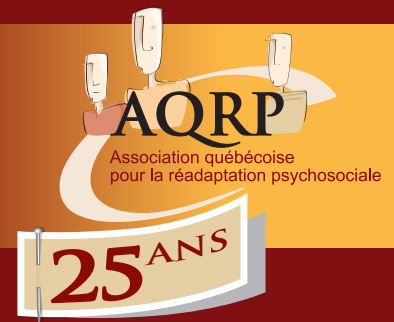


le partenaire

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



Déterminants sociaux en santé mentale : regard sur l'organisation des services et leur accessibilité



le partenaire

est la revue de

l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Publiée 3 fois par année, cette revue est la seule de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale.

Siège social :

AQRP, 2380, avenue du Mont-Thabor,
bureau 205

Québec (Québec) G1J 3W7

Internet : aqrp-sm.org

Éditrice : Esther Samson

esamson@aqrp-sm.org

Éditrice par intérim: Marie-Eve Côté

mecote@aqrp-sm.org

Pour abonnement :

lepartenaire@aqrp-sm.org

418 523-4190, poste 214

Comité d'édition :

Noémie Charles, M. Serv. soc., T.S.

Rosanne Émard,

Consultante formatrice en réadaptation psychosociale et rétablissement et en suivi communautaire, Outaouais

Michel Gilbert,

Coordonnateur du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)

Diane Harvey,

Directrice générale, AQRP, Québec

Paul Jacques,

Psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec, Programme clientèle des troubles anxieux et de l'humeur

Marie-Hélène Morin,

Travailleuse sociale, professeure régulière en travail social, Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Steve Paquet, Ph.D.,

professionnel de recherche au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et professeur associé au département de sociologie de l'Université Laval

Révision des textes :

Judith Tremblay

Conception et réalisation graphique :

www.fleurdeleysee.ca

Impression :

Les Copies de la Capitale, Québec

ISSN : 1188-1607

ÉDITORIAL

3 De la personne responsable à une société qui se responsabilise

Esther Samson, Éditrice

CHRONIQUE DU FRANC-TIREUR

4 Pourquoi ne pas conserver au lieu de reconstruire?

Benoît St-Pierre, intervenant, pair aidant spécialisé en santé mentale, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

5 Les déterminants institutionnels de l'exclusion : à quoi doit servir l'action intersectorielle?

Deena White, responsable scientifique, professeure titulaire, Département de sociologie, Université de Montréal

8 Le rôle de la communauté dans l'accessibilité des services en santé mentale

Karen Hetherington, MA, professeure coordonnatrice, École de service social, Université McGill

12 Qu'est-ce qui détermine quoi? ... Ou l'œuf ou la poule?

Guyline Cloutier, paire aidante, agente de projet, formatrice, volets Pairs Aidants Réseau et Rétablissement, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

14 Arguments en faveur de la prévention et de l'intervention précoce : l'effet d'une enfance marquée par l'adversité sur l'apparition de la maladie mentale

Danyael Lutgens, M. Sc., doctorante, Département de psychiatrie, Université McGill

Jai Shah, M.D., FRCPC, M. Sc., professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill

Ashok Malla, MBBS, FRCPC, CRM, professeur et titulaire, chaire de recherche du Canada sur les premiers épisodes psychotiques, Département de psychiatrie, Université McGill

18 L'accès aux services comme déterminant social de la santé mentale chez les jeunes

Luc Vigneault, pair aidant, membre de l'équipe, Suivi intensif d'intervention précoce

Anne-Pierre Bouffard, psychiatre, directrice médicale, Suivi intensif d'intervention précoce

Diane Lafleur, agente de planification, de programmation et de recherche

Tous trois du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale – Institut universitaire en santé mentale de Québec

21 VIVRE EN MAISON DE CHAMBRES DANS LA VILLE DE QUÉBEC : PORTRAIT, EXPÉRIENCES ET ENJEUX Présentation d'un rapport de recherche

Michèle Clément, chercheuse; Annie Levesque, professionnelle de recherche; Suzie Cloutier, organisatrice communautaire; toutes trois du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; Lise Mercier, chargée de projet, Comité Maison de chambres de Québec

22 Comment rendre les services de santé mentale plus accessibles et mieux adaptés aux besoins des personnes issues de l'immigration?

Valérie Coulombe, coordonnatrice des programmes

Diane Vinet, directrice générale

Toutes deux de l'Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal

25 L'accès aux services : un déterminant social pour les communautés autochtones

Alain Paré, inf., MAP, conseiller aux affaires autochtones, Direction des affaires autochtones, Ministère de la Santé et des Services sociaux

NOUS AVONS LU POUR VOUS...

27 Un phare sur ma route Richard Langlois. (2015). Éditions Marcel Broquet. Un livre des plus éclairant sur la maladie mentale

Gilles Simard, pair aidant, Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (Pech)

De la personne responsable à une société qui se responsabilise

J'ai songé quelque temps à ce que j'allais vous écrire dans ce carnet. Le thème des déterminants sociaux de la santé mentale est un des sujets que j'affectionne particulièrement et j'étais fort heureuse que nous choissions, en comité d'édition du *partenaire*, de le traiter.

Ma première idée – et je vous l'expose ici – était d'écrire quelques lignes sur l'absolue nécessité de considérer les déterminants sociaux comme jouant un rôle prépondérant sur la santé mentale de tout un chacun. Trop souvent, le discours largement véhiculé est celui qui met en exergue des facteurs ou des comportements individuels pour expliquer la santé mentale, comme si le fait de *manger sainement*, de *faire de l'exercice régulièrement*, de *ne pas consommer d'alcool ou de drogue* était garant d'une bonne santé. Cette responsabilisation à outrance de la personne pour sa condition mentale ou physique culpabilise du coup celle qui vit avec un problème de santé. Ces discours, pas si éloignés, si l'on y regarde de près, du discours religieux omniprésent il y a quelques décennies au Québec où le *salut* passait par l'adoption de comportements vertueux, détournent notre attention des éléments sociétaux qui influencent aussi grandement notre santé mentale¹. Et ils sont nombreux! Le trop faible montant accordé par la solidarité sociale – cause d'insécurité alimentaire et d'anxiété; le travail – parfois source d'épuisement profond ou de dépression; l'entraide – beaucoup moins présente de façon spontanée depuis que l'État prend en charge les personnes démunies; la disponibilité limitée des médecins de famille; les services de psychothérapie – coûteux pour plusieurs; l'accès à un psychiatre – possible souvent longtemps après l'apparition des symptômes; le marché du travail à « deux vitesses » – où bon nombre de travailleurs n'ont ni assurances, ni régime de pension... Et j'en passe, évidemment.

J'avais donc envie de souligner moi aussi, comme plusieurs auteurs de ce numéro et du numéro précédent, l'intérêt d'agir sur ces éléments sociétaux qui peuvent fragiliser notre santé mentale – histoire de « taper sur le clou », comme on dit!

À ces propos, j'ajoute une réflexion née de la lecture du texte de ma collègue Guylaine Cloutier et de celui de Benoît St-Pierre, auteur de la *chronique du franc-tireur*. Leur parcours nous

oblige à porter un regard inverse sur la relation entre les déterminants sociaux et la santé mentale, où cette dernière influence les premiers. Ces deux histoires, tragiquement semblables, décrivent les pertes qui s'additionnent – emploi, auto, maison, relations significatives – en raison d'un problème de santé mentale. Comme quoi ces facteurs de la santé sont précaires et les mécanismes pour les préserver le temps d'une maladie défaillants. Je vous laisse prendre connaissance de leurs réflexions. Sans doute que leurs propos feront naître chez vous comme ils l'ont fait chez moi une certaine indignation et le sentiment d'une injustice sinon commise, certainement vécue.

Outre ces deux textes porteurs, je vous invite à lire l'article de Deena White sur l'importance d'une *réelle* action intersectorielle – qui crée des passerelles entre les différents réseaux de la personne et pas seulement entre les diverses instances des services en santé mentale. Karen Hetherington signe le texte qui suit et nous conduit à réfléchir sur le rôle de la communauté quant à l'accessibilité des services en santé mentale. Danyael Lutgens et ses collaborateurs abordent ensuite le thème de l'enfance, un autre déterminant social majeur, et la nécessité de mettre en place des mesures de prévention et d'intervention précoces. Luc Vigneault et deux coauteures enchaînent en traitant de l'offre des services de santé pour les jeunes affectés par un début de psychose. À la suite d'une brève présentation du rapport de recherche *Vivre en maison de chambres dans la ville de Québec* par Michèle Clément et trois consœurs qui illustre bien le rôle de l'hébergement comme déterminant social, Valérie Coulombe et Diane Vinet nous informent au sujet des services de santé mentale pour les personnes issues de l'immigration, alors qu'un texte d'Alain Paré examine les services de santé pour la population autochtone québécoise. Nous terminons ce numéro par notre chronique *Nous avons lu pour vous* où Gilles Simard commente *Un phare sur ma route*, le tout dernier livre de Richard Langlois paru cette année.

Je ne doute pas que ce *partenaire* estival saura vous intéresser et je vous souhaite une agréable lecture!

Esther Samson
Éditrice



Esther Samson
Éditrice

¹ Pour ceux qui aimeraient explorer plus à fond ces notions, je vous réfère aux travaux de Raymond Massé, Ph. D., professeur titulaire à l'Université Laval, sur l'éthique et la santé publique.

Catastrophe à Lac-Mégantic (n° 1)

L'explosion d'un train passant à Lac-Mégantic... Ébranlée, j'en rêvais la nuit jusqu'à ce que je peigne cette toile. En immortalisant l'évènement, je le sortais de mon esprit.

Je n'ai pas utilisé de méthode particulière, sauf de transcrire à l'acrylique l'image présente en moi sur une toile cartonnée.

La peinture a toujours été pour moi un refuge. J'ai peint plus de 350 toiles et j'étudie pour obtenir un baccalauréat en arts à l'université. Découvrant l'art actuel, je cherche de nouvelles façons de le transmettre à la société par l'enseignement.

De 17 à 38 ans, j'ai vécu une période de grande détresse psychologique. Aujourd'hui, je réalise mes rêves, je goûte à la vie et je suis pleinement heureuse.

Chantal Duchesneau, Saint-Hyacinthe



Pourquoi ne pas conserver au lieu de reconstruire?

Benoît St-Pierre, intervenant, pair aidant spécialisé en santé mentale, Centre hospitalier de l'Université de Montréal



Benoît St-Pierre

Pour la personne qui vit ou a vécu avec un problème de santé mentale, reprendre du pouvoir sur son existence est la clé pour se rétablir de façon satisfaisante. Je suis une de ces personnes clamant haut et fort qu'il est possible d'être un citoyen à part entière malgré un diagnostic de maladie mentale.

Cette épée de Damoclès, un trouble de santé mentale, m'est tombée dessus en 1997. À l'époque, j'étais copropriétaire d'une maison unifamiliale et possédais une auto ainsi qu'une moto grâce à mon emploi de gérant d'un atelier de mécanique automobile. Une vie confortable, quoi!

Dès mes premiers pas dans la souffrance qu'engendrait mon état mental, mon pouvoir de vivre une vie guidée par mes aspirations a diminué sournoisement. La conséquence majeure a été une baisse de revenu année après année. En 2002, sans emploi, j'avais un revenu limité au minimum de l'aide sociale. J'ai perdu ma maison et vendu mes deux véhicules. La précarité financière m'a imposé un deux-pièces dans un sous-sol avec un loyer grugeant 70 % de mon revenu.

La pauvreté est le plus grand défi de mon existence. Aujourd'hui, un enchaînement d'acrobaties m'a aidé à reprendre ma place dans la société. Malheureusement, ce n'est pas le cas pour plusieurs de mes pairs. Trop souvent, leurs compétences et leurs acquis sont remis en question par une réelle stigmatisation basée sur des croyances populaires. Mes compagnons d'infortune peinent à satisfaire leurs besoins de base : l'alimentation (trois repas par jour) et l'habitat (un appartement sécuritaire).

Mon travail de pair aidant à Montréal m'oblige à constater que la détérioration de la situation sociale est une constante chez les personnes utilisatrices de services de santé mentale. L'espace thérapeutique diminue dans ces services, remplacé par l'urgence d'agir sur la fragilité financière de la personne. Pour combattre cette pauvreté, les professionnels de la santé multiplient culbutes et pirouettes. Il leur faut bien de la détermination pour circonscrire les dommages causés par l'instabilité des déterminants sociaux qui deviennent la source première de stress pour les gens qui les subissent.

Les organisations de la santé considèrent comme une priorité la lutte contre la stigmatisation liée à la maladie mentale et des efforts tenaces sont faits en ce sens. C'est d'ailleurs cette lutte qui nous vaudra de ne plus perdre le pouvoir sur notre vie. Hélas, trop souvent, nous découvrons qu'après les grands discours et les lourds documents, la bataille perd subtilement du terrain pour faire place à des actions plus concrètes d'amélioration des services.

Il est temps de mettre « pleins gaz » sur les moyens nécessaires pour se libérer de cette stigmatisation. Relever ce défi permettra aux personnes d'avoir accès à une citoyenneté pleine et entière. Nous y réussissons quand nous aurons remplacé le mot *reprendre* par celui de *conserver*. Il est probablement plus facile et moins coûteux de faire des efforts pour la *conservation* des déterminants plutôt que pour leur *reconstruction*.

Et si nous réfléchissons à l'avenir? Est-il utopique de penser que l'« empowerment » devienne un jour démodé? Si nous le remplaçons par la « préservation des acquis »? Certains diront que c'est un travail colossal. Raison de plus pour nous mettre à l'ouvrage dès maintenant! Moi, dans l'ici et le maintenant, je travaille pour que mes pairs se rétablissent et reprennent du pouvoir sur leur vie. Dans cette même fenêtre de temps, je pense à la couleur que prendra le rétablissement dans l'avenir.

En moi subsiste un espoir : un jour, un problème de santé mentale n'affectera pas les déterminants sociaux; un jour, nous serons fiers de nous rétablir de manière satisfaisante sans avoir subi de pertes; un jour, nous mangerons à notre faim avec nos proches dans notre logement sécuritaire. C'est au carrefour du savoir de tous (personnes avec un bagage d'expérience, proches, professionnels, chercheurs, gestionnaires de service, décideurs, élus, citoyens, etc.) que nous y parviendrons.

Notre société dispose de bons et de multiples moyens pour atténuer les symptômes de la maladie mentale. Le rétablissement, les thérapies, la médication et d'autres éléments nous permettent d'accéder à une vie remplie. Malheureusement, c'est la précarité des déterminants sociaux qui fait le plus souffrir.

Les déterminants institutionnels de l'exclusion : à quoi doit servir l'action intersectorielle?

Deena White¹, responsable scientifique, professeure titulaire, Département de sociologie, Université de Montréal

Depuis la publication du livre *Asile* d'Erving Goffman dans les années 60, nous reconnaissons que la santé mentale a ses déterminants institutionnels, liés aux règles de fonctionnement des politiques, des programmes et des plans d'action. Mis en place pour venir en aide aux personnes, ceux-ci produisent aussi des effets pervers. Si nous sommes loin de l'asile aujourd'hui, les politiques pour soutenir la non-institutionnalisation sont elles aussi porteuses de conséquences inattendues pour plusieurs, dont l'itinérance et des familles abattues sont quelques signes.

Dans cet article, nous jetons un nouveau regard sur les déterminants institutionnels de l'intégration – et donc de l'exclusion – de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental grave et vivant dans la communauté. Les déterminants institutionnels sont ceux qui s'appuient sur des politiques. Dans ce cadre, nous aborderons les questions de « corridors de services »; du mur qui existe entre le réseau de services et le réseau personnel de l'individu; du sens de l'action intersectorielle dans ce contexte. Cette dernière devrait être vue comme plus qu'un partenariat. Elle devrait être enracinée dans le milieu de vie et faire le pont entre les services spécialisés en santé mentale et d'autres acteurs, non spécialistes, prédominants dans les réseaux des personnes évoluant dans la communauté.

Nous nous inspirons en partie d'une recherche-action que nous avons conduite dans un quartier de l'est de Montréal afin de faire ressortir des déterminants institutionnels de l'exclusion de certains acteurs pertinents des réseaux de soins en santé mentale². Pour documenter les déterminants grâce à l'expérience de cinq personnes, nous avons interrogé celles-ci, ainsi que des membres de leur famille et des intervenants qui les fréquentent dans leur milieu de vie. L'étude a ainsi reconstruit des parcours de recherche d'aide de personnes vivant des circonstances fort complexes et sans solution évidente, dans l'esprit des cas traceurs. Les dynamiques révélées par ces études de cas font que nous nous interrogeons sur le rôle paradoxal du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 dans la genèse de l'exclusion sociale : est-il possible que plus l'intégration du réseau des services spécialisés est inclusive et forte, plus le risque d'exclusion de ce réseau est grand?

LE PASM: LES CORRIDORS SONT À DOUBLE SENS

L'introduction au PASM annonce ses finalités : « faciliter la vie des personnes utilisant des services dans le domaine de la santé mentale [...] leur donner accès aux services qu'elles veulent recevoir et [...] alléger la tâche de leurs proches » (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 2005, p. 8). Pour atteindre ce but, le PASM établit un guichet d'accès aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et prescrit un système de « corridors » reliant, d'une part, les services offerts par les établissements du système de santé et des services sociaux et, d'autre part, un éventail d'organisations et d'acteurs clés œuvrant dans la communauté : médecins de famille, omnipraticiens, psychiatres, centres de crise, centres de réadaptation psychosociale et organismes communautaires spécialisés en santé mentale, par exemple, en relation avec des secteurs tels l'emploi ou le logement. L'ensemble de ces acteurs et la collaboration entre eux constituent, sur chaque territoire de CSSS, le réseau local de services en santé mentale. Celui-ci devrait permettre de répondre à la gamme complète des besoins de services des personnes souffrant de troubles mentaux.

Par contre, si les multiples corridors entre tous ces acteurs et ces services sont envisagés, avec de l'intercommunication allant dans tous les sens, certains acteurs clés se retrouvent en périphérie, voire au-delà des frontières de ce réseau de services. Bref, exclus. Nous pensons justement aux personnes aux prises avec un trouble mental grave, à leurs proches et à leur réseau d'aide dans leur milieu de vie. Malgré l'objectif annoncé en introduction, la préoccupation du PASM est en fait limitée à l'accès au réseau de services et à la continuité de ceux-ci, c'est-à-dire, à la circulation des personnes et de l'information à l'intérieur de ce réseau. Toutefois, en dehors des portes d'entrée à ce réseau, il existe aussi des portes de sortie. Quand une personne passe au travers des mailles du réseau, le résultat peut être l'exclusion. Ainsi, ne pas considérer les portes de sortie consiste à négliger d'observer certains déterminants de l'exclusion sociale.

Quels sont les points de rupture d'avec ce réseau de services? Quelques exemples bien connus ressortent de notre recherche : la courte durée des épisodes de soins; l'incapacité de la personne



Deena White

¹ L'auteure remercie Suzanne Deshaies, Isabelle Doré et Diahara Traoré de leurs précieux commentaires ainsi que le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour la subvention numéro 895-2011-1008 qui lui a été octroyée.

² Cet article ne prétend pas transmettre les résultats d'une analyse scientifique des données issues de ce projet, mais plutôt partager les observations et les réflexions que ces dernières inspirent par rapport à la conceptualisation de l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale. En ce sens, l'article pourrait être vu comme une mise à jour du livre publié par l'auteure et ses collaborateurs en 2002. L'auteure remercie Myriam Boivin-Comtois et les membres du comité détresse psychologique et santé mentale de Rosemont de leur contribution à ces réflexions.

à respecter ses rendez-vous, ce qui entraîne la fermeture de son dossier; le roulement du personnel, de sorte qu'un intervenant en qui la personne a confiance n'est plus disponible; la retraite ou le déménagement du médecin traitant; l'effritement du réseau de soutien prévu dans la communauté et sur lequel on comptait à la fin d'un épisode de soins.



D'autres parcours provoquant l'exclusion du réseau de services nous ont surpris. Le plus flagrant a trait à des comportements hautement dérangeants de la part de la personne, à un point tel que les portes d'entrée aux services, incluant les urgences hospitalières et la prise en charge par les spécialistes de la troisième ligne, lui sont fermées. C'est ainsi que l'exclusion devient un risque pour plusieurs utilisateurs apparemment déjà bien intégrés dans le réseau. Pour certains, les corridors qui débouchent vers la réinsertion dans la communauté ont des portes qui tournent; pour d'autres, elles claquent...

LE MILIEU DE VIE COMME POINT DE DÉPART ET DE FIN

Une fois le lien brisé, quelles sont les conséquences pour les personnes elles-mêmes, leurs proches et les intervenants présents dans leur milieu de vie? Gérer des troubles mentaux dans le milieu de vie interpelle le réseau personnel et pose des défis complexes à celui-ci. Ce milieu est normalement peuplé par des membres de la famille, des amis, des collègues, des professeurs, des voisins et des professionnels aussi, tels qu'un médecin ou un comptable. Nous savons cependant ce qui arrive aux réseaux des personnes qui entrent dans un parcours ravagé par des troubles mentaux. La désaffiliation sociale, tout comme le décrochage scolaire ou professionnel, est courante. Un par un, les proches du cercle personnel s'éloignent. Après un certain temps, il se peut qu'un seul membre de la famille persévère de façon stable et qu'un médecin de famille ou un spécialiste en santé mentale reste en communication régulière avec la personne. Les réseaux personnels sont souvent minuscules, peu intimes et très fragiles. Cependant, on dépend fréquemment d'eux pour assurer un accompagnement suffisant dans le milieu de vie à la suite d'un épisode de soins.

Le suivi après une hospitalisation est normalement fait par la clinique externe. Il s'agit d'un suivi pointu, cherchant à vérifier l'efficacité de la médication. Relativement peu de personnes ayant connu des hospitalisations répétées profiteront de ce suivi d'une durée relativement longue, qu'il soit intensif ou à intensité variable. D'autres peuvent se retrouver dans un logement avec soutien (mais plus souvent sans). Enfin, d'autres encore peuvent être pilotées dans la recherche d'un emploi ou dans la participation à des activités, artistiques ou autres, qui favorisent leur lien avec le réseau de services en santé mentale. Ces occasions, souvent offertes par des organismes communautaires, sont plutôt rares, surtout en comparaison du nombre de gens qui pourraient en bénéficier (MSSS 2012)³. Les CSSS, ayant une responsabilité populationnelle, devraient normalement maintenir un contact avec les services de première ligne. Toutefois, ils peuvent clore le dossier d'une personne six mois après la fin d'un épisode de soins, si aucune nouvelle demande de service n'est reçue pendant cette période. Enfin, une personne peut être « retournée » entre les mains de son médecin de famille, si elle en a un. Notons cependant que 25 % de la population québécoise (35 % des Montréalais) n'a pas de médecin de famille (SOM 2012). Ces mêmes personnes sont d'ailleurs concentrées dans les quintiles les plus pauvres de la population, où se trouvent le plus souvent les gens aux prises avec des troubles mentaux (Institut de la statistique du Québec 2013, tableau 1.8, p. 37).

S'il y a toujours un membre de la famille dans l'entourage de la personne atteinte ou un intervenant non-spécialiste en santé mentale, c'est à ce réseau fragile qu'incombe la charge de trouver la brèche dans le mur entre le milieu de vie et le réseau de services. Nous avons vu à quel point des ruptures de cette communication peuvent se produire. Par ailleurs, la recherche d'aide par la personne, un proche, un intervenant communautaire non intégré au réseau de services en santé mentale ou la police est remplie d'embûches : exigences d'admission de chaque organisme ou établissement auxquels certaines personnes peuvent difficilement répondre; critères d'exclusion des organismes et des établissements pour les personnes qui ne réagissent pas selon les attentes aux traitements prescrits; limites (pouvant aller jusqu'à l'embargo) au partage des renseignements les plus élémentaires (par exemple, la personne était-elle déjà suivie?) selon l'interprétation des règles de la confidentialité. Ainsi, non seulement les réseaux dans le milieu de vie sont fragiles, mais ils sont aussi largement impuissants à venir en aide aux personnes connaissant les plus grandes difficultés. Ils sont de plus bloqués par leur manque de crédibilité au sein du réseau des services spécialisés, voire par le labyrinthe des « corridors » incompréhensibles pour les non-initiés. Toutes ces conditions peuvent se regrouper pour constituer un mur entre le milieu de vie et le réseau local de services en santé mentale.

Pour les personnes exclues du réseau des services à cause de leurs comportements inacceptables ou de l'inefficacité des traitements prescrits, les agressions du milieu de vie peuvent déclencher la détresse et mener non seulement à la décompensation, mais aussi à des situations insupportables pour

³ L'évaluation de la mise en œuvre du PASM fait ressortir que l'implantation des services de suivi intensif et d'intensité variable est très inégale et, à Montréal, inachevée : de tels services n'existent pas dans les douze CSSS de la région; ils sont offerts par huit organismes communautaires seulement.

leur entourage déjà fragile. Il peut arriver que même la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (projet de loi numéro P-38) ne soit pas la solution ultime, car les critères sont stricts (pour de bonnes raisons). Notre recherche révèle qu'une demande en ce sens faite par la police (appelée à intervenir presque quotidiennement auprès d'une personne et de ses proches) n'est pas toujours couronnée de succès. Tout se passe comme si la personne ayant les problèmes les plus difficilement gérables par les experts est laissée entièrement dans son milieu de vie à ses petits réseaux précaires et non spécialisés.

AGIR DANS LE MILIEU DE VIE

Une stratégie pour affronter les problèmes complexes éprouvés par des gens fragilisés semble faire consensus depuis au moins deux décennies. Il s'agit de l'action intersectorielle. Le PASM soutient cette approche :

Les milieux municipaux, les partenaires du secteur de l'habitation, les milieux scolaires, les milieux de garde, les services policiers, les organismes de loisirs sont des partenaires avec lesquels le réseau de la santé devra accentuer sa collaboration (MSSS 2005, p. 70).

Par contre, cette forme d'action intersectorielle, de partenariat, n'est-elle pas en quelque sorte déracinée par rapport au milieu de vie des personnes? Tout se passe comme si le PASM veut intégrer au réseau local de santé mentale toutes les ressources pertinentes, qu'elles soient publiques ou communautaires, comprenant des services considérés comme complémentaires à ceux des établissements et des professionnels du système de santé. En ce sens, le PASM est génial. Les services intégrés au réseau local peuvent ainsi œuvrer dans le domaine de la justice, de l'insertion en emploi ou en logement tout en étant spécialisés dans l'appui aux gens vivant des problèmes et ayant reçu un diagnostic de trouble mental. Ils peuvent offrir des alternatives à celles que le système de santé prévoit, comme certains centres de crise ou de traitement psychosocial, ou encore des programmes d'accompagnement intensif à long terme ou de défense des droits. Toutefois, tous ces services s'adressent au secteur de la santé mentale. Est-ce que cette intégration forte à un réseau spécialisé correspond bien à l'esprit et à la finalité de l'action intersectorielle? Ce réseau qui, à la suite d'un épisode de soins, livre la personne à son propre réseau dans son milieu de vie n'est-il pas « débranché » de ce milieu de vie?

Entre les épisodes requérant des soins, la personne souffrant d'un grave trouble de santé mentale peut recourir à d'autres types d'organismes qui occupent une place centrale pour elle. La mission de ces organisations peut être orientée, par exemple,

vers les femmes en difficulté, les personnes âgées, les jeunes, les ménages touchés par l'insécurité alimentaire ou les résidents des habitations à loyer modique (HLM). Mais tout comme les proches, ces intervenants sont habituellement exclus du réseau local de services en santé mentale, recevant peu d'information, ayant peu de crédibilité et ne disposant d'aucun accès. De plus, ils ne possèdent pas toujours les compétences pour gérer les situations difficiles générées par des comportements perturbants. Les conséquences pour la personne et son entourage peuvent alors s'avérer importantes. Ces intervenants se trouvent quelquefois dans l'impossibilité d'obtenir de l'aide pour les gens qui fréquentent leur organisme et – ce qui est encore plus frustrant – pour eux-mêmes. Il leur est en effet souvent difficile de se faire épauler dans leur effort d'intervention vis-à-vis d'une population qui, rappelons-le, pose le plus grand défi aux spécialistes.

UN NOUVEAU REGARD SUR L'ACTION INTERSECTORIELLE

Il semble que l'action intersectorielle demeure, dans le PASM, fortement sectorisée. Elle est conçue pour intégrer au secteur de la santé mentale d'autres secteurs, tels l'emploi ou le logement. Ainsi, le secteur de la santé mentale demeure et s'élargit. Mais la forte structuration des liens parmi les acteurs en faisant partie rend ce réseau encore plus difficilement pénétrable par ceux qui n'y sont pas formellement associés. C'est pourquoi, à la suite d'une intervention de courte durée – ou même de plusieurs –, de nombreuses personnes ayant un problème de santé mentale voient leur qualité de vie se détériorer au fil des années jusqu'au moment où elles se trouvent encore en situation de crise ou dans la rue. Par ailleurs, elles peuvent entraîner d'autres gens vers un état de santé mentale abîmée, comme leurs proches et des intervenants de soutien dans leur vie personnelle, par exemple l'organisateur communautaire en HLM ou le bénévole du Club de l'âge d'or.

EN CONCLUSION

Comme nous l'avons expliqué plus haut, le milieu de vie de la personne ayant reçu un diagnostic lourd de maladie mentale est le plus souvent caractérisé par un réseau assez restreint de gens avec peu d'expertise dans ce domaine, plutôt que par l'abondance des relations avec des professionnels et des organismes spécialisés. L'action intersectorielle prendrait toute sa force si elle tenait davantage compte de cette réalité. En fait, le PASM le reconnaît; il vise à « faciliter la vie des personnes ». Pour ce faire, cependant, des corridors entre les services en santé mentale ne seraient pas suffisants. Il faudrait sortir de ce réseau, reconnaître les aidants et les organismes effectivement présents dans le cercle de la personne souffrante, les outiller et maintenir des passerelles avec eux.

BIBLIOGRAPHIE

Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois, 2.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-914-09W.pdf].

SOM. (2012). *Sondage sur l'accessibilité aux médecins de famille dans les régions du Québec*, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/Sondage%20national%20-%20Accessibilit%C3%A9%20aux%20m%C3%A9decins%20de%20famille%20dans%20les%20r%C3%A9gions%20du%20Qu%C3%A9bec.pdf] (Consulté le 13 février 2015).

White, D. et coll. (2002). *Sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale*, Québec, Les publications du Québec, 313 pages.

Le rôle de la communauté dans l'accessibilité

Karen Hetherington, MA, professeure coordonnatrice, École de service social, Université McGill¹



Karen Hetherington

À la lumière du contexte social d'aujourd'hui et de la réforme de la santé en cours au Québec, il y a un besoin important de revenir sur la notion de « communauté et pratiques communautaires² ». La réforme guidée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2015 propose une profonde réorganisation du réseau de la santé, qui inclut notamment la fusion de tous les établissements de santé et de services sociaux dans chacune des régions du Québec. Donc, le démantèlement par le MSSS de nombreux conseils d'administration et de leurs représentants communautaires ajouté à l'hospitalo-centrisme et à la vision biomédicale mise de l'avant par cette réforme, pose des risques pour l'accessibilité aux services, pour le réseau de ressources communautaires et pour la collectivité en général.

C'est pour cette raison que nous vous proposons d'examiner le concept de communauté et la contribution de celle-ci à l'accessibilité aux services comme déterminant social de la santé mentale. Nous aborderons le rôle de la communauté dans le contexte québécois à partir 1) d'une perspective historique; 2) des pratiques en santé mentale; 3) des pratiques orientées vers le rétablissement des personnes; 4) de la promotion et de la prévention de la santé mentale.

La recherche sur les réseaux communautaires montre qu'on fait moins appel aux services psychiatriques lorsque ces réseaux existent pour les personnes ayant des troubles psychiatriques (Ochocka et coll. 2006). Sur le plan social, le soutien, les réseaux et l'engagement exercent une influence positive sur un large éventail de problèmes physiques et mentaux (Hartwell et Benson 2007). Les données empiriques indiquent que les réseaux des personnes souffrant d'une maladie mentale grave sont souvent restreints, caractérisés par des degrés élevés d'interrelations entre les membres et composés principalement de professionnels de la santé mentale. Les membres de la famille et les pairs sont en moins grand nombre (Albert et coll. 1998). Les deux tiers des études réalisées lors d'une revue de la littérature sur les réseaux sociaux et sur l'utilisation des services psychiatriques ont mis en évidence que les petits réseaux et un soutien social faible sont associés à une augmentation du recours aux services hospitaliers internes (Albert et coll. 1998). La communauté dans notre système de soins est donc bénéfique pour la santé mentale. Plus une communauté est bien organisée et offre diverses possibilités d'entraide et de soutien, moins les services psychiatriques formels sont sollicités.

PERSPECTIVE HISTORIQUE

Au cours des cinquante dernières années, nous avons connu la communauté comme un lieu d'exclusion des personnes marginalisées en les plaçant dans les asiles. Aujourd'hui, cette même communauté est considérée comme un endroit où les gens ayant des problèmes de santé mentale peuvent tenter d'atteindre le statut de la pleine citoyenneté par le travail, l'école et les relations sociales. Au début de la désinstitutionalisation, la communauté était vue comme simple endroit où « héberger » les personnes lors de leur sortie de l'hôpital. Au delà d'un lieu, il y a eu l'émergence d'une véritable pratique communautaire, entre autres par l'apport des ressources communautaires et particulièrement par le mouvement québécois des ressources alternatives en santé mentale.

La notion de communauté engendre un type de pratique. Il s'agit de la pratique communautaire en santé mentale implantée par la Clinique communautaire Pointe Saint-Charles en 1968 et adoptée par le Centre de santé mentale communautaire de Montréal créé en 1970 (Lecompte 2001). Le mouvement des ressources alternatives en santé mentale au Québec a porté cette pratique à un degré supérieur en inaugurant des services à partir d'une analyse critique de la conception biomédicale de la maladie mentale (RRASMQ 2009).

PRATIQUE EN SANTÉ MENTALE

Alors, comment travaillons-nous avec la communauté pour améliorer la santé mentale des gens? Une recherche participative examinant le rôle des ressources communautaires en santé mentale a démontré que celles-ci offrent un environnement sécuritaire et positif pour les participants. Elles fournissent un milieu social où les personnes se rencontrent, discutent, vivent l'expérience d'une vision différente du monde qui leur offre des possibilités pour contribuer à la société. Elles servent de facilitateurs efficaces pour l'intégration sociale (Nelson et coll. 2007). Ces résultats sont confirmés par l'Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (AASMM 2013 qui a entrepris une consultation auprès des organismes membres afin de comprendre comment les pratiques alternatives en santé mentale ont évolué au cours des dernières années. Cinquante-six personnes utilisatrices, 40 intervenants et 23 organismes représentés par leurs gestionnaires ont participé à cette consultation. Ils ont réfléchi entre autres aux thèmes « pratique communautaire et alternative » et « action citoyenne dans les

¹ Également chargée de cours à l'École de service social et à la Faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal et présidente du conseil d'administration de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) – Filiale de Montréal, Karen Hetherington possède une vaste expérience dans le domaine de la santé mentale clinique et communautaire, au Canada et en Amérique latine. Elle a créé un programme de formation destiné aux groupes communautaires non spécialisés en santé mentale.

² La notion « communautaire » est floue. Historiquement, dans le contexte des services en santé mentale au Québec, elle fait référence à des pratiques « ailleurs et autrement » préconisées par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ). Selon White (1987), l'« ailleurs » renvoie à un déplacement de l'intervention et du soutien dans l'environnement immédiat de la personne. L'« autrement » réfère... à des dimensions politiques et revendicatrices... (RRASMQ 1987, 1991). L'emploi de ce terme dans ce texte-ci respecte cette définition et la complexité que cela implique.



des services en santé mentale



organismes ». Ces participants ont reconnu unanimement que l'élément rassembleur caractérisant et distinguant la pratique communautaire et alternative était **l'accueil soutenu et continu** offert par les ressources. Ces ressources, en acceptant la personne telle qu'elle est, fournissent une plateforme de base, un filet de sécurité et un point d'équilibre dans la communauté. De nombreux participants ont également exprimé que c'était grâce à cet « ancrage continu » qu'ils étaient en mesure de coopérer en tant que citoyens à part entière dans leur communauté locale. Il n'est donc pas surprenant que, selon cette recherche, les réseaux communautaires ne sont plus perçus

comme des ressources alternatives, mais comme une partie essentielle de la prestation de services dans les soins de santé mentale (Goldstrom et coll. 2006).

PRATIQUE COMMUNAUTAIRE DANS LE CONTEXTE DU RÉTABLISSEMENT

Il existe trois types de rétablissement : clinique, individuel et communautaire (Vallarino 2012).

Le rétablissement clinique réfère à l'absence ou à la diminution des symptômes de la maladie mentale et au retour à la normalité de la personne (Davidson et coll. 2010; Young et Ensing, dans Farkas 2007).

Le rétablissement individuel ou personnel tel qu'il est défini par Anthony (1993) est un

processus unique profondément personnel pour changer les attitudes, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les compétences ou les rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir, et de contribuer à la vie malgré les limites imposées par la maladie. Le rétablissement implique le jaillissement d'un nouveau sens et un but dans la vie d'une personne au fur et à mesure que celle-ci transige avec les effets catastrophiques de la maladie mentale et les surmonte (traduction personnelle).

Le rétablissement communautaire, quant à lui, a trait aux services axés sur le rétablissement dans la communauté fournis par les organismes communautaires autonomes ou par les organisations affiliées avec d'autres (Kaplan 2008). Aux États-Unis, le Programme de services communautaires fournit aux membres un lieu de participation aux politiques sociales et aux campagnes luttant contre la stigmatisation (Kaplan 2008). Au Québec, le mouvement alternatif en santé mentale et l'accent des dernières années sur la réadaptation psychosociale telle qu'elle est définie par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale ont permis aux personnes utilisatrices de services de s'affirmer et de prendre du pouvoir dans différents milieux du système de la santé et des services sociaux. Le mouvement « par et pour », l'émergence du rôle des pairs aidants, l'apport des anciens patients dans l'organisation des services ont influencé la place de la personne dans la sphère politique.

PROMOTION ET PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE – LE BESOIN D'UNE PRATIQUE CENTRÉE SUR LA COMMUNAUTÉ

La santé mentale et de nombreux troubles mentaux courants sont souvent tributaires, en grande partie, de l'environnement social, économique et physique dans lequel les gens baignent. C'est pourquoi l'amélioration des conditions de vie et la création de nouvelles formes de solidarité communautaire apportent une contribution essentielle à la prévention et à la promotion de la santé mentale (Organisation mondiale de la santé 2014).

La stigmatisation liée à la santé mentale est omniprésente et oppressante dans nos communautés; elle constitue un obstacle majeur au rétablissement. La recherche laisse entendre que l'une des approches les plus efficaces à la réduction de la

stigmatisation est d'offrir des possibilités de partager et de vivre des activités avec la communauté (Deegan 1988). Cette inclusion sociale permettrait à la collectivité de devenir plus inclusive par rapport aux personnes et aux groupes marginalisés et exclus.

Afin de vaincre la stigmatisation et de promouvoir la santé mentale de la population, la composante communautaire dans la pratique du rétablissement doit adopter une nouvelle dimension. Ceci implique que le « client » devienne la communauté et non l'individu. Cette nouvelle dimension de la pratique se trouve à mi-chemin entre l'approche populationnelle (qui affirme que la santé est une richesse collective) et la pratique de l'organisation communautaire (qui vise la mobilisation de la communauté).

La clé pour cultiver ce type de pratique communautaire réside dans la sagesse traditionnelle (savoir-être) et non dans l'arrivée de nouvelles techniques d'intervention (savoir-faire). Cibler la communauté comme « client » veut dire que les praticiens, les personnes et la communauté locale travaillent ensemble pour rebroder le tissu social usé et déchiré en lambeaux au fil des ans.

La plupart de nos pratiques cliniques en matière de santé mentale se concentrent sur le renforcement des liens avec la famille, les amis, etc., leur transformation ou le soutien de ces mêmes liens. La recherche sur des réseaux sociaux indique au contraire que des liens plus informels sont souvent plus robustes et favorisent l'intégration sociale (Granovetter 1973, dans Pilgrim et Rogers 2005, p. 40).

CONCLUSION

Cette nouvelle dimension de la pratique est facilitée par les technologies qui nous permettent aujourd'hui d'optimiser des liens informels et de créer des réseaux virtuels pour sensibiliser la population aux enjeux sociopolitiques et mettre en œuvre de nouvelles stratégies en vue de mobiliser les gens autour d'objectifs communs. Il nous faut miser sur ces possibilités d'actions pour aller de l'avant. Il faut transformer la pratique en santé mentale en intégrant l'aspect de la promotion afin de bâtir des communautés fortes, inclusives, qui prennent soin de l'autre et qui permettent à TOUS de contribuer au bien-être collectif.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de développement de réseaux locaux de services de la santé et de services sociaux de Montréal. (2004). *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, Montréal, L'Agence.
- Albert, M. et coll. (1998). « Social networks and mental health service utilisation ». *A Literature Review International Journal of Social Psychiatry*, 44(4), 248-266.
- Anthony, W., M. Cohen et M. Farkas. (1993). *Psychiatric Rehabilitation*, Boston, Boston university, Center for psychiatric rehabilitation.
- Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie. (2013). *Au delà des différences et des mots... un parcours vers une quête de sens*, Démarche de consultation terrain, Rapport d'analyse, Québec.
- Barry, M. et R. Jenkins. (2007). *Implementing Mental Health Promotion*, Oxford, Churchill Livingstone Elsevier.
- Davidson, L., J. Rakfeldt et J. Strauss. (2010). *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry: Lessons Learned*, Chichester, UK, Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell.
- Deegan, P. E. (1988). « Recovery: The lived experience of rehabilitation ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4).
- Farkas, M. (2007). « The vision of recovery today: What it is and what it means for services ». *World Psychiatry*, 6(2), 68.
- Goldstrom, I. et coll. (2006). « National estimates for mental health mutual support groups, self help organizations, and consumer operated services ». *Administration and Policy in Mental Health Services Research*, 33(1).
- Granovetter, M. (1973). « The strength of weak ties ». *American Journal of Sociology*. 78(6), 1360-1380.
- Guay, J. (1996). « L'approche proactive : rapprocher nos services des citoyens ». *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 33-48.
- Hadley, R. et coll. (1987). *A Community Social Worker's Handbook*, Londres, Tavistock Publications.
- Hartwell, S. et P. Benson. (2007). *Social Integration: A Conceptual Overview and Two Case Studies*. *Social Mirror*, Springer Science & Business Media USA, 329-354.
- Kaplan, L. (2008). *The Role of Recovery in Recovery Oriented Systems of Care: White Paper*, Rockville, MD, Center for substance abuse services, Substance abuse and mental health services administration.
- Lecompte, Y. (2002). *Psychiatrie communautaire, les artisans d'une psychiatrie nouvelle*. TÉLUQ. Montréal.
- McKnight, J. (1995). *The Careless Society. Community and its Counterparts*, New York, États-Unis, Basic Books.
- Mintzberg, H. (2014). *Rebalancing Society. Radical Renewal Beyond Left, Right and Center*, États-Unis, Berrett-Koehler Publishers.
- Ochocka, J. et coll. (2006). « A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3 – A qualitative study of impacts of participation on new members ». *Journal of Community Psychology*, 34(3), 273-283, [En ligne]. [onlinelibrary.wiley.com.proxy3.library.mcgill.ca/doi/10.1002/jcop.20099/epdf] (Consulté le 29 mai 2015).
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Social Determinants of Mental Health*, Genève, Suisse, WHO Press.
- Pilgrim, D. et A. Rogers. (2005). *Sociology of Mental Illness*, États-Unis, McGraw Hill Education.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ). (1987). *De l'actualisation des ressources alternatives*, Mémoire présenté au comité mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour élaborer un projet de politique de santé mentale, Montréal, RRASMQ.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ). (1991). *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*, Document de travail, Montréal, RRASMQ.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) (2009). *L'alternative en santé mentale*, [En ligne]. [www.rrasmq.com/documentation.php#philosophie] (Consulté le 29 mai 2015).
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (2015). *Un mouvement communautaire alternatif*, [En ligne]. [www.rrasmq.com/mouvement.php].
- Vallarino, M. (2012). *Exposé sur Social Informal Networks: State of the Art. An Overview of the Experiences in Mental Health Care*, Association mondiale de la réadaptation psychosociale, Milan, Italie.
- White, D. et M. C. Roberge. (2000). « L'ailleurs et l'autrement des pratiques communautaires en santé mentale au Québec ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 19(2), 31-56.
- Young, S. I. et D. S. Ensing. (1999). « Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.

Qu'est-ce qui détermine quoi? ...

Guyline Cloutier, paire aidante, agente de projet, formatrice, volets Pairs Aidants Réseau et Rétablissement, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale



Guyline Cloutier

Ce sont les déterminants sociaux qui nous font tomber malade ou c'est la maladie qui influence les déterminants sociaux? Pour ma part, je crois que les deux sont étroitement liés, un influençant l'autre, nous entraînant dans une spirale descendante qui peut facilement devenir hors contrôle et nous faire vivre des situations nouvelles et inquiétantes, nous entretenir dans la maladie, ce qui rend difficiles les conditions de vie qui influent sur notre état de santé... et ainsi de suite!

Je suis sortie de l'université avec mon baccalauréat en ergothérapie en poche et tous les possibles devant moi. J'ai eu une belle vie « classique » à grimper pendant vingt ans les échelons salariaux en tant qu'ergothérapeute dans le réseau public et, en parallèle, dans ma pratique privée où j'avais quatre employés et bien des contrats. Un conjoint, un enfant, un condo, un chalet, un chien, des REER, d'autres placements, etc.

Et puis, bang! Une séparation et une dépression : la descente aux enfers pendant dix ans.

Comment réagiriez-vous quand, à votre première journée de retour au travail, personne ne vous accueille? Qu'on a mis tous vos effets dans des boîtes dans un placard? Qu'on vous donne le bureau de la stagiaire alors que votre ancien bureau est toujours vide?

J'avais lancé ce département d'ergothérapie, embauché et formé cette équipe... Un mois plus tard, j'ai démissionné devant le malaise quotidien de cette situation vécue comme une démotivation. Mais qui dit démission, dit inadmissibilité à l'assurance-chômage pour laquelle j'ai fait une demande de révision au tribunal administratif. J'ai gagné ma cause six mois plus tard... Six mois trop tard! Comme dit l'expression « il fallait que je mette du beurre de *peanut* sur mes *toasts* », j'ai accepté le premier emploi au passage, alors que j'étais fragile. J'ai rechuté.

Malgré l'assurance-chômage maladie puis l'assurance-salaire dorée que j'ai pu recevoir, j'ai fermé mon entreprise, perdu mon lien d'emploi avec l'hôpital, sorti certains de mes placements et de mes REER, vendu la maison sans profit. Je suis revenue vivre quelques mois chez mes parents avec ma fille en attendant que le logement (dans lequel je suis toujours) soit prêt. Gênée de ma condition, j'ai caché mes difficultés financières à ma famille, préférant toucher des avances sur mes cartes de crédit pour payer le téléphone, l'électricité, l'épicerie..., la base quoi! Refuser des biens ou des activités à ma fille me pinçait le cœur! De même que piler sur mon orgueil pour oser dire aux membres de ma fratrie que je ne pouvais plus donner le même montant qu'eux pour les cadeaux... Mais ils ont compris et m'ont soutenue! Et la journée où j'ai fait la file pour faire ma demande d'aide sociale à un mois de la fin de mon assurance-salaire a été pour moi le summum de la honte!

Je n'ai jamais eu ce premier chèque d'aide sociale, car j'ai été engagée comme intervenante psychosociale dans un organisme communautaire en santé mentale où mon expérience de vie était reconnue comme une valeur ajoutée. Avec un salaire moindre, je me suis reconstruite en faisant un ménage obligatoire dans mes valeurs, en adhérant à une simplicité « involontaire » pour payer mes dettes plutôt que de déclarer faillite...

Malgré mon rétablissement et mon retour avec un statut d'employée à temps plein depuis dix ans, la maladie a laissé des traces tangibles sur les déterminants sociaux : mon type de logis (locataire plutôt que propriétaire), mon cercle d'amis réduit, mon quotidien où je dois être créative pour trouver des activités gratuites... Sur ma fille, aussi, maintenant à l'université, qui aura des prêts et bourses à rembourser, contrairement à moi dont les études étaient payées par mes parents. Même son héritage ne sera pas aussi garni! Autour de moi, des gens prennent leur retraite à 55 ans, alors que c'est impensable en ce qui me concerne! Ayant été incapable d'épargner pendant une quinzaine d'années et si peu maintenant, je me vois travailler jusqu'à 67 ans et je n'aurai pas le même style de vie qu'eux! Que m'importe si au dernier budget fédéral le plafond des CELI a été haussé : je ne me sens pas interpellée! Par contre, si les salaires de tous pouvaient suivre au moins le taux d'inflation, nous ne nous appauvririons pas d'année en année!

Maintenant, je suis formatrice à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale où mon savoir scolaire, professionnel et expérientiel comme ancienne utilisatrice de services, paire aidante et intervenante sont mes outils de base. Mais j'ai été incapable de faire une capsule vidéo, en donnant comme exemple mon parcours, pour dire aux personnes ayant une problématique de santé mentale qu'il y a plusieurs possibilités à part rester malade ou devenir pair aidant. Car dans mon for intérieur, personne ne devrait être obligé de réorienter sa carrière. Comme un travailleur ayant un problème physique, nous devrions être mieux accueillis dans notre environnement de travail après une période difficile. Et c'est paradoxal, car je trouve que c'est surtout dans le milieu de la santé, qui rend plusieurs employés malades par épuisement professionnel, que nous sommes le plus stigmatisés plutôt que soutenus! Et quand nous sommes à la recherche d'un nouvel emploi, que dire de ces longs formulaires d'embauche où l'on vous demande si vous avez eu des problèmes de santé mentale, pris de la médication, etc., avec cette petite phrase en bas de page indiquant que si vous mentez, cela peut être une cause de renvoi? Selon la Charte des droits et libertés de la personne, ce type de clause est illégal. Il faudrait l'interdire!

Toute cette spirale peut arriver à n'importe qui par n'importe quel coup dur de la vie : perte d'emploi, séparation, deuil, maladie physique importante, par exemple l'annonce d'un cancer ou d'une maladie dégénérative. Quand, en plus, nous devons faire face à

Ou l'œuf ou la poule?



une infinité de démarches avec les symptômes d'une maladie mentale tels la fatigue, le manque de concentration, l'anxiété, cela donne toujours l'impression que nous devons fournir un effort double pour traiter ces situations qui nous semblent des montagnes à gravir! Lorsqu'on y pense, nous sommes vraiment des gens courageux à ainsi jongler avec ces éléments de précarité ou à réussir à nous en sortir malgré l'étiquette de maladie mentale qu'on nous épingle!

Si je n'avais pas vécu de stigmatisation lors de mes essais de retour au travail ou de mes entrevues postmaladie, je serais encore aujourd'hui une ergothérapeute en version améliorée, utilisant sans gêne son savoir expérientiel pour mieux accompagner sa clientèle..., tout comme pourraient le faire aussi le professeur, l'infirmière, la travailleuse sociale, le cadre intermédiaire ou tout autre professionnel, car **PERSONNE**

n'est à l'abri. Les statistiques révèlent qu'un Canadien sur cinq éprouvera un problème de santé mentale au cours de sa vie et qu'environ 2,5 millions d'adultes canadiens âgés de 18 ans et plus subiront un trouble dépressif. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression majeure deviendra en 2020 la deuxième cause d'invalidité chez l'humain, après les maladies cardiovasculaires. Nous sommes donc tous touchés par la maladie mentale, car si elle ne nous affecte pas personnellement, elle atteint un parent, un ami ou un collègue de travail.

Je me console en me disant que d'avoir passé par cette expérience m'a rendue plus humaine, plus « spirituelle », près des vraies valeurs d'entraide, d'amour, de respect. Et savez-vous quoi? Je suis heureuse et j'aime la personne que je suis devenue! J'aime mieux être « pauvre » et en santé que riche et malade!! Prenez soin de vous et portez-vous bien!¹

¹ Il y a tant de gens qui souffrent en cachette et n'osent pas demander de l'aide... Tant de tabous à faire tomber... Voyez ma capsule *Prendre soin de soi avant de prendre soin des autres* : <http://www.ottiti.net/prendre-soin-de-soi-avant-de-prendre-soin-des-autres/>.

Arguments en faveur de la prévention et l'effet d'une enfance marquée par l'adversité sur

Danyaël Lutgens, M. Sc., doctorante, Département de psychiatrie, Université McGill

Jai Shah, M.D., FRCPC, M. Sc., professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill

Ashok Malla, MBBS, FRCPC, CRM, professeur et titulaire, chaire de recherche du Canada sur les premiers épisodes psychotiques, Département de psychiatrie, Université McGill



Danyaël Lutgens



Jai Shah



Ashok Malla

La prévalence des troubles mentaux démontrée par les cas déclarés est forte partout dans le monde (Kessler et coll. 2010), y compris au Canada (Statistique Canada 2013; Smetanin et coll. 2011), et l'accès à des mesures de prévention et d'intervention est limité (Smetanin et coll. 2011), surtout pour les jeunes.

Près du tiers de tous les cas de troubles mentaux peuvent être attribués directement à une forme d'adversité¹ vécue dans la petite enfance (Kessler et coll. 2010). Cette adversité peut priver des jeunes de leurs années les plus formatrices et engendrer à la fois une souffrance personnelle de longue durée et des répercussions sociétales d'une grande portée. Plus du quart de la population mondiale aurait vécu pendant l'enfance des événements stressants ou des traumatismes qui menacent gravement la sécurité et minent de façon marquante la formation d'adultes sains (Friedman et coll. 2002; Spataro et coll. 2004; Read et Bentall 2012). La présente revue vise à donner un aperçu du corpus de recherche croissant sur la relation entre une enfance marquée par l'adversité et l'apparition de problèmes de santé mentale plus tard dans la vie, et à souligner la nécessité de mettre en place des mesures de prévention et d'intervention précoce.

ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

Qu'il s'agisse de sévices ou d'autres facteurs de stress, l'adversité subie dans l'enfance, surtout dans des périodes déterminantes du développement, peut activer une vulnérabilité, préexistante, à une diversité de troubles mentaux (Shonkoff et coll. 2012). Même si aucune relation directe entre certains types de sévices et des troubles mentaux spécifiques n'a été trouvée (Kessler et coll. 2010), il est évident qu'un stress toxique intense, éprouvé sur une longue période et non compensé par le soutien d'adultes aimants et un environnement nourrissant, a un effet nocif sur le corps et l'esprit d'un enfant en croissance. Une accumulation des facteurs de stress risque tout particulièrement d'être toxique et elle accroît encore davantage la possibilité de souffrir d'un trouble mental (Shonkoff et coll. 2009).

FORMES COURANTES D'ADVERSITÉ

Négligence

En Amérique du Nord, les formes les plus courantes que prend l'adversité chez les enfants sont la négligence psychosociale

et la négligence matérielle, qui représentent 34 % de tous les cas de mauvais traitements corroborés qui ont fait l'objet d'une enquête au Canada (Trocme et coll. 2010). Quoiqu'elle suscite moins d'attention que les sévices physiques et sexuels (Minty et Pattinson 1994; Dubowitz 2007), la négligence, surtout quand elle est grave, est associée aux pires conséquences sur la cognition, le comportement et la santé mentale et physique, comparativement aux autres formes de sévices (Egeland et coll. 1983).

La négligence ou privation désigne un degré inadéquat d'attention, de réceptivité et de protection relativement à l'âge et aux besoins de l'enfant (Greenough et coll. 1987). Les enfants, surtout en bas âge, semblent s'épanouir grâce à leurs interactions avec des adultes attentionnés et ils subissent un stress excessif lorsqu'ils se trouvent constamment dans une situation où ce besoin n'est pas comblé. En effet, des niveaux de cortisol élevés, indicateurs de stress psychologique, et un volume moindre de la substance blanche du cerveau nécessaire à la transmission des signaux cérébraux (pour une revue de la littérature sur le sujet, voir Bremner 2006) ont été découverts chez les enfants privés de la stimulation requise. Un bon nombre de facteurs d'ordre familial, principalement la pauvreté, les inégalités sociales et l'isolement, ainsi que la maladie mentale d'un parent, dont la dépression chez la mère, sont liés étroitement et inexorablement à la négligence (Shonkoff et coll. 2009).

Études d'observation et études longitudinales – Les connaissances sur les effets à long terme de la négligence durant la petite enfance proviennent en partie d'études axées sur l'observation d'enfants élevés dans des établissements (Nelson 2007; Nelson et coll. 2009). Les enfants qui ont passé au moins les deux premières années de leur vie dans un orphelinat, qui a pourvu à leurs besoins physiques mais non à leurs besoins psychosociaux, montraient des handicaps importants qui s'étaient manifestés très tôt dans leur développement (Zeanah et coll. 2009) et avaient persisté à l'adolescence (par exemple, Rutter et coll. 2010; Rutter 2011). Bon nombre d'entre eux avaient des traits et des symptômes quasi autistiques, y compris des comportements stéréotypés et d'automutilation, de même que des difficultés d'adaptation sociale, un déficit d'attention ou de l'hyperactivité, des capacités intellectuelles très diminuées et des troubles du langage (Tierney et coll. 2009; Rutter 2010; 2011).

¹ Le terme « adversité » veut dire des conditions particulièrement difficiles pendant l'enfance. Le concept est détaillé dans le reste de l'article en mentionnant par exemple la négligence parentale, les sévices sexuels, la violence psychologique, la pauvreté, la violence physique, sexuelle et affective, la détresse prénatale, les inégalités sociales, l'intimidation, la maladie mentale d'un parent, l'immigration, le fait d'habiter dans un quartier défavorisé, etc.

de l'intervention précoce : l'apparition de la maladie mentale

Une méta-analyse récente réunissant les données de 124 études réalisées en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord a révélé que les personnes victimes de négligence dans leur enfance risquaient environ deux fois plus que le reste de la population de souffrir d'un trouble dépressif ou anxieux – ou des deux – à l'âge adulte et étaient près de trois fois plus susceptibles d'éprouver un trouble alimentaire (Norman et coll. 2012).

Sévices

Selon Statistique Canada, 55 000 enfants et jeunes ont été victimes de sévices physiques ou sexuels – ou des deux – en 2009, compte tenu des cas déclarés (Statistique Canada 2009), et ce nombre est probablement sous-évalué (Maughan et Rutter 1997). Dans environ le tiers de ces cas, l'auteur des sévices était un membre de la famille et, dans plus de la moitié des cas de violence, il s'agissait d'un parent (Statistique Canada 2009). Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être – *Canadian Community Health Survey – Mental Health* (2012), sur les 23 000 répondants des dix provinces, le tiers a signalé des sévices, et plus de 12 %, les sévices physiques parmi les plus graves, notamment « avoir reçu des coups de pied, avoir été étranglés, brûlés ou attaqués » [traduction]. Près du quart des répondants ont signalé avoir subi des sévices sexuels durant leur enfance (Statistique Canada 2013, dans Afifi et coll. 2014).

La maltraitance des enfants influence leur cerveau et leur corps en augmentant leur réceptivité au stress dans un environnement imprévisible, et il s'ensuit que cette violence physique, sexuelle et affective les dévaste (Shonkoff et coll. 2009, 2012). La production de niveaux élevés d'hormones de stress peut endommager des zones clés du cerveau, dont l'amygdale (Pechtel et coll. 2014) et l'hippocampe – ces parties du cerveau qui régulent respectivement les émotions et la mémoire – et se répercuter sur la capacité de la personne de faire face au stress plus tard dans sa vie (Teicher et coll. 2014). Des revues de cas confirmés de sévices sexuels relatifs à des enfants (par exemple, Browne et Finkelhor 1986) et des rapports rétrospectifs (par exemple, Polusny et Follette 1995), ainsi qu'une vaste étude auprès de jumeaux (Nelson et coll. 2002) ont produit une preuve solide démontrant les conséquences néfastes à long terme, sur la santé mentale, des sévices sexuels subis dans l'enfance. Une méta-analyse récente valide ce lien (Andrews et coll. 2004), confirmant que le fait d'avoir subi des sévices sexuels de quelque nature que ce soit dans l'enfance augmente de 1,5 à 3 fois le risque de toxicomanie, de tentatives de suicide et de troubles dépressifs et anxieux. De même, les personnes victimes de violence psychologique étaient au moins trois fois plus susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif ou anxieux (Norman et coll. 2012). Il a également été prouvé que les sévices tant sexuels que physiques contribuaient dans une large mesure au risque d'apparition de troubles psychotiques (Varese et coll. 2012).



Autres formes d'adversité

Selon les études, d'autres formes d'adversité vécues dans l'enfance accroissent le risque d'apparition d'un trouble mental : la détresse prénatale (Selten et coll. 1999), la pauvreté (Evans et Cassells 2014), les inégalités sociales (Veling et coll. 2007; Das-Munshi et coll. 2012; Selten 2013), l'intimidation (Kaltiala-Heino et coll. 2000), la maladie mentale d'un parent (Lieb et coll. 2002), l'immigration (Bourque et coll. 2011; Canton-Graae et Selten 2005; Fearon et coll. 2006), le fait d'habiter dans un quartier défavorisé (Garipey et coll. 2014; Blair et coll. 2014) et une grande densité urbaine (Veling et coll. 2008).

POPULATIONS AUTOCHTONES

Au Canada, le nombre d'enfants autochtones vivant dans l'adversité est disproportionné. Cette situation est attribuable principalement à une politique canadienne axée sur le placement systématique des enfants dans des pensionnats, qui a arraché des générations d'enfants autochtones à leurs parents et à leur collectivité. Les enfants assujettis à cette politique étaient dépouillés de leur culture et de leur langue, sans compter que beaucoup étaient soumis régulièrement à des sévices et se voyaient même nier leurs besoins élémentaires. Les survivants des pensionnats, ainsi que leurs enfants et leurs petits-enfants, sont encore aux prises avec les traumatismes psychologiques de leur passé et leurs effets intergénérationnels (Kirmayer et coll. 2003; Sochting et coll. 2007). De nos jours, plus de la moitié de tous les enfants autochtones du Canada grandissent dans la pauvreté et sont mal nourris et mal logés (pour une revue de la littérature sur le sujet, voir *Aboriginal Issues* dans la bibliographie). Les enfants autochtones sont surreprésentés parmi les cas corroborés de sévices sexuels,

physiques et psychologiques, et ces enfants sont également plus susceptibles d'être victimes de sévices hors de leur collectivité (Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance – *Canadian Child Welfare Research Portal*). Le taux de suicide des jeunes autochtones est le plus élevé au pays et la prévalence de la toxicomanie et des troubles mentaux est forte dans ce groupe (Santé Canada – *Public Health Agency of Canada* 2008). L'adversité endurée par ces enfants s'exprime aussi par des taux démesurément élevés d'incarcération; en effet, un grand nombre de détenus autochtones déclarent souffrir de problèmes de santé mentale et avoir eu une enfance caractérisée par des sévices sexuels et physiques (Bureau de l'enquêteur correctionnel – *Office of the Correctional Investigator*).

PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

De nombreux enfants vivent des difficultés, les surmontent et s'épanouissent (Rutter 2007; Afifi et MacMillan 2011). Toutefois, pour ceux qui ont accumulé un stress trop élevé, le fardeau d'un trouble mental représente une souffrance additionnelle qui ne touche pas seulement la personne, mais s'étend aussi à la société. Selon Statistique Canada, en 2012, un Canadien sur trois (sur un échantillon de 25 000 Canadiens) estimait avoir eu, au cours de l'année, un problème de santé mentale nécessitant des soins. Dans un même souffle, beaucoup plus que la moitié de ces personnes (67 %) ont signalé ne pas avoir réussi à trouver de l'aide (Pearson et coll. 2013) et un bon nombre d'entre elles ont été laissées pour compte.

Puisque les maladies psychiques émergent généralement tôt dans la vie (Kessler et coll. 2010), une intervention en temps opportun à des stades déterminants de développement est fondamentale pour atteindre des résultats optimaux à long

terme (Nelson 2007; Nelson et coll. 2009). Les programmes de prévention primaire contribuent à atténuer le stress des familles, y compris celui causé par la pauvreté et les inégalités sociales. Ils jouent ainsi un rôle dans la réduction des facteurs de risque populationnels liés à l'apparition des maladies mentales (Bentall et coll. 2012; Siegenthaler et coll. 2012, dans Wahlbeck et coll. 2015). De par le monde, même au Canada, des programmes stratégiques qui viennent à la rescousse des parents et des jeunes enfants montrant des signes de dysfonctionnement, et des programmes qui aident les jeunes à obtenir rapidement et à un stade précoce des services de santé mentale, se sont révélés efficaces pour réduire les coûts de la maladie mentale ainsi que la souffrance des personnes atteintes et de leurs familles (Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) – La nécessité d'investir dans la santé mentale). En effet, un nouveau rapport rédigé par la CSMC prévoit que des réductions même faibles de l'incidence des problèmes de santé mentale permettraient d'économiser des montants considérables qui pourraient être réinvestis dans la collectivité (Smetanin et coll. 2011).

Malgré l'avancement tant de nos connaissances sur la maladie mentale que de notre capacité de la traiter, celle-ci reste l'un des principaux enjeux de notre société dans le domaine de la santé, avec une prévalence disproportionnée dans les collectivités autochtones. Pour améliorer la situation, nous devons faire du bien-être et du développement de tous les enfants une priorité, en étant sensibles aux obstacles historiques et socioéconomiques. Il est nécessaire de centrer nos efforts sur la prévention primaire et secondaire, incluant le soutien aux parents et un accès élargi à des programmes culturellement adaptés aux enfants, pour établir les assises d'une société en santé tournée vers l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

- Aboriginal Issues. *Centre For Social Justice: Fighting Against Inequalities in Income, Wealth and Power*, [En ligne]. [www.socialjustice.org/index.php?page=aboriginal-issues] (Consulté le 20 février 2015).
- Afifi, T. O. et coll. (2014). « Child abuse and mental disorders in Canada ». *Canadian Medical Association Journal*, 131792.
- Afifi, T. O. et H. L. MacMillan. (2011). « Resilience following child maltreatment: A review of protective factors ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 56(5), 266-272.
- Andreasen, N. C. (2004). *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*, Oxford University Press.
- Andrews, G. et coll. (2004). « Child sexual abuse ». Dans M. Ezzati et coll. (édit.), *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors (1851-1940)*. Genève, World Health Organization.
- Bentall, R. P. et coll. (2012). « Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 The adult psychiatric morbidity survey ». *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 734-740.
- Blair, A. et coll. (2014). « How do neighborhoods affect depression outcomes? A realist review and a call for the examination of causal pathways ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(6), 873-887.
- Bourque, F., E. Van der Ven et A. Malla. (2011). « A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants ». *Psychological Medicine*, 41(05), 897-910.
- Bremner, J. D. (2006). « Traumatic stress: Effects on the brain ». *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445.
- Browne, A. et D. Finkelhor. (1986). « Impact of child sexual abuse: A review of the research ». *Psychological Bulletin*, 99(1), 66.
- Canada. (2013). « Making the case for investing in mental health in Canada ». *Mental Health Commission of Canada*, [En ligne]. [www.mentalhealthcommission.ca/English/node/5020] (Consulté le 25 mai 2015).
- Canada. Office of the Correctional Investigator. *Background: Aboriginal Offenders – A Critical Situation*, [En ligne]. [www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/oth-aut/oth-aut20121022info-eng.aspx].
- Canadian Child Welfare Research Portal. *Aboriginal Child Welfare – Statistics: Child Maltreatment Investigations, First Nations and Non-Aboriginal Children*, [En ligne]. [cwrp.ca/node/1942] (Consulté le 20 février 2015).
- Canton-Graae, E. et J.-P. Selten. (2005). « Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review ». *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.
- Carrion, V. G., C. F. Weems et A. L. Reiss. (2007). « Stress predicts brain changes in children: A pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus ». *Pediatrics*, 119(3), 509-516.
- Chafetz, L. et coll. (2006). « Predictors of physical functioning among adults with severe mental illness ». *Psychiatric Services*, 57(2), 225-231.
- Das-Munshi, J. et coll. (2012). « Migration, social mobility and common mental disorders: Critical review of the literature and meta-analysis ». *Ethnicity & Health*, 17(1-2), 17-53.
- Dettmer, A. M. et S. J. Suomi. (2014). « Nonhuman Primate Models of Neuropsychiatric Disorders: Influences of Early Rearing, Genetics, and Epigenetics ». *ILAR Journal*, 55(2), 361-370.
- Draine, J. et coll. (2002). « Poverty, social problems, and serious mental illness ». *Psychiatric Services*, 53(7), 899.
- Dubowitz, H. (2007). « Understanding and addressing the “neglect of neglect”: Digging into the molehill ». *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 603-606.
- Egeland, B., L. A. Sroufe et M. Erickson. (1983). « The developmental consequence of different patterns of maltreatment ». *Child Abuse & Neglect*, 7(4), 459-469.

- Evans, G. W. et R. C. Cassells. (2014). « Childhood poverty, cumulative risk exposure, and mental health in emerging adults ». *Clinical Psychological Science*, 2(3), 287-296.
- Fearon, P. et coll. (2006). « Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP study ». *Psychological Medicine*, 36(11), 1541-1550.
- First Nations and Inuit Health: Mental Health and Wellness. (2015). *Health Canada*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-eng.php] (Consulté le 20 février 2015).
- Follette, V. M. et coll. (1996). « Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse ». *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25-35.
- Friedman, S. et coll. (2002). « The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients ». *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 259-272.
- Gariepy, G. et coll. (2014). « Neighbourhood characteristics and 10-year risk of depression in Canadian adults with and without a chronic illness ». *Health & Place*, 30, 279-286.
- Greenough, W. T., J. E. Black et C. S. Wallace. (1987). « Experience and brain development ». *Child Development*, 539-559.
- Harlow, H. F., M. K. Harlow et S. J. Suomi. (1971). « From thought to therapy: Lessons from a primate laboratory ». *American Scientist*, 59(5), 538-549.
- Kaltiala-Heino, R. et coll. (2000). « Bullying at school – An indicator of adolescents at risk for mental disorders ». *Journal of Adolescence*, 23(6), 661-674.
- Kendall-Tackett, K. A., L. M. Williams et D. Finkelhor. (1993). « Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies ». *Psychological Bulletin*, 113(1), 164.
- Kessler, R. C. et coll. (2010). « Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys ». *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
- Keyes, K. M. et coll. (2012). « Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders ». *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 107-115.
- Khalifeh, H. et coll. (2015). « Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness ». *The British Journal of Psychiatry*, bjp. bp. 114.147843.
- Kirmayer, L., C. Simpson et M. Cargo. (2003). « Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples ». *Australasian Psychiatry*, 11(supplément), S15-S23.
- Lieb, R. et coll. (2002). « Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study ». *Archives of General Psychiatry*, (59), 365-374.
- Lim, K.-L. et coll. (2008). « A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada ». *Chronic Diseases in Canada*, (28), 92-98.
- Maughan, B. et M. Rutter. (1997). « Retrospective reporting of childhood adversity: Issues in assessing long-term recall ». *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 19-33.
- Minty, B. et G. Pattinson. (1994). « The nature of child neglect ». *British Journal of Social Work*, 24(6), 733-747.
- Nelson, C. A. (2007). « A neurobiological perspective on early human deprivation ». *Child Development Perspectives*, 1(1), 13-18.
- Nelson, C. A. et coll. (2009). « The deprived human brain: Developmental deficits among institutionalized Romanian children – and later improvements – strengthen the case for individualized care ». *American Scientist*, 222-229.
- Nelson, E. C. et coll. (2002). « Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study ». *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145.
- Norman, R. E. et coll. (2012). « The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis ». *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.
- Ontario Federation of Indigenous Friendship Centres. *Urban Aboriginal Task Force: Ontario Final Report*, [En ligne]. [http://ofic.org/publication/urban-aboriginal-task-force-ontario-final-report] (Consulté le 20 février 2015).
- Pearson, C. et coll. (2013). *Mental and Substance Use Disorders in Canada: Statistics Canada*, [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.pdf] (Consulté le 24 mai 2015).
- Pechtel, P. et coll. (2014). « Sensitive periods of amygdala development: The role of maltreatment in preadolescence ». *NeuroImage*, 97, 236-244.
- Polusny, M. A. et V. M. Follette. (1995). « Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature ». *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 143-166.
- Public Health Agency of Canada. (2008). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cscs-ecve/2008/index-eng.php] (Consulté le 20 février 2015).
- Read, J. et R. P. Bentall. (2012). « Negative childhood experiences and mental health: Theoretical, clinical and primary prevention implications ». *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 89-91.
- Rutter, M. (2007). « Resilience, competence, and coping ». *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205-209.
- Rutter, M. (2011). « Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: Concepts, findings, challenges and potential ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 647-660.
- Rutter, M. et coll. (2010). « Deprivation-specific psychological patterns: Effects of institutional deprivation ». *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75(1), 1-252.
- Saraceno, B. et C. Barbui. (1997). « Poverty and mental illness ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 285-290.
- Selten, J.-P. et coll. (1999). « Psychotic illness after prenatal exposure to the 1953 Dutch Flood Disaster ». *Schizophrenia Research*, 35(3), 243-245.
- Selten, J.-P. et coll. (2013). « The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update ». *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1180-1186.
- Shonkoff, J. P. et coll. (2012). « The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress ». *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.
- Shonkoff, J. P., W. T. Boyce et B. S. McEwen. (2009). « Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention ». *Jama*, 301(21), 2252-2259.
- Smetanin, P. et coll. (2011). « The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041 ». *RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada*.
- Sochting, I. et coll. (2007). « Traumatic pasts in Canadian Aboriginal people: Further support for a complex trauma conceptualization? ». *British Columbia Medical Journal*, 49(6), 320.
- Spataro, J. et coll. (2004). « Impact of child sexual abuse on mental health prospective study in males and females ». *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 416-421.
- Statistique Canada. (2009). *Highlights: Family Violence in Canada – A Statistical Profile*, [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/2010000/aftertoc-aprestdm2-eng.htm] (Consulté le 20 février 2015).
- Statistique Canada. (2013). *Mental and substance use disorders in Canada, Health at a Glance*, [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm] (Consulté le 20 février 2015).
- Statistique Canada, The Daily. (2013). *Canadian Community Health Survey – Mental Health, 2012*, [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130918/dq130918a-eng.htm] (Consulté le 20 février 2015).
- Teicher, M. H. (2000). « Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse ». *Cerebrum*, 2(4), 50-67.
- Teicher, M. H. et coll. (2014). « Childhood maltreatment: Altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula ». *Biological Psychiatry*, 76(4), 297-305.
- Tierney, A. L. et C. A. Nelson III. (2009). « Brain development and the role of experience in the early years ». *Zero to three*, 30(2), 9.
- Trocé, N. et coll. (2010). « Canadian incidence study of reported child abuse and neglect, 2008 ». *Public Health Agency of Canada*.
- Varese, F. et coll. (2012). « Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies ». *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671.
- Veling, W. et coll. (2007). « Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands ». *International Journal of Epidemiology*, 36(4), 761-768.
- Veling, W. et coll. (2008). « Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants ». *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 66-73.
- Wanner, B. et coll. (2012). « Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness explain the association between early-life adversity and attempted suicide ». *Psychological Medicine*, 42(11), 2373-2382.
- Whiteford, H. A. et coll. (2013). « Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010 ». *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Zeanah, C. H. et coll. (2009). « Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children ». *The American Journal of Psychiatry*, 166(7), 777-785.

L'accès aux services comme déterminant de la santé mentale chez les jeunes



Luc Vigneault

Luc Vigneault, pair aidant, membre de l'équipe, Suivi intensif d'intervention précoce

Anne-Pierre Bouffard, psychiatre, directrice médicale, Suivi intensif d'intervention précoce

Diane Lafleur, agente de planification, de programmation et de recherche

Ces personnes œuvrent pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale – Institut universitaire en santé mentale de Québec



Anne-Pierre Bouffard

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET LA PSYCHOSE DÉBUTANTE

L'accessibilité à des services d'intervention précoce dans la communauté comme déterminant social de la santé mentale est fondamentale. L'Organisation mondiale de la santé indique que les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent¹. En santé mentale, ces facteurs peuvent être le revenu, le logement, le soutien social, l'emploi, l'accès à des services. Ils interagissent entre eux de manière bénéfique ou non pour la personne. Dans le choix des interventions à privilégier avec une personne souffrant de psychose, une analyse qui tient compte des déterminants sociaux de la santé mentale permet d'avoir un regard plus large et de dépasser le cadre biomédical (Dorvil 2001, dans Roc et Hébert 2013).

Chez les personnes vivant le début d'une psychose, par exemple, plus le commencement du traitement tarde, faute d'accès à des services adaptés, plus difficile est le rétablissement et plus longue la reprise d'un rôle social valorisant. Il est amplement prouvé dans la littérature que l'intervention précoce favorise un rétablissement plus rapide (Mc Gorry et coll. 2008). À l'inverse, plus longue est la durée de la psychose non traitée, plus les résultats au traitement risquent d'être inefficaces (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario 2011).

La psychose provoque généralement une cassure du fonctionnement, avec de nombreuses pertes : flou identitaire, arrêt scolaire ou de l'emploi, difficultés interpersonnelles, isolement, stigmatisation, perte d'espoir et dévalorisation. Cette cassure arrive souvent dans une période cruciale où les rôles sociaux sont en train de se définir : la scolarité n'est pas toujours terminée, l'expérience sur le marché du travail est peu étoffée, le partenaire de vie n'est pas encore rencontré. On peut affirmer que la psychose intervient de façon brutale et fracassante dans l'itinéraire de vie d'une personne.

Le traitement dans la communauté, tel qu'il est offert au Suivi intensif d'intervention précoce (SIIP), aide à mieux joindre les

jeunes, et évite aussi, et ainsi, l'institutionnalisation, plus néfaste que la maladie elle-même. Inspiré d'un programme australien et mis sur pied en 2013, le SIIP a pour mandat d'offrir un suivi intensif dans la communauté à une clientèle à haut risque, difficilement « joignable » et présentant une psychose en début d'évolution. Afin d'aider au rétablissement, les traitements spécialisés reconnus en intervention précoce sont prodigués à domicile (pharmacothérapie, évaluation mentale, psychoéducation, intervention familiale, soutien en toxicomanie, intervention cognitivo-comportementale, aide au logement, soutien aux études, recherche d'emploi et réadaptation), le tout assuré par un intervenant principal (gestionnaire de cas).

Les personnes qui reçoivent un service de SIIP doivent être âgées entre 18 et 30 ans, présenter un trouble mental de nature psychotique de la lignée de la schizophrénie, avoir des symptômes psychotiques actifs, persistants et récurrents, avec une durée antérieure de traitement de moins de deux ans, et résider dans la région de la Capitale-Nationale. Parmi les autres critères bien spécifiques, il doit y avoir présence d'un ou de plus d'un des éléments suivants : comportements à haut risque pouvant mener à une détérioration, risque suicidaire élevé, automutilation, dangerosité, criminalité, collaboration difficile. Une proportion importante des clients du SIIP a, en plus de troubles concomitants (problème de toxicomanie ou de personnalité) et d'un très faible réseau de soutien, un statut légal (autorisation de soins ou tribunal administratif du Québec).

La documentation récente indique que des pratiques cliniques axées sur le rétablissement doivent viser à ce que la personne puisse exercer son rôle de citoyen à part entière dans sa communauté (Shepherd et coll. 2007). Le traitement et la réadaptation gagnent à s'exercer dans le milieu de vie de la personne plutôt qu'en établissement hospitalier. Ce modèle de soins et de services permet aux gens suivis de se rétablir dans la communauté et d'augmenter leur qualité de vie tout en évitant l'hospitalisation.

¹ Organisation mondiale de la santé, [En ligne]. [www.who.int/topics/social_determinants/fr/] (Consulté le 18 mars 2015).

L'EXPÉRIENCE DU PAIR AIDANT

Luc Vigneault a le plaisir – mais surtout le privilège – d’agir comme pair aidant auprès des jeunes adultes qui lui permettent d’entrer dans leur vie et de travailler en équipe, sous la direction clinique de la Dre Anne-Pierre Bouffard. Cette merveilleuse équipe est composée, en plus de la psychiatre et d’un pair aidant, d’une infirmière, d’une éducatrice spécialisée et d’une travailleuse sociale.

Le vécu des jeunes atteints de troubles psychotiques, principalement ceux avec des troubles concomitants multiples, est différent parce qu’ils sont généralement plus réfractaires au traitement. De plus, ils ont souvent des problèmes familiaux importants accompagnés de traumatismes antérieurs.

L’établissement d’une alliance avec nos jeunes nécessite plusieurs rencontres. Pour ce faire, beaucoup de temps est passé à donner des soins et des services spécialisés et hautement individualisés dans leur milieu de vie. En parallèle, le suivi de l’état mental est assuré, comme celui de la médication. La réduction des méfaits, l’approche motivationnelle et les interventions cognitivo-comportementales sont au cœur de nos interventions, tout comme l’accompagnement au quotidien. On tente aussi, rapidement, de faire une ébauche de plan d’intervention avec le jeune adulte en lien avec ses projets de vie, plan qui tient compte des diverses sphères de sa vie : études, emploi, logement, loisirs, etc. Ainsi, le soutien psychosocial (aide au logement, aux études, à l’emploi, le recours au comptoir alimentaire, etc.), en collaboration avec

divers partenaires du réseau, est un autre moyen privilégié par notre équipe pour aider au cheminement dans la voie du rétablissement. Au fur et à mesure qu’un lien de confiance entre l’intervenant et le jeune adulte se tisse, un travail plus formel sur la psychoéducation de la maladie commence par une participation aux groupes psychoéducatifs ou en entrevues individuelles, ce qui met en place un processus de reconnaissance et d’acceptation de la psychose, éléments essentiels pour le rétablissement.

Je constate, malheureusement, que mes pairs vivent beaucoup de stigmatisation. Quand la psychose vient frapper à notre porte, soudain, notre réseau social s’effrite comme une feuille de chêne morte retrouvée au printemps après un long hiver. Le décrochage scolaire devient le seul corridor emprunté, le désespoir nous envahit et la drogue devient notre compagnon d’infortune. Sans compter que certains trimbalent leur sac vert, expulsés de maison d’hébergement en maison d’hébergement, parce qu’ils ont les symptômes « interdits » (hallucinations, délires, comportements inhabituels, pensée désorganisée), les symptômes les plus stigmatisants associés à la schizophrénie.

Luc Vigneault

Pour éviter le chaos, il est impératif de connaître nos signes avant-coureurs de la psychose, de prendre le temps de dresser la liste de ceux-ci et d’y coller une solution. Sentir, donc, que nous avons un certain contrôle sur la prévention des rechutes.



Pour y arriver, il faut généralement passer par une étape de reconnaissance de la maladie et de nos difficultés (autocritique), ce qu'une bonne alliance thérapeutique et la psychoéducation soutiennent bien. Un long couloir nous attend aussi avant l'acceptation, ce qui peut être facilité par la reprise d'une identité plus normalisante avec un projet de vie qui peut donner un sens à cette dernière. Un des objectifs de notre équipe est donc, en plus de traiter la maladie, de faire éclore ces aspects du rétablissement pour éviter une chronicisation des déficits de nos jeunes, tout en tentant de les ramener à un suivi plus régulier où ils ont plus de pouvoir et de contrôle sur leur vie.

UNE PRATIQUE DE POINTE POUR DES BESOINS DIVERSIFIÉS

Il est désormais admis dans la littérature que l'accès aux services qui préviennent et traitent la maladie mentale et l'utilisation de

ceux-ci ont des effets sur l'évolution de la maladie.

Quand de jeunes personnes souffrent pour la première fois de psychose, ces déterminants sociaux de la santé prennent tout leur sens.

La manière d'approcher et de soigner cette clientèle doit s'adapter aux réalités liées à leur génération et aux manifestations de la maladie, qui s'accompagne malheureusement souvent de repli sur soi et de méfiance.

Le SIIP se fait donc un devoir d'être à la fine pointe des traitements médicaux et psychosociaux et d'intervenir sur plusieurs facettes des déterminants de la santé en utilisant un arsenal de moyens efficaces mis au service du projet de vie de ces beaux jeunes qui ne demandent qu'à s'épanouir et à redevenir des « citoyens merveilleusement ordinaires ».

BIBLIOGRAPHIE

- Bouffard, A.-P. et coll. (2012). *SIIP pour jeunes adultes avec une psychose en début d'évolution*, Institut universitaire en santé mentale de Québec, document inédit.
- Dorvil, H. (2001). *Problèmes sociaux – Tome 1. Théories et méthodologies*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Mc Gorry, P. D., E. Killarkey et A. R. Yung. (2008). « Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions », *World Psychiatry*, 3, 148-156.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2011). *Normes du Programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose*, Ottawa.
- Roc, M.-L. et A. Hébert. (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle : énoncé de position*, Montréal, OPTSTCFQ.
- Shepherd, G., J. Boardman et M. Slade. (2007). *Faire du rétablissement une réalité*, Sainsbury Centre for Mental Health, London. Traduction en 2012 du document *Making Recovery a Reality*, Montréal, Institut universitaire de santé mentale Douglas.

VIVRE EN MAISON DE CHAMBRES DANS LA VILLE DE QUÉBEC : PORTRAIT, EXPÉRIENCES ET ENJEUX

Présentation d'un rapport de recherche

Michèle Clément, chercheuse; **Annie Levesque**, professionnelle de recherche; **Suzie Cloutier**, organisatrice communautaire; toutes trois du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; **Lise Mercier**, chargée de projet, Comité Maison de chambres de Québec

Nous présentons sommairement ici une étude¹ portant sur les maisons de chambres dans la ville de Québec. Les résultats montrent que bien que la chambre se présente comme une solution et une composante essentielles du parc locatif pour des personnes socioéconomiquement vulnérables, les conditions de vie qu'on y retrouve contribuent bien souvent à la perte d'une stabilité et à la fragilisation des personnes. Ainsi, la chambre, pensée ici comme un chez-soi, un milieu de vie, devient sans contredit un important déterminant social de la santé.

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Cette étude a été commandée par le Comité Maison de chambres de Québec (CMCQ) réunissant des partenaires issus de divers milieux (public et communautaire) préoccupés par les conditions de vie en maison de chambres. Le CMCQ avait besoin de mieux connaître la situation et c'est pour cela que l'étude a été réalisée. Plus précisément, les objectifs étaient de documenter 1) l'offre de maisons de chambres à Québec; 2) les conditions de vie en maison de chambres; 3) l'usage de la chambre comme modalité résidentielle dans le parcours des chambreurs; 4) de quelle manière orienter les actions qui permettront au CMCQ d'améliorer les conditions de vie des chambreurs.

MÉTHODOLOGIE

Des entrevues individuelles avec 24 chambreurs ou anciens chambreurs ont été réalisées ainsi que des entrevues de groupe réunissant, respectivement, des intervenants du réseau public et communautaire et des propriétaires d'une maison de chambres. Différents thèmes ont été explorés auprès de ces derniers, tels que les lieux physiques, la gestion du milieu de vie, la sécurité, le respect des droits, les liens propriétaire– chambreurs, etc.

LES RÉSULTATS

Les résultats de l'étude font ressortir que la maison de chambres est une option résidentielle souvent favorisée par les gens bénéficiant de l'aide sociale. À ce titre, il n'est pas étonnant d'y retrouver plusieurs personnes vulnérables, dont celles aux prises avec un problème de santé mentale ou de consommation. La

chambre est non seulement avantageuse économiquement, mais on peut aussi s'y réfugier facilement en cas d'urgence et en sortir sans trop de contraintes. Le parcours résidentiel des chambreurs est par ailleurs fréquemment ponctué de nombreux allers-retours entre les maisons de chambres, parfois entrecoupés de séjours en milieu hospitalier, en centre de détention ou dans la rue. En ce sens, on peut considérer la maison de chambres comme un point de chute où atterrissent tant ceux qui, de déliaison en déliaison, ont presque tout perdu que ceux qui cherchent une alternative à la rue.

Il convient toutefois de mentionner que si la chambre est souvent vue comme une solution résidentielle, elle reste rarement, en contrepartie, un premier choix lorsqu'il s'agit de se rétablir d'un problème de santé mentale, de consommation et même d'itinérance. Ce qui la rend incontournable, c'est le contexte financier précaire des gens. Et, lorsque celui-ci perdure, la chambre n'est plus « en attendant », un tremplin vers autre chose, mais prend des allures de logement à long terme. Pour quelques chambreurs, la chambre n'a pas rempli ses promesses. Avoir un toit n'a pas été suffisant; les raisons pour lesquelles ils se sont retrouvés en maison de chambres se sont vues exacerbées par les conditions même qu'on y retrouve (conséquences négatives induites par le fait de vivre dans des lieux restreints, parfois insalubres, partagés avec des personnes ayant des problèmes de comportement). En somme, pour ces locataires, la chambre aurait même contribué à leur pauvreté, à leur instabilité émotive et à leurs rechutes.

En conclusion, soulignons l'importance de mieux comprendre la présence de la chambre dans le parcours résidentiel de personnes fragiles sur le plan socioéconomique. Pour celles-ci, la chambre – tantôt aidante, tantôt nuisible – a sans aucun doute un effet sur leur santé et leur capacité à se relever. Notons également combien la structure de concertation du CMCQ² est un moteur de changement pour rallier les forces et répondre collectivement à la complexité de la situation des maisons de chambres. Des actions collectives de ce genre sont de bon augure pour améliorer la qualité de vie des personnes vulnérables.



Michèle Clément

¹ Clément, M., A. Levesque et A. Rouleau. (2015). *Vivre en maison de chambres dans la ville de Québec : portrait, expériences et enjeux*. Rapport de recherche, 106 p.

² Pour plus d'information sur le CMCQ, adressez-vous au infomaisondechambres@gmail.com.

Comment rendre les services de santé mentale plus aux besoins des personnes issues de l'immigration?¹



Valérie Coulombe

Valérie Coulombe, coordonnatrice des programmes



Diane Vinet

Diane Vinet, directrice générale

Ces auteures œuvrent pour l'Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal

Faciliter l'accès aux services sociaux, de santé et communautaires pour les personnes immigrantes et s'assurer qu'ils répondent aux besoins de celles-ci doit demeurer une priorité pour les organisations. Pour ce faire, il importe d'identifier les déterminants sociaux exerçant une incidence sur la santé mentale et ceux nuisant à la pleine utilisation de nos services. Cette compréhension des enjeux liés à l'immigration et les adaptations à apporter à notre manière de faire sont cruciales, car elles permettent d'éviter une détérioration de la santé mentale de cette population.

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ MENTALE

Les déterminants sociaux sont des conditions qui protègent ou fragilisent la santé mentale d'une personne.

L'expérience migratoire engendre à la fois des gains et des pertes pour l'individu et sa famille. En situation d'immigration et d'intégration, certains facteurs personnels et sociaux ont une influence majeure sur le bien-être et l'équilibre. Un contexte peut donc se révéler bénéfique pour l'un mais pas pour l'autre.

Pour mieux saisir l'expérience individuelle, familiale et sociale de l'immigrant, nous devons bien connaître les diverses phases de son parcours migratoire et les motivations qui l'ont poussé à émigrer. Quelle était sa situation et son mode de vie dans le pays d'origine (contexte prémigratoire)? Son cheminement entre le pays d'origine et le pays d'accueil (contexte migratoire)? Son statut et sa catégorie en tant qu'immigrant? Dans quelles circonstances est-il arrivé au pays d'accueil (contexte postmigratoire)?

Le tableau ci-dessous permet de reconnaître les principaux facteurs de protection et de fragilisation associés au processus migratoire. Ces facteurs peuvent vous aider à évaluer le degré de détresse d'une personne et à mieux cerner l'origine de ses difficultés. Il faut donc tenir compte de la globalité de la personne, de son vécu et de sa perception de la situation pour établir quels sont les éléments protecteurs et fragilisants, sur les plans psychologique et social, éléments sur lesquels vous pourrez intervenir.

PRINCIPAUX DÉTERMINANTS LIÉS À LA SANTÉ MENTALE ET À L'IMMIGRATION

Facteurs influant sur la santé mentale (INSPQ 2008)	Facteurs de protection liés à l'immigration (CSMC 2009)	Facteurs de fragilisation liés à l'immigration (CSMC 2009)
Inégalités socioéconomiques Environnement favorable/ défavorable	- Espoir de conditions de vie meilleures - Obtention d'un emploi	- Déqualification professionnelle - Baisse du statut socioéconomique - Pauvreté
Ressources personnelles de base	- Maîtrise du français ou de l'anglais	- Barrière linguistique
Soutien social/ Isolement	- Cohésion et solidarité familiale - Ajustement des rôles hommes/femmes	- Séparation prolongée des membres de la famille - Non-ajustement des rôles familiaux
Inclusion/Exclusion sociale	- Soutien entre immigrants récemment arrivés au pays - Soutien des membres de la communauté	- Perte de réseaux sociaux et isolement - Pressions sociales de la communauté d'origine
Estime de soi	- Peu de distance entre la culture d'origine et celle d'accueil - Ouverture aux valeurs de la société d'accueil	- Forte distance entre la culture d'origine et celle d'accueil - Attitude rigide par rapport aux valeurs de la société d'accueil
Inclusion/Exclusion sociale	- Sentiment d'appartenance à une communauté culturelle - Estime de soi	- Discrimination - Xénophobie
Environnement favorable/ défavorable Stress	- Sentiment de sécurité pour soi	- Stress prémigratoire (guerre, camp de réfugiés, etc.) - Inquiétude pour les proches demeurés dans le pays d'origine - Attente et incertitude propres au statut d'immigration

¹ Tiré et adapté du *Guide des relations interculturelles en santé mentale*. (2010). Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal, Montréal, 90 p.

accessibles et mieux adaptés



En somme, ces points de repères peuvent vous faire mieux comprendre les changements vécus par l'immigrant et sa famille et vous permettre d'identifier avec eux leurs besoins et les moyens d'y répondre. Vous pourrez ainsi les aider à surmonter un obstacle important à leur intégration et à leur bien-être : l'accès aux services de santé.

L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ COMME DÉTERMINANT SOCIAL : ENJEUX SPÉCIFIQUES POUR LES POPULATIONS IMMIGRANTES

Pour les personnes dont l'expérience migratoire génère davantage de difficultés, l'accès aux services sociaux et de santé représente un enjeu majeur. En effet, selon Battaglini et Rousseau (2012), « les immigrants ont généralement un accès moins grand aux services, une expérience de soins moins favorable et une plus grande insatisfaction à l'égard des services ». Plusieurs facteurs expliqueraient ces constats, notamment

► la méconnaissance des services, de la mission et des responsabilités des organisations et des professionnels

► les barrières linguistiques et culturelles

Les barrières linguistiques et culturelles complexifient l'expression des symptômes et des émotions ainsi que la capacité de l'intervenant de circonscrire un problème et d'émettre les recommandations appropriées. En effet, Battaglini (2005) évalue que les interventions auprès d'un

nouvel arrivant durent en moyenne 40 % plus longtemps, ce qui exerce une pression sur l'organisation des services et l'attribution des ressources. À cet égard, le recours à un interprète prolonge l'intervention et entraîne des coûts, mais il rend généralement celle-ci plus efficace.

► la perception et le fonctionnement des services

La stigmatisation associée à la maladie mentale et la forte tendance à la médicalisation des interventions au détriment d'une conception plus globale des personnes font en sorte que plusieurs évitent de se prévaloir des soins qui leur sont nécessaires (Whitley et coll. 2006).

► les conceptions de la santé et de la maladie mentale

Les valeurs, croyances et normes socioculturelles sont étroitement liées à notre vision de la maladie mentale. Elles influencent la conduite de la personne et sa manière

- d'identifier et de manifester la détresse;
- de s'expliquer la santé et la maladie;
- de percevoir les professionnels et de chercher de l'aide;
- d'accepter les traitements proposés et d'y répondre (World Federation for Mental Health 2007).

Une façon d'exprimer la souffrance peut donc être mal interprétée si l'on ignore la signification que la personne lui attribue.



LES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SERVICES

1. Être bien formé : un préalable indispensable

Pour approfondir leur réflexion et parfaire leur pratique, les intervenants et les gestionnaires ont tout avantage à bénéficier d'une formation spécialisée pour améliorer leurs connaissances (savoir), leurs attitudes (savoir-être) et leurs compétences interculturelles (savoir-faire). Créer des espaces d'échanges entre intervenants et experts sur l'intervention interculturelle permet de prendre du recul, de briser l'isolement et de valider ou non ses actions grâce à la compétence, à l'expérience et au savoir-faire des collègues.

2. Documenter les difficultés rencontrées et établir des politiques organisationnelles claires

Apporter des modifications aux services, avoir recours à des interprètes et former des intervenants demande du temps et correspond à des coûts souvent imprévus et non reconnus. Identifier les limites organisationnelles empêchant les professionnels d'offrir des services personnalisés permet d'entamer une réflexion sur les valeurs de l'organisation, les approches privilégiées et les enjeux éthiques soulevés par l'intervention en milieu interculturel afin de cerner la latitude dont dispose votre organisation pour adapter ses services.

3. Faire connaître les services auprès des groupes ethnoculturels

Même si un organisme existe depuis plusieurs années, il peut être méconnu. Il importe de promouvoir les services aux nouveaux arrivants dans les ressources d'accueil, les institutions religieuses, les centres de loisirs, les médias des communautés culturelles, etc. Concevoir – et si c'est possible traduire – des outils d'information représentatifs de la diversité culturelle québécoise peut accroître la notoriété de vos services. La clientèle immigrante peut contribuer au perfectionnement de ces outils afin qu'elle s'y reconnaisse davantage.

4. Adopter une approche intersectorielle

La collaboration entre organismes provenant de différents milieux facilite le partage des connaissances et accroît le savoir-faire des intervenants. Elle repousse les limites de chaque organisation puisqu'elle encourage la complémentarité des services et des approches. Les ressources institutionnelles et communautaires en santé mentale, les services sociaux et scolaires, les organisations ethnoculturelles et les universités sont autant de sources de savoir qui, mises en commun, enrichissent les pratiques de concertation et élaborent des stratégies novatrices pour adapter les interventions aux besoins des personnes immigrantes.

En somme, ces changements sont à la portée de tous. Ils favorisent la qualité de vie et la santé mentale des gens, qui contribuent – à leur tour – au bien-être et à la vitalité de notre collectivité!

BIBLIOGRAPHIE

Battaglini, A. (2005). « L'intervention de première ligne à Montréal auprès de personnes immigrantes. Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate ». *Équipe Culture et migration*, Direction de la santé publique de Montréal, 10 p.

Battaglini, A. et C. Rousseau. (2012). « Adapter les services sociaux et de santé à la diversité culturelle : un défi pour les institutions ». *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 8(1), 18-22.

Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2009). *Comprendre les enjeux, les meilleures pratiques et les possibilités de création de services pour répondre aux besoins de groupes ethnoculturels, racialisés, d'immigrants et de réfugiés*, Task Group on Diversity, 35 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2008). *AVIS scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Développement des individus et des communautés, p. 23.

Whitley, R., L. J. Kirmayer et D. Groleau. (2006). « Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montréal ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 51(4), 205-209.

World Federation for Mental Health. (2007). « Mental health in a changing world: The impact of culture and diversity ». *World Mental Health Day*, p. 1.

L'accès aux services : un déterminant social pour les communautés autochtones

Alain Paré, inf., MAP, conseiller aux affaires autochtones, Direction des affaires autochtones, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Les récentes publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) définissent les déterminants de la santé comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (MSSS 2010).

Les déterminants de la santé se distribuent à l'intérieur des quatre grandes composantes ou champs : le contexte global, les caractéristiques individuelles, le milieu de vie, les systèmes. Parmi les systèmes, rappelons celui de la santé et des services sociaux, lequel vise à assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services dans les secteurs public, privé et communautaire, que ces services s'adressent à l'ensemble de la population ou à des groupes particuliers (MSSS 2012). Ce système réfère donc aux infrastructures, aux règles de pratique et aux modes d'organisation qui cherchent tous à ce que les services sociaux et de santé soient de qualité. Il comprend les éléments qui touchent à la fois l'accessibilité et l'offre des services, la structure et les processus tant administratifs que de traitement.

LES AUTOCHTONES DU QUÉBEC ET L'ACCÈS AUX SERVICES

Le Québec compte onze nations autochtones totalisant 92 400 membres (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada 2013), dont 68,4 % résident dans les communautés et 31,6 % hors communautés. Les dix nations amérindiennes et l'unique nation inuite représentent environ 1 % de la population du Québec. Elles sont réparties dans 55 communautés des régions suivantes du territoire québécois : Nunavik, le territoire d'Eeyou Istchee Baie-James, Abitibi-Témiscamingue, Outaouais, Laurentides, Montérégie, Lanaudière, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Mauricie-Centre-du-Québec, Capitale-Nationale, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Il est important de rappeler que ces onze nations sont différentes les unes des autres et que ces distinctions s'expriment également à l'intérieur d'une même nation, voire d'une même communauté. Ces nuances correspondent à autant de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux ayant des incidences sur les déterminants de la santé.

Si l'accès aux services réfère à « la capacité des individus ou des groupes d'obtenir les services qu'ils recherchent » (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone 2011), cette notion d'accès est tributaire de plusieurs facteurs, dont la disponibilité des services dans la communauté, la distance qui sépare la communauté des services, ou la possibilité effective

d'y accéder. Pour les membres des communautés autochtones au Québec, l'accès aux services pourra être facilité dans le cas d'une communauté située à proximité d'un centre urbain, contrairement à ce qu'il le sera pour une communauté éloignée ou une autre isolée et uniquement accessible par voie aérienne.

Au facteur référant à la situation géographique, ajoutons celui de la faible densité de la population dans chacune des communautés, ce qui entraîne des coûts plus onéreux pour l'offre des services par habitant. Cela peut en soi expliquer la disponibilité de certains services et professionnels et leur accès limité ou réduit. Par exemple, l'absence de spécialistes résidant sur le territoire d'Eeyou Istchee Baie-James a pour conséquence que des services de deuxième et de troisième lignes doivent être assurés par des médecins de famille; c'est le cas, entre autres, de la gestion et du suivi des personnes aux prises avec des problèmes psychiatriques, tant les adultes que les enfants.



Si les facteurs géographique et démographique ont des conséquences sur l'accès aux services, il y a lieu de se demander si la seule disponibilité des services garantit leur accès? « Il faut non seulement que les individus aient un accès physique aux services pour obtenir des résultats positifs, mais la nature et la pertinence de ces services doivent également être considérés » (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone 2011, p. 3).

Certaines communautés autochtones ont l'avantage de pouvoir compter parmi les professionnels des membres issus de la

communauté. Cela donne une valeur ajoutée à l'accès aux services puisque ces professionnels sont porteurs d'une meilleure compréhension de la dynamique communautaire et d'une meilleure adaptation des services aux besoins de la population. Ils possèdent une connaissance et une expérience de leur groupe d'appartenance avec lequel ils partagent un ensemble de valeurs culturelles, ce qui facilite la compréhension des problématiques de santé qui affectent leur communauté. Qui plus est, leur présence est potentiellement garante de permanence et de rétention accrues. « Un manque de professionnels permanent, ajouté à un faible taux de rétention, entraîne la discontinuité [sic] et la réduction de l'efficacité des services » (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone 2011, p. 2).

L'exemple des communautés inuites de la Baie d'Hudson au Nunavik illustre bien ces propos, alors qu'en 1986 était créée la première maternité à Puvirnituk. Ce projet faisait suite à un besoin manifesté par les femmes inuites d'accoucher dans leur communauté et de se réapproprier les naissances par la mise en place d'un programme de formation de sages-femmes locales. Cette initiative aura permis de mettre un terme à une longue période de transfert des femmes à l'hôpital pour leur accouchement, à des kilomètres de leur village, en plus de réintégrer les pratiques traditionnelles au sein d'une obstétrique moderne, et ainsi d'offrir aux femmes des services de qualité et culturellement appropriés.

LES EFFETS DE LA JURIDICTION SUR L'ACCÈS AUX SERVICES

Au Québec, la responsabilité de la prestation et du financement des services de santé et des services sociaux aux Autochtones relève de différents paliers de gouvernement selon la nature des services offerts et selon que la nation soit conventionnée ou non.

Le Québec assume la responsabilité dans les communautés autochtones conventionnées en vertu de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois ainsi que de la Convention du Nord-Est québécois signées respectivement avec les nations crie et inuite en 1975 et naskapie en 1978.

Dans le cas des Premières Nations non conventionnées, le gouvernement fédéral¹ finance majoritairement les services sociaux et de santé², généralement sous la responsabilité des conseils de bande qui assurent la prestation des soins primaires de santé et de services sociaux.

En sus des facteurs précédemment mentionnés, la responsabilité de la prestation et du financement des services de santé et des services sociaux, le partage des juridictions et l'arrimage parfois difficile entre les services reçus dans les communautés et à

¹ Santé Canada ainsi que Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.

² À l'exception des services médicaux couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

l'extérieur de ces dernières ont sans contredit des conséquences sur l'accès aux services par les membres des communautés.

LES PISTES D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

Dans le cadre de conventions sur la prestation et le financement des services, les nations conventionnées peuvent s'appuyer sur des mesures visant le développement de nouveaux services, ce qui accroît l'accessibilité. En effet, les nations crie et inuite peuvent compter sur un budget de développement de programmes, de services sociaux et de santé destinés à leur population respective. Par exemple, tout récemment, ces mesures auront permis à la nation crie de renforcer et d'augmenter l'offre des services en santé mentale sur le plan régional et local, ce qui a contribué à mieux répondre aux besoins psychosociaux et psychiatriques individuels et collectifs. Quant aux Inuits, le budget de développement a contribué à soutenir l'implantation du concept de services de première ligne intégrés dans chaque communauté et à améliorer l'accessibilité aux services psychosociaux de première ligne chez les jeunes en difficulté.

« Enfin, le MSSS reconnaît, envers les communautés autochtones non conventionnées, une responsabilité en matière de continuité et de complémentarité des services, notamment en s'assurant de l'existence de mécanismes d'orientation appropriés lorsque des résidents de ces communautés reçoivent des services dans le réseau québécois » (MSSS 2007). Ces mécanismes peuvent prendre la forme de protocoles de transfert ou d'ententes entre le réseau et les communautés. Ainsi, le MSSS et la Commission de la Santé et des Services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador ont accompagné les représentants du réseau (agences et établissements) et les communautés de deux régions pilotes, l'Abitibi et la Côte-Nord, pour l'élaboration d'ententes de collaboration en santé mentale et en dépendances, deux problématiques ayant été identifiées par les communautés autochtones comme étant prioritaires. Finalement, le MSSS reconnaît son engagement à faciliter le transfert d'expertise et de connaissances vers les organisations des Premières Nations selon les souhaits qui peuvent être exprimés par ces dernières.

CONCLUSION

Si les déterminants de la santé s'inscrivent, entre autres, à l'intérieur du système de la santé et des services sociaux, il apparaît impératif d'assurer l'adéquation entre l'offre de services et les besoins réels des communautés autochtones. Il semble également essentiel de concevoir l'accès aux services dans une perspective de disponibilité, certes, mais aussi sous un angle de reconnaissance de la spécificité sociale et culturelle, voire historique.

BIBLIOGRAPHIE

Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2013). *Les Nations 2013*.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2011). *Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*.

Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits) – Cadre de référence*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Résultat d'une réflexion commune*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*.

UN PHARE SUR MA ROUTE

Richard Langlois. (2015). Éditions Marcel Broquett.

UN LIVRE DES PLUS ÉCLAIRANT SUR LA MALADIE MENTALE

Gilles Simard, pair aidant, Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (Pech)

Le titre du troisième livre de Richard Langlois, auteur-conférencier et agent de liaison à l'Agir en santé mentale¹, peut paraître un peu convenu et traditionnel. N'empêche, ce bouquin écrit en partie à quatre mains avec sa conjointe Fabienne et enrichi des témoignages de leurs enfants, est tout sauf « ordinaire » et conventionnel.

De fait, en plus de nous permettre de saisir les multiples nuances et composantes de la bipolarité, ce trouble de l'humeur que l'auteur a su apprivoiser, l'ouvrage a le mérite de nous faire réfléchir tant sur nos pratiques en matière de langage propre à la santé mentale que sur les paradigmes en vogue par rapport au rétablissement.

DE QUÉBEC À MONCTON, LA ROUTE DES SIGNES

Dès le premier chapitre, l'auteur nous ramène à l'époque (1996-1997) où, la mi-trentaine, fraîchement divorcé et entièrement focalisé sur son travail de représentant, il connaît son premier grave épisode de bipolarité. Un épisode de manie, précédé de symptômes avant-coureurs, qui le fera plonger dans une forme de délire mystique le conduisant de Québec à Moncton, sur une route jalonnée de symboles numériques, ésotériques et religieux. Comme de juste, la psychose se soldera par un retour à Québec, l'hospitalisation, le diagnostic, une médication, des soins appropriés et une bonne période de remise en forme et en question.

RICHARD ET FABIENNE EN DUO

Plus tard, la vie conduira notre homme à l'Île-aux-Grues où il rencontrera Fabienne, son actuelle conjointe, avec qui selon ses dires il est « en amour comme au premier jour depuis plus de vingt ans ». Évidemment, tout ce qui avait déjà jalonné son parcours, toute cette longue tranche de vie, Richard l'avait déjà raconté en long et en large dans *Le fragile équilibre*².

Mais, et c'est là tout l'intérêt et l'originalité du deuxième chapitre d'*Un phare sur ma route*, nous avons ensuite droit aux témoignages croisés des deux protagonistes, au sujet d'une deuxième psychose subie par l'auteur, en 2008, tout juste à la veille du lancement d'un deuxième livre³. En réalité, cet événement, Richard Langlois le vivra de sa chambre de l'hôpital du Saint-Sacrement, tandis que Fabienne, les parents et les nombreux amis célébreront sans lui. Une anecdote que l'auteur relate toujours avec humour dans ses multiples conférences à travers la province.

RÉFLÉCHIR COLLECTIVEMENT

En deuxième partie de ce livre à l'écriture nerveuse et fluide, l'auteur, qui aime bien jouer avec les mots, n'hésite pas à exposer les composantes de sa propre définition du rétablissement à partir des mots *établi*, *semence* et *ré*, issus d'une judicieuse décomposition du terme. De même, par des exemples d'ici et d'ailleurs, en Italie ou au Brésil, il nous convie à une réflexion collective sur les notions de sensibilisation, de prévention et de stigmatisation entourant la maladie mentale.

Ce que je retiens du livre *Un phare sur ma route*, c'est le grand humanisme de son auteur, son amour de la vie, son humour pince-sans-rire, l'originalité de sa pensée et son profond respect de l'autre, quelle que soit son allégeance sociale ou politique.

Qui plus est, grâce à ce livre, j'aurais volontiers le goût, je l'avoue, d'aller me ressourcer du côté des Drs Massirli (Italie) et Barreto (Brésil), histoire d'enrichir mes composantes personnelles du rétablissement. Le fait est que les expériences menées par les équipes des deux hommes, qu'il s'agisse de santé mentale dans la collectivité à Trieste ou de thérapie communautaire dans la *favéla* de Pirambu, me semblent à la fois porteuses et novatrices en matière de rétablissement comme tel. Autrement, le livre de Richard Langlois, étant donné son perpétuel questionnement sur le lexique traditionnel de la maladie mentale, m'aura obligé à un dépoussiérage en règle de mon propre langage. Ainsi, devrait-on continuer d'employer les termes *usager*, *client*, *utilisateur*? Doit-on *accepter* ou *apprivoiser* un diagnostic, une maladie? Autant de questions, autant de « bonnes » réponses possibles...

Au final, *Un phare sur ma route* n'est pas exempt de petits défauts qui à la longue peuvent devenir irritants pour le lecteur. Je pense notamment à l'aspect un peu lassant dû à la profusion de détails et à la répétition de certains états d'âme. N'empêche, *Un phare sur ma route* est un fort bon livre et vaut certainement la peine qu'on s'y arrête, le temps d'une ou deux marées.



Gilles Simard



¹ Regroupement d'organismes en santé mentale de Québec.

² Éditions Le Dauphin blanc, 2004.

³ *Ces maux qui dérangent*, Éditions Le Dauphin blanc, 2007

Ne manquez pas le prochain numéro **le partenaire**

vol. 24 no 2, automne 2015

Sur la thématique...

Intervenir en santé mentale : approches et stratégies pour travailler avec plaisir, en s'épanouissant et sans s'épuiser!



À découvrir, entre autres, des textes portant sur...

■ L'APPROCHE ORIENTÉE SUR LES SOLUTIONS

- **Brigitte Lavoie**, psychologue, formatrice, superviseure;
Lavoie Solutions

■ LA SUPERVISION DE GROUPE

- **François Neveu**, conseiller SIV; Centre national
d'excellence en santé mentale

■ L'APPROCHE RÉFLEXIVE

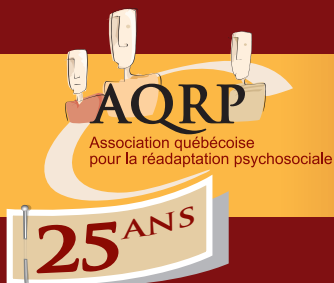
- **Bruno Fortin**, psychologue au Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Montérégie-Centre

■ L'APPROCHE PAR LES FORCES ET LA SUPERVISION DE GROUPE: ILLUSTRATION D'UNE ÉQUIPE EN SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE

- **Christian Dumas-Laverdière**, travailleur social à la Direction
des services aux adultes, Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

■ LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES

- **Mario Poirier**, psychologue, professeur titulaire à la TÉLUQ



Adhésion :

<http://aqrp-sm.org/a-propos-de-laqrp/membres-aqrp/formulaire-adhesion-canada/>

Abonnement :

<http://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/abonnement-et-achat/>

Joignez-nous sur  et  AQRP_SM!