

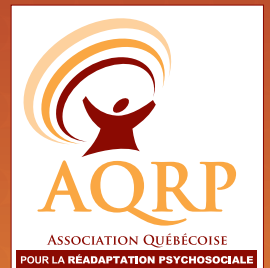
le partenaire

volume 21 - numéro 1, printemps 2012



La vie devant soi : la santé mentale des jeunes adultes

La seule revue 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

Courriel : aqrp@qc.aira.com

Internet : aqrp-sm.org

Éditrice :

Esther Samson

Coéditrice : Line Leclerc

Comité d'édition :

Noémie Charles,
Paire aidante certifiée et formatrice pour le programme Pairs Aidants Réseau, spécialiste en activités cliniques - Santé mentale, Centre du Florès, Saint-Jérôme

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

Michel Gilbert,
Conseiller clinique, Centre de réadaptation La Myriade, Programme santé mentale, Lanaudière

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

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, M. Serv. soc., professeure régulière en travail social, Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Steve Paquet, Ph.D.,
Chercheur 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.fleurdelysee.ca

Impression :

Copies du Pavois, Québec

ISSN : 1188-1607



En page couverture

Cette œuvre, qui se veut festive, représente la peintre Marie-Josée Lebel (MA J) en compagnie des Bouffons psychotiques, un très éclaté duo musical de Québec. Traversant de nombreux courants, de l'expressionnisme réaliste à l'expressionnisme abstrait, cette peintre lumineuse fait vibrer les couleurs depuis maintenant quinze ans. Vous pouvez voir ses réalisations sur Facebook où plusieurs albums fantaisistes vous combleront la vue à coup sûr!!

3 Carnet de la coéditrice

Line Leclerc, Coéditrice

3 Franc témoignage L'ABC d'un rétablissement

Par François Gagnon

Enseignant et personne utilisatrice de services en santé mentale

4 L'intervention précoce pour la psychose... au Québec et à travers le monde

Dr Clairéline Ouellet-Plamondon, M.D., M. Sc., résidente en psychiatrie, Université de Montréal;

Dr Simon Dubreucq, M.D., résident en psychiatrie, Université de Montréal;

Dr Maxime Bérard, M.D., M. Sc., résident en psychiatrie, Université de Montréal;

Dr Jean-Gabriel Daneault, M.D., résident en psychiatrie, Université de Montréal;

Dr Sophie L'Heureux, M.D., psychiatre, CHA-HEJ et CNDV, Québec, professeure agrégée, Département de psychiatrie et neurosciences, Faculté de médecine, Université Laval, adjointe à la directrice, Programme de résidence en psychiatrie, Faculté de médecine, Université Laval, membre du comité exécutif et présidente sortante, Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP), présidente, jury francophone en psychiatrie, Collège Royal;

Dr David Olivier, M.D., psychiatre, Programme Oxy-Jeunes, Shawinigan, vice-président, AQPPEP, professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal;

Dr Luc Nicole, M.D., M. Sc., FRCPC, psychiatre, Hôpital Louis-H. Lafontaine, professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal, chef médical, Programme des troubles psychotiques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, directeur de l'enseignement;

Dr Amal Abdel-Baki, M.D., M. Sc., FRCPC, trésorière, AQPPEP, professeure agrégée de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal, chercheuse investigatrice, CRCHUM, psychiatre, Clinique JAP, CHUM-HND

9 Résidence Paul-Pau, passage en douceur vers un projet de vie adulte

Par **Alain Boisvert,** adjoint au directeur, DSSSJC, CJM-IU; avec la collaboration de **Daniel Masse,** agent de planification, de programmation et de recherche, DSPAU, CJM-IU

13 Identification et intervention lors d'un premier épisode dépressif chez les jeunes

Par **Johanne Renaud, M.D., M. Sc.,** FRCPC; **Jean-Chrysostome Zanga, M. Ps.;** **Magalie Joly, B. Sc.;** **Sophia Rinaldis, M. Sc.;** **Theodora Mikedis, M.S.W.,** Institut universitaire en santé mentale Douglas, Centre Standard Life pour les avancées en prévention de la dépression et du suicide chez les jeunes, Groupe McGill d'études sur le suicide

18 La santé mentale des jeunes adultes en contexte de réinsertion sociale

Par **Cinthia Lacharité,** coordonnatrice de l'intervention, Maison Marie-Frédéric

21 Auberge du cœur Le Transit La santé mentale des jeunes adultes qui viennent frapper à notre porte!

Par **Lynda Lepage,** psychoéducatrice, intervenante (1990 à 2003) et coordonnatrice à l'intervention (2003 à maintenant), Auberge du cœur Le Transit

23 RÉFLEXION La Vie s'exprime sans mot mais elle fait exister ce qu'elle dit.

Jacques Salomé

Par **Raymond Décary,** producteur et réalisateur de Centabus

26 L'intervention précoce, une voie express vers le rétablissement?

Par **Marc-André Roy, M.D.,** FRCPC, psychiatre, chef de service, Programme troubles psychotiques, Institut universitaire en santé mentale de Québec, chercheur et directeur de l'axe neurosciences cliniques et cognitives, Centre de recherche, Institut universitaire en santé mentale de Québec, professeur agrégé de psychiatrie et de neurosciences, Université Laval

30 Portrait rapide d'une génération : la génération C

Par **Line Leclerc,** coéditrice, revue *le partenaire*

31 Mon rétablissement à travers le Club Hors-Piste

Par **Pierre Cormier,** jeune adulte utilisateur de services en santé mentale

Une partie des jeunes adultes vit présentement un printemps « érable » (grèves étudiantes 2012), d'autres vaquent à leurs occupations, mais certains luttent pour avoir une place au soleil comme tout le monde. Car un jour, ils ont été diagnostiqués avec un problème de santé mentale et tout a basculé.

De se rétablir pour mieux profiter de sa jeunesse devient alors une priorité. Dans ce numéro, nous vous présentons un aperçu des pratiques cliniques et des services offerts aux jeunes qui vivent avec un problème de santé mentale. Que ce soit pour une première dépression ou une intervention rapide après une première psychose, tous les intervenants et les proches désirent contribuer à la reprise du pouvoir de ces jeunes citoyens en les accompagnant dans leur cheminement.

Dans cette livraison de la revue, vous pourrez lire de beaux témoignages de rétablissement de jeunes voulant transmettre

leur espoir à ceux qui traversent une période plus sombre. Nous abordons aussi – bien que brièvement – les médias sociaux, assise incontournable de l'existence des jeunes adultes d'aujourd'hui.

À ces jeunes en marche et à ceux qui s'engagent à les aider, nous souhaitons un printemps précurseur des plus beaux espoirs de rétablissement.

Nous tenons à remercier chaleureusement M. Francis Guérette pour son apport à la qualité éditoriale du *partenaire*. Ce numéro était son dernier à titre de membre de notre comité d'édition. M. Paul Jacques, à qui nous souhaitons la bienvenue, le remplacera au sein de ce comité.

Bonne lecture
Line Leclerc, coéditrice

L'ABC d'un rétablissement

C'est après un épisode difficile côté santé mentale, l'obtention d'un baccalauréat en enseignement et le programme de soutien aux études du Pavois que je m'engage dans la vie active. J'obtiens mon premier contrat dans une commission scolaire de la région de Québec. Cette expérience de travail m'enthousiasme et de nouveaux défis se proposent alors à moi. Or, cet emploi présente son lot de problèmes, car l'enseignement, qui semble si simple sur les bancs d'école, est beaucoup plus complexe qu'on ne le pense.

La persévérance

Attendre de l'aide n'est pas la solution. J'apprends alors le langage administratif car le personnel des ressources humaines n'est pas toujours habilité à répondre à mes questions. Comprendre la structure pour aller chercher du soutien, c'est plutôt stressant. Mais c'est avec persévérance que je trouve la personne-ressource qui supervise un programme d'aide aux jeunes enseignants. Cette ressource, combinée avec mes forces intérieures, m'a beaucoup aidé.

Une de mes qualités est que je m'adapte rapidement. Par exemple, il faut que j'ajuste mon enseignement à la clientèle, que je pilote diverses activités, que je gère de mauvais comportements. À la différence des enseignants permanents, ma réalité change tous les jours. Parce que je suis très motivé, je persévère malgré les obstacles.

De bonnes habitudes de vie

Même si mes problèmes en santé mentale sont bien derrière moi, je sais que rien n'est acquis. Par moments, j'ai l'impression que vivre beaucoup de stress pourrait nuire à ma santé globale. C'est pour cette raison que j'ai de bonnes habitudes de vie, telles que faire de l'exercice, bien m'alimenter, avoir une saine hygiène de sommeil et entretenir une vie sociale satisfaisante.

Le Pavois, une ressource essentielle

Bien sûr, les intervenants du Pavois manifestent de l'intérêt envers mes projets, comme des amis le feraient. Pour diverses raisons, ils ont été le pivot essentiel de mon rétablissement. Ils ont su ne pas voir seulement la maladie en moi, mais ce qu'il y a de positif : mes rêves, mes passions et mes aspirations. C'est la vision de ceux qui m'accompagnent encore aujourd'hui dans mon cheminement personnel et professionnel. La relation d'aide qu'ils privilégient est plus souvent centrée sur ce qui va bien plutôt que sur ce qui va mal. Communiquer avec ces personnes-ressources lorsque je vis une période stressante au travail me permet de revoir mes forces, mes compétences et mes succès. En somme, un simple échange me fait ressentir à nouveau la joie.

Je suis conscient de la chance que j'ai d'être accompagné de la sorte par l'équipe extraordinaire du Pavois. Je ne peux m'arrêter là, car il me semble que tous mes efforts convergent vers mon objectif : non une fin mais un commencement.

Par François Gagnon
Enseignant et personne utilisatrice de services en santé mentale

Franc
témoignage

L'intervention précoce pour la psychose... au Québec et à travers le monde

Dr Clairéline Ouellet-Plamondon, M.D., M. Sc., résidente en psychiatrie, Université de Montréal;

Dr Simon Dubreucq, M.D., résident en psychiatrie, Université de Montréal;

Dr Maxime Bérard, M.D., M. Sc., résident en psychiatrie, Université de Montréal;

Dr Jean-Gabriel Daneault, M.D., résident en psychiatrie, Université de Montréal;

Dr Sophie L'Heureux, M.D., psychiatre, CHA-HEJ et CNDV, Québec, professeure agrégée, Département de psychiatrie et neurosciences, Faculté de médecine, Université Laval, adjointe à la directrice, Programme de résidence en psychiatrie, Faculté de médecine, Université Laval, membre du comité exécutif et présidente sortante, Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPEP), présidente, jury francophone en psychiatrie, Collège Royal;

Dr David Olivier, M.D., psychiatre, Programme Oxy-Jeunes, Shawinigan, vice-président, AQPEP, professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal;

Dr Luc Nicole, M.D., M. Sc., FRCPC, psychiatre, Hôpital Louis-H. Lafontaine, professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal, chef médical, Programme des troubles psychotiques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, directeur de l'enseignement;

Dr Amal Abdel-Baki, M.D., M. Sc., FRCPC, trésorière, AQPEP, professeure agrégée de clinique, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal, chercheuse investigatrice, CRCHUM, psychiatre, Clinique JAP, CHUM-HND

Introduction

Les troubles psychotiques, toutes causes confondues, touchent de 2 % à 3 % de la population. Pour plus de la moitié des personnes atteintes, la maladie commencera avant leur vingt-cinquième anniversaire, et pour 80 %, avant l'âge de 35 ans. Elle peut être ignorée pendant plusieurs mois, voire plusieurs années.

La psychose est un trouble du cerveau qui cause une altération du contact avec la réalité. Les changements peuvent survenir du côté des perceptions (hallucinations, illusions), des pensées (délire, désorganisation), des émotions (dépression, irritabilité, discordance idéo-affective, émoussement des affects) et des comportements (agitation, bizarreries, léthargie). Ces modifications surgissent à la suite d'un déséquilibre des neurotransmetteurs cérébraux, plus particulièrement de la dopamine.

Il existe différents troubles psychotiques, dont la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant et la maladie bipolaire avec caractéristiques psychotiques. Quoique certains de ces troubles ne soient pas récurrents, la plupart présentent une évolution marquée par des manifestations épisodiques ou des symptômes résiduels nécessitant un traitement à plus long terme.

Étiologie et enjeux psychosociaux

L'étiologie de la psychose est multifactorielle. Chez un individu vulnérable en raison de la présence de gènes de susceptibilité, des facteurs de stress peuvent déclencher la maladie. Ceux-ci peuvent être d'ordre biologique (par exemple, les drogues, tels le cannabis et la cocaïne) ou psychosocial (les problèmes financiers

ou d'hébergement, les conflits familiaux, l'isolement social, etc.). La maladie apparaît habituellement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte lorsque la personnalité est encore en cheminement et les capacités d'adaptation immatures, ce qui entraîne une difficulté dans la tâche développementale de définition de l'identité personnelle.

De manière générale, la fin de l'adolescence représente une étape critique du développement au cours de laquelle des changements sociaux et psychologiques majeurs émergent : individuisation par rapport à la famille (l'attachement parental se déplace graduellement vers les relations avec les pairs), exploration de nouveaux intérêts et loisirs, accroissement des habiletés, découverte de l'intimité et de la sexualité, formation et consolidation des relations sociales, choix de la carrière, début d'un emploi ou des études supérieures. Le jeune adulte concentre son énergie psychique à structurer sa personnalité et à définir son projet de vie. Toutefois, lorsque la psychose s'installe, elle peut interférer avec cette phase du développement. Par exemple, les difficultés cognitives peuvent toucher la capacité d'attention et d'organisation, la mémoire et le langage, et rendre ainsi les études de plus en plus laborieuses. Plusieurs adolescents et jeunes adultes préfèrent quitter l'école plutôt que de vivre un échec scolaire ou un sentiment de dévalorisation vis-à-vis de leurs pairs. Cela les éloigne de leur principal milieu de socialisation et, sans terrain de pratique, il est ardu de poursuivre leur apprentissage d'habiletés sociales. Dans ce contexte, la création de relations intimes devient aussi plus problématique, d'autant plus que la méfiance est souvent présente. Les jeunes peuvent alors considérer l'isolement comme une solution à leur angoisse. Cependant, en perdant leurs repères identitaires

et ceux du monde qui les entoure, leur contact avec la réalité s'avère plus éprouvant.

Historique

À partir des années 90, les équipes australiennes et britanniques ont souligné que les jeunes présentant une psychose débutante avaient des besoins spécifiques nécessitant une prise en charge distincte de celle des personnes atteintes de schizophrénie depuis plusieurs années (McGorry et coll. 1996; McGorry 2000; Birchwood 2000).

Devant cette situation, plusieurs pays ont consacré des efforts croissants à l'instauration de programmes adaptés pour les premiers épisodes psychotiques (PEP). Une association internationale s'intéressant à la psychose débutante (International Early Psychosis Association – IEPA) a été formée en 1998 et a publié des guides de pratiques pour de tels programmes (International Early Psychosis Writing Group 2005).

On a insisté sur l'importance de détecter précocement les symptômes de psychose (Falloon 1992) et d'offrir le plus tôt possible une intervention spécialisée et intensive afin de permettre un contrôle efficace des symptômes et une limitation des conséquences négatives de cette maladie.

Pour tenter de répondre davantage aux besoins particuliers des jeunes adultes souffrant d'un premier épisode psychotique, des cliniques desservant cette clientèle ont vu le jour. C'est à Melbourne, en Australie, que le psychiatre Patrick McGorry fonde la clinique EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) au début des années 90. En Australie, au Canada, aux États-Unis ainsi que dans quelques pays nordiques dont la Norvège et le Danemark naissent de multiples cliniques qui permettront de faire avancer la recherche et de démontrer l'efficacité de ces traitements. En 2001, le United Kingdom Department of Health fait une priorité de la mise en place d'équipes spécialisées dans le traitement des PEP. Cette décision entraînera la création de plus d'une cinquantaine de cliniques réparties sur tout le territoire du Royaume-Uni. Dans la même période, le gouvernement ontarien investit des millions de dollars pour l'émergence d'un réseau de cliniques de PEP couvrant des régions périphériques rattachées à un centre universitaire, afin de documenter la possibilité d'implanter localement des centres de traitement de pointe accessibles pour tous dans les régions urbaines ou rurales. Dans bien d'autres pays ainsi qu'au Québec, ce sont les initiatives d'équipes de psychiatres et de professionnels en santé mentale qui faciliteront l'ouverture de plusieurs cliniques.

Importance de la détection et de l'intervention précoce pour la psychose

L'un des objectifs principaux de la détection précoce est la réduction de la durée de psychose non traitée (DPNT), soit le délai entre le début des symptômes psychotiques et l'instauration d'un traitement adéquat (Larsen et coll. 2001). Les données probantes ont démontré qu'une longue DPNT est associée à un moins bon pronostic symptomatique et fonctionnel (White et coll. 2009). Ce délai se chiffre en moyenne à un an lorsque aucun programme de détection précoce n'est offert (Birchwood 2000). De plus, quand elle n'est pas traitée, la psychose

occasionne beaucoup de souffrance pour la personne atteinte et son entourage. Ses effets se répercutent à divers degrés sur le fonctionnement social, familial, scolaire et professionnel de la personne. La « toxicité psychosociale » de la maladie a de graves conséquences (itinérance, perte d'emploi, détérioration du réseau social, judiciarisation, pauvreté, augmentation de l'abus de substances, suicide, etc.) qui désorganisent une vie. Une détection précoce et une intervention intensive peuvent toutefois mener à une rémission complète des symptômes d'un premier épisode et à une diminution de la fréquence et de la sévérité des rechutes pour ainsi éviter une souffrance et une incapacité prolongées.

L'un des objectifs principaux de la détection précoce est la réduction de la durée de psychose non traitée (DPNT), soit le délai entre le début des symptômes psychotiques et l'instauration d'un traitement adéquat (Larsen et coll. 2001). Les données probantes ont démontré qu'une longue DPNT est associée à un moins bon pronostic symptomatique et fonctionnel (White et coll. 2009).

De plus, tel que le constatait le psychiatre américain Wayne Fenton, « les services de santé mentale ont échoué, du moins pour une proportion de jeunes patients avec une psychose débutante, à les maintenir en traitement et à prévenir les rechutes ou la détérioration du fonctionnement » (Gleeson et McGorry 2004). Des problèmes majeurs concernant les soins habituellement offerts sont effectivement constatés. Par exemple, des délais indus avant de pouvoir consulter et d'accéder à des traitements efficaces font que trop souvent, le traitement s'amorce dans un contexte de crise et de désorganisation comportementale sévère. Pour avoir accès aux soins, les jeunes doivent souvent afficher une dangerosité pour eux-mêmes ou pour autrui. Dans ce contexte, les stratégies initiales de traitement (garde en établissement, contention, intervention policière, médication contre le gré du patient, etc.) sont souvent vécues de façon traumatisante et aliénante.

La faible et souvent lacunaire continuité des soins rend l'alliance thérapeutique difficile à établir. En effet, le jeune, selon qu'il est hospitalisé ou suivi à l'externe, peut recevoir des services de diverses personnes ou organisations ayant parfois des philosophies très différentes. Il arrive même qu'après une hospitalisation, le jeune se retrouve sans suivi médical et psychosocial ou qu'il soit inscrit sur une très longue liste d'attente, baignant à nouveau dans un contexte de vie très stressant (donc à risque de précipiter une rechute). Les services habituels ne répondent pas non plus à plusieurs besoins psychologiques des jeunes (par exemple, la compréhension de la maladie et le soutien pour gérer la détresse et les effets sur le passage de la vie d'adolescent au début de celle d'adulte, leur identité propre, leur plan de vie et leurs relations interpersonnelles, etc.). De plus, on ne tient pas assez compte des

troubles présents en comorbidité, notamment la toxicomanie. Bien que la pharmacothérapie soit essentielle, on atteint rarement une rémission fonctionnelle et psychologique complète sans une aide psychologique spécialisée. À cette phase de la maladie, le chemin vers la rémission s'avère un défi de taille, mais potentiellement plus facile à atteindre qu'à un stade plus avancé.

Les cliniques de PEP s'adressent aux jeunes adultes (souvent âgés entre 18 et 30 ans) qui présentent un trouble psychotique. Certaines ouvrent aussi leurs portes à la clientèle adolescente en pédopsychiatrie. Les jeunes sont admis alors qu'ils n'ont pas encore reçu de soins prolongés pour leurs symptômes psychotiques (ou encore s'ils ont reçu moins de trois à douze mois de traitement). La pierre d'assise est une équipe interdisciplinaire (psychiatres, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychologues, infirmières) qui sait créer un climat accueillant et convivial.

L'intervention précoce dans le cadre de ces programmes vise donc, autant que possible, à prévenir la détérioration psychosociale habituellement observée dans les premières années d'évolution de la maladie, voire avant le premier épisode psychotique (par exemple, la rupture de liens sociaux, les échecs professionnels ou scolaires et les incidents graves tels que des tentatives de suicide ou de l'agressivité). Elle permet également d'obtenir une meilleure réponse des symptômes psychotiques positifs au traitement ainsi qu'une amélioration de l'évolution fonctionnelle durant les premières années de la maladie (Addington et Addington 2008). Une approche de traitement intensif dès les premières difficultés de fonctionnement social, familial et professionnel permet au mieux d'éviter cette détérioration, sinon d'en atténuer les effets et d'optimiser l'accomplissement d'un projet de vie (Abdel-Baki 2006; Malla et Norman 2001). Elle stimule l'espoir chez le jeune et sa famille vivant le traumatisme d'une maladie qui peut être dévastatrice (McGorry et coll. 1991). Les interventions efficaces comprennent : une pharmacothérapie aux doses minimales efficaces, des interventions familiales, des activités de réadaptation en groupe et une psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale ou de soutien (Bird et coll. 2010; Ehmann et coll. 2004; Gleeson et McGorry 2004; Malla et Norman 2001).

Description et fonctionnement d'une clinique de premier épisode psychotique

Les cliniques de PEP s'adressent aux jeunes adultes (souvent âgés entre 18 et 30 ans) qui présentent un trouble psychotique. Certaines ouvrent aussi leurs portes à la clientèle adolescente en pédopsychiatrie. Les jeunes sont admis alors qu'ils n'ont pas encore reçu de soins prolongés pour leurs symptômes psychotiques (ou encore s'ils ont reçu moins de trois à douze mois de traitement). La pierre d'assise est une équipe interdisciplinaire

(psychiatres, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychologues, infirmières) qui sait créer un climat accueillant et convivial.

Deux éléments de l'intervention sont considérés comme essentiels : le *timing* de l'intervention qui vise la diminution de la DPNT (McGlashan 1999) et sa qualité, soit une approche intensive et intégrative (incluant les meilleurs traitements biologiques et psychosociaux) qui tient compte des perspectives développementales et des phases de la maladie (Edwards et McGorry 2002; Malla et Norman 2001). Les interventions sont personnalisées selon les besoins de chaque individu. Les services offerts dès le premier épisode psychotique doivent favoriser l'engagement et la rétention au suivi de façon proactive durant les deux à cinq premières années de la maladie.

L'accès au service est souvent simplifié afin d'assurer une première réponse très rapide. Par exemple, certaines cliniques acceptent les références de plusieurs sources (intervenant scolaire ou communautaire, famille ou proche du jeune, médecin de famille). La première évaluation se fait le plus tôt possible après la réception de la référence. Un premier contact est établi afin de déterminer si la personne présente des signes probables d'un début de psychose. Par la suite, une évaluation plus approfondie est complétée par des experts de l'équipe interdisciplinaire afin de vérifier si la personne souffre effectivement de psychose et quelles sont ses difficultés, ses besoins et son projet de vie.

Après l'évaluation, un traitement médical et psychosocial complet et intensif est offert en donnant priorité à l'intervention dans le milieu de vie du jeune en autant que faire se peut. Lorsque cela est nécessaire, l'hospitalisation la plus courte possible est facilitée. Dans les moments de crise, le suivi peut être intensifié si cela est requis. Il arrive même qu'un jeune vienne quotidiennement à la clinique ou à l'hôpital de jour afin d'éviter ou d'écourter l'hospitalisation. Tous les efforts sont mis en œuvre pour que le jeune retrouve un degré de fonctionnement optimal.

L'intervention interdisciplinaire se fait dans le cadre d'une approche de collaboration avec le jeune et ses proches. Elle cherche d'abord à stabiliser les symptômes et la situation de vie, incluant la résolution de problèmes concernant l'hébergement, les relations sociales, le revenu, etc. Puis, graduellement, l'intervention cible une plus grande autonomie du jeune par sa réintégration dans un rôle social significatif pour lui. Pour y parvenir, des activités dans sa communauté et son environnement social sont privilégiées. On lui offre aussi du soutien afin de l'aider à retourner aux études ou au travail le plus rapidement possible.

Chaque jeune reçoit les services « intensifs » d'un intervenant principal qui peut être gestionnaire de cas ou *case manager* et d'un psychiatre pendant deux à cinq ans (selon les programmes), pour être ensuite référé à d'autres services en fonction de ses besoins (omnipraticien, service de santé mentale adulte). Dès que possible, le projet de vie du jeune est examiné avec lui dans le contexte de l'intervention psychologique, afin de l'aider à acquérir les habiletés pour le réaliser ou pour le réévaluer au besoin. De même, l'intégration de l'expérience psychotique dans la vie du jeune sera explorée grâce à l'approche cognitivo-comportementale afin que celui-ci puisse lui donner un sens. Au début du traitement, le jeune bénéficie, en moyenne, d'une ou de deux rencontres par semaine puis graduellement, cette fréquence diminue jusqu'à une rencontre aux deux semaines, parfois plus, mais rarement

moins qu'une fois par mois. Il pourra participer à des groupes thérapeutiques promouvant l'adaptation à l'épisode psychotique par l'amélioration d'habiletés sociales et fonctionnelles, une meilleure connaissance de soi, l'atteinte des objectifs de vie et la croissance de l'autonomie personnelle. Les approches de groupe sont privilégiées car elles ont beaucoup à apporter : force du groupe de pairs, partage de l'expérience, bris de l'isolement.

Les modalités d'intervention de groupe sont diverses : psychoéducation, psychothérapie cognitivo-comportementale, gestion du stress, groupe facilitant le retour au travail ou aux études, activités de plein air, sport, thérapie motivationnelle pour abus de substances, atelier d'ergothérapie, musicothérapie, etc. Il est évident qu'une telle intensité de services nécessite que le nombre de patients assignés à chaque intervenant soit limité (80 à 100 pour les psychiatres, 10 à 30 pour les intervenants principaux (selon les programmes)) (EPPIC 2001; Edwards et McGorry 2002).

S'il accepte (ce à quoi il est fortement encouragé), le jeune est rencontré avec sa famille par l'équipe traitante (le plus tôt possible dès l'instauration du traitement). La famille, les proches et les autres intervenants communautaires sont vus comme des alliés dans le cadre du traitement. Une approche de psychoéducation s'adressant à des groupes de familles complète l'intervention de psychoéducation et de soutien offerte individuellement aux familles. Pour les familles où le besoin de thérapie familiale se fait sentir, un thérapeute spécialisé tiendra une série de rencontres afin d'améliorer entre autres leur capacité à résoudre des problèmes et leur communication. Toutes les interventions individuelles et familiales tiennent compte de l'équilibre délicat entre le soutien familial ou communautaire nécessaire et l'importance d'encourager la séparation-individuation et l'autonomie propre à l'étape développementale. La philosophie au cœur du traitement consiste à considérer le jeune adulte comme ayant des projets de vie et du potentiel, mais devant s'adapter à une maladie qu'il doit apprendre à « maîtriser », plutôt que comme un jeune « malade vulnérable » à qui il faut éviter les stress de la vie en raison d'un handicap chronique. Cette perception permet au jeune de cultiver l'espoir et d'atteindre son plein potentiel tout en tenant compte de ses limites. Ainsi, il n'est pas souhaitable, en début de maladie, de « déclarer » un jeune inapte au travail de façon prolongée sans avoir tenté, au moment opportun, une réinsertion graduelle dans un projet socioprofessionnel ou scolaire adapté aux capacités et aux limites du jeune. Ce faisant, on évite de miner l'espoir et la motivation servant à actualiser le potentiel de chaque individu.

Le taux de rechute cinq ans après un premier épisode psychotique est d'environ 80 %, les principaux facteurs associés étant l'arrêt de la médication et un fonctionnement social prémorbide pauvre (Robinson et coll. 1999). L'observance médicamenteuse est donc une des pierres angulaires du traitement puisque l'arrêt de l'antipsychotique augmente de cinq fois le risque de rechute (Robinson et coll. 1999). L'équipe donne donc de l'information sur les risques et les bénéfices de la médication, ce qui aide le jeune à faire un choix libre et éclairé. Si ce dernier refuse la médication, la collaboration entre l'équipe et le jeune sera encore plus étroite. Malgré l'efficacité de la médication, la psychose est une maladie souvent marquée par des rechutes ou des symptômes persistants. C'est pourquoi des interventions psychosociales adjuvantes ont été mises au point au sein des cliniques de PEP : notamment, l'intervention familiale diminue le risque de rechute tandis que

la thérapie cognitivo-comportementale restreint la sévérité des symptômes (Bird et coll. 2010).

Les études des dernières décennies montrent, malgré l'hétérogénéité des parcours, une évolution favorable à la suite d'un diagnostic de psychose (entre autres de schizophrénie) chez plus de 50 % des personnes. Environ 25 % de celles qui vivent un premier épisode psychotique ne feront pas de rechute. Pour les autres, la maladie sera le plus souvent épisodique (fréquence variable des épisodes) et, plus rarement, caractérisée par une symptomatologie persistante ou une détérioration soutenue (Abdel-Baki et coll. 2011; Harrison et coll. 2001). L'évolution des deux premières années de suivi, qui constitue le facteur prédictif le plus important de l'évolution à long terme, milite en faveur de l'intervention précoce pour le premier épisode psychotique (Harrison et coll. 2001). L'étude de la clinique EPPIC à Melbourne en Australie a démontré des effets positifs persistants sept ans après la fin du programme d'intervention précoce de dix-huit mois pour le premier épisode psychotique : 59 % étaient en rémission symptomatique, 31 % rencontraient les critères de rétablissement social et vocationnel et près de 25 % vivaient à la fois une rémission symptomatique et un rétablissement social et vocationnel (Henry et coll. 2010).

Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques

Au Québec, plusieurs programmes pour les jeunes souffrant d'une psychose débutante ont été implantés en milieu universitaire et dans diverses régions périphériques et rurales. Par contre, pour la majorité de ces programmes, le fonctionnement comporte des défis, car les ressources humaines et organisationnelles sont limitées. C'est pourquoi des professionnels en santé mentale des programmes pour les PEP qui ont à cœur le rétablissement de ces jeunes ont mis sur pied en juin 2004 l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP), un organisme sans but lucratif qui a pour rôle de favoriser les échanges cliniques et scientifiques entre les différents programmes cliniques, les associations et les organismes communautaires œuvrant auprès des jeunes présentant une psychose débutante.

L'AQPPEP s'est donné comme mandat de sensibiliser le grand public pour que les stigmates reliés au premier épisode psychotique diminuent et que l'identification des personnes atteintes et leur orientation vers des services appropriés s'améliorent. Pour ce faire, elle a mis en place l'un des rares sites Web francophones consacrés à ce sujet (www.aqppep.com). Elle a aussi organisé les premières journées québécoises de sensibilisation à la psychose débutante, tenues aux deux ans depuis 2005, à Montréal, à Québec et à Trois-Rivières et s'adressant à toute la population. L'Association est consciente que la sensibilisation du public est une démarche sans cesse à renouveler et qui ne peut se limiter à une seule journée ni à une seule région du Québec.

Également, comme ce champ de la psychiatrie est en constante évolution, l'AQPPEP offre annuellement à ses membres de participer à des journées de formation continue où divers spécialistes sont invités pour des présentations ou des ateliers. Elle regroupe aussi ses membres aux deux ans pour une journée de réflexion sur les meilleures pratiques afin de faire connaître les nouvelles initiatives, de promouvoir l'excellence des soins et de tisser l'entraide et le réseautage entre les cliniques.

L'AQPPEP tente aussi de sensibiliser les administrateurs du réseau de la santé et les autorités politiques à l'importance des enjeux reliés au premier épisode psychotique en vue d'obtenir les ressources nécessaires à l'atteinte de ses objectifs. Elle soutient enfin la recherche et sa diffusion auprès des professionnels et des étudiants sur les problématiques liées aux personnes présentant leur premier épisode psychotique. Par le biais de publications et de présentations à divers congrès nationaux et internationaux (AMPO, IEPA, etc.), l'AQPPEP fait connaître ce qui se fait comme intervention précoce au Québec et promeut sa progression (L'Heureux et coll. 2006).

Pour continuer à exister et à prendre de l'expansion, l'AQPPEP recrute et rassemble des membres actifs (les professionnels travaillant à l'intérieur de cliniques pour PEP) et des membres associés (tout professionnel ayant un intérêt particulier pour le sujet) dans toutes les régions de la province. Leurs titres professionnels sont variés et ils peuvent œuvrer autant auprès de la clientèle adulte que pédopsychiatrique (enfant et adolescent).

L'AQPPEP regroupe ainsi une quinzaine de cliniques pour PEP. Ces cliniques membres partagent une vision commune quant aux principes de base d'accessibilité rapide aux soins et de spécificité de l'approche pour la période entourant le premier épisode de psychose. Elles conservent cependant chacune leur indépendance, d'où une certaine variabilité dans leurs critères d'inclusion et dans leur fonctionnement, tel qu'on le retrouve également à l'échelle internationale (Edwards et McGorry 2002; Ehmann et coll. 2004).

Grâce à la collaboration de gens de partout au Québec, l'AQPPEP parvient à améliorer le sort des jeunes adultes qui vivent un premier épisode psychotique. Des cliniques existent maintenant un peu

partout : Montréal, Québec, Saint-Jean-sur-Richelieu, Shawinigan, Drummondville, Chicoutimi, Rimouski et Trois-Rivières. Des défis spécifiques se posent aux différentes cliniques en fonction de leur localisation géographique. Par exemple, en région plus éloignée des grands centres, le manque de transport en commun et les distances considérables à parcourir constituent des obstacles à l'accessibilité aux soins. Le plus faible nombre de nouveaux patients référés rend aussi plus laborieuse la constitution de groupes. Les problèmes de recrutement de personnel, la plus grande diversité d'habiletés cliniques exigées d'intervenants moins nombreux et le nombre plus restreint d'organismes communautaires ont aussi été identifiés comme autant de barrières à surmonter pour que la prestation des soins par ces cliniques soit optimale (Kelly et coll. 2007). Par contre, il est plus facile d'influencer les décisions administratives dans ces établissements à la structure moins lourde et de sensibiliser les intervenants de première ligne tels que les omnipraticiens et le personnel enseignant en raison de leur plus petit nombre. Le Centre national d'excellence en santé mentale du Québec se penche actuellement sur l'intervention précoce pour la psychose et sur les pratiques qu'il serait souhaitable d'implanter sur le territoire québécois. Une telle initiative provenant des instances décisionnelles nationales pourrait avoir des répercussions très positives sur l'accessibilité aux services de santé mentale indiqués pour les patients présentant une psychose émergente.

Que ce soit en région urbaine ou rurale, il est donc clair que la psychose peut provoquer des effets dévastateurs pour ceux qui en souffrent et pour leurs proches. Heureusement, une intervention précoce, globale et intensive comme celle prônée par les cliniques membres de l'AQPPEP contribue à en améliorer le pronostic et à favoriser le rétablissement des jeunes Québécois atteints.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdel-Baki, A. (2006). « L'émergence de la psychose chez l'adolescent et le jeune adulte : réflexions sur l'intervention précoce et l'expérience australienne ». *Prisme*, (45).
- Abdel-Baki, A. et coll. (2011). « Schizophrenia, an illness with bad outcome: Myth or reality? ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 92-101.
- Addington, D. et J. Addington. (2008). « First-episode psychosis ». Dans K. T. Mueser et D. V. Jeste (édit.), *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York, Guilford Press.
- Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques. [En ligne]. www.aqppep.com (Consulté le 3 avril 2012).
- Birchwood, M. (2000). « The critical period for early intervention ». Dans M. Birchwood, D. Fowler et H. J. Jackson (édit.), *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence, and Intervention* (28-63). New York, Wiley.
- Bird, V. et coll. (2010). « Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review ». *British Journal of Psychiatry*, (197), 350-356.
- Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. (2001). *Case Management in Early Psychosis: A Handbook*, Melbourne, EPPIC.
- Edwards, J. et P. D. McGorry. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis – A Guide to Establishing Psychosis Services*, Londres, Martin Dunitz.
- Ehmann, T., G. W. McEwan et W. G. Honer. (2004). *Best Care in Early Psychosis Intervention – Global Perspectives*, Londres, Taylor & Francis.
- Falloon, I. R. (1992). « Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration ». *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, (55), 4-15.
- Gleeson, J. F. M. et P. D. McGorry. (2004). *Psychological interventions in early psychosis: A treatment handbook*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Harrison, G. et coll. (2001). « Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study ». *British Journal of Psychiatry*, (178), 506-517.
- Henry, L. P. et coll. (2010). « The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: Longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 716-728.
- International Early Psychosis Association. [En ligne]. www.iepa.org.au/ (Consulté le 3 avril 2012).
- International Early Psychosis Writing Group. (2005). « International clinical practice guidelines for early psychosis ». *British Journal of Psychiatry*, (187 Suppl. 48), s120-s124.
- Kelly, M., A. O'Meara Howard et J. Smith. (2007). « Early intervention in psychosis: A rural perspective ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (14), 203-208.
- Larsen, T. K. et coll. (2001). « Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment ». *American Journal of Psychiatry*, (158), 1917-1919.
- L'Heureux, S. et coll. (2006). *Increasing Awareness of Psychosis in Quebec: The 'Birth' of a Provincial Association of Early Psychosis Clinics (AQPPEP)*, affiche AMPO Québec et IEPA Birmingham.
- Malla, A. M. et R. M. Norman. (2001). « Treating psychosis: Is there more to early intervention than intervening early? ». *Canadian Journal of Psychiatry*, (46), 645-648.
- McGlashan, T. H. (1999). « Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? ». *Biological Psychiatry*, (46), 899-907.
- McGorry, P. D. (2000). « The scope for preventive strategies in early psychosis: Logic, evidence and momentum ». Dans M. Birchwood, D. Fowler et H. J. Jackson (édit.), *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence, and Interventions* (3-27). New York, Wiley.
- McGorry, P. D. et coll. (1991). « Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis. An unrecognized postpsychotic syndrome ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, (179), 253-258.
- McGorry, P. D. et coll. (1996). « EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management ». *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-326.
- Robinson, D. et coll. (1999). « Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder ». *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 241-247.
- White, C. et coll. (2009). « Predictors of 10-year outcome of first-episode psychosis ». *Psychological Medicine*, 39, 1447-1456.

Résidence Paul-Pau, passage en douceur vers un projet de vie adulte¹

Par Alain Boisvert, adjoint au directeur, DSSSJC, CJM-IU; avec la collaboration de Daniel Masse, agent de planification, de programmation et de recherche, DSPAU, CJM-IU

Dans le cadre d'une entente de partenariat entre le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU), l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL) et l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP), la résidence Paul-Pau offre des services visant à répondre aux besoins des jeunes vivant un problème de santé mentale et provenant du CJM-IU. Le programme facilite leur transition entre le réseau des services à la jeunesse et celui des services réservés aux adultes.

« Dans le Plan d'action santé mentale 2005-2010, la planification de la transition entre les services destinés aux jeunes et ceux réservés aux adultes constitue un des objectifs prioritaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Parmi les constats, on déplore que « le passage des services de psychiatrie pour les enfants et les jeunes à ceux offerts aux adultes soit souvent difficile et marqué de ruptures dans l'ensemble des services offerts ». De plus, on y souligne que « la continuité et la stabilité sont particulièrement importantes à cette étape de la vie au cours de laquelle le jeune adulte doit faire face à de nombreuses adaptations » (Trépanier et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2008). Un des enjeux est l'assouplissement des frontières entre les services aux jeunes et aux adultes.

En 2005, le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU), l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL) et l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) se sont associés pour développer une offre de services, conjointe et intégrée, pour une clientèle de jeunes de 16 à 20 ans ayant des problèmes de santé mentale et hébergée en réadaptation au CJM-IU, à la résidence Paul-Pau. Paul-Pau est une ressource d'hébergement de 9 places, qui permet une transition harmonieuse entre le réseau des services à la jeunesse et celui des services aux adultes. La résidence permet de combler ce vide dans l'offre de services en santé mentale, auquel fait face la clientèle ciblée.

En effet, plusieurs jeunes hébergés au CJM-IU et qui sont suivis en pédopsychiatrie pour des problèmes de santé mentale se retrouvent devant un vide de services lorsqu'ils arrivent à l'âge de 18 ans. À cet âge, ces jeunes, qui ont connu d'importants problèmes psychosociaux et familiaux, ne peuvent compter sur un soutien familial adéquat et sont à grand risque d'exclusion sociale. [...] Après leur séjour en centre jeunesse, qui se termine à leur majorité, plusieurs connaissent une détérioration de leur santé physique et mentale, une dégradation de leurs conditions de vie, l'itinérance, la toxicomanie, la prostitution ainsi que des problèmes avec la justice. Par ailleurs, il est bien établi que la continuité et la stabilité sont importantes à cette étape de la vie où le jeune adulte doit faire face à de nombreuses adaptations. [Un des enjeux systémiques de

cette problématique est l'assouplissement des frontières entre les services offerts aux jeunes et ceux destinés aux adultes.] Ce service permet d'assurer une meilleure transition entre l'adolescence et le stade de jeune adulte, entre les services des CJM-IU et ceux de la psychiatrie adulte. [...]

La clientèle

La clientèle visée par ce projet est celle des jeunes de 16 à 20 ans ayant un diagnostic psychiatrique et un suivi en pédopsychiatrie ou en psychiatrie adulte. Ils reçoivent des services du CJM-IU et des services d'hébergement en fonction de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Les diagnostics les plus courants sont les troubles de l'attachement, le syndrome Gilles de la Tourette, la toxicomanie, les troubles anxieux, la dépression, la déficience légère, le déficit de l'attention, le syndrome post-traumatique, le trouble bipolaire, les troubles psychotiques, les troubles schizo-affectifs et le trouble de personnalité limite.

[À 18 ans, ces jeunes] se retrouvent en quête de liberté et d'autonomie sans avoir développé jusque-là les habiletés et les compétences nécessaires. Ils n'arrivent pas à reconnaître leurs propres besoins, ce qui est un obstacle majeur à d'éventuelles demandes de services. C'est notamment pour ce motif que les jeunes de 18 à 25 ans sont sous-représentés dans les services aux adultes, non pas parce que les besoins sont moins présents, mais parce qu'il est difficile de rejoindre cette tranche de la population nécessitant ce type de services.

Description du programme

L'objectif général visé par le programme est d'assurer aux garçons et filles provenant du CJM-IU et ayant des problèmes sévères de santé mentale un processus harmonieux de transition entre le réseau des services à la jeunesse et celui des services aux adultes. Le programme les soutient dans cette période charnière de leur vie et les aide dans le maintien et le développement de leurs compétences et de leur autonomie en visant une amélioration de leur qualité de vie. Pour cela, le programme consiste à offrir aux jeunes des services

¹ Inspiré de A. Boisvert. (2011). « Résidence Paul-Pau, passage en douceur vers un projet de vie adulte ».

d'hébergement et de réadaptation psychosociale adaptés à leurs besoins et caractéristiques, pour leur permettre d'accroître leurs compétences aux plans personnel, relationnel et fonctionnel. La Résidence Paul-Pau, située dans l'Est de Montréal, offre un milieu de vie grandement individualisé qui permet aux jeunes de s'approprier à leur rythme davantage de liberté et d'autonomie au fur et à mesure de leur évolution.

Les objectifs d'intervention

Les objectifs de l'intervention sont au nombre de quatre : soutenir la transition à l'âge adulte, développer l'autonomie, stimuler la motivation et favoriser l'intégration sociale.

Soutenir la transition à l'âge adulte

Un objectif central de l'intervention est de soutenir les jeunes dans leurs multiples transitions : transition entre l'adolescence et l'âge adulte, transition entre le réseau de la jeunesse et celui des adultes, transition entre la vie en centre jeunesse et un projet de vie permanent. Certains jeunes, au tournant de leurs 18 ans, ont encore besoin d'intervention de réadaptation; les défis pour ces jeunes sont nombreux et le soutien dont ils ont besoin est à la fois important, mais aussi propice à d'importants défis.

Développer l'autonomie

Intimement liées à la notion de transition à la vie adulte, viennent la notion et la nécessité de l'autonomie. Le jeune doit développer son autonomie et se préparer à sa vie adulte. Les problèmes de santé mentale ont eu un impact important dans son parcours en centre jeunesse, son développement de compétences et d'autonomie s'en est donc trouvé altéré. Le développement de l'autonomie vise toutes les sphères de la vie : la préparation des repas, les soins d'hygiène, le ménage, les achats, la gestion du budget, etc. À cet égard, les plans d'intervention comprennent généralement des objectifs spécifiques liés au développement de l'autonomie.

Stimuler la motivation

Dans la foulée des enjeux entourant la transition à l'âge adulte et d'une préoccupation dans l'intervention pour le développement de l'autonomie des jeunes, vient le défi crucial de stimuler la motivation. À la suite du vécu très structuré en

centre jeunesse, il y a un véritable défi à stimuler la motivation des jeunes, à faire en sorte que l'initiative vienne d'eux-mêmes et qu'ils croient en la valeur de leur propre autonomie. À cet âge, ils sont encore adolescents et la mobilisation n'est pas acquise.

Favoriser l'intégration sociale

Pour ces jeunes, une transition vers l'âge adulte culmine dans une intégration sociale et le développement de leur potentiel afin de leur permettre de s'intégrer dans la communauté et de poursuivre une vie satisfaisante et gratifiante. Il est important de soutenir l'action ou de mettre en mouvement ces jeunes dans un programme d'études ou d'emploi. À tous ces objectifs, est également liée la notion de compétence dans les relations interpersonnelles, dont les acquis réalisés en centre jeunesse sont encore à généraliser et à transférer dans d'autres contextes, avec d'autres personnes. Une transition harmonieuse entre les milieux favorise le maintien et le développement de compétences interpersonnelles.

Les objectifs de programme

Trois objectifs sont visés par le programme : améliorer l'accès et la continuité des services; favoriser l'intégration des expertises et le transfert des connaissances.

Améliorer l'accès et la continuité des services

Dans le cadre de la LPJ, l'intervention se réalise quand le jeune et son entourage n'arrivent pas à se mobiliser dans la réponse à donner au jeune pour résoudre la situation compromettant son développement. Admis à Paul-Pau vers 17 ans, il apprend à connaître le réseau adulte et communautaire. La frontière existant entre le réseau à l'enfance et celui dévolu aux adultes est, pour lui, devenue transparente.

Plusieurs jeunes adultes commencent à recevoir des services en réadaptation psychiatrique adulte vers 22 ou 23 ans après un passage par l'itinérance et les souffrances qui s'y rattachent. En plus d'avoir une situation physique et mentale grandement détériorée, les liens entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie ont été rompus. Les informations psychosociales ne sont plus accessibles. L'intervention conjointe à la ressource Paul-Pau permet d'assurer une transition entre les professionnels à l'enfance et à l'adulte. >>>

Un exemple

Caroline est une jeune femme âgée de 17 ans, hébergée depuis plus d'un an dans une unité d'encadrement intensif du CJM-IU. Avec l'objectif de préparer la transition vers le réseau adulte, son intervenante sociale de la protection de la jeunesse fait une demande d'orientation vers la résidence Paul-Pau.

Dans sa petite enfance, Caroline a vécu de la négligence importante et elle a été victime d'abus physiques et sexuels. Vers l'âge de 5 ans, elle est prise en charge par les services sociaux; d'abord placée en famille d'accueil puis déplacée en foyer de groupe pour finalement se

retrouver en unité de réadaptation. Son parcours est parsemé de ruptures et de déplacements. L'instabilité des parents a mené à la coupure des liens avec eux, ceci depuis plusieurs années.

Caroline est suivie en pédopsychiatrie pour un trouble de l'attachement sévère et un trouble explosif intermittent. Elle présente également des comportements d'automutilation, mais ceux-ci sont moins fréquents et moins intenses, car la jeune fille a acquis une capacité de contrôle et elle est maintenant apte à utiliser d'autres moyens d'apaisement.

Depuis l'arrivée de la jeune à la résidence Paul-Pau, les intervenants observent une grande fragilité émotionnelle. Caroline a de la difficulté à gérer le stress lié aux situations de la vie quotidienne la concernant. Elle est perméable à l'atmosphère du groupe ou aux situations vécues par les pairs. Elle éprouve des difficultés à décoder et à respecter la frontière avec l'autre et elle est harcelante dans ses demandes auprès des intervenants et des pairs. Elle recherche la présence quasi constante de l'adulte pour libérer l'anxiété et raconter ses préoccupations. Son anxiété et sa faible estime personnelle l'empêchent de se mobiliser dans un projet d'activité comme un stage de travail. On observe également un recours fréquent à l'urgence du centre hospitalier et au centre de crise pour des idées suicidaires ou des malaises physiques.

Un plan d'intervention est élaboré avec la participation de Caroline pour définir les objectifs de travail.

Concrètement, dans le volet psychosocial, l'intervenante sociale de la protection de la jeunesse assure le mandat de protection de Caroline jusqu'à ses 18 ans. De plus, elle a entrepris des démarches avec la pédopsychiatre et l'intervenante sociale de l'équipe traitante pour évaluer le besoin d'un régime de protection à l'âge adulte. Son éducatrice-responsable propose également des activités et de l'accompagnement à Caroline pour son budget, ses démarches un stage de travail et auprès de l'aide sociale.

Sur le plan médical, en raison de la surutilisation par Caroline des services de l'urgence et du centre de crise, une action concertée entre les trois équipes (Paul-Pau, urgence de l'HLHL et centre de crise L'Appoint) est mise en place :

- Établissement d'un protocole afin de bien situer le rôle de chacun des services
- Transfert officiel du dossier de Caroline vers les services en psychiatrie pour adulte de l'HLHL

- Orientation de Caroline vers le programme Trouble de la personnalité en clinique externe
- Inscription à une activité de groupe (idées suicidaires)
- Suivi régulier pour la médication et la santé globale par l'infirmière de la résidence Paul Pau

Pour ce qui est du volet familial, Caroline a exprimé le désir de renouer avec les membres de sa famille. Des rencontres régulières avec l'intervenante et l'éducatrice afin de baliser cette reprise de contacts, car ceux-ci risquent de provoquer une certaine anxiété chez la jeune femme et à moyen terme affecter son fonctionnement. L'équipe éducative assure une écoute active et apporte au besoin le soutien nécessaire.

Pour le volet affectif, relationnel et sexuel, Caroline présente des comportements à risque (relations sexuelles non protégées, partenaires multiples à l'extérieur du milieu de vie). De plus, elle a une relation intime avec un résident de la ressource. Des rencontres régulières sont instaurées avec la sexologue afin d'entreprendre un programme d'éducation sexuelle et d'accompagnement visant l'affirmation de soi et la capacité à poser ses limites.

L'ensemble des mesures a favorisé un certain apaisement chez Caroline, ce qui l'a rendue plus disponible aux activités proposées à la résidence et dans la communauté. Un stage de travail en entretien ménager lui a permis de prendre confiance en elle et de mettre à contribution certaines de ses compétences. Son dossier médical a été transféré et elle a maintenant un suivi psychiatrique à l'HLHL. Un lien de confiance est établi avec l'équipe traitante. Les communications avec sa famille sont encore instables, mais Caroline est maintenant capable d'en parler sans que cela suscite trop d'anxiété. Elle est présentement en intégration dans un appartement supervisé rattaché à l'HLHL et très mobilisée dans ce projet.

« Favoriser l'émergence d'une nouvelle pratique

Le projet constitue une expérience unique dans la mesure où il réunit des organisations aussi distinctes dans des secteurs d'activité aussi proches, mais à la fois éloignés par des cadres légaux différents. Les partenaires proviennent de cultures organisationnelles à mille lieux l'une de l'autre, de cultures de dispensation de services passablement différentes, mais partagent à la fois des valeurs très semblables centrées sur les besoins de la clientèle et le désir de trouver des réponses adaptées à leurs besoins. Jumeler tout cela dans un service avec une clientèle maintenant commune force le développement de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques.

Le personnel éducatif de la résidence Paul-Pau relève de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, à l'exception d'un psychoéducateur du centre jeunesse qui soutient l'équipe et les jeunes dans leurs démarches. Le contexte d'intervention à Paul-Pau est très différent du contexte d'intervention des autres ressources communautaires de l'Hôpital; plusieurs mouvements de personnel ont eu lieu avant que l'équipe éducative se stabilise.

Le personnel éducateur de HLHL a développé, au fil des ans, une expertise avec une clientèle souffrant de troubles mentaux. Il est dédié et a fait le choix de cette clientèle. Il continue de développer son expertise en réadaptation et en pédopsychiatrie ainsi que les attitudes éducatives les plus porteuses. Les capacités d'observation, d'évaluation et de communication sont les pierres angulaires d'un travail multidisciplinaire. Le personnel de l'HLHL travaillant en pédopsychiatrie a développé cette expertise. Il est particulièrement impliqué dans l'intégration des processus cliniques intégrés. L'éducateur planifie, organise, anime et utilise les différents moments de vie, les activités psychoéducatives et les activités d'intégration auprès de la clientèle. Il assure un accompagnement individualisé du jeune et de ses parents, et agit comme agent de liaison auprès des partenaires scolaires et des organismes communautaires. Par l'observation et la consignation des indices comportementaux de la clientèle, il contribue à l'élaboration et à la réalisation des plans de soins avec une équipe multidisciplinaire. Il participe à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention intégré et de ses révisions. C'est donc du personnel éducateur de l'HLHL, assumé financièrement par

l'HLHL, qui assure l'intervention de proximité auprès de la clientèle.

Cette clientèle propose des défis particuliers aux organisations. La mise en place d'une équipe multidisciplinaire répond à un certain nombre de ces défis. Cette équipe multidisciplinaire génère une intégration d'expertise et une optimisation des services de réadaptation et des soins pédopsychiatriques.

L'équipe multidisciplinaire est composée de professionnels (éducateurs, psychoéducateurs, travailleurs sociaux, psychologues, sexologues, infirmiers, psychiatre, chercheurs et gestionnaires) des trois organisations. Ces principaux rôles sont : l'évaluation de chacun des clients, l'identification de leurs besoins et le suivi par la mise en place des moyens et traitements dans un éventail de champs d'expertise. Les évaluations de chacun sont mises à contribution pour une compréhension globale du jeune et l'élaboration d'un plan de services intégrés en collaboration avec l'équipe éducative.

Favoriser l'intégration des expertises et le transfert des connaissances

Ces jeunes ont des besoins de plusieurs ordres qui font appel aux différentes expertises développées dans chacune des organisations partenaires. L'organisation des services et la contribution de tous permettent à ces expertises de s'intégrer dans l'offre de services développée.

Dans la foulée de l'intégration des expertises pour la clientèle ciblée pour la ressource Paul-Pau, plusieurs activités de formation, évaluations de programmes, colloques et autres permettent de briser également les frontières des connaissances.

La ressource Paul-Pau soulève l'intérêt de plusieurs milieux d'intervention autant par le caractère novateur de son offre de services que par le caractère dynamique des mécanismes de gouvernance. Les intervenants et gestionnaires sont régulièrement appelés à présenter l'organisation de l'offre de services et les résultats de leurs interventions en participant à de nombreux colloques, congrès et autres lieux de transfert de connaissance.

Des mécanismes de concertation et de gouvernance

Dans ce contexte d'intervention, un grand nombre d'acteurs joignent leurs analyses, leurs évaluations et leurs expertises dans l'intervention auprès des mêmes jeunes. Également dans un contexte novateur, des organisations joignent leurs ressources et leurs cultures pour qualifier les services rendus à la clientèle. Pour rendre efficace la concertation, des mécanismes efficaces qui laissent place à l'expression et à la créativité de chacun sont mis en place.

C'est dans un partage clair des responsabilités et dans un esprit de cogestion que s'articule le soutien aux équipes par les chefs de service des trois organisations. Les stratégies de mobilisation du personnel comme les stratégies de développement de nouvelles pratiques s'articulent conjointement.

Il existe plusieurs groupes de développement où des représentants de chaque organisation se mobilisent autour de ce projet commun. Le développement de programme, l'intégration des processus cliniques, le suivi des plans de réinsertion sociale, le développement d'un plan de formation des intervenants, ces axes de développement et de soutien permettent à chacun de faire un peu sien cette offre de services spécialisés et intégrés.

Un comité opérationnel et de suivi, composé des directions des organisations et des chefs de service soutiennent le développement de ces mécanismes de concertation. Assurer le suivi de l'entente, agir comme troisième niveau de règlement de litige. Les directions générales assurent également un suivi de l'évolution de cette offre de services intégrée. C'est en demeurant centré sur les besoins particuliers de la clientèle qu'émergent les synergies nécessaires au développement de pratiques novatrices. Un comité d'évaluation du programme composé de gestionnaires et de chercheurs encadre l'agent chargé de l'évaluation de l'implantation du programme.

Des conseils d'administration jusqu'aux intervenants de proximité, tous sont sensibles aux besoins particuliers de cette clientèle particulièrement fragile, l'une des plus marginalisées, stigmatisées et ostracisées de notre société. Tous sont conscients qu'ils ne peuvent à eux seuls faire face à la complexité des problématiques présentes et chacun entretient l'idée que c'est ensemble que la différence peut être faite. [...]

Conclusion

Tous ceux qui gravitent autour de la résidence Paul-Pau ont l'intime conviction que le rapprochement entre ces organisations et ces disciplines a permis de créer autour de ces jeunes particulièrement fragiles et leurs parents, des conditions de réadaptation et des conditions de soins psychiatriques dans un milieu qui, par ses caractéristiques d'évaluation de la clientèle et d'intensité de l'intervention, répond à la complexité de leur problématique et permet l'apprentissage des habiletés nécessaires visant l'intégration sociale, scolaire et professionnelle.

Ainsi, les frontières se sont aplanies entre les services à la jeunesse et les services dévolus aux adultes, condition nécessaire afin d'arriver, autant que faire se peut, à ce que ces jeunes aient une place gratifiante dans la société. >>>

BIBLIOGRAPHIE

Boisvert, A. (2011). « Résidence Paul-Pau, passage en douceur vers un projet de vie adulte ». *Défi jeunesse*, XVIII(1), 21-27, [En ligne]. [www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/novembre2011/Residence%20Paul-Pau.pdf].

Trépanier, J. et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2008). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens : Planification de la phase II à Montréal*, Montréal, Service de planification et du développement stratégique.

Identification et intervention lors d'un premier épisode dépressif chez les jeunes

Par Johanne Renaud, M.D., M. Sc., FRCPC; Jean-Chrysostome Zanga, M. Ps.; Magalie Joly, B. Sc.; Sophia Rinaldis, M. Sc.; Theodora Mikedis, M.S.W., Institut universitaire en santé mentale Douglas, Centre Standard Life pour les avancées en prévention de la dépression et du suicide chez les jeunes, Groupe McGill d'études sur le suicide

INTRODUCTION

La dépression, l'une des maladies mentales les plus répandues, est un trouble de l'humeur qui se caractérise par un état de tristesse et de découragement prolongé. Elle se distingue donc des expériences normales de la vie et touche toutes les catégories d'âge. Comme pour toute maladie, l'intervention dépend avant tout de la rapidité à poser le diagnostic afin de pouvoir entreprendre le traitement.

Plusieurs études concernant la dépression couvrent les périodes de l'enfance, de l'adolescence, de l'âge adulte et de la période du vieillissement. Or, le passage de l'adolescence à l'âge adulte peut contribuer à l'apparition de symptômes dépressifs au regard des enjeux socioéconomiques et psychologiques propres à cette période de la vie. Les jeunes de 18 à 25 ans se trouvent dans une zone de transition sur plusieurs plans. Tant du côté socioéconomique que professionnel et personnel, ils commencent tout juste à expérimenter une certaine indépendance par rapport à leur famille d'origine. C'est une tranche de vie qui se caractérise par plus d'autonomie personnelle et financière, par la recherche d'une identité propre, d'une carrière et d'un contexte social plus personnalisé.

Nous tenterons au cours de cette analyse de souligner, à travers un cas clinique, ce qui marque la dépression chez le jeune adulte du point de vue de la symptomatologie et de l'intervention. Par ailleurs, nous présenterons quelques facteurs de risque et enjeux typiques chez ce groupe d'âge.

CAS CLINIQUE

Jeune femme de 19 ans, dynamique et sociable, Chloé demeure depuis trois ans en appartement à Montréal avec son amie Julie. Elle adore ses études en techniques d'éducation spécialisée au cégep et y investit beaucoup de temps, mais en est maintenant à sa dernière année. Elle affectionne la compagnie de ses amis, mais ses parents et son jeune frère résidant à Chicoutimi, elle n'a le temps de les voir qu'une fois par mois. Elle pratique plusieurs sports et travaille d'ailleurs à temps partiel comme sauveteuse en piscine pour la Ville de Montréal.

Durant les derniers six mois, des problèmes ont surgi dans la vie de Chloé : la rupture de sa relation amoureuse de deux ans avec son copain, des tensions à son emploi avec une nouvelle collègue de travail et des difficultés à rencontrer les exigences de son stage. De plus, elle doit travailler pour payer ses études et son appartement. Comme elle bénéficie de prêts et de bourses pour ses études, elle a accumulé des dettes.

Depuis plus de deux mois, la colocataire de Chloé a remarqué un changement important dans le comportement de son amie. Elle a noté que celle-ci, à la suite de l'échec de ses deux derniers examens de mi-session d'il y a environ trois semaines, s'isolait de plus en plus, refusant même de sortir avec ses amies pour rester chez elle. Elle n'a pas vu sa famille depuis quelques mois, prétextant qu'elle était trop occupée. Lors des repas, elle se retirait dans sa chambre en mentionnant ne pas avoir d'appétit; elle a donc perdu du poids. Sa bonne humeur n'est qu'un souvenir, elle devient de plus en plus irritable avec sa colocataire et pleure souvent. Elle a arrêté la pratique de tout sport il y a plusieurs mois. Dernièrement, elle a fait quelques confidences à Julie : elle était très préoccupée par la réussite de sa session et ne savait pas comment elle réussirait à aller à ses cours de troisième année et à terminer son dernier stage. Elle croyait avoir de moins en moins d'avenir et ne plus être utile. Il lui arrivait de croire qu'elle serait mieux morte. En plus d'être fatiguée, elle éprouvait des difficultés à se concentrer et de vilains maux de tête. Depuis plus de deux semaines, ses multiples préoccupations l'empêchaient de dormir ou la réveillaient fréquemment la nuit.

Devant les difficultés que Chloé doit affronter, Julie l'encourage à aller consulter la psychologue du cégep. Toutefois, Chloé se montre très ambivalente et voit cette action comme étant insurmontable, car la moindre petite activité lui semble pénible. Son hygiène en souffre, elle qui était toujours coquette. Pour sa part, Julie se montre déterminée et organise un rendez-vous pour Chloé tout en lui assurant qu'elle sera à ses côtés. Ceci rassure Chloé qui sait bien au fond d'elle-même que les choses ne sont plus comme avant.

À la première rencontre, la psychologue encourage Chloé à s'adresser à un médecin de famille afin qu'elle puisse obtenir une évaluation de sa condition physique et un billet médical pour l'aider à diminuer sa tâche scolaire. Elle lui conseille également d'aviser les professeurs et la coordonnatrice de son département pour qu'ils puissent être au courant des difficultés qu'elle vit actuellement. Julie continue d'accompagner Chloé dans les démarches à entreprendre.

Lors du rendez-vous médical, le médecin a procédé à l'examen de l'état physique de Chloé. Grâce à une entrevue détaillée, il a bien compris ses symptômes. Sa patiente a pu s'exprimer sur ce qu'elle vivait et sur les antécédents de dépression majeure et d'idées suicidaires de sa mère. Le praticien a pris le temps d'expliquer à la jeune femme la nature de ses problèmes actuels et lui a parlé des solutions envisageables de traitement : psychothérapie et pharmacothérapie s'il y a une accentuation des symptômes. Un diagnostic de dépression majeure a été retenu en attendant les résultats des examens sanguins et physiques.

Par la suite, un nouveau rendez-vous a été pris pour la semaine suivante afin de poursuivre l'évaluation médicale. Chloé a reçu un billet médical pour l'école.

L'étudiante s'est présentée à son cégep, a remis ce billet à sa coordonnatrice de programme puis une structure pédagogique a été mise en place avec l'appui des enseignants afin d'aider Chloé à réduire son retard scolaire, ce qui a grandement contribué à diminuer ses inquiétudes et son anxiété. Enfin, la psychologue scolaire a offert à Chloé le soutien thérapeutique nécessaire pour qu'elle puisse mieux gérer son nouvel état de santé.

PRÉSENTATION CLINIQUE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES JEUNES

1) Prévalence et comorbidité

Il a été estimé que chez le groupe d'âge de 15 à 24 ans, les taux de prévalence de la dépression majeure se situent entre 4 % et 7 % (Costello et coll. 2002). Plus précisément, le rapport de la santé publique du Canada (2011) évalue le taux de prévalence des troubles de l'humeur chez les 20-29 ans à 5,2 %. Ces pourcentages se rapprochent des 10 % calculés dans les populations adultes. Bien qu'il soit connu que la dépression afflige davantage les femmes, il est important de reconnaître que cette différence s'observe à partir de l'adolescence. Avant les changements hormonaux et sociaux engendrés par la puberté, les taux sont comparables chez les garçons et les filles (Costello et coll. 2002).

L'épisode de dépression majeure peut varier en sévérité. Lorsqu'il est léger ou modéré, le fonctionnement de la personne peut sembler normal au prix d'efforts notablement accrus. Quand il est sévère, le nombre de symptômes augmente et la personne présente une souffrance clinique significative ainsi qu'une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

L'une des difficultés entourant la dépression chez les jeunes concerne le taux élevé de troubles concomitants : de 40 % à 90 % (AACAP 2007). Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles anxieux, les troubles de comportements perturbateurs (comme le trouble de l'attention avec hyperactivité) ou les problèmes de consommation d'alcool ou de drogues. De plus, chez environ 10 % des personnes souffrant de dépression, un diagnostic de dysthymie est aussi retrouvé. Ce type de comorbidité est appelé « double dépression » et peut faire en sorte que la personne prenne plus de temps à s'en remettre.

La simultanéité de plusieurs troubles alourdit la situation et rend le processus d'identification de la dépression plus ardu. Pour ces raisons, le diagnostic différentiel doit être établi avec soin et attention. Des recommandations à cet effet seront discutées plus tard dans cet article.

2) Signes et symptômes

La caractéristique essentielle de l'épisode dépressif majeur est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt. L'humeur dépressive doit être présente presque toute la journée et se manifester par de la tristesse. Notons que chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, l'humeur est souvent qualifiée d'irritable plutôt que de triste. L'individu peut aussi afficher une perte d'intérêt envers ses activités sociales, sportives, scolaires, etc. Ces symptômes peuvent être constatés par la personne ou par ses pairs (DSM-IV-TR). Afin que l'on puisse poser le diagnostic de dépression majeure, l'état doit persister au moins deux semaines et entraîner une altération significative du fonctionnement usuel. Lors d'un épisode de dépression majeure, la personne doit, en plus, présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante : changement de l'appétit ou du poids, des habitudes de sommeil ou de l'activité psychomotrice; réduction de l'énergie; idées de dévalorisation ou de culpabilité : difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions; idées de mort récurrentes, pensées suicidaires, plans ou tentatives de suicide (DSM-IV, 1996).

Chez Chloé, les symptômes s'accumulent et s'aggravent tranquillement pendant plusieurs semaines. Son rendement à l'école est affecté par ses variations d'humeur. De plus, elle manifeste une perte d'intérêt à l'égard de ses activités sportives et sociales. Les personnes souffrant de dépression éprouvent fréquemment une diminution de l'énergie, de la lassitude et de la fatigue. Les tâches les plus simples exigent un effort substantiel. On peut remarquer une fatigue continue, sans rapport avec un effort physique. La dévalorisation associée à l'épisode dépressif majeur peut comprendre une évaluation négative non réaliste de l'utilité de la personne, des sentiments de culpabilité ou des ruminations sur des erreurs passées, même mineures. Le sommeil est souvent perturbé par une insomnie ou une hypersomnie. Alors qu'habituellement, la baisse de libido est rapportée comme étant un symptôme de dépression, certaines personnes témoignent plutôt d'un maintien de leur activité sexuelle ou même d'une augmentation de celle-ci pendant leur dépression. Une altération de la capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions peut aussi apparaître. Les gens peuvent être aisément distraits ou se plaindre de troubles de la mémoire. Des difficultés – même légères – de concentration peuvent empêcher les étudiants ou ceux qui ont une activité professionnelle très exigeante d'accomplir leur travail de façon adéquate. Pour Chloé, ces symptômes mettent en danger la réussite de sa session au cégep. Finalement, la personne dépressive peut aussi entretenir des idées concernant la mort et, dans les situations sévères, tenter de se suicider.

L'épisode de dépression majeure peut varier en sévérité. Lorsqu'il est léger ou modéré, le fonctionnement de la personne peut sembler normal au prix d'efforts notablement accrus. Quand il est sévère, le nombre de symptômes augmente et la personne présente une souffrance clinique significative ainsi qu'une altération importante du fonctionnement social,

professionnel ou dans d'autres domaines. Si elle traverse un deuil, il est compréhensible que certains symptômes dépressifs se manifestent. Toutefois, s'ils persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération psychomotrice, ils peuvent être reliés à un épisode de dépression majeure.

3) Risques propres aux jeunes adultes

Plus l'âge où survient la première crise de dépression majeure est précoce, plus le risque de récurrence est élevé. Selon la littérature, ce risque se situe entre 20 % et 60 % dans les deux années suivant l'épisode et peut s'accroître jusqu'à 70 % dans les cinq années suivant l'épisode index (AACAP 2011). Ces données démontrent l'importance de l'intervention rapide et de la prévention pour enrayer une récurrence possible.

La dépression majeure représente un des éléments prédictifs significatifs du passage à l'acte suicidaire. Chez les jeunes femmes, elle constitue le facteur de risque le plus significatif, tandis que chez les jeunes hommes, elle tombe en deuxième place derrière une tentative de suicide antérieure (AACAP 2001; Brent 1993; Shaffer 1996).

La dépression majeure est un facteur de risque de problèmes d'alcool ou de drogues (APA 2010). Cette concomitance est spécialement dangereuse puisque plusieurs substances récréatives réduisent les inhibitions, augmentant donc l'impulsivité et... conséquemment, le risque suicidaire.

Finalement, l'apparition d'un épisode de dépression majeure chez le jeune adulte peut fragiliser le développement de l'identité, puisque cette période marque le passage de l'adolescence à l'âge adulte, avec ses nouveaux enjeux. C'est par exemple entre l'âge de 18 et de 25 ans qu'une personne va s'investir pour l'obtention d'un emploi de son choix. Les conséquences de la dépression touchent surtout l'estime de soi, avec des répercussions sur le plan personnel et social.

La symptomatologie dépressive peut affecter le rendement scolaire ou professionnel. Ceci s'ajoute aux préjugés entourant la maladie mentale, qui peuvent créer un sentiment d'isolement et de honte.

Malgré ceci, un bon réseau social peut contrer les effets de la dépression et aider à remettre le jeune sur la bonne voie.

4) Dépistage et identification

Chez le jeune adulte, le dépistage de la dépression majeure demeure un grand défi. Il a souvent été observé que cette population n'est pas tout à fait autonome. Comme nous l'avons mentionné plus haut, ces jeunes se retrouvent à un moment déterminant de leur vie, une période parsemée de changements et de découvertes personnelles. Entre l'adolescence et l'âge adulte, ils approchent la complétion de leurs études et le début de leur vie professionnelle. Ils doivent prendre des décisions quant à leur carrière, tout en cherchant à s'affranchir financièrement. C'est souvent durant cette tranche d'âge qu'ils quittent la maison parentale afin de vivre seuls, en colocation ou avec un partenaire, ou d'étudier dans les grandes villes. En ce sens, le jeune adulte expérimente une première séparation de sa famille et doit créer ses propres habitudes de vie. Il réfléchit

au projet de fonder sa propre famille en trouvant un partenaire de longue durée. Tous ces ajustements peuvent occasionner un stress temporaire qu'il ne faut pas confondre avec la dépression majeure. Il est donc primordial d'évaluer le contexte social et personnel avant de poser un diagnostic clinique.

Chez le jeune adulte, le dépistage de la dépression majeure demeure un grand défi. Il a souvent été observé que cette population n'est pas tout à fait autonome. [...] Entre l'adolescence et l'âge adulte, ils approchent la complétion de leurs études et le début de leur vie professionnelle. Ils doivent prendre des décisions quant à leur carrière, tout en cherchant à s'affranchir financièrement.

Par contre, les jeunes peuvent endurer pendant longtemps les symptômes dépressifs sans consulter un professionnel de la santé. Souvent, cette population n'est pas autonome dans sa recherche de services et l'intervention d'un membre de la famille ou d'un ami devient nécessaire afin d'accompagner activement l'individu vers la consultation professionnelle. Par exemple, il se peut que le changement d'humeur ou d'habitudes de vie soit remarqué par un membre de l'entourage : parent, partenaire, collègue ou ami. Pour Chloé, sa colocataire Julie a endossé ce rôle. La démarche a été déclenchée par la confiance qu'a faite Chloé à son amie, mais il est très possible que le jeune qui souffre d'un premier épisode dépressif se mure dans le silence. Encore aujourd'hui, la maladie mentale est entourée de préjugés qui peuvent provoquer chez le jeune des sentiments d'isolement et de honte vis-à-vis de ce qu'il vit. Parfois, les jeunes ne réalisent pas la sévérité de leurs symptômes; lorsqu'ils en prennent conscience, ils ne connaissent pas nécessairement les modalités de prise en charge. Ce manque d'information, tant sur la symptomatologie que sur les services offerts, peut laisser le jeune sans assistance. De plus, souffrant de dépression, il peut se sentir tellement accablé par la fatigue et l'indécision qu'il se retrouve incapable d'appeler à l'aide ou d'amorcer l'approche vers les services de santé, une situation indéniablement dangereuse pour celui qui ne possède pas un bon réseau social qui puisse l'accompagner dans cette démarche. Chloé a été chanceuse d'avoir une amie qui a pris l'initiative de joindre la psychologue scolaire et de lui tenir compagnie lors de ses premiers rendez-vous. On peut donc remarquer combien il est primordial de faire participer l'entourage au processus de dépistage et au traitement, non seulement chez les jeunes mais aussi chez les adultes.

Parfois, les troubles du sommeil représentent la raison première de consultation auprès d'un professionnel de la santé. L'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquemment associé à l'épisode dépressif majeur. De plus, certaines manifestations d'affection générale peuvent ressembler à des symptômes dépressifs, d'où la nécessité de bien évaluer la condition médicale

de la personne. La prise de drogues récréatives en grande quantité peut causer l'apparition de signes dépressifs qui disparaissent une fois la substance évacuée de l'organisme. Il est donc essentiel que les spécialistes procèdent à une évaluation minutieuse de l'ensemble de la situation pour mettre en évidence les indices de la dépression majeure. Ils doivent avoir accès à d'autres sources d'information utiles pour compléter l'histoire de l'évolution de l'épisode et les antécédents médicaux/psychiatriques de leur patient (entourage, dossiers médicaux, etc.).

INTERVENTION CHEZ LE JEUNE ADULTE ATTEINT DE DÉPRESSION

Le déroulement de l'intervention doit inévitablement commencer par une prise de conscience de la part du jeune adulte ou d'un tiers, d'où naît ensuite la demande. L'intervention se structure en plusieurs paliers au regard de la gravité des symptômes, en dehors des urgences qui offrent une intervention rapide et immédiate, mais le plus souvent insatisfaisante. Le processus de prise en charge et d'intervention est sensiblement similaire selon le groupe d'âge, mais une attention particulière doit être portée au contexte global dans lequel le jeune évolue à cette étape de sa vie afin de bien orienter l'intervention.

1) De la première à la troisième ligne

Comme le prévoit le plan d'action en santé mentale (MSSS 2005), il existe plusieurs voies d'entrée au milieu thérapeutique. La référence initiale peut être adressée au médecin généraliste par l'environnement scolaire (infirmier, travailleur social, psychologue scolaire) ou professionnel (service d'aide aux employés) du jeune. Ce dernier peut aussi se rendre chez le médecin par lui-même. La première visite chez l'omnipraticien a pour but d'éliminer l'existence d'une maladie physique (par exemple, une mononucléose). Par la suite, selon l'évaluation de la sévérité des symptômes, le médecin peut offrir l'intervention en première ligne ou référer son client vers le guichet d'accès en première ligne au CSSS du lieu de résidence de celui-ci. La sévérité des symptômes détermine quels services consulter (Patten et Juby 2008). Les gens souffrant de dépression majeure d'intensité légère à modérée sont généralement pris en charge par l'omnipraticien, avec la collaboration d'un psychologue ou d'un autre intervenant en santé mentale. Si la dépression majeure est jugée comme étant sévère ou encore modérée mais avec des troubles concomitants, ils peuvent être référés pour une évaluation auprès d'un service spécialisé (de deuxième ou de troisième ligne) qui pourra ensuite assurer la prise en charge ou émettre des recommandations de traitement à l'omnipraticien. En tout temps, une réévaluation par les services spécialisés peut être demandée si la situation ne s'améliore pas ou se complique. Dans le cas de Chloé, c'est la psychologue de l'école qui a été la première ressource employée; celle-ci l'a ensuite orientée vers le médecin de famille.

2) Évaluation clinique et choix d'intervention

L'intervention concernant la dépression majeure commence par une évaluation rigoureuse des points suivants : l'examen clinique de l'état mental, l'investigation de l'urgence suicidaire ou du risque suicidaire, les antécédents personnels et familiaux, la compréhension du milieu de vie ou la validation des renseignements auprès d'un tiers significatif.

L'évaluation du risque suicidaire est une étape primordiale qui peut déterminer le type d'intervention à venir. Cette évaluation doit être complétée régulièrement par le clinicien tout au long du cheminement. Le questionnement a trait aux pensées et aux intentions suicidaires, aux comportements autodestructeurs et à la présence d'un plan suicidaire. Il est également important d'estimer le degré d'impulsivité de l'individu ainsi que la présence de stressors qui pourraient augmenter le risque de passage à l'acte (APA 2010). Si une évaluation médicale urgente s'impose, ceci pourra éventuellement conduire à une hospitalisation.

L'intervention proposée doit être adaptée au diagnostic de départ, qui peut souvent être compliqué par la présence de troubles concomitants. La décision du type de traitement dépendra alors de la sévérité de la maladie et des préférences de l'individu. Pour la dépression légère ou modérée, la psychothérapie est plus souvent recommandée au départ. Un antidépresseur sera plus couramment ajouté au plan de traitement lorsque la dépression se révélera sévère.

3) Approches psychosociales de la dépression

Il existe plusieurs approches psychothérapeutiques avec chacune des formes d'intervention particulières. Parmi ces méthodes, la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle sont celles obtenant le plus de résultats probants à court terme dans le traitement de la dépression. Ces thérapies peuvent être en mode individuel ou en groupe. Des rencontres familiales sont offertes afin de clarifier les enjeux de la dépression et de recourir à l'aide des proches dans le plan de traitement.

De plus en plus, une approche systémique (c'est-à-dire incluant la famille) est favorisée.

Les approches familiale, de couple ou de groupe permettent aux jeunes de se sentir plus optimistes, de mieux contrôler leur dépression et leur sentiment d'isolement et de montrer une attitude plus positive envers leur famille. Les membres de la famille, à leur tour, acquièrent davantage d'espoir et sont moins critiques envers eux.

Parmi les psychothérapies brèves les plus efficaces pour le traitement de la dépression, la thérapie cognitivo-comportementale est celle qui donne les meilleurs résultats sur le plan scientifique. Cette thérapie très structurée est considérée comme un traitement largement orienté vers le moment présent. Elle vise à changer les pensées dysfonctionnelles qui pourraient effectivement engendrer ou perpétuer des épisodes dépressifs. Une distorsion des schémas de pensée perturbe ce que la personne pense d'elle-même, de ses relations avec les autres et de son rapport avec le monde en général. Au cours de la thérapie cognitivo-comportementale, cette distorsion est identifiée et de nouveaux schémas sont élaborés. Des exercices sont proposés pour que l'individu mette en pratique ces nouveaux schémas. En ce qui a trait à Chloé, la rupture avec son copain et son endettement semblent être les événements déclencheurs de sa détresse. Elle les a par la suite interprétés de manière subjective et altérée. Ces distorsions cognitives (« Je suis nulle ») ont eu comme conséquence de l'affecter émotionnellement (tristesse, découragement, baisse de l'estime de soi) et d'influencer son comportement (problèmes de sommeil, isolement, fatigue, baisse de la concentration ou négligence corporelle). La thérapie cognitivo-comportementale

est intensive et comporte une vingtaine de séances, à raison d'une séance par semaine; le traitement dure habituellement de cinq à six mois. Cette thérapie peut procurer une aide efficace aux personnes qui souffrent de dépression légère ou modérée. Elle peut également contribuer à prévenir les rechutes au cours d'un même épisode ou de récurrences (épisodes futurs).

La thérapie interpersonnelle est un deuxième type qui se veut assez efficace pour un traitement à court terme de la dépression majeure. L'hypothèse de départ est que la majorité des personnes dépressives ont des relations interpersonnelles perturbées. Les thérapeutes qui emploient cette technique croient que si l'on peut résoudre les difficultés qui marquent ces relations, les symptômes de dépression seront stabilisés. Dans la thérapie interpersonnelle, le thérapeute se concentrera avec la personne sur l'amélioration de l'un des aspects suivants, habituellement en se centrant sur le plus problématique : le chagrin, l'adaptation à un nouveau rôle social, les tensions interpersonnelles (par exemple, un conflit permanent avec un collègue de travail) ou les déficits interpersonnels (par exemple, un manque d'habiletés de communication qui nuit sur le plan relationnel). Chez Chloé, on peut remarquer une instabilité relationnelle, notamment un conflit qui aurait précédé la rupture avec son ami. On note également une relation difficile avec une collègue, ce qui aurait accentué sa détresse. Par ailleurs, la jeune femme n'a pu exprimer son mal-être à sa colocataire dès le début de ses symptômes, ce qui a retardé sa prise en charge. Règle générale, cette thérapie a lieu au rythme d'une séance hebdomadaire pendant environ seize semaines. Elle peut se poursuivre par des séances de rappel mensuelles jusqu'à ce que la personne n'en ressente plus le besoin.

4) Approches pharmacologiques de la dépression

Lorsqu'il est question de traitement pharmacologique, le médecin (généraliste ou psychiatre) effectue le suivi de la réponse thérapeutique. L'introduction de psychotropes au plan de traitement est une décision qui dépend des préférences du client et du degré de sévérité de la dépression évalué par le médecin et l'équipe traitante. Les médicaments antidépresseurs visent à corriger le déséquilibre des neurotransmetteurs dans

le cerveau. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine (ISRNS) sont les médicaments antidépresseurs les plus utilisés actuellement, du fait de leur meilleure tolérance par rapport aux antidépresseurs tricycliques employés antérieurement (CANMAT 2010). D'autres médicaments, comme les stabilisateurs de l'humeur et les neuroleptiques, peuvent également être prescrits seuls ou en combinaison. La personne se sent mieux entre une à trois semaines après le début de la prise de médicaments, alors que la réponse thérapeutique complète peut prendre de deux à huit semaines. Le médecin cherchera à atteindre le meilleur équilibre entre la réponse thérapeutique optimale et les effets secondaires. Le traitement d'un épisode dépressif comprend une phase aiguë, qui vise la rémission des symptômes (six à douze semaines), et une phase de consolidation, qui cherche à prévenir les rechutes (six à douze mois).

Même si une prise de poids survient rarement avec l'usage des antidépresseurs ISRS-ISRNS, il peut être pertinent de faire un suivi avec son médecin ou au besoin de recourir aux services d'un nutritionniste pour bien évaluer les habitudes alimentaires et maintenir une bonne activité physique. Aussi, la fatigue parfois observée s'atténue après les premières semaines suivant l'introduction d'une nouvelle médication ou l'augmentation de la dose. Encore ici, il est important de départager les symptômes attribuables à la dépression (problème de concentration ou fatigue et perte d'énergie) des effets liés à la médication. Ainsi, un appétit accru peut être une réponse favorable au traitement de la dépression et pas nécessairement un effet secondaire de la médication.

CONCLUSION

Ce texte présente le tableau symptomatologique de la dépression chez les jeunes ainsi que les différentes options d'intervention qui s'offrent à eux. Comme il a été dit tout au long des pages, les préférences de la personne et le contexte psychosocial dans lequel se manifeste l'état dépressif doivent être soigneusement considérés. La coopération de l'entourage est primordiale dès le début de l'intervention pour aider à la prévention d'épisodes dépressifs récurrents.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES DANS UNE REVUE

Brent, D. A. et coll. (1993). « Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.

Costello, J. E. et coll. (2002). « Development and natural history of mood disorders ». *Society of Biological Psychiatry*, 52(6), 529-542.

Shaffer, D. et coll. (1996). « Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide ». *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.

MANUELS DE DIAGNOSTIC OU D'INTERVENTION

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). « Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24-51.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). « Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e édition, texte révisé). Arlington.

American Psychiatric Association. (2010). *Practice guidelines for major depressive disorder*. Arlington.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. (2010). *Guide de pratique clinique pour le traitement du trouble dépressif majeur chez l'adulte*. Toronto.

RAPPORTS GOUVERNEMENTAUX

Agence de la santé publique du Canada. (2011). « Chapitre 3 : La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada ». *Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2011*. [En ligne] [<http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2011/cphorsphc-respcacsp-06-fra.php>] (Consulté le 15 mars 2012).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2005). *Le plan d'action en santé mentale*. Québec.

Patten, S. et H. Juby. (2008). « Profil de la dépression clinique au Canada ». *Série des synthèses de recherche, no 1*, Ottawa, Réseau des centres de données de recherche, [En ligne]. [<https://dspace.ucalgary.ca/bitstream/1880/46454/1/RSS1ProfildepressioncliniqueauCanada.pdf>] (Consulté le 15 mars 2012).

La santé mentale des jeunes adultes en contexte de réinsertion sociale

Par Cinthia Lacharité, coordonnatrice de l'intervention, Maison Marie-Frédéric

La Maison Marie-Frédéric (MMF) est une ressource d'hébergement pour jeunes adultes en difficulté de la région de Québec membre du Regroupement des Auberges du cœur du Québec (RACQ). Les Auberges du cœur hébergent à travers la province de Québec des jeunes en difficulté ou sans abri âgés de 12 à 30 ans. La MMF, seule Auberge du cœur pour adultes de la grande région de Québec, œuvre auprès des jeunes hommes et femmes âgés entre 18 et 30 ans qui ont besoin de prendre un temps pour retrouver ce qu'ils sont, ce à quoi ils aspirent et faire leurs premiers pas dans ce que nous appelons « l'autonomie ». Le RACQ joue le rôle de trait d'union entre la trentaine d'auberges membres réparties dans dix régions du Québec.

Favoriser entre les maisons, les jeunes et les partenaires des communautés d'appartenance de chacune des Auberges des échanges sur les besoins des jeunes, ainsi que sur le fonctionnement, les projets collectifs et la pratique quotidienne des Auberges afin d'améliorer le soutien offert à ces jeunes en quête de reconnaissance et d'un espace social pour s'épanouir.

« Le Regroupement poursuit quatre objectifs principaux :

Défendre l'existence et l'autonomie des ressources communautaires d'hébergement pour jeunes adolescents et jeunes adultes en difficulté ou sans abri;

Agir comme porte-parole des jeunes sans abri auprès des instances politiques et administratives dont les décisions sont susceptibles d'avoir une incidence sur la vie de ces jeunes;

Favoriser entre les maisons, les jeunes et les partenaires des communautés d'appartenance de chacune des Auberges des échanges sur les besoins des jeunes, ainsi que sur le fonctionnement, les projets collectifs et la pratique quotidienne des Auberges afin d'améliorer le soutien offert à ces jeunes en quête de reconnaissance et d'un espace social pour s'épanouir;

Promouvoir le développement de ressources additionnelles du même type. »

(www.aubergesducoeur.org/mission)

La MMF accueille dans son milieu de vie des jeunes hommes (55 %) et des jeunes femmes (45 %). La durée de séjour est de 120 jours en moyenne et ces adultes proviennent principalement de la ville de Québec (90 %).

Le monde de l'intervention est en mouvement tout comme la réalité des jeunes hébergés à la MMF. Le jeune change, l'intervenant s'ajuste. Pour survivre, les ressources comme la MMF doivent se remettre en question, s'informer, se former. Au cours de la dernière décennie, nous avons observé des changements considérables chez les jeunes qui viennent frapper à notre porte. Nos critères d'admission sont relativement simples et notre objectif principal est d'accepter le jeune tel qu'il est. Pour ce faire, nous basons notre évaluation sur l'âge (entre 18 et 30 ans), la stabilité (santé mentale et toxicomanie) et la sécurité (comportements violents). Nous croyons qu'il est primordial d'offrir à nos résidants un milieu de vie sécuritaire; c'est pourquoi nous leur demandons d'être abstinents (alcool, drogues, médicaments non prescrits) et de respecter la posologie de leurs médicaments prescrits tout au long de leur séjour d'une durée approximative de six mois.

À la fin des années 90, la MMF ressemblait, dans sa forme, à un centre de réadaptation en toxicomanie et la grande majorité des résidants présentaient un problème de dépendance à l'alcool ou aux drogues. En effet, les jeunes admis alors retrouvaient un encadrement et un horaire similaire aux centres de réadaptation en toxicomanie (maisons de thérapie). Ils apprenaient à maintenir leur abstinence grâce à une discipline de vie importante tout en y incorporant des réflexions et des activités visant leur retour au travail ou aux études. Selon Denis, un intervenant, à cette époque la moyenne d'âge des résidants se situait autour de 28 ans. À partir de 2005, nos observations démontraient que les substances consommées par les résidants n'étaient plus les mêmes et que la dépendance était une problématique un peu moins centrale qu'auparavant. Manifestement, les problèmes de santé mentale, la médication et les drogues de synthèse faisaient leur apparition.

Aujourd'hui, 24 % de nos résidants ont une médication en lien avec un problème de santé mentale diagnostiqué. Ces jeunes adultes sont âgés de 21 ans en moyenne et se « réveillent » après une crise importante, celle qui bien souvent les a menés à l'hôpital pour la première fois et qui leur a donné une nouvelle identité. Les principaux diagnostics que nous retrouvons chez notre clientèle sont le trouble de personnalité limite, la dépression, la bipolarité et le trouble déficitaire de l'attention. Ces changements (âge des résidants, nouvelles drogues et problèmes de santé mentale) nous ont forcés à revoir notre façon d'être et d'intervenir auprès des résidants.

En vérité, un renouveau important s'imposait à la MMF. Le programme entier a fait peau neuve et nous a permis de mieux cerner la réalité des résidants dans leur milieu de vie et donc

de diminuer l'écart entre celle-ci et celle à la MMF. Nous avons modifié le code de règlements pour tenir compte de l'utilisation des nouveaux médias (Internet, téléphone mobile, ordinateur portable) et assoupli les règles en ce qui a trait aux sorties dans les bars afin de laisser plus de pouvoir décisionnel aux résidants. Les ateliers ont été revus et choisis judicieusement en fonction de leur contenu et de l'apprentissage visé. Par exemple, il nous semblait de mise de conserver les ateliers sur la communication, les conflits, les masques et l'assuétude, des sujets qui touchent les résidants dans leur quotidien. Au fil des ans, les modalités d'admission ou d'expulsion et l'encadrement disciplinaire se sont peaufinés et adoucis. Ces ajustements font davantage place au jugement clinique des intervenants et offrent une durée appropriée de séjour au résidant pour qu'il puisse travailler sur ses difficultés. L'équipe de travail s'est perfectionnée et l'embauche d'une coordonnatrice de l'intervention en 2005 était inévitable. Cette dernière assure la supervision clinique et la cohérence au sein d'une équipe composée d'une dizaine d'intervenants faisant face à de nouveaux types de problèmes au quotidien.

Depuis trois ans, le modèle sur lequel repose l'intervention à la MMF est l'*empowerment*, la reprise de pouvoir. L'approche motivationnelle est omniprésente et les intervenants n'hésitent pas à utiliser des techniques de l'approche émotivo-rationnelle de même que des techniques d'impact lorsque la situation s'y prête. C'est avec fierté que nous affirmons qu'à la MMF, c'est « la personne d'abord ». Notre approche globale, nos techniques d'intervention variées et l'unicité de chacun des intervenants nous permettent d'accompagner chaque jeune à son rythme et selon ses propres désirs.

La santé mentale pour tous

Tout au long de leur cheminement, les résidants de la MMF bénéficient d'un suivi individuel avec un intervenant. Au quotidien et particulièrement à l'heure des repas, la MMF a des airs de résidence familiale. Cette particularité, loin d'être anodine, est propice à l'émergence d'une relation de confiance entre les résidants et les intervenants. En effet, la régularité des activités à l'horaire, la cohérence des interventions et la présence régulière des membres du personnel contribuent à l'installation d'une routine de vie dans laquelle les résidants se sentent en sécurité. Il va sans dire qu'un tel contexte favorise l'estime de soi de ceux-ci.

Depuis près de deux ans, nous observons une hausse significative du nombre de nos résidants qui ont été hospitalisés à cause d'une psychose toxique.

C'est le cas de Carl (nom fictif) qui, à la suite d'une première psychose, a obtenu des services du Traitement intensif bref à domicile (TIBD)¹ mis sur pied par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Accompagné par un travailleur social, il a eu une rencontre d'évaluation au MMF, puis ce dernier est venu le voir à chaque semaine durant les trois premières semaines de son séjour à la MMF. Carl avait autorisé l'équipe de la MMF à communiquer avec ce travailleur social en cas de besoin, ce qui s'est avéré fort utile lorsqu'il a vécu une période plus difficile où

les symptômes prépsychotiques ont fait leur apparition. Grâce aux interventions préventives et à une étroite collaboration avec le TIBD, Carl a évité une nouvelle hospitalisation.

Prenons également le cas d'une jeune fille – appelons-la Annie – qui souffre d'un trouble de la personnalité limite. Lors de sa demande d'admission, elle était déjà en attente d'une évaluation au Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean. Considérant la gravité de sa situation et le délai d'attente avant d'avoir une place à la MMF, nous avons exigé qu'elle poursuive ses démarches avec le Faubourg et convenu avec elle qu'elle pourrait, le cas échéant, continuer son traitement avec cette institution, tout en suivant le programme de la MMF.

Tout au long de leur cheminement, les résidants de la MMF bénéficient d'un suivi individuel avec un intervenant. Au quotidien et particulièrement à l'heure des repas, la MMF a des airs de résidence familiale. Cette particularité, loin d'être anodine, est propice à l'émergence d'une relation de confiance entre les résidants et les intervenants.

Les intervenants de la MMF travaillent auprès d'une clientèle ayant des problèmes variés et complexes; ils ont besoin d'un milieu professionnel sécurisant. Le soutien clinique et la confiance mutuelle entre collègues sont d'une importance cruciale. Occasionnellement, les intervenants font face à des événements qui peuvent être déstabilisants. À ce moment, le regard extérieur d'une personne de confiance est déterminant et peut faire la différence pour ce qui est de la confiance en soi de l'intervenant et, par conséquent, pour la qualité de son travail auprès des jeunes. Chaque semaine, les intervenants et la coordonnatrice clinique se rencontrent. Il s'agit d'un moment privilégié pour échanger et valider leurs décisions professionnelles. Pour la responsable de l'intervention, il est primordial de travailler à approfondir la confiance mutuelle à l'intérieur de l'équipe. L'intervenant qui se méfie de ses collègues se retrouve seul avec ses doutes; il ressent de l'insécurité et se sent inhibé par des non-dits. Il risque tôt ou tard de devoir faire face à son manque d'authenticité. Celui qui travaille avec humilité et ouverture profite de chaque occasion pour se construire et redoute de moins en moins de se retrouver vulnérable face à ses propres limites.

Il est intéressant de souligner que la direction de la MMF permet à chacun des membres du personnel d'avoir recours gratuitement et de façon confidentielle aux services professionnels d'un psychologue en cas de besoin. Les sessions de formation continue en intervention sont sans contredit nécessaires, car elles permettent aux intervenants de s'arrêter et de s'observer. La vigilance d'un intervenant à l'égard de son outil d'intervention

¹ <http://www.institutsmq.qc.ca/soins-et-services/soins-psychiatriques/troubles-psychotiques/traitement-intensif-bref-a-domicile/index.html>.

² www.aqrp-sm.org/projets/pairs-aidants/index.html.

principal (lui-même) est un atout précieux et une qualité recherchée dans un domaine où la capacité d'adaptation est souvent mise à l'épreuve.

L'équipe d'intervenants de la MMF est composée d'intervenants sociaux de formations diverses, principalement de niveau collégial. Parmi ceux-ci, nous comptons une intervenante paire-aidante certifiée du Programme québécois Pairs Aidants Réseau². Présentement, son expertise s'intègre au travail régulier demandé à tous les intervenants. Au près des résidants, elle se présente d'emblée comme paire-aidante. Nous avons remarqué qu'elle est souvent perçue comme un modèle de rétablissement et que son exemple devient rapidement et fortement porteur d'espoir. Pour certains résidants, son expérience facilite l'acceptation d'un diagnostic ou l'expression, en toute confiance, de sentiments douloureux comme la honte et le désespoir. Au près de ses collègues, cette paire-aidante favorise la compréhension de certains comportements et apporte une dimension particulièrement significative en ce qui concerne les problèmes de santé mentale des résidants.

.....

Nous savons que le rétablissement d'une personne ne se conforme pas de manière directe à une ligne du temps définie et chronologique. Nous nous appuyons sur les services et l'expertise diversifiée de nos partenaires afin d'accompagner nos résidants dans leur quête d'autonomie.

.....

Depuis quelques années, le réseautage, la collaboration et le partenariat sont des thèmes en vogue dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il semble maintenant évident pour plusieurs organismes que les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale font partie des groupes les plus vulnérables et les plus aux prises avec le « syndrome de la porte tournante ». La MMF est fière de pouvoir compter sur les services de ses partenaires de la région de Québec, tels que le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH), le TIBD et le Centre de crise de Québec. De pair avec ces collaborateurs, nous concevons des interventions préventives de plus en plus efficaces qui nous permettent à l'occasion d'éviter les situations de crise et de trouver des alternatives à l'hospitalisation de nos résidants.

³ Extrait de la Déclaration de principes des Auberges du cœur du Québec.

Par ailleurs, nous sommes témoins des difficultés vécues par les jeunes de 17 ans que la Direction de la protection de la jeunesse prend en charge et qui, malheureusement, perdent un accès privilégié aux services d'aide psychologique au matin de leur majorité. Croyant fortement que « les jeunes ne sont pas les seuls responsables des conditions de vie dans lesquelles ils se retrouvent »³, nous avons mis au point, grâce à la collaboration de psychologues et de sexologues dévoués à la cause des jeunes un service de référence rapide et accessible financièrement pour tous les résidants admis. Ainsi, ils peuvent amorcer une démarche thérapeutique alors qu'ils sont dans une période stable de leur vie et bénéficier de cet avantage jusqu'à deux ans après leur départ de la MMF. Souvent, les jeunes adultes admis à la Maison ont déjà reçu une aide de la part de professionnels ou fréquenté des ressources communautaires. Lors de l'évaluation des demandes d'admission, afin de bien cerner les besoins de chacun, il est important pour nous d'avoir accès à certains renseignements sur les antécédents de traitement, particulièrement en ce qui a trait à la santé mentale et à la toxicomanie. Ainsi, dans certains cas, nous exigeons une autorisation de divulgation d'information avant de prendre la décision d'admettre ou non le candidat.

Se préoccuper de la santé mentale des résidants dans un contexte de réinsertion sociale, c'est aussi faire face aux limites des ressources existantes. Certains de nos résidants ont de la difficulté à se loger ou à se trouver une place pour se réaliser professionnellement, car ils ne répondent pas aux critères d'admission de tous les organismes ou services. Quelques-uns ont la capacité de vivre dans un milieu encadré comme la MMF, mais pas assez d'autonomie pour garder un emploi, respecter leur budget et se nourrir convenablement. Ces jeunes ont donc besoin d'un réseau social solide et surtout d'avoir le loisir d'employer les différentes ressources qui les aideront à maintenir leurs acquis le plus longtemps possible.

En somme, nous convenons qu'il importe de nous préoccuper de la santé mentale des résidants, mais il est tout aussi essentiel de s'attarder à la signification et à l'importance qu'eux-mêmes lui accordent. Nous savons que le rétablissement d'une personne ne se conforme pas de manière directe à une ligne du temps définie et chronologique. Nous nous appuyons sur les services et l'expertise diversifiée de nos partenaires afin d'accompagner nos résidants dans leur quête d'autonomie. Nous sommes convaincus qu'en misant sur les forces des personnes atteintes d'un problème de santé mentale et en favorisant leur participation aux services mis à leur disposition, nous contribuons à leur réinsertion sociale, nous les aidons à briser l'isolement et à demeurer actifs dans la société à laquelle ils appartiennent.

le partenaire

Surveillez nos prochains numéros sur...

SEPTEMBRE 2012 : *La santé mentale des aînés*

DÉCEMBRE 2012 : *Arts, culture et santé mentale*

Auberge du cœur Le Transit

La santé mentale des jeunes adultes qui viennent frapper à notre porte!

Par Lynda Lepage, psychoéducatrice, intervenante (1990 à 2003) et coordonnatrice à l'intervention (2003 à maintenant), Auberge du cœur Le Transit

Comment se porte la santé mentale

du jeune adulte qui vient frapper à notre porte??? Difficile d'en faire le portrait, difficile d'en faire ressortir les grandes lignes. Traçons plutôt un aperçu de ce qu'est l'Auberge du cœur Le Transit : à qui s'adresse-t-elle?, qui vient frapper à sa porte?, quelle est sa réalité quotidienne en regard de ces jeunes adultes vivant ou ayant vécu différents problèmes de santé mentale?, comment les accompagne-t-elle? Tout au long de ce texte, il pourrait être intéressant de donner des exemples, mais pour bien respecter la confidentialité, je n'en citerai aucun qui permettrait l'identification de quelqu'un.

L'Auberge du cœur Le Transit est située à Rimouski, dans la région du Bas-Saint-Laurent. C'est une maison d'hébergement faisant partie du Regroupement des auberges du cœur du Québec. Ce regroupement est formé de 29 maisons d'hébergement réparties dans dix régions et venant en aide à des jeunes âgés de 12 à 30 ans vivant des difficultés. Issues de divers milieux socioéconomiques et ayant toutes des profils différents, ces auberges redonnent aux jeunes qu'elles accueillent l'estime de soi et la capacité d'agir afin qu'ils puissent se réaliser pleinement et participer au développement de notre communauté. Véritables milieux de vie où l'on tente de créer un lien significatif, un sentiment d'appartenance, elles sont un endroit privilégié pour recréer l'espace citoyen. Elles ciblent divers groupes selon leur mission et les besoins identifiés dans la région. En 2012, 350 jeunes ont été hébergés quotidiennement.

Dans une grande région comme le Bas Saint-Laurent, une auberge du cœur joue un rôle important puisque les ressources, spécialisées ou non, sont moins nombreuses.

Le Transit s'adresse aux femmes et aux hommes de 12 à 30 ans sans abri ou en voie de l'être et désireux d'améliorer leur situation personnelle ou financière. Ils proviennent de divers horizons : de la ville, de la région, du reste du Québec, à l'occasion du Nouveau-Brunswick... Qu'ils soient d'ici ou d'ailleurs, ils sont soixante par année à frapper à notre porte. Ils peuvent être dépannés pour moins de cinq jours ou faire une demande d'hébergement à plus long terme. Les séjours varient et ont une durée moyenne de trois ou quatre mois.

De façon générale, on définit un sans-abri comme étant une personne qui n'a pas d'adresse fixe, est sans logement stable et sécuritaire, possède un très faible revenu, n'a pas de groupe d'appartenance et est désorganisée sur le plan social¹.

En plus d'offrir le gîte et le couvert, notre milieu veut favoriser l'autonomie et la responsabilisation de la personne, tout en lui redonnant du pouvoir sur sa vie. Nous accueillons les jeunes dans leurs efforts pour reprendre pied, retrouver une direction et un projet de vie. Plus concrètement, cela veut dire un soutien au quotidien (écoute, information, référence, éducation, défense de droits...) en lien avec les objectifs que le jeune se donne.



Maison Le Transit, Rimouski

Le rôle de l'intervenant qui travaille chaque jour avec ces jeunes est de devenir une personne-ressource significative, porteuse de valeurs, d'un mode de vie, qui agit sur le plan humain afin de soutenir et d'accompagner le résidant. Nous travaillons avec l'approche globale, une approche « où l'individu est considéré avant tout comme un citoyen à part entière : qui considère les problèmes spécifiques identifiés par les individus à l'intérieur d'un cadre où l'on aborde la personne dans sa globalité : qui cherche à éviter la fragmentation et la surspécialisation des interventions : qui cherche à développer diverses formes de polyvalence »².

En résumé, cela veut dire que nous recevons des personnes avec de multiples problèmes, problèmes avec lesquels nous essayons de composer pour qu'elles puissent progresser vers un mieux-être.

¹ Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (1987), *Dossiers Jeunes adultes 18-30 ans*, p. 48-87.

² Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, (novembre 1996), *Cadre de référence des organismes communautaires d'hébergement*, Québec, p. 7.

Il va sans dire que les jeunes sans-abri en région vivent les mêmes problèmes engendrés par la rue que ceux des grands centres urbains : toxicomanie, isolement, pauvreté, endettement, détresse psychologique...

Il n'est pas rare de voir des jeunes touchés par la dépression, l'idéation suicidaire, les troubles alimentaires, les difficultés judiciaires et la délinquance frapper à notre porte. C'est un peu le lot de notre quotidien et ce sont les problématiques les plus fréquentes que nous rencontrons.

Au fil des ans, les situations sont restées les mêmes, sauf en ce qui concerne les filles. Les demandes d'hébergement de ces dernières ont augmenté et les causes ressemblent de plus en plus à celles des garçons.

Notre auberge devient donc un refuge momentané pour plusieurs de ces jeunes aux prises avec une désorganisation, un mal de vivre ou une incompréhension de leur état. Il n'est pas toujours facile de mettre des mots sur nos états d'âme, d'expliquer ce que nous ressentons ou à tout le moins de nommer ce qui ne va pas. C'est pourquoi nous misons sur un accueil chaleureux et nous prenons le temps de créer un lien significatif avec le résident. Ce lien se révèle très précieux pour l'intervenant, car il lui facilite l'accompagnement du jeune.

Quand on parle de santé mentale, les intervenants doivent s'adapter à quelques réalités. Il y a ce jeune qui vient habiter au Transit et qui sait ce qui lui arrive; il a un suivi médical et, la plupart du temps, il est médicamenté. Il y a celui qui provient de la rue, parle parfois seul à haute voix, a de la difficulté à fonctionner au jour le jour et à entrer en relation avec les autres, mais qui, selon ses perceptions, n'a aucun problème. Il y a aussi celui qui n'a plus un sou, plus de médicaments, plus de carte d'assurance-maladie...

Ces réalités hétérogènes demandent de l'adaptation et de la souplesse de la part de l'intervenant puisqu'elles sont spécifiques et doivent être analysées en regard de l'histoire de la personne et de la capacité de la maison d'hébergement à satisfaire ses besoins. Le fait de travailler à l'intérieur du cadre avec chaque individu et de faire preuve de souplesse vis-à-vis des règles générales de la maison nous permet de fournir une réponse épousant mieux le vécu du jeune.

L'intervenant doit s'adapter à chacune de ces situations. Avec le temps, nous avons forgé des alliances dans le milieu afin de mieux soutenir la personne hébergée. Un médecin de la région accepte de recevoir les gens qu'on lui réfère et cela même s'ils ont perdu leur carte d'assurance-maladie; ce praticien fait de la référence en psychiatrie et prend grand soin des jeunes qu'on lui envoie. C'est une aide importante et très appréciée, particulièrement quand un de nos résidents vit un problème de santé mentale.

À Rimouski, il est plus facile de se connaître et de se reconnaître à travers nos organisations. Contrairement aux grandes villes, il n'est pas rare que nous puissions discuter avec un psychiatre, avec la personne assurant le suivi en CLSC ou tout autre professionnel gravitant autour du jeune. Cette proximité crée une très belle coopération, toujours dans un grand respect du jeune, des organisations et du milieu.

En allant à l'épicerie du coin, lors d'une sortie personnelle ou encore en faisant une promenade, il nous arrive de rencontrer des jeunes ayant résidé à notre auberge. Cependant, la confidentialité est primordiale dans notre milieu. Si nous croisons un ancien résident, nous respectons son désir de nous reconnaître ou non. Nous pouvons, si le jeune le veut bien, lui offrir un appui grâce à une discussion spontanée sur la rue, le diriger vers une forme de soutien, etc.

Le Transit devient une passerelle, un lieu de référence pour bien diriger et accompagner ces jeunes vers les ressources dont ils ont besoin. Les intervenants se tiennent à l'affût des nouvelles réalités des jeunes et vont chercher des occasions de se former dans différents domaines. Ils peuvent suivre, par exemple, la formation GAM donnée par une ressource de la région. Le GAM traite de la gestion autonome des médicaments, de l'intervention en situation de crise suicidaire, de la dépendance affective, de la confiance en soi, le but étant d'être mieux outillé dans les différentes sphères de la santé mentale.

L'équipe d'intervention a aussi conçu des façons de faire afin de préparer le résident, lorsqu'il a un rendez-vous avec son médecin ou son psychiatre, pour qu'il puisse être bien renseigné sur sa médication, réfléchir sur les moyens qu'il peut trouver pour mieux gérer son anxiété, son stress, etc.

Le Regroupement des auberges du coeur a créé ses propres activités de formation pour mieux intervenir en contexte de milieu de vie, en affiliation sociale, en action collective, avec la jeunesse en difficulté. Ces activités sont aussi des aides indispensables pour outiller le jeune dans son cheminement vers l'autonomie et la responsabilisation.

Somme toute, les intervenants du Transit doivent être polyvalents, informés et bien intégrés dans un réseau pour mieux accompagner le jeune adulte. La santé mentale et physique de ce dernier doit être abordée dans sa globalité et nous devons la considérer sous tous ses angles, en amont comme en aval. De prime abord, on doit informer, sensibiliser, démystifier; ensuite, outiller, référer et accompagner vers les ressources appropriées. Au final, il faut croire aux possibilités du jeune et donner des réponses adaptées à ses besoins. Faire juste un petit pas de plus avec lui pour faire la différence.

BIBLIOGRAPHIE

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (1987), *Dossiers Jeunes adultes 18-30 ans*, p. 48-87.

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, (novembre 1996), *Cadre de référence des organismes communautaires d'hébergement*, Québec, p. 7.

La Vie s'exprime sans mot mais elle fait exister ce qu'elle dit.

Jacques Salomé

Par Raymond Décary, producteur et réalisateur de *Centabous*

Dans la Vie, on ne connaît pas ceux qui sont autour de soi. Nous pouvons les détecter en mettant le pied à terre. Là est le geste du respect que l'on se donne. Quand la balance est là! Quand l'harmonie en amitié est une nourriture essentielle à l'épanouissement de SOI! Le retour au travail est une quête à répéter de jour en jour, de fois en fois. Je suis entre deux mondes à l'instant. Et pourtant, je veux tellement travailler.

Jessénia Dupuis, artiste de la vie,
participante au film *Centabous*

L'aventure *Centabous* vogue le long des saisons de la vie.

Il y a presque cinq ans, six jeunes sortaient du silence pour se donner la parole. Témoins privilégiés d'une réalité, ENSEMBLE, ils ont décidé de changer les mentalités, les perceptions et les comportements à l'égard de la maladie mentale.

Au-delà des peurs, des préjugés sociaux, de la médication, de l'abandon, de l'isolement et des rêves mis au rancart, ce périple a permis de cibler des objectifs éloignés de leur vie depuis longtemps. Seul, isolé, chacun a découvert la force du groupe, la richesse du partage, de la complicité, de l'empathie, de l'écoute aux autres. Revenus de loin, ils se sont permis une renaissance à eux-mêmes et aux autres. Comme le dit Dominique : « J'ai le sentiment de mener un projet jusqu'au bout et d'avoir développé des compétences ». Ayant vécu avec peu d'estime, un comportement assez violent sans savoir pourquoi, des dépressions, des tentatives de suicide, des tempêtes, la schizophrénie, le trouble affectif bipolaire, les drogues, le mal de vivre, les hospitalisations répétées, les psychoses, chacun a travers cette aventure appris à dire pour vivre. Chacun s'est reconstruit socialement grâce à un groupe d'appartenance, a amélioré son employabilité en vivant un engagement de six mois incluant la ponctualité, l'assiduité, l'apprentissage de la pensée critique, du travail d'équipe, des outils de communication, de la fraternité, des mots pour dire une histoire, leur histoire!

Le titre du documentaire indépendant *Centabous* a été choisi par Jessénia, Yannick, Maxime, Dominique, Linda-Élaine et Véronique afin de démystifier les tabous par la parole d'un film! Ce périple commencé en 2007 nous a menés un peu partout au Québec, entre autres : Université d'Ottawa en Outaouais, Sherbrooke, Les Impatients à Montréal, Carleton-sur-Mer, cégep François-Xavier-Garneau à Québec, cégep Montmorency à Laval, Longueuil, Saint-Jérôme, centre culturel de Brompton.

Voir raconter leur histoire devant un public de tout âge – parents, gens du milieu de la santé, grand public – est une péripétie en

soi. Pas évident de se rétablir quand la stigmatisation prend encore toute la place. Et entendre ces messages d'espoir est un baume, une explosion de fierté pour les uns et les autres! Écouter une mère ou un jeune se confier à Maxime, à Jessénia, à nous tous, est à la fois réconfortant et stimulant. Je me souviens encore d'une émission de radio en direct à Québec avec Linda-Élaine et Jessénia. Pendant une heure et demie, le téléphone n'a pas dérougi et les échanges étaient riches, empreints de sincérité, de simplicité et de vérité. Quand on est prêt à changer, le monde autour de soi se transforme. Ces jeunes en sont un bel exemple!

Petit à petit, l'image de la folie change parce que la maladie est appréhendée différemment par l'ensemble de la population, mais aussi par les personnes touchées. Les représentations de celle-ci ont évolué avec le temps. Être à l'écoute, se permettre de dire, voilà ce que nous proposons de fois en fois ces jeunes qui s'épanouissent, s'ouvrent à des jours meilleurs...

Il est intéressant ici de rappeler que les films *Centabous* et *Chaise berçante à vendre* font partie des outils de formation du Centre national d'excellence en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux.

*Il ne faut jamais demander son chemin
à qui n'a pas envie!*

Inconnu

Avant *Centabous*, il y avait l'homme, l'artiste, le communicateur, l'autodidacte, l'humaniste amoureux, capable de tous les impossibles et de tous les possibles à la fois. Le mot « expérientiel » est un terme tout à fait normal et logique dans ma connaissance de la vie. Moi, issu de l'Université de la Vie et de la Rue, je ne me sens pas pour autant diminué, bien au contraire. Pendant des années, j'ai surfé dans le domaine des communications à la vitesse grand V, à la télévision, en publicité, en photographie. Tout ce que je touchais était élixir sous le signe de la passion. De photographe officiel aux Jeux Olympiques de 1976 à Montréal à réalisateur et producteur sous les enseignes de Décary/Roy et associés, de Communication Bastien/Décary et de Communication Décary, ici et là, je me grisais de la vie et du temps à vivre, à guerroyer au front des hauts et des bas de la vie.

Puis un jour, le temps s'est arrêté. Pris d'un immense vertige, ou plutôt d'une grande fragilité ressurgie des ténèbres, j'ai commencé un combat que je savais gagner en fin de compte. Oh! Que la route a été pleine d'embûches, de non-dits, de silences, de transparence, ce sentiment d'être là dans la foule mais invisible! Mais toujours mon écoute, mon empathie, mon amour, ma passion des autres se manifestaient jour après jour

sans jamais se démentir. Sous ce rire, ce Raymond connu de tous, se terrait un autre Raymond. Celui-là sait. Je sais, je sais qu'il savait et qu'il connaît ces ténèbres, ces sombres avenues, il les a côtoyés sous les orages, les tsunamis, les éclaircies, les ciels bleus, gris, multicolores!

Pour ne plus taire ces maux, sur cette terre, et dire les mots pour dire simplement, il y a quinze ans, je me suis investi d'une mission de « laisser dire ». Communicateur, cinéaste, voilà ce qu'il fallait faire : des films, OSER dire! Qui que nous soyons, chacun de nous a été un jour ou l'autre étonné, perplexe, touché, réveillé, interpellé ou même confondu par des mots, une rencontre surprenante. Pour s'assurer que personne ne tombe, si on s'écoutait! Si on s'ouvrait à une empathie constante devant les tourments des uns et des autres. Pour ne jamais dire « j'aurais dû », « il est trop tard », « si seulement », « avoir su »...

Il y a donc longtemps que je prête mon nom, des instants de vie, aux sans-mots, aux sans-noms, aux sans-voix. On travaille dans l'urgence de dire ces mots pour ne plus jamais garder en silence les maux. Je garderai toujours près de moi des couleurs, des silences, des images pour dire l'impossible, pour vous entendre dire l'indicible, toujours, pour toujours, jour après jour.

Laissons la parole à ces passeurs de vie pour qu'on entende celles-ci et ceux-là. Merci d'être ce que vous êtes, à l'écoute de vos maux pour dire tout simplement...

L'INTENSITÉ d'une COMMUNICATION est plus dans la QUALITÉ d'un REGARD et d'une ÉCOUTE que dans celle des MOTS. La capacité d'ACCUEIL et d'ÉCOUTE de la souffrance demeure parmi les critères d'évaluation les plus importants.

Le défi d'organiser la tournée *Centabous* nous est venu de ce besoin de dire profondément. Et devant cette réalité – et l'intérêt grandissant des jeunes participants eux-mêmes, l'accueil du milieu, du public et des gens de la première ligne –, nous nous sommes investis dans cette grande démarche de reconnaissance. Ceux-là même que l'on garde sous silence trop souvent sans vraiment prendre la peine de les écouter ont tendu la main, communiqué leurs silences. Je sais, je sais ces silences, la violence des mots. Je sais, je sais, j'ai connu dans une autre vie.

Le cheminement de Jessénia, Linda-Élaine, Maxime, Véronique, Dominique et Yannick, ces jeunes de *Centabous*, s'inscrivent de plus en plus dans la réalité de tous les gens. Leur disponibilité n'a plus été la même; ils travaillaient maintenant. Une vient de quitter son emploi pour mieux se définir, s'épanouir. Une autre cherche toujours, mais avec sérénité et confiance. Une troisième vient de se re-fragiliser et la secousse est forte. La quatrième a retrouvé le boulot qu'elle aime. Le philosophe poursuit sa quête d'un travail à un autre. Un seul des jeunes est disparu de notre radar. Que cinq jeunes sur six répondent toujours à l'appel est un succès. Le plus important était de s'engager, quoi qu'il arrive. Même si la vie s'est chargée de leur mettre des obstacles sur la route, ils cheminent ensemble. Heureuse depuis longtemps dans un boulot où elle trouvait une résonance, celle d'être reconnue à sa juste valeur, l'une des participantes s'est éveillée à la réalité d'être exploitée avec un salaire dérisoire sans aucune protection de l'employeur. Elle a décidé de quitter son emploi, mais avec

la conviction de faire le bon choix sans perdre l'équilibre. Cette réaction est très saine. Cette autre filait à bonne vitesse quand soudain, elle a perdu le contrôle.

Désillusionnés, fragilisés, désemparés, trop souvent laissés à eux-mêmes sans vraiment d'ancrage, ces jeunes perdent les balises essentielles au voyage terrestre. Soyons clairs, je n'accuse personne; je constate seulement avec les yeux d'un généraliste, grand voyageur n'offrant que sa sagesse forgée par la vie! Les emplois bien souvent offerts à nos jeunes de retour de l'enfer sont trop souvent précaires, sans protection. Bien des employeurs n'y voient qu'une bonne affaire!

Relevons nos manches, la marche est haute encore pour s'affranchir d'une réelle stigmatisation, affranchissement qui permettra à tout un chacun de retrouver la dignité d'un être humain à part entière. À travers cette aventure, le long chemin parcouru ces dernières années pour « redevenir un citoyen ordinaire tout simplement » est long et ardu, mais des amitiés se sont tissées. Tout à coup, tout devient un peu plus facile, on n'est plus seul.

IL FAUT AVOIR des OREILLES pour voir ce que les YEUX ENTENDENT. Et rien ne peut remplacer l'ÉCOUTE d'une MAIN.
Jacques Salomé

ENSEMBLE, nous croyons à des solutions, à une façon de faire différente, pragmatique, tellement plus près de l'essence même d'être qui ne demandent qu'à exister. On semble croire que seul le terrain économique est à la fois la solution et l'entrave à l'essor d'une classe sociale. Et si tout ça n'était qu'un choix de société? La volonté politique, sociale, est-elle vraiment là?

Comment traiter cet ensemble de problèmes, s'interrogent les employeurs, les politiciens, le grand public. Il nous est donné d'exposer des idées, d'avoir la liberté de la critique. Les idées nous alimentent dans tous les sens du mot! Et, enfin, les premiers touchés, ceux-ci, ceux-là, se donnent la parole, une plateforme, et on les écoute!

De là est née l'idée des *Journées Centabous*. La tournée *Centabous* nous propose des journées EXPÉRIENTIELLES sous forme d'ateliers, de conférences, de projections cinématographiques, le tout présenté de façon ludique. Ces journées nous permettent de percevoir la souffrance, de la transformer, de s'outiller pour mieux l'accompagner. Elles suggèrent de s'ouvrir à la disponibilité, à l'écoute, avec un regard nouveau, sans jugement, mais aidant!

Dans la quête d'une nouvelle vie avec ses embûches et ses belles réalisations, d'un affranchissement sain, voilà une occasion remarquable de permettre à ces jeunes de se revaloriser, de croire encore à demain et d'être reconnus au-delà de la souffrance pour ce qu'ils sont et ce qu'ils ont à dire tout simplement.

Une *Journée Centabous* est un événement idéal pour créer une synergie des forces en présence. Une telle journée peut regrouper des gens de divers milieux de la santé mentale de la région et d'ailleurs. Elle s'adresse aux parents, au domaine de la santé mentale, au monde professionnel et aux différents groupes sociaux soucieux de mieux comprendre cet aspect de

notre société. On est fier d'y présenter des films. Les jeunes se nourrissent de manière extraordinaire de ces rencontres. Des auteurs, des généralistes et des « spécialistes expérientiels », chacun à leur façon, nous font découvrir cet univers de la santé mentale sous une lumière différente, celle de l'expérience!

Plusieurs de ces conférenciers, auteurs, personnes ont vécu leur épisode. On y parle

- de l'équilibre fragile d'une famille dans laquelle un membre souffre d'un trouble de l'humeur;
- d'une femme aux prises avec l'anxiété générale et qui a vécu la dépression; elle dévoile les outils qu'elle utilise pour mieux vivre sa vie;
- d'inciter un homme à consulter pour lui-même ou pour un proche vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale : tout un défi; avons-nous la capacité de motiver un homme souffrant à s'engager dans un processus de changement?;
- de se laisser entraîner dans un voyage fascinant au beau milieu du cerveau d'une personne vivant avec un diagnostic de trouble bipolaire.

Une *Journée Centabous*, une aventure fabuleusement triste et rayonnante d'espoir. Une histoire de grande résilience racontée par une fleur épanouie, exaltante de joie même après cet odieux parcours de vie hier! Un récit comme une véritable transfusion de courage et de force. Oui, il faut croire et s'accrocher car, si le pire arrive parfois, une lumière peut aussi poindre à l'horizon.

Aujourd'hui, je ne cherche plus à atteindre l'absolu!

Si je suis en paix avec moi-même, si ma fille est heureuse et que mon entourage va bien, je suis sereine. De plus, je fais attention à mon amitié avec Jesséna.

Dans tout ça, mon cœur m'est toujours aussi précieux! La fidélité l'une à l'autre nous est si importante, elle nous offre une confiance l'une à l'autre jamais connue auparavant.

Dominique Bougie, artiste peintre, participante au film *Centabous*

Je me sens plus léger. Tout est plus facile! Et pourtant, parfois, je me sens comme un chevreuil dans un centre d'achat! Après s'être confronté à la réalité, on devient plus fort. Tout est tout à coup possible. La personne est plus importante que la maladie. Je cherche toujours tantôt dans les arts, tantôt ailleurs et nulle part à la fois, mais je cherche et ça, c'est important!

Maxime Jacques, artisan, philosophe de la vie, participant au film *Centabous*

AVIS AUX ARTISTES

Nous recherchons des œuvres de personnes utilisatrices pour illustrer la **UNE** du *partenaire*.

Pour faire parvenir vos photos ou pour de l'information :

lleclerc.aqrp@bellnet.ca



Mouvement acrylique
Diane Bellefeuille

Les œuvres qui paraissent à la une sont sélectionnées par le comité d'édition. Un montant de 100 \$ est remis à l'artiste pour les droits de diffusion.

Illustration sur papier de soie I
Denis Belleau



L'intervention précoce, une voie express vers le rétablissement?

Par Marc-André Roy, M.D., FRCP, psychiatre, chef de service, Programme troubles psychotiques, Institut universitaire en santé mentale de Québec, chercheur et directeur de l'axe neurosciences cliniques et cognitives, Centre de recherche, Institut universitaire en santé mentale de Québec, professeur agrégé de psychiatrie et de neurosciences, Université Laval

Perspective historique et contexte scientifique

La vision traditionnelle en psychiatrie stipule que la schizophrénie et les psychoses associées sont un billet « aller » seulement vers une vie peu productive, en marge de la société. Cette vision est parfois qualifiée de « kraepelinienne », ayant été articulée à la fin du XIXe siècle par le psychiatre allemand Emil Kraepelin, qui avait décrit la « démence précoce », le terme de « schizophrénie » étant introduit quelques années plus tard par Bleuler. Même si ces descriptions datent de plus de 100 ans et sont bien antérieures à l'introduction des traitements actuels des psychoses, elles exercent encore une puissante influence sur la conception de la schizophrénie, notamment en ce qui concerne les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV*, le manuel décrivant les critères diagnostiques les plus utilisés, publié par l'American Psychiatric Association. De plus, cette vision pessimiste a trouvé de nouvelles bases à travers la vision neurodéveloppementale de la schizophrénie, qui stipule que ce syndrome résulte d'influences génétiques ou environnementales précoces, c'est-à-dire qui modifient de façon importante pendant les premières années de la vie le développement du cerveau, et s'expriment chez l'adulte par un tableau de schizophrénie. Ainsi, un chercheur anglais, Robin Murray, avait même parlé de l'hypothèse « *doomed from the womb* », littéralement « condamné dès l'utérus », pour stigmatiser cette vision pessimiste et fataliste des psychoses.

Pourtant, dès la fin des années 70 et au cours des années 80, de grandes études de suivi longitudinal montraient qu'une proportion non négligeable (au moins un tiers) des personnes présentant une schizophrénie s'en tirait plutôt bien, mettant à mal cette vision pessimiste de l'évolution des personnes souffrant de psychose (Carpenter et coll. 1988). Ces mêmes études indiquaient aussi que si la détérioration du fonctionnement avait à survenir, elle le faisait généralement pendant les cinq premières années suivant les manifestations initiales de la maladie. C'est également lors de cette période que les gestes suicidaires et les gestes violents atteignent une fréquence maximale.

Ainsi, Max Birchwood (1997) proposait le concept d'une « période critique » pour désigner les premières années d'évolution de la psychose, pendant lesquelles les interventions ont une chance maximale d'obtenir du succès, l'idée étant que plus tôt a lieu l'intervention, meilleure est l'évolution. Le souhait était donc d'augmenter la proportion de personnes présentant une bonne évolution. Cette hypothèse qu'une intervention précoce améliore l'évolution se trouve soutenue

par des études établissant une corrélation entre la durée de la psychose avant le début du traitement et l'évolution de celle-ci.

Un mouvement s'intéressant en particulier à l'intervention précoce s'est donc créé autour de deux idées maîtresses découlant des constats ci-dessus : premièrement, plus tôt après l'écllosion de la psychose commenceront les interventions, meilleur sera le pronostic; deuxièmement, un traitement intensif, multidimensionnel et adapté aux jeunes contribuera aussi à ce meilleur pronostic. Ce mouvement a pris naissance en même temps qu'ont été introduits de nouveaux antipsychotiques, dits de seconde génération, qui contribuent au rétablissement, entre autres en diminuant l'incidence des effets indésirables neurologiques (notamment le ralentissement psychomoteur) si nuisibles au fonctionnement en société. De plus, de nouvelles approches psychothérapeutiques, d'orientation cognitivo-comportementale, ont été conçues, et des essais cliniques rigoureux ont conclu à leur efficacité, ce qui ajoute aux données probantes déjà obtenues quant à l'efficacité de l'intervention familiale. Finalement, les neurosciences fondamentales mettent de plus en plus l'accent sur la malléabilité du cerveau, même chez l'adulte. Ainsi, ce mouvement pour l'intervention précoce a-t-il été nourri par un contexte clinique et scientifique s'éloignant d'une vision pessimiste et déterministe des psychoses, menant à une remise en perspective de notre compréhension des maladies psychotiques et à une révision complète de notre façon d'intervenir auprès des personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique.

Des recherches ont examiné systématiquement dans quelle mesure ces interventions précoces sont à la hauteur de ces promesses. L'objet du présent article est donc de réviser les données des études les plus solides relatives à ces questions, tout en mettant en relief les particularités de l'intervention précoce. Finalement, nous aborderons l'implantation de ce modèle d'intervention dans le système de soins québécois.

Est-ce qu'intervenir plus tôt influence l'évolution?

Cette possibilité était suggérée notamment par des études observant des corrélations entre une intervention plus rapide, après le début de la psychose, et une meilleure évolution (Perkins et coll. 2005). Mais une corrélation n'implique pas un lien causal. Ainsi, l'idéal, scientifiquement, serait de répartir au hasard des personnes identifiées simultanément soit dans un groupe recevant un traitement actif immédiat, soit dans un groupe dont le démarrage du traitement actif est retardé, et de comparer par la suite l'évolution des deux groupes en fonction du moment de l'introduction du traitement. De telles études

ne sont évidemment pas envisageables aujourd'hui. Mais au moins une étude de ce type (Wyatt et coll. 1997), comparant l'évolution de personnes traitées avec un antipsychotique à celle de personnes recevant un placebo et datant de l'époque de l'introduction des antipsychotiques, a pu être analysée à nouveau pour examiner cette question. La conclusion a été que même six ans après le début de l'étude, les personnes présentant une psychose chez qui le traitement avait été retardé présentaient une moins bonne évolution que celles ayant bénéficié d'emblée d'un antipsychotique.

Plus récemment, à défaut d'utiliser un tel devis franchement expérimental, une grande étude norvégienne, dénommée TIPS, a eu recours à un devis qualifié de quasi-expérimental (Melle et coll. 2004). Dans cette étude, on a identifié des secteurs urbains raisonnablement semblables sur le plan de la composition démographique. Dans un premier groupe de secteurs, on a implanté un programme de détection précoce, incluant une campagne de sensibilisation du public et une équipe d'évaluation mobile. Dans un second groupe de secteurs, on ne procédait à aucun de ces ajouts. De plus, des mesures ont été prises pour s'assurer que le traitement offert aux personnes identifiées comme ayant un problème de psychose soit aussi standardisé que possible dans les deux groupes. Par la suite, on a comparé les personnes identifiées dans ces deux groupes, quant à plusieurs aspects, notamment le délai entre l'apparition des symptômes psychotiques et le début du suivi, et aussi divers indicateurs de sévérité de la psychose. Les principaux résultats peuvent être résumés ainsi :

- i. Le délai entre le début des manifestations psychotiques et le démarrage d'un traitement a été réduit par le programme de détection précoce;
- ii. Les personnes identifiées par le biais du programme d'intervention précoce présentaient une moins grande sévérité de la maladie lors du contact initial;
- iii. Au suivi à cinq ans après le contact initial, les personnes provenant des secteurs avec dépistage précoce affichaient une moins grande sévérité de la maladie, reflétée entre autres par une sévérité moindre des symptômes négatifs et dépressifs et une meilleure performance cognitive.

Bref, ceci soutient qu'il y a vraiment une relation causale entre une identification plus précoce des manifestations psychotiques et une meilleure évolution par la suite.

Quel type d'intervention pour des jeunes?

Plusieurs particularités doivent être prises en considération lorsqu'on aborde l'intervention auprès de personnes en début d'évolution de psychose.

La psychose survient généralement à une période particulièrement importante dans le développement de la personnalité et des rôles sociaux, soit à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Plusieurs transitions sont vécues à cette période, par exemple, d'un niveau d'étude à l'autre, le départ du milieu familial, l'acquisition de l'autonomie financière. Tous ces processus peuvent être perturbés par la survenue de la psychose.

Les premières années de suivi, pour les personnes souffrant d'une psychose, sont souvent une période explosive : comme

nous le disions plus tôt, le risque de suicide ou de gestes hétéro-agressifs atteint alors son sommet. Il s'agit également des années pendant lesquelles la proportion des personnes abusant de drogues ou d'alcool est à son maximum. Ces éléments constituent des embûches considérables.

C'est aussi le temps pendant lequel l'enjeu de l'acceptation du traitement est le plus important, et c'est souvent au cours du démarrage du traitement que plusieurs effets indésirables se manifestent. Ainsi, les arrêts de traitement sont alors spécialement fréquents.

Il faut aussi souligner – sur une note plus positive – qu'à cette époque charnière, les liens sociaux existent encore, et donc que le parcours peut être préservé ou parfois modifié, mais surtout soutenu par l'entourage de la personne atteinte.

Bref, il s'agit d'une période de grands défis, mais aussi de grandes possibilités.

À ces spécificités de la clientèle en début d'évolution d'une psychose correspond une coloration particulière des interventions, que nous pourrions résumer en cinq aspects :

- i. L'intervention précoce est habituellement proactive et interventionniste, en vue de prévenir les conséquences d'un retard ou d'un abandon de l'intervention et de tenter de diminuer les risques d'incidents tragiques;
- ii. Elle est participative et met un accent très important sur l'établissement d'une alliance thérapeutique;
- iii. Elle est basée dans la communauté, déstigmatisante et accessible; par exemple, en Australie, le mouvement de l'intervention précoce a récemment mené à l'implantation de cliniques consacrées à la santé des jeunes dans des centres commerciaux;
- iv. Elle insiste beaucoup sur l'espoir : l'espoir du rétablissement et de l'exercice d'un rôle social actif est vu comme étant légitime;
- v. Elle est multidimensionnelle, en ce sens qu'elle combine plusieurs modalités d'interventions et plusieurs cibles thérapeutiques, incluant par exemple la psychoéducation des personnes atteintes et de leurs proches, la thérapie cognitivo-comportementale, les interventions sur l'utilisation abusive de drogues et d'alcool, le soutien aux études ou au travail, l'adoption de saines stratégies d'adaptation pour les proches, le soutien à l'adhésion au traitement au sens large.

Est-ce qu'une intervention intensive, adaptée aux jeunes, améliore l'évolution?

Réponse des études avec répartition des participants au hasard

Quelques études ont utilisé un devis expérimental, dans lequel une intervention enrichie est comparée à une condition témoin, consistant généralement en un suivi semblable à celui typiquement en usage dans l'environnement de soins. Les études majeures, à ce jour, sont OPUS, menée au Danemark (Petersen et coll. 2005), et Lambeth Early Onset Team (Craig et coll. 2004), menée au Royaume-Uni. Ces deux études avaient en commun d'employer, comme traitement expérimental, une intensité de suivi très élevée (ratio d'un

intervenant pour cinq à dix personnes traitées), offerte par des équipes interdisciplinaires, combinant les divers ingrédients de l'intervention précoce décrits ci-dessus, ceci pour une durée de deux ou trois ans.

En ce qui regarde les résultats, le plus frappant est sans doute un recours moindre à l'hospitalisation pendant la durée de l'étude. Des analyses économiques ont aussi permis d'établir, pour l'étude OPUS, que les coûts supplémentaires occasionnés par ce programme d'intervention intensive étaient plus que récupérés par les économies de coûts d'hospitalisation, confirmant la conclusion tirée lors d'études australiennes sur cette question.

Aussi, ces deux études ont permis de constater une évolution plus favorable pour les groupes d'intervention intensive quant à divers indicateurs de sévérité de la maladie différant cependant entre ces deux études. Mais cet avantage du groupe d'intervention intensive tend à se dissiper partiellement, après la fin de l'étude OPUS qui a suivi l'évolution des participants à la suite de l'intervention et du retour aux soins usuels. Ces résultats décevants suscitent un questionnement actif, dans le milieu de l'intervention précoce, quant aux stratégies à utiliser pour favoriser le maintien des acquis au-delà de la période d'intervention intensive. Est-ce que cette période devrait être prolongée après les deux ou trois premières années, par exemple jusqu'à cinq ans?

Ces résultats ont néanmoins été jugés suffisamment probants pour convaincre le gouvernement du Royaume-Uni de procéder à une réforme majeure du système de soins en santé mentale, axée sur l'intervention précoce, avec la généralisation de cette pratique, par l'établissement de telles équipes de ce type, à la grandeur du territoire du Royaume-Uni.

Et si l'on intervenait même avant la psychose?

D'autres tendances poursuivent plus loin cette logique d'intervention précoce et tentent maintenant d'intervenir dès la période du prodrome, avant même l'éclosion de la psychose, afin de prévenir cette dernière. En effet, il est connu depuis longtemps que la psychose est généralement précédée d'un prodrome, d'une durée moyenne de deux à trois ans, période pendant laquelle s'installent insidieusement des manifestations non spécifiques de la maladie, tels le retrait social, le surinvestissement dans des intérêts nouveaux, une anxiété flottante. Ainsi, il a été proposé qu'une intervention dès ce stade puisse éviter aux personnes de vivre l'éprouvante expérience de la psychose. Évidemment, cette proposition repose sur la capacité d'identifier les personnes qui subiront éventuellement cette condition.

C'est ainsi que divers types de critères ont été définis afin d'identifier de telles personnes présentant des manifestations pouvant présager la survenue éventuelle d'une psychose, cette présentation étant maintenant désignée comme des états mentaux à risque. Les critères d'états mentaux à risque les plus utilisés sont ceux établis par l'équipe PACE, en Australie. Ils identifient trois groupes de personnes pouvant vivre ces états mentaux à risque, soit

- i. celles ayant des symptômes psychotiques atténués, survenant sur un intervalle total d'au moins un an;

- ii. celles affichant des symptômes psychotiques intenses mais brefs;

- iii. celles chez qui survient une diminution du fonctionnement psychosocial global et dont au moins un parent de premier degré présente un diagnostic de psychose.

Des entrevues cliniques semi-structurées ont aussi été élaborées pour permettre une évaluation rigoureuse de l'atteinte de ces critères.

Un grand vent d'enthousiasme a été soulevé à la publication d'une première étude répartissant les participants au hasard (McGorry et coll. 2002), dans laquelle des personnes répondant à de tels critères recevaient, de façon aléatoire, soit une intervention ponctuelle et non structurée ciblant les besoins exprimés par la personne, soit une intervention spécifique et structurée combinant de faibles doses d'antipsychotiques et de la thérapie cognitivo-comportementale. En effet, les résultats tendaient à démontrer une réduction significative du risque de vivre une psychose dans l'année suivant le début de l'étude. Par la suite, cet enthousiasme a été tempéré par une pléthore d'études rapportant que même en l'absence d'intervention préventive, seule une faible proportion (environ 10 %) des personnes identifiées avec un état mental à risque subissait une psychose, dans le contexte de suivi s'étalant sur une ou deux années. Cette faible proportion entraîne des doutes quant à l'emploi de certaines approches, notamment pharmacologiques, qui comportent des effets indésirables significatifs, le principe de précaution s'appliquant particulièrement en médecine préventive. Ceci mène à la recherche d'alternatives offrant moins de risque que les interventions pharmacologiques. C'est ainsi que le groupe de Melbourne rapportait des résultats prometteurs avec les oméga-3, qui diminuaient significativement le risque de psychose parmi les personnes ayant un état mental à risque (Amminger et coll. 2010). D'autres avenues actuellement à l'étude incluent principalement des interventions psychothérapeutiques; vu le grand nombre d'études en cours, on peut s'attendre à d'importants développements au cours des prochaines années.

Mais les études plus récentes démontrent que si la proportion des personnes présentant un état mental à risque qui manifesteront éventuellement une psychose est moins grande que celle initialement estimée, ces personnes vivent néanmoins de réels problèmes, puisqu'elles restent relativement handicapées et souffrantes. Par exemple, on documente de plus en plus un degré de fonctionnement psychosocial relativement faible et un taux de suicide élevé chez ces personnes ne développant pas de psychose. C'est ainsi que des critères pour les états atténués ont été proposés, et seront possiblement introduits dans le DSM-V, quoiqu'au moment d'écrire ces lignes, un débat se déroule toujours quant aux avantages et aux inconvénients d'inclure de tels critères.

Implantation de l'intervention précoce au Québec

Au Québec, plusieurs cliniques d'intervention précoce ont vu le jour, non seulement dans les grands centres universitaires mais aussi en région. Ces cliniques sont reliées notamment à travers l'Association québécoise de programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPÉP; L'Heureux et coll. 2007). Comme j'œuvre dans un tel programme depuis son ouverture

en 1997, et que j'ai été membre fondateur de l'AQPPEP, je crois pertinent d'aborder différents enjeux et de communiquer mes réflexions quant à ce mouvement.

Il est clair que l'intervention précoce, tout comme la thérapie cognitivo-comportementale et l'approche du rétablissement d'ailleurs, est porteuse d'un changement de paradigme profond dans notre vision et dans notre façon d'aborder les personnes souffrant de psychose apparentée à la schizophrénie. En effet, ces diverses approches ont en commun de reposer sur le fait que certains aspects liés aux psychoses sont malléables : tout n'est pas joué à l'avance, dès le diagnostic. Ainsi, le mouvement pour l'intervention précoce est intrinsèquement rempli d'espoir et témoigne d'un optimisme quant à la possibilité pour les personnes atteintes de mener une vie pleine et productive, en autant qu'elles bénéficient d'un suivi adéquat. Il est frappant de remarquer comment les innovations quant au traitement de ces personnes émanent en grande partie du mouvement d'intervention précoce.

Ce mouvement soulève des enjeux éthiques et cliniques, autour de la confidentialité et de la notion de « volontariat ». Concernant la confidentialité, il faut souligner que l'intervention précoce nécessite souvent une coordination et une communication étroites entre divers types de professionnels, souvent affiliés à une variété d'établissements. Aussi, comme les parents sont fréquemment à l'origine de la demande de services, l'intervention précoce est facilitée par des communications avec la famille. Or, ces communications sont généralement refusées par les intervenants au nom de la confidentialité; je crois qu'un tel refus procède d'une interprétation sans nuance des dispositions de la loi à cet effet. Concernant la question du volontariat, il faut noter que notre système de santé est structuré, en général, pour des personnes motivées, qui demandent activement des services, qui sont prêtes à affronter une longue attente et à franchir les nombreux obstacles pour l'obtention de services que la complexité de notre système de santé dresse. Or, les personnes en début d'évolution de psychose sont souvent peu motivées envers les services, ce qui appelle de la part des intervenants de santé une approche proactive, qui va à l'encontre bien souvent de la culture organisationnelle.

L'intervention précoce génère aussi d'importantes difficultés organisationnelles. En effet, une multiplicité de professionnels et d'organismes peuvent contribuer au dépistage précoce et au traitement intensif des personnes en début d'évolution

d'une psychose, notamment, des psychologues scolaires, des travailleurs de rue, des centres de crise, des organismes de soutien aux familles, des équipes de première ligne et des équipes spécialisées. Ainsi, l'intervention précoce nécessite une collaboration étroite entre ces partenaires, alors que notre système de santé a une fâcheuse propension au fonctionnement en « silos ». De plus, la création de services d'intervention précoce nécessite une transformation des services – parfois complexe – qui requiert un leadership marqué. En effet, la loi de Lavoisier « rien ne se perd, rien ne se crée » s'applique fort bien aux ressources de notre système de santé (quoiqu'on puisse parfois trouver que certaines ressources sont un peu perdues dans des complexités administratives coûteuses et pas toujours très rationnelles).

Finalement, l'intervention précoce demande un continuum de services, permettant un suivi à plus long terme. En effet, les résultats des études d'intervention précoce, qui montrent que les bénéfiques s'estompent lorsque l'intervention se termine, nous rappellent ce que nous savions déjà, mais avons peut-être souhaité oublier : une proportion non négligeable de personnes présentant un trouble psychotique nécessitera un suivi relativement intensif pour optimiser son rétablissement. Comme les ressources disponibles ne nous permettent pas d'offrir à long terme un suivi intensif à toutes les personnes présentant un trouble psychotique, un défi majeur sera de réfléchir à une manière d'optimiser et de personnaliser l'offre des services au-delà des quelques premières années de suivi.

Bref, l'implantation de l'intervention précoce au Québec progresse, mais rencontre tout de même des obstacles importants, inhérents bien entendu à la complexité des défis liés au suivi de cette clientèle, mais aussi à une certaine rigidité de notre système. Il va de soi qu'une volonté politique forte et claire de privilégier l'intervention précoce et une orientation communautaire ne pourrait que profiter à cette clientèle, comme les exemples anglais et australiens le prouvent.

En tant que regroupement des services de la région de la Capitale-Nationale s'adressant aux personnes présentant un trouble psychotique, nous avons pris le parti de ne pas attendre de telles politiques et de regrouper nos forces avec les partenaires de première ligne dans un contexte d'efforts concertés, notamment en vue de rendre plus direct l'accès aux soins et d'assurer des trajectoires de services sans « trous », tout au long du cheminement des personnes aux prises avec un trouble psychotique.

BIBLIOGRAPHIE

Amminger, G. P. et coll. (2010). « Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders ». *Archives of General Psychiatry*, 67, 146-154.

Birchwood, M. et coll. (1997). « Early intervention in schizophrenia ». *British Journal of Psychiatry*, 170, 2-5.

Carpenter, W. T. et coll. (1988). « The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia ». *Schizophrenia Bulletin*, 14, 645-652.

Craig, T. K. et coll. (2004). « The Lambeth Early Onset (LEO) Team: Randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis ». *British Medical Journal*, 329, 1067.

L'Heureux, S. et coll. (2007). « Améliorer la détection et le traitement des psychoses débutantes au Québec : l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) y voit ». *Santé mentale au Québec*, volume 32 (no 1), 299-315.

McGorry, P. D. et coll. (2002). « Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms ». *Archives of General Psychiatry*, 59, 921-928.

Melle, I. et coll. (2004). « Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: Effects on clinical presentation ». *Archives of General Psychiatry*, 61, 143-150.

Perkins, D. O. et coll. (2005). « Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: A critical review and meta-analysis ». *American Journal of Psychiatry*, 162, 1785-1804.

Petersen, L. et coll. (2005). « A randomised multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness ». *British Medical Journal*, 331, 602-605.

Wyatt, R. J. et coll. (1997). « Long-term morbidity associated with delayed treatment of first admission schizophrenic patients: A re-analysis of the Camarillo State Hospital data ». *Psychological Medicine*, 27, 261-268.

Portrait rapide d'une génération : la génération C

Par Line Leclerc, coéditrice, revue *le partenaire*

Les gens de la génération C (pour « communication ») ont entre 16 et 24 ans et comptent pour un million et demi de Québécois nés avec les technologies de l'information, les prenant d'assaut très jeunes pour *communiquer, collaborer et créer*. Statistiquement, 72 % des jeunes adultes utilisent les médias sociaux et un utilisateur moyen passe en moyenne de 11 à 20 heures par semaine sur le réseau Internet (CEFRIO 2011).

Ce grand nombre d'heures devant un appareil électronique suscite une interrogation : l'emploi des médias sociaux a-t-il une conséquence sur la santé mentale des jeunes adultes et, de façon corollaire, sur celle des jeunes adultes vivant un problème de santé mentale?

Un article relatif à la recherche de Kris Gowen, de Mathew Deschaine, de Darcy Gruttadara et de Dana Markey intitulée *Young adults with mental health conditions and social networking websites: Seeking tools to build community*, paru dans le dernier numéro de la revue *Psychiatric Rehabilitation Journal*, a permis de répondre en grande partie à cette question et méritait d'être présenté dans ce numéro sur les jeunes et la santé mentale.

Dès l'introduction, on enclenche la réflexion sur l'utilisation de l'Internet chez les jeunes adultes :

La grande croissance de l'Internet et la quantité toujours accrue d'heures que passent en ligne les jeunes adultes ont soulevé de l'inquiétude quant aux effets des médias sociaux sur les relations interpersonnelles et sociales de ces derniers. Cette inquiétude est fondée sur l'idée qu'une diminution des relations face à face avec les amis et la famille est probable, allant de l'affaiblissement des liens sociaux à une augmentation du degré de dépression, de solitude, de stress et d'isolement (Baker et Moore 2008; Ko et Kuo 2009; Morgan et Cotton 2003).

Cependant, de récentes recherches suggèrent le contraire – que les médias sociaux, incluant le clavardage et le blogue, peuvent accroître l'interdépendance sociale, réduire l'isolement et améliorer le bien-être à travers une rétroaction mutuelle et une autodivulgation. Il a aussi été suggéré que plutôt que de diminuer les relations sociales existantes, les médias sociaux servent à maintenir ou à améliorer ces relations en offrant un moyen de communication pratique (Ellison, Steinfield et Lampe 2007; Subrahmanyam, Reich, Waechter et Espinoza 2008)¹ (Gowen et coll. 2011).

¹ Traduction libre

Toujours selon l'étude de Gowen et de ses collaborateurs, l'utilisation des médias sociaux par les jeunes adultes est sensiblement la même, que ceux-ci vivent ou non un problème de santé mentale. Les écarts ne sont pas significatifs. La différence se situe dans les *lieux* fréquentés, par exemple; les jeunes adultes vivant un problème de santé mentale rapportent être plus enclins à faire des commentaires sur des blogues que ceux ne vivant pas avec cette difficulté.

Cette étude a démontré non seulement que les jeunes adultes atteints d'une maladie mentale ont recours aux médias sociaux autant que les jeunes non atteints, mais également qu'ils désirent des services et un réseau de communication en ligne répondant à leurs besoins.

La distinction touche plutôt les buts que chacun des groupes poursuit en se servant des médias sociaux. Les jeunes vivant un problème de santé mentale veulent communiquer avec d'autres utilisateurs du Web, partager des intérêts avec une communauté en ligne, clavarder et se faire de nouveaux amis. En contrepartie, les jeunes de l'autre groupe cherchent à planifier leurs activités sociales. De telles différences illustrent qu'un individu vivant un problème de santé mentale peut être plus porté à user des réseaux en ligne pour se créer une communauté de soutien que pour renforcer une communauté existante. Les jeunes ont tendance à se tenir entre pairs, que ce soit dans le monde réel ou dans le monde virtuel. Aussi, pour ces jeunes atteints, pouvoir aider d'autres jeunes comme eux par le biais de communautés en ligne est un besoin fortement souligné.

Malgré les limites de cette étude – petit échantillon, plus de femmes, affiliations en ligne –, ce document est un des premiers à définir les pratiques et les préférences des jeunes adultes vivant un problème de santé mentale en ce qui concerne les médias sociaux. Les résultats établissent que ces jeunes perçoivent les médias sociaux comme un moyen pour communiquer avec les autres et réduire leur isolement social.

Les praticiens auraient intérêt à se tenir informés des divers sites que fréquentent ces jeunes afin de connaître ceux sur lesquels ils se branchent, de comprendre comment ils les emploient pour communiquer entre eux et de leur rappeler les usages responsables et sécuritaires des sites Web en ligne.

Les jeunes vivant un problème de santé mentale ont sensiblement les mêmes habitudes par rapport aux médias sociaux que ceux n'étant pas atteints par ce problème. Cette génération est née avec l'Internet et les réseaux sociaux en ligne; qu'elle soit en bonne santé mentale ou pas, elle fait partie de son époque.

BIBLIOGRAPHIE

CEFRIO. *Les « C » en tant que citoyens*, [En ligne]. [www.cefrio.qc.ca] (Consulté le 3 avril 2012).

CEFRIO. « L'engouement pour les médias sociaux au Québec ». *NETendances 2011*, 4(1), [En ligne]. [www.cefrio.qc.ca] (Consulté le 3 avril 2012).

Gowen, K. et coll. « Young adults with mental health conditions and social networking websites: Seeking tools to build community ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 245-250.

Mon rétablissement à travers le Club Hors-Piste

Par Pierre Cormier, jeune adulte utilisateur de services en santé mentale



Depuis près d'un an, je fréquente le Club Hors-Piste, un club d'activités sportives et de plein air pour les jeunes de 18 à 35 ans vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Grâce aux nombreuses activités de ce club, j'ai graduellement rompu avec mon isolement et me suis remis en meilleure forme physique.

Les randonnées en montagne, été comme hiver, sont pour moi l'occasion de sortir de ma zone de confort et ainsi de fournir un deuxième effort. Au sein du groupe, l'effet d'émulation se fait sentir et c'est très stimulant. Ces randonnées me permettent aussi de découvrir des endroits où je n'ai jamais mis les pieds auparavant. Les moyens dont le Club dispose, tels le transport et l'équipement de sport, ne nous laissent plus aucune excuse pour ne pas en profiter. Faire de la marche en raquettes, par exemple, a été pour moi une expérience nouvelle et je me suis rendu compte que cette pratique restait très accessible. Il ne suffit que d'une paire de raquettes, d'une destination, d'un peu de neige et le tour est joué! J'ai aussi renoué avec des sports comme le volleyball et le badminton, puis j'en ai découvert d'autres (le spinning et le wally kin ball).



Descente en luge

Le Club Hors-Piste est également devenu pour moi un travail depuis que les organisateurs m'ont proposé d'y œuvrer en tant qu'agent de communication et responsable de projets spéciaux. Je m'y sens donc plus valorisé et cet emploi me permet de mieux connaître les membres qui, comme moi, veulent se rétablir et construire un nouveau réseau social. L'organisation d'activités spéciales est une riche expérience et leur réalisation, une source d'émotions nouvelles. Lorsque vient le temps de contrôler une peur devant un mur d'escalade ou une tyrolienne¹, le soutien et l'encouragement des autres peuvent aider à y faire face. Il n'y a pratiquement rien qui soit hors de portée de la personne qui décide réellement de se prendre

en main et d'améliorer son sort. Nous observons dans le Club des témoignages vibrants de gens brisant les stéréotypes de la maladie mentale par leurs exploits.

Les tâches que le Club m'a octroyées solidifient ma confiance en moi et mon estime personnelle. L'automne dernier, avant mon entrée comme agent de communication, je me morfondais de plus en plus dans mon appartement devant le téléviseur et mon quotidien ne ressemblait en rien à ce qu'il est devenu aujourd'hui. Maintenant, mes responsabilités font en sorte que j'améliore mes interactions avec les membres, les autres responsables et les personnes intéressées de près ou de loin par le Club. Je téléphone à des gens ou je leur envoie des courriels pour les informer des activités ou faire de la recherche de commandites. Il m'arrive parfois aussi d'écrire des textes de présentation du Club. Ces nouveaux défis m'ont porté à acquérir une certaine compétence en informatique.

Au Club Hors-Piste, je collabore à différents projets spéciaux, comme celui sur les saines habitudes de vie. En équipe, nous tentons de concevoir des outils sur divers sujets touchant les bonnes habitudes à prendre et rejoignant les intérêts des membres. Ce travail a des conséquences certaines sur mes propres comportements et mon équilibre en général. La recherche qui l'accompagne me permet d'être bien informé sur l'alimentation, l'activité physique ou le sommeil. En fait, mon investissement actuel est un excellent tremplin vers des projets qui me tiennent à cœur : un retour aux études d'ici quelques mois, puis une rentrée sur le marché du travail.

Tout ce changement s'avère très positif pour moi. Je constate avec enthousiasme que mon réseau social s'élargit et que je progresse dans un milieu de vie normalisant, ce qui brise les préjugés par rapport à la maladie mentale. Cette dernière n'est pas irréversible et avec des moyens tels que ceux dont dispose une organisation comme le Club Hors-Piste, le rétablissement est maintenant possible...



Randonnée en montagne

¹ Technique qui consiste à franchir un espace vide séparant deux points au moyen d'une corde ou d'un câble d'acier solidement tendu (OQLF).

RÉTABLISSEMENT ET PLEINE CITOYENNETÉ :

DU DISCOURS À L'ACTION!

LE XVI^e COLLOQUE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE :

UN ÉVÉNEMENT HORS DE L'ORDINAIRE!

LES 31 OCTOBRE, 1^{er} ET 2 NOVEMBRE 2012

À QUÉBEC, AU CENTRE DES CONGRÈS
ET AU HILTON
EN PLEIN CŒUR DE LA CAPITALE!

AVEC UN VOILET
INTERNATIONAL POUR UNE
ÉDITION SPÉCIALE
**RÉTABLISSEMENT ET PLEINE
CITOYENNETÉ :**
**DES PERSPECTIVES D'ICI
ET D'AILLEURS**



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

Soyons nombreux à

**PARTAGER,
DISCUTER,
RÉFLÉCHIR,
CHANGER
ET BOUGER...**

sous le thème du
Rétablissement et de
l'accès à une Pleine
Citoyenneté!

Pour cette Édition spéciale, l'AQRP est
heureuse d'accueillir :

- De nombreux invités internationaux jumelés aux acteurs d'ici qui vous convient à suivre un **PARCOURS INTERNATIONAL** composé d'une série de *symposiums internationaux* à découvrir!
- Le 2^e **FORUM SUR LA PSYCHIATRIE CITOYENNE**, avec la collaboration du *Mouvement international citoyenneté et santé mentale*, qui vous invite à participer à différents forums sur la pleine citoyenneté;
- **EUROPSY**, une organisation européenne, et des *artistes d'ici* qui, par le biais des arts et de la culture, vous en offrent plein la vue!
- Sans compter toute la *richesse des gens d'ici* : des ateliers, des formations, des découvertes et des expertises à partager.