficacité personnelle fait appel à la satisfaction et à l'engagement, et a des répercussions directes sur la fixation des buts entraînant la performance.

La pratique d'une activité physique appréciée et réalisée régulièrement peut aider à générer une partie de l'énergie recherchée par notre organisme. En étant aidée par un professionnel de l'activité physique conscient de la complexité de la gestion de l'énergie, la personne peut faire des essais. Elle sera le meilleur guide en commentant ses réalisations et l'amélioration qu'elle ressent quotidiennement d'un point de vue physique ou psychologique. Plus les réalisations seront positives, plus son estime d'elle-même augmentera. Il en va de même pour la perception qu'elle a de son efficacité personnelle.

Conclusion

À la lumière des éléments introduits précédemment, il est possible de conclure que l'activité physique est une stratégie essentielle à utiliser dans l'élaboration d'un plan de gestion de l'énergie consécutif à un événement touchant la santé mentale. De meilleures capacités physiques découlant de la pratique d'une activité physique régulière favorisent

la gestion du stress, l'amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi, l'objectif principal poursuivi étant l'augmentation de l'efficacité personnelle. Cette dernière constitue la clé permettant d'acquérir de saines habitudes et de les inclure à la vie au quotidien.

Trouver en soi une source de motivation sur laquelle appuyer l'intérêt pour maintenir l'investissement requis à la réussite est un gage d'amélioration. La réappropriation du pouvoir qu'un individu a sur son organisme ne se fait pas selon une trajectoire rectiligne. Il s'agit plutôt d'un parcours chaotique rempli d'essais et d'erreurs pour trouver l'ensemble des outils pouvant être utiles. Les gens ayant un sentiment de confiance croissant, étant engagés et soutenus dans leur rétablissement, trouveront la manière d'atténuer les barrières pour atteindre un meilleur équilibre et le plaisir dans la vie.

BIBLIOGRAPHIE

- Knubben, K. et coll. (2007). « A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression ». *British Journal of Sports Medicine*, 41, 29-33.
- Lamb, J., E. Borycki et D. Marciniuk. (2002). « Energy, conservative and fatigue ». Dans J. Bourbeau, D. Nault et E. Borycki (édit.). *Comprehensive Management of Chronic Obstructive Pulmonary disease* (171). British Columbia, Decker.
- Misak, C. (2009). *Cognitive dysfunction after critical illness: Measurement, rehabilitation, and disclosure*. Simcoe Hall, King's College Circle, University of Toronto, 29 août.
- Raheem, J. et coll. (2010). *Physical activity and quality of life – The complementary influence of self-efficacy for physical activity and mental health difficulties*. International Society of Behavioral Medicine.
- Singh, N. A. et coll. (2005). « A randomized controlled trial of high versus low intensity weight versus general practitioner care for clinical depression in older adults ». *Journal of Gerontology Medical Science*, 60A(6), 768-776.
- Theodorakis, Y. (1996). « The influence of goals, commitment, self-efficacy and self-satisfaction on motor performance ». Dans R. H. Cox. (2005). *Psychologie du sport* (88). Bruxelles, de Boeck.

30

« Moi, ce qui me fait du bien, c'est...

- faire ma promenade quotidienne
- écouter un bon film
- utiliser mon sens de l'humour
- aller danser avec ma « blonde »
- jouer à des jeux de société en famille
- lire un bon livre

Gilles Bégin, pair aidant »



Le comité d'édition du *partenaire* est à la RECHERCHE DE CANDIDATURES

ÊTRE MEMBRE* DU COMITÉ D'ÉDITION C'EST...

- partager votre intérêt pour la réadaptation psychosociale;
- définir avec nous les grandes orientations et les thèmes du *partenaire*;
- participer au choix et à l'analyse des textes;
- échanger, lors des rencontres téléphoniques du comité, avec les autres membres provenant de partout au Québec et de différents horizons (intervenants, personnes utilisatrices de services en santé mentale, gestionnaires, chercheurs...);
- contribuer à la réalisation de **la seule publication de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale**.

* les membres du comité d'édition le sont sur une base volontaire.



Pour information :

Esther Samson

Éditrice du *partenaire*

418 842-4004 #213

esamson.aqrp@qc.aira.com

Avec ou sans voix, accroître la qualité de vie!

Brigitte Soucy, B. Éd., agente de développement, Le Pavois, et Myreille St-Onge, Ph. D., psychologue et professeure, École de service social, Université Laval

Présentation du programme « Mieux vivre avec les voix »

Depuis quelques années, par l'entremise du programme « Mieux vivre avec les voix », Le Pavois donne un soutien individuel et de groupe aux personnes qui entendent des voix. Ce programme a pour objectif d'appuyer ces personnes dans une reprise du pouvoir par rapport à leurs voix, mais également par rapport à leur qualité de vie. Nous avons, dans ce service, la particularité d'accueillir la personne dans son unicité, c'est-à-dire en acceptant, sans jugement, l'ensemble de ses expériences de vie, incluant ses perceptions extrasensorielles, qu'elles soient auditives, visuelles, tactiles, gustatives ou olfactives. Ce programme, orienté vers l'espoir, l'action et l'actualisation de soi, vise à créer un climat d'ouverture, de respect et d'empathie parmi les participants. Les postulats à la base de cette intervention préconisent que la personne s'appuie sur ses propres valeurs et croyances pour conquérir un pouvoir personnel sur ses voix et sa vie. Le volet d'intervention de groupe axé sur les voix s'inspire particulièrement des écrits de précurseurs dans le domaine : Coleman et Smith (1997), Baker (2000), Romme et Escher (1993), Deegan (1995). Quant au suivi individuel basé sur les forces et le rétablissement, le programme découle des travaux de Ridgway et coll. (2009), de Soucy et Bourque (2008) et de Rapp et Goscha (2006). C'est en alliant les forces de ces deux approches que nous nous distinguons des autres types de groupes existant à l'intérieur du réseau international des entendeurs de voix réunissant des organisations de plus de 20 pays (voir www.intervoiceonline.org).

Le partage de stratégies d'adaptation par rapport aux voix

Au fil des semaines, les rencontres en groupe permettent aux personnes de se libérer du tabou relié entre autres au regard négatif que porte la société sur cette expérience. Elles contribuent également à libérer des émotions négatives associées au fait de cacher cette expérience, mais aussi celles générées par le contenu et l'intonation des voix, comme la peur, la colère, l'anxiété. Les participants découvrent des stratégies d'adaptation facilitant la gestion des voix afin qu'elles n'interfèrent pas négativement avec leurs activités. Voici quelques stratégies partagées dans le groupe : écouter de la musique avec des écouteurs, lire à voix haute, se concentrer sur les voix positives, encadrer dans le temps l'expression de ses voix, entrer en communication avec elles. L'entraide, les témoignages et l'appui que s'échangent les participants en parlant de leur vécu, de leurs trucs, de leurs succès leur font réaliser qu'ils ne sont pas seuls à vivre ce phénomène. Cela est également une source d'espoir et d'action vers leur mieux-être qui dépend de leur potentiel d'épanouissement, avec ou sans voix.

Le travail de l'agente de rétablissement

Parallèlement au groupe, une agente de rétablissement, dans l'esprit du modèle des forces, accompagne chaque personne dans l'actualisation d'un projet de vie et dans la recherche de moyens pour mieux vivre avec les voix. Bien souvent, la personne vit une détresse importante liée au caractère malveillant de ses voix (voix négatives, autoritaires, injurieuses, menaçantes) (Chadwick et coll. 2000). Si nous insistions uniquement sur les voix, les participants pourraient s'enliser facilement dans l'impuissance, l'inaction et la souffrance, particulièrement s'ils ne jouissent pas de liens sociaux et affectifs significatifs et qu'ils ne participent pas à des activités épanouissantes. Nous accordons une grande valeur au soutien personnalisé axé sur les forces puisqu'il insuffle de l'espoir en faisant émerger des aspirations personnelles à travers l'exploration et la mise en œuvre de projets selon différentes sphères de la vie : résidence et milieu de vie, relations affectives et sociales, loisirs, travail, spiritualité, santé, éducation. L'agente de rétablissement assume ainsi le rôle de cocréation du mieux-être de la personne.

La transformation de l'expérience

Avec un appui de groupe et individuel, certaines personnes arrivent à donner un sens à leurs voix en les intégrant, sur les plans psychologique, spirituel, parapsychologique ou autres, à l'intérieur de leur continuum de vie. Le soutien offert par le groupe et l'agente de rétablissement ouvre de nouvelles voies qui aident la personne à transcender cette difficulté. D'une situation orientée vers la maladie, elle trouve un autre sens pour et par elle-même. Pour certains, il s'agira de voix conseillères et aimantes qui les stimulent à vivre pleinement leur vie, ou d'une source d'inspiration et de créativité; pour d'autres, ce sera une meilleure connaissance de soi et de respect de soi, ou l'émergence d'une vie spirituelle plus ancrée dans leur propre existence.

Les possibilités d'un tel parcours de rétablissement dépendent non seulement de l'engagement des personnes, mais aussi de nos propres capacités et compétences, en tant qu'intervenants, à explorer avec confiance ces avenues conduisant à une déstigmatisation d'une expérience porteuse de sens.

Le fait d'entendre des voix est un phénomène humain. En effet, contrairement à ce que l'on croit, de 4 à 25 % de la population entendrait des voix (Beck et Rector 2003). Ce phénomène serait présent dans diverses situations : veuvage, déprivation sensorielle et isolement, déficiences sensorielles, et aussi lors du début et de la fin du sommeil (Watkins 2008). Mais avec l'avènement de la psychiatrie biologique, entendre des voix est quasi exclusivement vu sous l'angle de la symptomatologie, limitant ainsi le pouvoir d'agir

de la personne. Dans cette perspective, l'option fortement recommandée, et parfois imposée à la personne, est de supprimer les voix (considérées comme des hallucinations reliées à une maladie) par la prise d'une médication neuroleptique. Bien que cette dernière est d'un précieux secours pour une bonne partie des gens, pour d'autres, elle n'a aucun effet sur les voix; on rapporte que c'est le cas pour 25 à 50 % des personnes (Newton et coll. 2005). Pour certaines, les effets secondaires indésirables les empêchent d'avoir une pleine conscience de ce qui leur arrive et renforcent ainsi la croyance que les voix sont incontrôlables et puissantes. D'autres, parce qu'elles entendent des voix, sont convaincues d'être gravement malades et tardent ainsi à prendre des actions pouvant améliorer leur qualité de vie. Tout ceci concourt à ce que la personne subisse ses voix, expérimente de la détresse, de l'incompréhension et de l'isolement. Il en est de même pour ses proches qui trop souvent, en raison d'un manque d'appui et d'information, vivent eux aussi de l'impuissance, de la honte, de la tristesse, de la colère, etc.

Différents témoignages d'entendeurs de voix qui se sont rétablis nous montrent la nécessité d'agir sur ces deux aspects : la gestion des voix et le rétablissement. En effet, nous avons été témoins de l'amélioration de la qualité de vie de participants qui, à la suite d'un engagement dans un projet significatif, ont vu leurs voix négatives s'atténuer ou sont parvenus à ce que leurs voix positives se soient accrues. Ceci stimule les participants à exercer un pouvoir sur les voix et, par ricochet, sur leur vie.

32

Que les voix soient positives ou non, les participants sont conduits à valider, à invalider ou à remettre en question les suggestions, les conseils, les ordres, les menaces ou autres commentaires que les voix leur dictent. Nous considérons avant tout que la personne sait (ou doit découvrir à son propre rythme) ce qui est bon, juste et sain pour elle. Il est essentiel que ce soit elle qui prenne position pour et par elle-même par rapport au contenu de ses voix. C'est en observant les conséquences de ses propres choix qu'elle peut poursuivre une vie remplie de sens. Nous croyons en effet que cette voie, où la personne découvre et affirme sa propre valeur et ses choix, est la plus prometteuse pour acquérir une confiance en soi solide et entreprendre une réelle reprise de pouvoir.

Pour en arriver à cette étape, l'ensemble des interventions – l'appui du groupe, le témoignage de personnes ayant expérimenté ce processus, le soutien individualisé de l'agente de rétablissement – s'avère primordial. D'un côté, la personne commence graduellement à désapprouver ou à approuver le contenu des voix, à délimiter dans le temps les échanges avec celles-ci selon ses propres choix. D'un autre côté, elle explore et choisit un ou des projets de vie, agit pour les réaliser avec l'agente de rétablissement qui l'aide à trouver une « niche habilitante » (Rapp et Goscha 2006) pour potentialiser ses aspirations et ses compétences. Ces deux éléments se renforcent, se complètent et s'influencent pour l'amélioration de sa qualité de vie.

Pour reprendre l'expression de Coleman et Smith (1997) : « *From victim to victor* », d'une expérience difficile où la personne subissait ses voix, elle agit graduellement

pour devenir plus active et découvrir son potentiel de « conquérant » jusqu'à celui de « vainqueur ».

Pour mieux aider et accompagner ces personnes, nous devons nous interroger quant aux perceptions que nous avons des entendeurs de voix. Quelles sont les émotions qui nous habitent? Quelles sont nos croyances vis-à-vis de ce phénomène? Croyons-nous qu'il s'agit uniquement d'une expérience pathologique? Sommes-nous convaincus que ces personnes peuvent s'épanouir et contribuer activement à notre société? Avons-nous peur de ces personnes? Pour Rapp et Goscha (2006), cette peur que nous avons de l'expérience extraordinaire de certains membres de la collectivité est l'un des aspects qu'ils qualifient de « mur de Berlin » du rétablissement. Le slogan « la peur paralyse, l'action délivre », utilisé par des militantes féministes au début des années 1980, reflète l'importance de transcender cette peur nous-mêmes si l'on veut aider ces personnes à entreprendre leur propre chemin vers le rétablissement.

Osons accueillir cette expérience sous l'angle humain et osons croire au potentiel de ces personnes! Ces dernières peuvent se rétablir, s'épanouir, s'actualiser et contribuer activement au mieux-être de notre société comme l'illustrent les témoignages qui suivent. Quant à nous, nous y croyons fermement et nous vous invitons à oser explorer ces nouvelles avenues chargées de sens.

Des témoignages

Je participe au programme « Mieux vivre avec les voix » depuis presque un an. Lorsque j'ai commencé, je ne faisais pas grand chose de ma vie. Je ne voyais pas souvent ma fille et je n'avais pas de travail, peu de loisirs et mes voix étaient négatives et dénigrantes. Maintenant, je vois ma fille à chaque semaine et je peux lui téléphoner quand j'en ai le goût. Ma relation avec elle est bonne. Je réalise un stage de couture, une passion qui remonte à mon enfance. Mon employeur et formateur respecte mon rythme d'apprentissage. Autant je doutais de mes capacités au début, autant présentement, je suis fière de mes capacités et de mes réalisations. Avant d'entreprendre toutes ces actions, je ne me sentais pas bien lors des réceptions familiales. Je me sentais en retrait de tout le monde et pas très bien acceptée, mal dans ma peau. Maintenant, je prends ma place et je me sens respectée même si je n'ai pas de conjoint comme les autres.

Je suis plus heureuse depuis que mes voix négatives sont parties. Au début, elles m'interdisaient de faire des activités que j'avais le goût de faire, par exemple : faire une marche, faire de la couture. Elles me disaient : « Fais pas ça, tu y arriveras pas, t'es bonne à rien ». Lorsque j'avais dans mon projet, elles disaient : « Tu vas être renvoyée... ». Avec l'appui d'Évelyne et du groupe, j'ai choisi de persévérer dans mes choix. Graduellement, j'ai été surprise d'entendre une voix positive venir m'encourager. Maintenant, quand j'ai une baisse de moral, les voix négatives n'ont plus d'emprise sur moi et je suis réceptive à la voix positive. Le groupe m'encourage à persévérer dans mon stage et les méthodes, pour que les voix négatives ne reprennent pas le dessus, m'aident encore aujourd'hui. Le groupe m'aide aussi à me sentir

normale, car avec le temps, on se rend compte qu'entendre des voix, c'est normal.

J'ai même connu une période où je n'avais plus aucune voix et lors de cette période, je me sentais essouffée par tout ce que j'avais fait. Je devais ralentir, ce que j'ai fait. En cette période plus sombre et vulnérable, la voix positive est revenue pour m'encourager puisqu'elle savait que j'en avais besoin.

Isabelle

Depuis que je suis dans le groupe d'entendeurs de voix, j'entends moins de voix. Avant, lorsque je travaillais comme cuisinier, j'entendais des voix presque cinq fois par semaine. Maintenant, je fais du travail de bureau. Les voix ne sont maintenant présentes que deux fois par semaine. Le groupe m'aide à trouver des solutions et ça me permet de partager mon expérience.

Jacques

Le groupe m'apporte une meilleure confiance en moi et me permet de créer des liens d'amitié avec quelques personnes.

Nadia

L'atelier sur les entendeurs de voix m'a aidée à me voir comme une personne unique et entière. Il m'a permis de prendre conscience de mes forces et de mes qualités. À chaque semaine, nous avons comme objectif de prendre un moment pour se faire plaisir. L'appréciation de soi est essentielle pour une personne qui veut se rétablir. Cet atelier m'a permis aussi de comprendre que pour donner un sens à ma vie, il faut que j'aie des buts, des rêves précis que je divise par petits objectifs pour que cela soit plus facile à atteindre. J'ai appris aussi à vivre le moment présent en organisant et en séparant chaque jour en périodes : le côté social, les loisirs, le travail, l'hygiène personnelle, le sommeil, etc. J'ai réalisé le rêve de vivre avec mes deux enfants qui sont comme des rayons de soleil dans ma vie, un amour inconditionnel réciproque. Je prends le temps de m'émerveiller devant la beauté de la nature. J'ai maintenant un projet de travail. Le groupe d'entendeurs de voix me permet d'être moi-même. Je peux avoir l'écoute dont j'ai besoin. Il me permet aussi de trouver le soutien nécessaire pour exprimer ce que je vis et l'appui dont j'ai besoin pour réaliser mes projets. Cet atelier représente pour moi l'espoir et l'exploration de mieux vivre avec soi et avec les autres. La richesse

de tout le groupe m'apporte plein de joie de vivre. Je considère cette option GAGNANTE pour réussir mon rétablissement.

Brigitte

BIBLIOGRAPHIE

- Baker, P. (2000). *Entendre des voix*, Guide pratique, traduit de l'anglais par le Mouvement les Sans-Voix, Genève.
- Beck, A. T. et N. A. Rector. (2003). « A cognitive model of hallucinations ». *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 19-52.
- Chadwick, P., S. Lees et M. Birchwood. (2000). « The Revised Beliefs about Voices Questionnaire (BAVQ-R) ». *British Journal of Psychiatry*, 177, 229-232.
- Coleman, R. et M. Smith. (1997). *Working with voices!! From victim to victor*, Merseyside, United Kingdom, Handsell Publications.
- Deegan, P. (1995). *Coping with voices. Self help strategies for people who hear voices that are distressing*, Lawrence, United States, National Empowerment Center.
- Newton, E. et coll. (2005). « Early psychological intervention for auditory hallucinations: An exploratory study of young people's voices groups ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 58-61.
- Rapp, C. A. et R. J. Goscha. (2006). *The strengths model. Case management with people with psychiatric disabilities*, New York, Oxford University Press.
- Ridgway, P. et coll. (2009). *L'itinéraire du rétablissement. Guide personnel de rétablissement axé sur les forces*, traduit de l'américain par S. Couture, B. St-Onge et J. A. Morasse, Québec, Le Pavois Éditeur.
- Romme, M. et S. Escher. (1993). *Accepting voices*, United Kingdom, Mind Publications.
- Smith, M., R. Coleman et J. Good. (2003). *Psychiatric first aid in psychosis. A handbook for nurses, careers and people distressed by psychotic experiences*, United Kingdom, P&P Press.
- Soucy, B. et M. Bourque. (2008). *Vivre son rétablissement*, Québec, Le Pavois Éditeur.
- The international community for hearing voices*. [En ligne]. [www.intervoiceline.org].
- Watkins, J. (2008). *Hearing voices. A common human experience*. South Yarra, Australia, Michelle Anderson Publishing.

« Moi, ce qui me fait du bien, c'est... »



- faire une activité physique que j'aime, de préférence dehors; ce peut être seule et c'est encore mieux quand je peux la faire avec des gens que j'aime
- dans le même ordre d'idées, un jeu ou un loisir
- la lecture, les films
- la méditation
- prendre le temps de profiter de ce que je vis...

France Desjardins,
éducatrice physique
(auteure texte p. 30) >>>

Le PARS du SAIME

Quand l'équitation thérapeutique contribue au mieux-être

Par Annie Fraser, directrice générale, et Marja Murray,
agente d'intégration socioprofessionnelle,
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi (SAIME)

*Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps,
mais aussi pour l'esprit et pour le cœur,
Xénophon, V^e siècle av. J.-C.*

Introduction

Le « big-bang » de deux cultures – la médicale et la communautaire – donne naissance à un nouveau projet novateur, le PARS (Programme alternatif de réadaptation socioprofessionnelle). Ce programme utilise la démarche socioprofessionnelle comme levier pour le rétablissement de la personne vivant avec un problème sévère de santé mentale et amalgame ateliers d'éducation psychosociale, plateau de travail et équitation thérapeutique. Dans la première partie de l'article, nous décrivons le programme, pour ensuite traiter des témoignages et des résultats observés en lien avec le mieux-être des participants.

I. Le Programme alternatif de réadaptation socioprofessionnelle (PARS)

Mise en contexte

Depuis 28 ans déjà, le Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi (SAIME) intervient dans le milieu rimouskois pour aider les personnes vivant avec des limitations physiques, psychiques, sensorielles ou comportementales. Sa mission est d'accompagner la personne éloignée du marché du travail pour qu'elle développe et consolide son intégration, tant sociale que professionnelle.

Le PARS, expérimenté d'avril 2009 à octobre 2010, a été élaboré à partir des besoins émergents, tant en rétablissement qu'en employabilité, de gens atteints d'une maladie psychiatrique associée à des épisodes psychotiques.

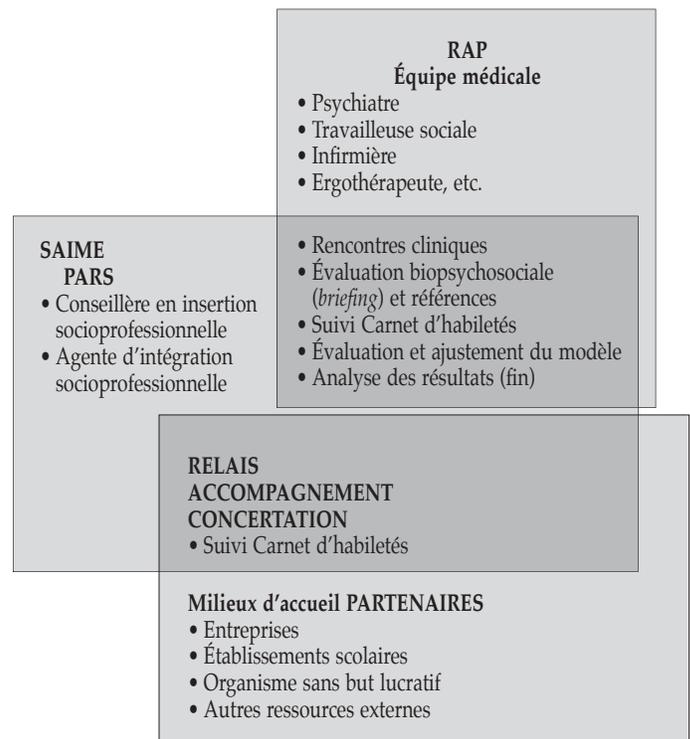
Le PARS est un programme d'intervention socio-professionnelle de première ligne conçu expressément pour appuyer les interventions de deuxième ligne de l'équipe soignante. Cette nouvelle approche intégrée offre enfin une possibilité pour la personne d'être vue, entendue, perçue et suivie dans sa réalité tant socioprofessionnelle que médicale. Ainsi, le PARS voit le rôle social et professionnel comme étant un incontournable pour le processus de rétablissement et, dans certains cas, la guérison de la personne.

Le programme a pour but de favoriser l'autodétermination de la personne psychotique face à son processus de rétablissement, en s'appuyant sur ses aspirations socioprofessionnelles. L'expérimentation du PARS a démontré qu'il est possible, pour la personne psychotique,

d'aller à la rencontre de ses espaces intérieurs de paix, de joie et d'espoir, en vivant au quotidien avec la maladie et, à partir de cette base, de poursuivre son cheminement social et professionnel, tout en respectant sa condition.

Interrelation des partenaires

La dynamique spécifique nouée entre les partenaires est un élément important de la réussite du programme. Le tableau ci-dessous schématise bien les interrelations entre les partenaires et les champs d'expertise dans lesquels s'est inscrit le PARS.



Modalités de fonctionnement

Les personnes participant au PARS sont référées et suivies par l'équipe soignante de la RAP (Réadaptation ambitieuse des psychoses) de la clinique externe en psychiatrie du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski. Le programme est d'une durée de 52 semaines, dont 26 correspondent à un horaire à mi-temps partagé entre des ateliers thématiques en classe, un plateau de travail dans un centre équestre et des sessions d'équitation thérapeutique. Pour les 26 dernières semaines, le participant bénéficie d'un suivi externe lui permettant d'être accompagné dans la réalisation de son projet socioprofessionnel. Il devient ainsi un citoyen actif dans sa communauté.

Approches et outils d'intervention

Voici une brève description des principaux outils et approches d'intervention préconisés par l'équipe du SAIME. Tout au long du programme, chaque intervention est effectuée avec l'intention de rester cohérent avec les approches et les outils retenus.

1) *Théorie du processus de rétablissement proposée par Marie-Luce Quintal, psychiatre*

Le processus de rétablissement proposé par la docteure Quintal repose sur un continuum en cinq temps : *retrouver l'espoir, reprendre son pouvoir d'agir, retrouver la partie saine, reprendre sa position de sujet et reprendre sa place de citoyen*. C'est en se basant sur cette théorie que nous avons dégagé un modèle d'intervention original à partir d'observations et de réflexions issues de nos actions. La création de ce modèle a fait émerger un savoir théorique à partir de l'expérience-terrain que nous étions en train de vivre.

2) *Développement des compétences génériques (Claude Rousseau, psychologue)*

C'est en utilisant l'outil de mesure *test des compétences génériques*¹ que nous en sommes venus à modéliser notre approche d'intervention de groupe en fonction du développement de certaines compétences demandant un accompagnement et un renforcement particuliers. Ayant ces dernières en point de mire, il nous a été relativement aisé de concevoir une multitude de stratégies et d'activités spécifiques au déploiement de celles-ci.

3) *Interventions d'impact*

Les interventions d'impact, que nous utilisons au SAIME, sont le résultat de l'expérimentation du travail de groupe en intégration socioprofessionnelle, de la formation continue et de l'apprentissage fait au cours des nombreuses années de pratique cumulées au sein de l'équipe d'intervention. Toutes les créations de techniques d'impact sont inspirées des fondements théoriques de l'approche en thérapie d'impact de Danie Beaulieu, docteure en psychologie.

Moyens préconisés

1) *Ateliers thématiques de groupe*

La plupart des ateliers thématiques ont été bâtis autour des huit facteurs du rétablissement² : l'espoir, l'entraide, l'amour de soi, la capacité à se faire plaisir, la redéfinition de soi, l'appropriation du pouvoir, les stratégies d'adaptation et la capacité de développer des pensées, des paroles, des actions, des émotions positives. Afin d'illustrer les ateliers thématiques, nous avons eu recours aux moyens suivants : visites de ressources du milieu et d'employeurs, participation à des conférences et à des témoignages sur divers sujets.

En plus de l'élaboration du plan d'action, en lien avec le projet socioprofessionnel du participant, le temps en

classe a servi à organiser une journée portes ouvertes au centre équestre. Cette journée se voulait le moment pour le participant de démontrer son savoir-faire auprès de sa famille, de ses amis, de son psychiatre, des intervenants ou des différents partenaires du programme. C'était un moment privilégié et valorisant où le participant tenait le rôle d'expert auprès des gens invités à l'événement.

2) *Plateau de travail*

Le plateau de travail est une formule gagnante pour ce qui est du développement de compétences et d'attitudes, car il offre la possibilité de voir évoluer la personne dans un contexte réel de travail, ceci facilitant une intervention immédiate afin de corriger une attitude ou un comportement non favorable en emploi. Le travail au centre équestre a permis d'accroître une multitude de compétences tant sur le plan du savoir que sur ceux du savoir-faire et du savoir-être. Des tâches variées ont été exécutées, entre autres celles dévolues en général au palefrenier, le soin des animaux, l'entretien de l'écurie, de petits travaux de menuiserie, de l'horticulture, du jardinage et de l'assistance au dressage des animaux.

3) *Équitation thérapeutique*

L'équitation thérapeutique contribue à rehausser [...] le bien-être physique, mental, émotif et/ou social. Forme d'exercice et de loisir tonifiant, l'équitation est un défi et procure au cavalier une sentiment d'accomplissement et une estime de soi décuplés.

Fédération québécoise d'équitation thérapeutique

Un après-midi par semaine était consacré à l'équitation thérapeutique. Les chevaux étaient sellés par les participants qui pouvaient ensuite, en sous-groupe, apprivoiser les techniques de l'équitation dans le manège. Ils expérimentaient, chacun à leur rythme, la sensation de monter à cheval et d'apprendre progressivement à contrôler celui-ci. Cette activité offrait la possibilité d'observer concrètement et graduellement leur assurance grandissante face à une situation en mouvance.

L'approche thérapeutique assistée par l'animal a fait ses preuves depuis maintenant plusieurs années. Nous savons également que la relation homme-cheval donne des résultats rapides et efficaces, et que les acquis sont transférables dans d'autres sphères de notre vie.

II. Les effets du PARS

Nous avons recueilli les témoignages de certains participants et mesuré les changements au chapitre de leurs compétences génériques. Bien que pour diverses raisons, nous n'ayons pu mesurer de façon directe et assidue la portée de la zoothérapie sur les participants des groupes du PARS, nous avons toutefois fait plusieurs observations tout au long du programme, observations qui prouvent que l'alternance des ateliers thématiques en classe avec les visites à l'Équi-centre favorise le maintien d'un sain équilibre entre l'introspection et l'action.

¹ Test AFC compétences génériques.

² B. Soucy et M. Bourque. (2008). *Vivre son rétablissement*, Québec, Le Pavois Éditeur.

Témoignages de deux participants

Au cours du programme, nous avons interrogé les participants sur la relation qu'ils entretenaient avec les animaux du centre équestre : chevaux, lapins, chats, chiens, chèvres, canards, furets, oiseaux, etc. Voici la réponse de deux personnes :

Participant # 1

« Avec le cheval qui m'était assigné, j'ai appris à tenir le lien. Chaque fois que je le brossais avec ma main droite, je me devais de garder ma main gauche sur lui. Ce geste m'a permis d'apprendre à tenir le lien de confiance avec le cheval et à me sentir relié à lui. Quand je montais à cheval et que je tenais les rênes, j'avais enfin l'impression d'avoir le contrôle sur quelque chose. Cela me donnait l'impression de reprendre du pouvoir sur ma vie. Pendant le projet, j'étais souvent en présence d'animaux. Cette proximité avec eux m'a donné l'élan de m'acheter un chat. C'est un véritable signe de rétablissement pour moi, car j'ai maintenant la capacité de prendre soin d'un être vivant. »

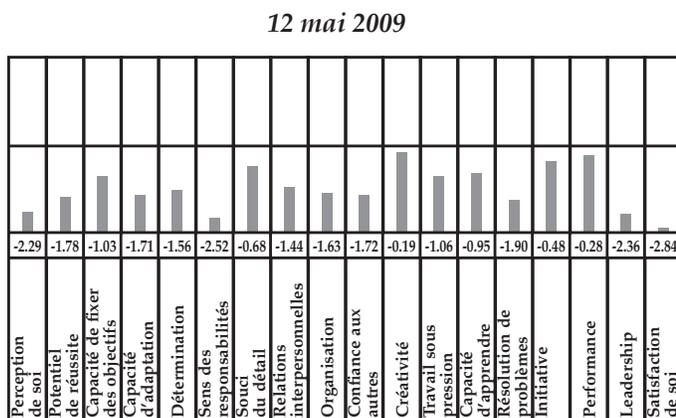
Participant # 2

« J'ai gagné en confiance en prenant soin de mon cheval nommé Aragon. Il était tellement grand et imposant que je devais avoir confiance en lui et en moi pour arriver à en prendre soin. J'ai dû apprendre à gérer mon stress et mon anxiété. J'avais envie d'être calme pour lui. J'avais le sentiment de devenir plus responsable et j'aimais qu'un animal compte sur moi pour ses soins. Je me sentais utile et fier. Je ressentais aussi beaucoup de plaisir à les gâter avec les pommes que j'apportais de chez moi! »

Développement des compétences

Nous avons fait passer le *test des compétences génériques* présenté ci-dessus à chacun des candidats (n=12) avant et après sa participation au PARS. Par la lecture du comparatif, nous sommes en mesure d'observer l'amélioration des compétences. Cet outil nous fournit l'occasion d'une communication efficace et significative auprès des participants, car il démontre objectivement les progrès de chacun. Pour eux, c'est un moyen concret et valorisant qui prouve que les efforts fournis ont eu du succès. Vous pouvez ici prendre connaissance du comparatif d'un des participants du premier groupe.

Comparatif compétences génériques d'un participant avant et après



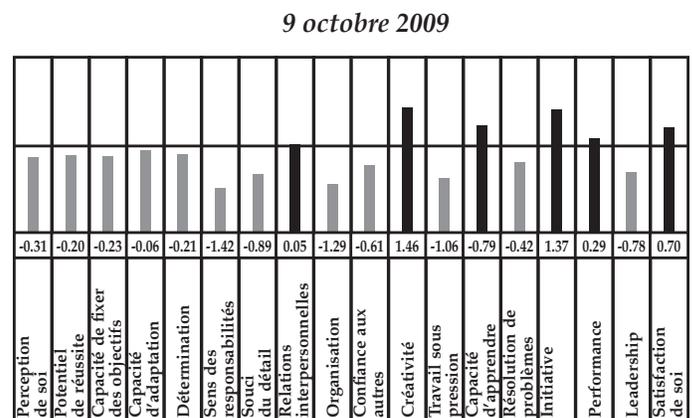
L'analyse de ce test est complexe mais, à titre d'exemple, nous pouvons affirmer que ce participant a amélioré considérablement sa perception et sa satisfaction de soi, de même que ses relations interpersonnelles, facteurs essentiels au développement des compétences mesurées par ce test. Nous observons une augmentation générale des compétences, ce qui nous permet de poser l'hypothèse que l'expérience vécue au cours du programme contribue au mieux-être des participants, ce qui sera sans doute déterminant pour leur cheminement futur. Ces résultats ont été mesurés sur l'ensemble des participants.

Rôle de l'interrelation entre les ateliers thématiques, le plateau de travail et l'équitation thérapeutique

Pendant le programme, nous avons eu à cœur l'interrelation entre les ateliers thématiques, le plateau de travail et l'équitation thérapeutique. Même si ces activités étaient prévues dans des cases horaires différentes, nous avons constamment tenu le fil entre celles-ci. En cours de programme, nous avons pu constater les bienfaits suivants chez la plupart des 12 participants :

- Meilleure capacité à gérer le stress;
- Augmentation de la confiance en soi;
- Amélioration de l'attention et de la concentration;
- Capacité à vivre le moment présent;
- Capacité à vivre le plaisir et à sortir de son mutisme;
- Motivation et goût à l'effort accru;
- Meilleure capacité à entrer en relation avec soi et avec l'autre;
- Reprise du pouvoir sur sa vie.

L'apprentissage global vécu au centre équestre était repris par les intervenantes en classe et vice-versa. Par des questions et des pistes de réflexion, nous avons amené les participants à intégrer leur expérience dans leur vie quotidienne. Par exemple : « Peux-tu me dire en quoi tenir les rênes de ton cheval t'apprend à tenir celles de ta propre vie? », « Quand tu apprivoises un cheval et qu'une relation de confiance s'installe entre lui et toi, qu'est-ce que cela t'apprend sur ta capacité à entrer en lien avec les autres autour de toi? ». Il est très important, voire majeur, d'accompagner les participants dans ce type de prise de conscience, parce qu'il est là, le vrai défi : Arriver à créer du sens à partir de son expérience avec les animaux et transférer les acquis dans son quotidien.



Éléments du PARS favorables au mieux-être

Tout au long du PARS, nous avons observé que certains éléments semblent particulièrement favorables au mieux-être des participants.

1) Gestion du stress

Très vite, au début du programme, nous nous sommes aperçus de l'ampleur du stress vécu quotidiennement par nos participants. Nous avons aussi remarqué l'interrelation entre ce stress et l'amplification des symptômes de la maladie. Plus encore, pour certains, l'anxiété était tellement forte qu'elle réduisait considérablement leur qualité de vie. Nous en avons donc fait notre axe principal d'intervention. Cela a été pour les participants une belle occasion d'apprendre la saine gestion de leur stress. En somme, nous avons observé que plus on accompagne les participants face à leur stress et à leur anxiété, plus il y a de possibilité de progrès. Plusieurs bénéficient maintenant d'un mieux-être supérieur en raison de leur aptitude à vivre plus sainement le stress au quotidien.

2) Environnement

Le contact avec la nature est un autre aspect important dont il faut tenir compte en tant que facteur de mieux-être. Plusieurs des participants étaient peu actifs physiquement et allaient très peu à l'extérieur. Les après-midi passés à l'Équi-Centre les faisaient bénéficier d'un milieu calme et vivant. Nous avons constaté combien le fait de fréquenter ce lieu entraînait des effets positifs et progressifs. Les participants étaient plus détendus, plus souriants et plus énergiques. Le contact avec les animaux leur procurait également un bien énorme puisqu'ils devaient d'abord être calmes avant d'approcher l'animal.

3) Engagement et responsabilité

La fierté et la perception d'être utile, enfin, étaient les commentaires qui revenaient le plus souvent chez les participants. C'est comme s'ils reprenaient confiance en leur potentiel et en leur place en tant qu'individu, d'abord dans leur groupe, puis à une échelle plus large, ce qui les amenait ainsi à traverser l'étape d'intégration en emploi.

4) Équipe multidisciplinaire

Tout au long du programme, nous avons participé à des rencontres du comité clinique, comme nous l'avons

illustré précédemment. Le but de ces rencontres était de travailler en étroite collaboration afin d'assurer un accompagnement optimal à tous les participants du PARS dans la perspective d'une amélioration de leur qualité de vie. Par le biais de ces rencontres, nous avons échangé des renseignements précieux, ce qui a permis aux intervenants de poser des gestes concrets pour améliorer le mieux-être des participants (ajustement de la médication, augmentation des rencontres de suivi, etc.). Nous avons, en quelque sorte, créé un filet d'intervention pour nos participants, ce qui donnait à chacun la sensation d'être appuyé dans ses démarches.

Conclusion

Par la richesse de l'expérimentation que nous venons de vivre et ses résultats, nous avons démontré que le PARS s'inscrit parfaitement dans le continuum de services essentiels à un véritable rétablissement pour la personne atteinte d'un trouble sévère de santé mentale. La trilogie « activités théoriques et pratiques, plateau de travail et équitation thérapeutique » offre un potentiel de réadaptation accélérée aux personnes qui ont eu le privilège de participer au programme. Cette avenue a permis de guider celles-ci et de leur proposer une issue positive et constructive contribuant à leur processus de rétablissement et à leur mieux-être.

Les participants ont repris avec confiance leur rôle de citoyen dans la communauté. Ils osent maintenant sortir de chez eux, aller travailler, faire du bénévolat, participer à des activités en société ou se retrouver entre amis. Ils sortent enfin de la honte, celle engendrée par l'exclusion et le regard accusateur des gens dits « normaux » de notre société. Certains, du haut de leur estime de soi fraîchement reconstruite, osent même nommer la maladie et parler de leur condition singulière devant public afin de contribuer activement à vaincre la stigmatisation. L'espoir étant retrouvé, ils peuvent récupérer la possibilité de « se rêver »!

BIBLIOGRAPHIE

Fédération québécoise d'équitation thérapeutique. *Les bienfaits de l'équitation thérapeutique*, [En ligne]. [www.fqet.org/bienfaits.html] (Consulté le 15 décembre 2010).

Soucy, B. et M. Bourque. (2008). *Vivre son rétablissement*, Québec, Le Pavois Éditeur.



« Moi, ce qui me fait du bien, c'est... »

- méditer le matin à mon réveil
- prendre le temps de bien m'étirer après une séance d'entraînement
- aller voir un bon film
- un repas en famille

Francis Guérette, comité d'édition du partenaire >>>

un enjeu de santé publique

Le 26 octobre 2010, le Royal College of Psychiatrists (UK) déposait un énoncé de position *No health without public mental health: the case for action** (*Sans la santé mentale publique, point de santé : les raisons pour agir*) qui soutient que la santé mentale doit être un objectif de santé publique en raison d'une part des effets significatifs de la maladie mentale sur la santé physique des gens ciblés, mais aussi, d'autre part, de l'importance d'avoir des objectifs de santé publique pour travailler en amont des maladies mentales. Un exposé sommaire** en a été tiré, dont nous vous présentons l'essentiel ici. Un commentaire du Dr Michel Gervais, médecin psychiatre et conseiller médical à la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, s'en suit. Ce dernier, avec son regard d'administrateur public, nous propose une réflexion personnelle.

* [www.rcpsych.ac.uk/pdf/Position%20Statement%204%20website.pdf]

** [www.rcpsych.ac.uk/PDF/Final%20PS4%20briefing_for%20website%20A4.pdf]

Sans la santé mentale publique, point de santé : les raisons pour agir¹

No Health without Public Mental Health: The Case for Action

Exposé sommaire au Parlement

■ La santé mentale sous-tend les principaux défis en santé publique

De nombreuses données démontrent l'existence d'un lien entre les troubles mentaux et l'augmentation du risque de maladies physiques. Les maladies physiques accroissent à leur tour le risque de troubles mentaux.

- **Mort prématurée** : les personnes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire meurent en moyenne 20 ans plus tôt que la population en général, en grande partie des suites de problèmes physiques.
- **Tabagisme** : les personnes souffrant de problèmes de santé mentale fument près de la moitié de la quantité totale de tabac consommée et représentent près de la moitié des décès liés au tabagisme. La proportion de fumeurs dans les unités d'hospitalisation en santé mentale atteint 70 %, comparativement à 21 % dans la population en général.
- **Décès attribuables au cancer et aux maladies cardiaques** : les personnes souffrant de dépression ont un taux de survie au cancer et aux maladies cardiaques très inférieur à celui de la population en général.
- **Maladies physiques de longue durée** : les personnes atteintes d'au moins deux maladies physiques de longue durée courent sept fois plus de risques de souffrir de dépression.
- **Alcool** : la consommation excessive de boissons alcoolisées est associée à un taux plus élevé de dépression, de problèmes affectifs, de schizophrénie et de troubles de la personnalité, ainsi qu'au suicide et à l'automutilation.

- La promotion de la santé mentale peut avoir d'importantes retombées en santé et sur le plan socioéconomique, dans tous les secteurs de la société

La santé publique s'intéresse non seulement à la prévention de la maladie, mais aussi à la promotion en général du bien-être mental. Le bien-être mental est essentiel à une bonne qualité de vie et à la productivité des individus, des familles

et des collectivités. Son effet se fait sentir dans différents secteurs : éducation, emploi, justice pénale, participation à la vie publique, comportement social, santé physique, espérance de vie, rétablissement à la suite de maladies mentales et physiques. C'est donc un enjeu auquel tous les domaines politiques et ministères gouvernementaux doivent s'intéresser.

■ La santé mentale a été souvent négligée dans les stratégies gouvernementales de santé publique

Les stratégies de santé publique ont toujours été centrées sur la santé physique et n'ont pas tenu compte de l'importance de la santé mentale et du bien-être mental. Inscrire la santé mentale au cœur du programme de santé publique permettra d'améliorer les habitudes de vie et de diminuer les comportements dangereux pour la santé, contribuant du coup à prévenir les maladies physiques et à réduire le fardeau des troubles mentaux.

Tabagisme : Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale fument près de la moitié de la quantité totale de tabac consommée et représentent près de la moitié des décès liés au tabagisme

Maladies cardiaques : La dépression double le risque de maladie coronarienne

Intervention précoce : La moitié des troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 14 ans et les trois quarts avant la mi-vingtaine

Inégalité : Les enfants des ménages les plus pauvres courent trois fois plus de risques d'avoir des problèmes de santé mentale que ceux des ménages les plus riches

¹ Traduction de l'exposé sommaire: Ann Samson

- Le prochain livre blanc sur la santé publique, tout comme les pouvoirs dévolus aux autorités locales en santé publique, offre une occasion en or de passer à l'action

Le présent exposé sommaire au Parlement sur l'énoncé de position du Royal College of Psychiatrists, *No Health without Public Mental Health: The Case for Action*, offre un résumé des arguments en faveur d'interventions ciblées susceptibles d'améliorer, d'une part, la santé physique des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et, d'autre part, le bien-être général de la population du Royaume-Uni.

Points clés de l'énoncé de position du Royal College of Psychiatrists

La santé mentale : au cœur de la santé publique

□ Les troubles mentaux représentent la plus grande portion du fardeau de la maladie au Royaume-Uni. Nulle autre maladie n'égale les troubles mentaux si l'on considère à la fois la prévalence, la persistance et la portée des répercussions. On associe systématiquement les troubles mentaux avec défavorisation, faible revenu, chômage, faible scolarité, santé physique moins bonne et davantage de comportements dangereux pour la santé. Les troubles mentaux ont un prix non seulement sur le plan humain et social, mais aussi du point de vue économique : l'ensemble des coûts qu'ils entraînent s'élèvent à 105 milliards de livres² par année en Angleterre.

□ Il existe des moyens rentables d'intervenir pour prévenir les troubles mentaux et promouvoir la santé mentale de l'ensemble de la population. Le Royal College of Psychiatrists exhorte le gouvernement à faire de la santé mentale publique une priorité dans sa stratégie de santé publique ainsi qu'à adopter une approche pangouvernementale pour sa mise en œuvre.

Investir dans la prévention et la promotion peut réduire les coûts humains, sociaux et économiques

Le Royaume-Uni fait face à de sérieux défis financiers, ce qui implique que les organismes du secteur public auront des choix difficiles à faire dans la priorisation de leurs dépenses et qu'ils seront contraints de faire plus avec moins. Une stratégie qui prévoit des investissements dans la promotion, la prévention et l'intervention précoce peut alléger le fardeau de la maladie mentale, mais c'est aussi très sensé du point de vue économique.

S'attaquer tôt aux troubles mentaux peut prévenir des problèmes de santé publique plus tard

La plupart des troubles mentaux apparaissent avant l'âge adulte et persistent souvent toute la vie durant. La moitié des troubles mentaux diagnostiquables et permanents se manifestent vers l'âge de 14 ans et les trois quarts vers la vingtaine. En s'attaquant aux problèmes de santé mentale tôt dans la vie des personnes atteintes, il sera possible d'améliorer le niveau de scolarité, les perspectives d'emploi et la santé physique, tout en réduisant les taux de toxicomanie, d'automutilation et de suicide ainsi que les conflits familiaux et la défavorisation sociale. L'espérance de vie, la productivité économique, le fonctionnement social et la qualité de vie s'en trouveront améliorés de façon générale. Des retombées positives sont aussi à prévoir pour les autres générations. La promotion et la prévention auprès des adultes et des personnes âgées sont également importantes. La promotion de milieux de travail sains contribuera à diminuer le stress et les problèmes de santé mentale au travail. Le fait d'intervenir tôt dans les maladies de la vieillesse comme la démence permettra aux aînés de vivre leurs vieux jours en meilleure santé et d'être moins dépendants des soins de santé et des services sociaux. Les groupes plus vulnérables, dont les personnes marginalisées ou économiquement défavorisées, les enfants pris en charge,

les demandeurs d'asile et les prisonniers, courent plus de risques d'être atteints de troubles mentaux et requièrent des interventions s'adressant spécifiquement à eux.

S'attaquer aux inégalités sociales et économiques peut améliorer la santé mentale et le bien-être

Au Royaume-Uni, l'inégalité entre les riches et les pauvres continue de s'accroître : les résidents des quartiers les plus pauvres vivent sept ans

de moins que ceux des quartiers les plus riches. L'inégalité est en soi un déterminant majeur des troubles mentaux : plus elle est grande, pires sont les conséquences sur la santé. Un écart salarial important est aussi associé avec un niveau moindre de confiance et d'interaction sociale dans la communauté, davantage de manifestations d'hostilité, de violence et de racisme ainsi que des cotes de bien-être moindres.

Le chômage des parents fait aussi doubler ou tripler le risque de troubles affectifs ou de comportement chez les enfants – au Royaume-Uni, un enfant sur six vit actuellement dans un ménage sans emploi, la plus forte proportion de tous les pays européens. La pauvreté chez les enfants a gagné du terrain à un point préoccupant. Les enfants appartenant au 20 p. 100

Qu'est-ce que la santé publique?

Selon la Faculty of Public Health du Royaume-Uni, la santé publique désigne « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé par des efforts collectifs organisés ».

La santé publique présente deux caractéristiques distinctes :

- elle vise essentiellement à prévenir plutôt qu'à guérir;
- elle intervient au niveau de la population plutôt qu'au niveau individuel.

² Environ 167 milliards de dollars canadiens

La santé mentale, un enjeu de santé publique

de ménages les plus pauvres courent trois fois plus de risques d'avoir des problèmes de santé mentale que ceux du 20 p. 100 de ménages les plus riches. L'inégalité affecte aussi la santé mentale des adultes : les probabilités de souffrir d'un problème de santé mentale sont près de trois fois plus grandes chez les hommes des ménages les plus pauvres que chez ceux des ménages les plus riches. Une mauvaise santé mentale peut avoir des répercussions sur la descendance, entretenant les cycles d'inégalité et de mauvaise santé qui frappent certaines familles. Des politiques doivent être établies pour aplanir les inégalités sociales et économiques qui affectent directement le bien-être et la santé mentale.

Promouvoir la santé mentale peut se traduire par des économies à court et à long terme

Des données probantes démontrent qu'il est rentable d'investir dans des stratégies de promotion de la santé mentale, de prévention des maladies mentales et d'intervention précoce.

Des analyses coûts-avantages mettent en évidence le rendement économique des investissements dans des mesures telles que :

- les programmes de formation au rôle de parent, qui s'adressent aux personnes qui ont des enfants présentant un trouble de comportement;
- les visites d'infirmières à domicile auprès des femmes susceptibles de souffrir de dépression post-partum;
- les programmes dans les écoles, notamment ceux qui visent à prévenir la violence, l'intimidation, la délinquance et la récidive;
- le dépistage et les interventions brèves en ce qui a trait aux problèmes d'alcoolisme;
- la promotion du bien-être et la détection précoce de la dépression en milieu de travail;
- les emplois avec soutien pour les personnes qui se rétablissent d'un trouble mental grave;
- la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes présentant des symptômes d'origine inconnue du point de vue médical;
- l'intervention précoce dans les cas de psychose et la détection précoce de la prépsychose;
- la prévention du suicide;
- les conseils sur l'endettement;
- les programmes d'activité physique pour les aînés;
- les campagnes antistigmatisation.

L'action politique

La santé mentale doit occuper une place prépondérante dans la stratégie gouvernementale en matière de santé publique, y compris dans le livre blanc sur la santé publique.

Les députés devraient faire leur possible pour s'assurer que les autorités locales incluent dans toute prestation de services de santé publique des plans en matière de santé mentale publique.

L'inaction a un coût économique

Prévenir ne serait-ce qu'un faible pourcentage des problèmes de santé mentale et de toxicomanie aura pour effet d'améliorer la qualité de vie des individus, des familles et des collectivités. Les activités de prévention et de promotion s'inscrivent dans une approche stratégique durable, axée sur la population, qui réduira le fardeau et les coûts des troubles mentaux, favorisera le bien-être et diminuera les inégalités. Plus particulièrement, un certain nombre d'études ont démontré les avantages économiques importants d'intervenir dans les premières années, surtout pour ce qui est des conséquences à long terme. Les économies réalisées résultent principalement d'une diminution des coûts d'aide sociale et de justice pénale ainsi que d'une augmentation des gains.

Des réorientations majeures

- S'attaquer à la toxicomanie au moyen d'une politique de fixation d'un prix minimal pour les boissons alcoolisées et d'une politique pangouvernementale en matière de toxicomanie fondée sur des données probantes.
- Mettre en œuvre les conclusions de la *Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2011* (étude stratégique des inégalités en matière de santé en Angleterre après 2011) afin d'atténuer les inégalités.
- Promouvoir les interventions en santé publique qui visent à prévenir les inégalités futures ayant trait à l'âge, au sexe, à l'origine ethnique et au contexte social.
- Voir à ce qu'une stratégie de prévention du suicide touchant également à l'automutilation demeure une priorité du

gouvernement.

- Prioriser la santé mentale dans les programmes de prévention et d'abandon du tabagisme en milieu hospitalier et dans la communauté.
- S'occuper de la discrimination et de la stigmatisation qui entourent les problèmes de santé mentale, dans le domaine de l'emploi par exemple, et investir dans la poursuite des campagnes antistigmatisation en santé mentale comme la campagne *Time to Change* en Angleterre.
- Axer des interventions en santé mentale publique sur les personnes les plus à risque, par exemple les enfants pris en charge, les chômeurs ou les sans-abris.
- Promouvoir l'importance de la santé mentale et du bien-être chez les aînés.
- Offrir des interventions toute la vie durant et faire notamment la promotion de la santé mentale des parents.

Pour en savoir plus

Les arguments du présent exposé sommaire sont détaillés et accompagnés de données probantes dans l'énoncé de position du Royal College of Psychiatrists *No Health without Public Mental Health: The Case for Action* (PS4/2010). Il est possible de télécharger le document intégral, en anglais, à partir du site [www.rcpsych.ac.uk/publichealth]. Pour obtenir un exemplaire imprimé ou de plus amples renseignements, faites-en la demande par courriel à publicaffairs@rcpsych.ac.uk.

Le défi du système de santé du 21^e siècle : gérer l'intangible

Par Michel Gervais, M.D., FRCPC, MBA, médecin psychiatre,
conseiller médical à la Direction de la santé mentale
du ministère de la Santé et des Services sociaux

La réforme la plus ambitieuse du National Health Service (NHS) depuis sa fondation en 1948 a été lancée par le gouvernement de coalition du premier ministre David Cameron élu en mai 2010. Le livre blanc intitulé « *Equity and excellence: Liberating the NHS* » a été publié le 12 juillet 2010¹. C'est dans ce contexte que le Royal College of Psychiatrists (RCP) du Royaume-Uni propose une vision situant la santé mentale dans les politiques de santé publique.

Autant le rapport du RCP étaye une position solidement articulée, autant il fait appel à une transformation radicale de la gestion du réseau de la santé et des services de santé. Tant que la santé demeurerait une affaire cloisonnée à l'intérieur d'établissements spécialisés, le gestionnaire pouvait s'appuyer sur différentes expertises pour prédire le cours des événements et établir sa planification en conséquence^{2, 3}. En bref, l'archétype de l'hôpital psychiatrique asilaire avait tout prévu, un véritable *tout inclus* avec cimetière adjacent. La proposition du RCP fait éclater les frontières des silos de la *machine* de gestion. C'est comme si nous passions de l'administration d'une usine de fabrication d'automobiles à la gestion d'un milieu écologique vulnérable. On le voit bien, les déterminants de la santé mentale et les leviers de promotion du bien-être mental s'enlacent dans un enchevêtrement digne de la diversité de la forêt amazonienne. Pour donner vie à la vision stratégique soumise par le RCP, les gestionnaires se verront confier des responsabilités sans pour autant détenir l'autorité sur les parties intéressées. Le changement s'effectuera à travers les actions d'autrui, par procuration pour ainsi dire. Certains y verront avec stupeur l'effondrement de la hiérarchie pyramidale des organisations dans le même fracas que celui des deux tours jumelles du World Trade Center.

La plus récente crise économique mondiale a fait des ravages autour du globe telle une terrible épidémie ignorant les contrôles frontaliers. Des données de la Banque Mondiale ont confirmé les effets parfois catastrophiques de telles tempêtes sur la santé des populations les plus fragiles qui pourtant n'ont aucune emprise sur les décisions

de Wall Street. En somme, à l'image de la lutte contre le réchauffement climatique, la promotion de la santé et la prévention des maladies font appel à la concertation de plusieurs acteurs sur la planète. Toutefois, le véritable salut s'appuiera sur des initiatives locales qui ont parfois des effets papillon bénéfiques. Il existe d'innombrables histoires inspirantes au sujet d'activistes sociaux⁴ qui, en collaboration avec les organisations de santé, créent de nouvelles façons de faire ancrées dans la réalité de leur milieu de vie. Les établissements de santé, vacillant sous le poids de leur mission utopique de répondre à tous les besoins de santé, ne pourront pas faire l'économie du génie du secteur social⁵ (groupes communautaires, associations, mutuelles, coopératives, etc.).

Dans un système complexe^{6, 7, 8}, comme celui de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, la stratégie émerge en cours de route en construisant un monde à l'avenir truffé d'incertitudes et de surprises. Cette imprévisibilité s'ouvre sur de multiples futurs possibles. Un contexte complexe est souvent apparenté à la responsabilité d'élever un enfant. Non seulement il n'y a pas de recette magique, mais ce qui a fonctionné avec un enfant pourra s'avérer peu utile avec un autre. C'est sans compter que « ça prend un village pour élever un enfant », comme l'affirme le docteur Gilles Julien, pionnier de la pédiatrie sociale au Québec. Dans ce nouveau paradigme de gestion, le gestionnaire devient un maillon d'un réseau aux frontières souvent floues qui s'étend bien au-delà des murs de son établissement. L'actif fondamental de l'organisation, tout comme cela est le cas en réadaptation psychosociale pour les personnes sur la voie du rétablissement, est le capital social du gestionnaire. En conséquence, ce dernier accorde une attention prioritaire à la qualité des relations entre les personnes et entre les systèmes. Son rôle consiste à aider les autres à devenir importants et à pouvoir contribuer aux initiatives en cours. En somme, il prend soin d'un actif intangible. Il est bien conscient, comme le dit l'adage, qu'« on peut réussir l'impossible à la condition que personne ne s'approprie le mérite du succès ».

¹ *Equity and excellence: Liberating the NHS*, [En ligne]. [www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf].

² Edgewise – Primer. *Complexity questions*, [En ligne]. [www.plexusinstitute.com/edgewise/archive/think/].

³ Snowden, D. F. et M. E. Boone. (2007). « A leader's framework for decision making: Wise executives tailor their approach to fit the complexity of the circumstances they face ». *Harvard Business Review*, (novembre), 70-76.

⁴ Gillinson, S. et coll. (2010). « Radical efficiency – Different, better, lower cost public services ». *Innovation Unit*, [En ligne]. [www.innovationunit.org/images/stories/radical_efficiency_-_a_practical_guide.pdf].

⁵ Mintzberg, H. et coll. (2005). « The invisible world of association ». *Executive Forum*, 37-44, [En ligne]. [www.mintzberg.org/sites/default/files/The%20Invisible%20World%20of%20Association.pdf].

⁶ Zimmerman, B. (2010). « How complexity science is transforming healthcare ». Dans S. Maguire, W. McKelvey et P. Allen (édit.), *SAGE Handbook of Complexity and Management*.

⁷ Plsek, P. E. et T. Greenhalgh. (2001). « Complexity science: The challenge of complexity in health care ». *British Medical Journal*, 323 (15 septembre), 625-628.

⁸ Westley, F., B. Zimmerman et M. Quinn Patton. (2006). *Getting to maybe: How the world is changed*, Toronto, Random House Canada, 1-26.

Nous avons lu pour vous...

Commentaire sur la brochure

La médication et vous : tirez le maximum de vos rendez-vous chez le psychiatre¹

Par Paul Jacques, psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec

J'ai lu avec beaucoup d'enthousiasme la brochure *La médication et vous : tirez le maximum de vos rendez-vous chez le psychiatre* inspirée d'un article de Patricia Deegan. Ayant eu l'occasion d'entendre M^{me} Deegan en conférence à Boston il y a quelques années, j'avais trouvé « décoiffant » – mais tellement rafraîchissant! – son discours sur l'avenir de la relation utilisateur de services-psychiatre, c'est-à-dire un lieu de décision partagée et de rencontre de deux expertises.

La brochure propose d'abord les questions pertinentes qu'une personne devrait se poser concernant sa médication, puis des stratégies pour qu'elle regagne son pouvoir lors des rencontres avec le psychiatre.

Les questions présentées sont claires, précises et couvrent plusieurs aspects d'intérêt face à la médication. Lors de la prescription, le médecin dans sa pratique va fournir de l'information à l'utilisateur. Par contre, cette information peut s'avérer insuffisante, centrée sur ce que le médecin considère comme significatif, et s'éloigner ainsi des préoccupations de l'individu. La lecture des questions et la préparation à l'entretien conduisent ce dernier à s'interroger sur ce qu'il souhaite recevoir de la médication et sur ce qu'il ne veut pas. Bien préciser sa pensée est essentiel à une reprise de pouvoir.

J'ai particulièrement apprécié les stratégies ayant trait à la confiance que l'utilisateur doit avoir envers ses capacités et l'importance de son affirmation face à la reprise de contrôle sur son traitement et son rétablissement. Ces stratégies s'inscrivent parfaitement dans l'optique des valeurs du rétablissement. Elles reprennent l'essence de certaines de ces valeurs, comme la reprise du pouvoir, la nécessité de partir des forces de l'individu, d'une approche personnalisée et qui suscite l'espoir. Trop souvent, nos structures organisationnelles sont articulées autour d'un modèle médical de dispensation des services, selon le diagnostic, centré sur les difficultés de l'individu, *one size fits all*, et qui laisse peu de place à la créativité et à l'imagination. La brochure a le mérite d'actualiser de manière très concrète les valeurs du rétablissement et de préciser l'incidence de leur application dans la relation entre l'utilisateur et le psychiatre.

La psychiatrie comme science médicale demeure imparfaite, imprécise dans sa compréhension, dans sa capacité

diagnostique et, malheureusement, parfois impuissante devant le caractère unique et complexe des difficultés de santé mentale. Par conséquent, il est normal que le rôle du psychiatre et son opinion soient perçus différemment (avec peut-être plus d'hésitation et de questionnement) de ceux d'un autre spécialiste. L'auteure incite l'utilisateur à s'enquérir des alternatives aux traitements dits plus traditionnels, à se montrer curieux, à reprendre le pouvoir et à chercher à s'informer sur son propre traitement.

Même s'il est souvent inquiétant pour un psychiatre de se trouver vis-à-vis d'une personne qui remet en cause la médication, il est intéressant de constater l'esprit d'ouverture mais aussi de critique que M^{me} Deegan encourage à avoir face au traitement pharmacologique. Elle ne réfute pas le rôle que peut prendre la médication dans le rétablissement, mais elle tente de la situer dans une approche plus globale. Il est malheureux que trop fréquemment, nous ayons une vision étroite et limitative quant aux stratégies pouvant être mises en place pour aider une personne aux prises avec un trouble de santé mentale. La pratique de la psychiatrie est habituellement tributaire du facteur temps et la médication représente parfois une option rapide d'intervention. De plus, le manque de disponibilité de certaines alternatives conduit, peut-être trop, à centrer le plan d'intervention sur la médication. Par exemple, alors que la psychothérapie est reconnue comme un des premiers modes de traitement de la dépression, bien peu de gens au Québec peuvent y avoir accès.

Cette brochure est non seulement rafraîchissante mais aussi porteuse d'espoir. La personne éprouvant des problèmes de santé se retrouve presque toujours dans un rôle passif, que ce soit à cause de la maladie, de ses effets et de la perte de confiance qu'elle engendre ou des structures de soins qui supposent l'acceptation d'une certaine prise en charge (*sick role*). La brochure suggère des solutions à celui qui veut sortir de cette position passive. L'auteure reconnaît à l'utilisateur non seulement la capacité et la légitimité de se réapproprier son propre rétablissement, mais également sa responsabilité à cet égard. C'est à nous comme intervenant à nous adapter, à ne pas y percevoir un jeu de pouvoir ou une guerre de contrôle, mais plutôt une façon empreinte d'espoir pour une personne de reprendre le contrôle sur sa vie.

¹ Brochure originale en anglais *Making the most of your medication appointments* : [<http://www.power2u.org/downloads/ReclaimingyourPowerduringMedicationVisits.pdf>]

Par Chantale Lachance, personne utilisatrice de services en santé mentale

Les questions abordées dans cette brochure, informatives et aidantes, sont un outil de travail intéressant; le lecteur peut y référer en fonction de ses besoins. Je crois toutefois qu'une personne atteinte d'un problème de santé mentale devrait, selon la gravité de son état clinique, être guidée pour utiliser ce texte.

Par ailleurs, le titre de ce document (*La médication et vous : tirez le maximum de vos rendez-vous chez le psychiatre*) prête à confusion puisque ce dernier ne porte pas uniquement sur l'aspect « médication » de la rencontre. Une consultation en psychiatrie ne peut être spécifiquement axée sur la médication. Une relation thérapeutique basée sur la confiance, l'ouverture et le respect est nécessaire pour qu'il y ait discussion sur ce sujet. J'aurais personnellement intitulé la brochure : *Votre psychiatre, comment retirer le maximum de vos rencontres!*

J'enchaîne immédiatement avec le second volet, les stratégies pour regagner son pouvoir... L'utilisation du mot « pouvoir » ici me rend perplexe... Quel pouvoir? Et quand l'a-t-on perdu? Permettez-moi de parler de « subjectivité » et d'« unicité ». En ce qui me concerne, j'ai été traitée à Boston et à Québec par nombre de spécialistes en neurologie et en psychiatrie. Le mot « pouvoir » n'a jamais fait partie de mon schème de pensée. Est-ce que, dans cette brochure, ce terme aurait la connotation de « prise en charge », de « sensibilisation », de « responsabilisation »?

Les énoncés de cette partie de la brochure sont clairs; parfois en accord, je dois toutefois mentionner que certains renseignements sont à lire avec un brin de sagesse. Par exemple : *La prise de médication est une question de choix personnel*. Cet énoncé pourrait avoir un effet catastrophique chez certains lecteurs vivant une période de vulnérabilité émotionnelle et cognitive, car si les effets secondaires des médicaments employés en psychiatrie sont difficiles à tolérer, la cessation du traitement s'avère cependant la principale cause de récurrence de la maladie.

J'aurais aimé que dans la brochure, on identifie les outils autres que la médication, telles l'approche cognitive et comportementale ou les équipes multidisciplinaires.

On avance le concept de « spiritualité »! Il aurait été important d'élaborer sur ce sujet alors que cette sphère de la vie humaine fait déjà partie intégrante du traitement en psychiatrie, que les psychiatres le veulent ou non! Les personnes atteintes d'une maladie mentale ont recours à cette ressource personnelle, mais il est ici question d'éduquer le corps médical par rapport à une discipline qu'il utilise d'une manière trop conservatrice. Les spécialistes en santé spirituelle et religieuse font déjà partie de la plupart des équipes soignantes; les colloques, les ateliers et l'information se multiplient à un rythme effréné, pour le bien-être de tous. Il y a la maladie et il y a la vie! J'ai toujours reconnu cet aspect de ma croissance personnelle.

La variété des thèmes traités dans cette brochure fait en sorte que lors d'une période de vulnérabilité, je pourrais me servir d'une partie des conseils et des stratégies pour faire face à une situation difficile. Je pourrais aussi en bénéficier pour me préparer à une rencontre avec mon psychiatre, selon l'objet de celle-ci.



Pour télécharger la brochure :
[<http://www.aqrp-sm.org/partenaire/publications/articles/La-medication-et-vous.pdf>]

Nous savons tous qu'un psychiatre peut se tromper. Une information de ce genre, suscitant la méfiance plutôt que la confiance, m'apparaît non pertinente dans un outil d'une telle qualité. Il y a eu des erreurs catastrophiques dans le passé, mais la médecine d'aujourd'hui est différente de celle d'il y a 25 ans. Personne n'a de boule de cristal pour prévoir une réaction néfaste au traitement pharmacologique. Le temps, la notion de « essais et erreurs » sont des composantes que tous doivent comprendre, alors que nous travaillons avec un organe qui contient autant de zones grises que sa propre matière!

En toute fin, j'aimerais faire un bref commentaire sur l'article¹ qui a inspiré la conception de la brochure. L'auteure, la docteure Patricia Dean, est une militante d'espoir qui s'est servi de son expérience de la maladie mentale comme un des multiples instruments pour orchestrer sa vie et le faire en harmonie. Différents propos de l'article qu'elle a écrit comportent des énoncés qui peuvent choquer et provoquer, et – bien que j'estime que la brochure est un outil fort utile – je m'interroge sur l'intérêt de la publication de certains passages repris de cet article, car ils comportent des jugements de valeur. En accord ou en désaccord, je voue une admiration inconditionnelle à cette femme.

« Moi, ce qui me fait du bien, c'est... »

· partager mon vécu tout en riant de moi! (dé-dramatiser)

Chantale Lachance,
personne vivant
avec un trouble mental
(auteure texte p. 43) »

¹ On retrouve l'hyperlien vers l'article en question sur la brochure.

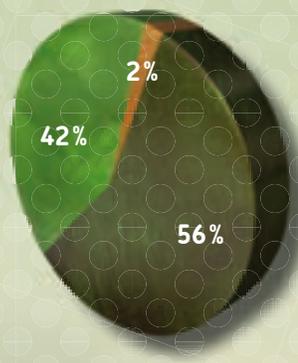
XV^e Colloque de l'AQRP

Vaincre la stigmatisation : un enjeu collectif!



Un taux élevé de satisfaction!

Tout comme pour le colloque de 2008,



98 % des participants évaluent leur degré de satisfaction générale du colloque de 2010 comme étant « excellent » ou « bon »*.

| | |
|-----------|------|
| Excellent | 56 % |
| Bon | 42 % |
| Moyen | 2 % |
| Médiocre | 0 % |

* Source : Évaluation générale du XV^e Colloque de l'AQRP.

Merci!

À tous les participants, présentateurs, conférenciers, animateurs, organisateurs et bénévoles pour leur contribution à la réussite du XV^e Colloque de l'AQRP.

À ne pas manquer!

Les **résultats du sondage** sur la stigmatisation mené lors du colloque seront présentés dans le prochain numéro du *partenaire*. **Découvrez les perceptions** des participants en lien avec les préjugés les plus couramment véhiculés en santé mentale.

Au plaisir de vous retrouver au XVI^e Colloque de l'AQRP en 2012!