

Votre cheminement vers le rétablissement

Signification,
gestion de soi et
médication



Guide des animateurs

Votre cheminement vers le rétablissement

Signification,
gestion de soi et
médication



Guide des animateurs

Votre cheminement vers le rétablissement : Signification, gestion de soi et médication

La Société canadienne de la schizophrénie aimerait obtenir vos commentaires. Si vous trouvez cette ressource utile, ou si vous avez des suggestions ou des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Envoyez un courriel à l'adresse info@schizophrenia.ca, ou téléphonez au 1-800-263-5545

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de Janssen-Ortho Inc. Droit d'auteur 2009 – Société canadienne de la schizophrénie

Conception graphique : Hansen Design

Rédaction : Edna Barker

Production vidéo : Swim Media

Impression : grâce à la générosité de Janssen-Ortho Inc.

Contenu

Avant-propos	5
Introduction	9
Aperçu	13
Séance 1 : Qu'est-ce que le rétablissement?	25
Séance 2 : La qualité de vie	35
Séance 3 : La gestion de soi	43
Séance 4 : La médication comme outil de rétablissement ...	53
Séance 5 : Aller de l'avant : plan d'action personnel	65
Références	74
Annexes	77

Remerciements

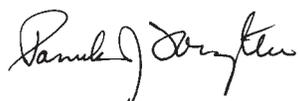
Ce programme est le résultat d'une collaboration entre la Société canadienne de la schizophrénie et Janssen-Ortho Inc., et son orientation a été établie par un comité consultatif composé de bénéficiaires, de membres de familles touchées par la maladie mentale et de fournisseurs de services. Nous aimerions remercier les membres du comité consultatif et les personnes qui ont participé à la vidéo. Ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien de notre commanditaire, Janssen-Ortho Inc.

Des remerciements tout particuliers sont adressés aux personnes suivantes :

Odette Beaudoin, Amy Butcher, D^{re} Sonia Chehil, Danièle Covelo, Francine Dubé, Martine Elias, Wendy Gerhart, Mia Hill, Daniel Hyacinthe, D^r Ridha Joobar, Isabelle-Anne Mimeault, Christine Montgrain, Suzanne Morand, D^{re} Myra Piat, Gerald Samson, Jean Samson, Sylvie St-Laurent, Deborah Windell.

Nous désirons également remercier chaleureusement Bonnie Pape, dont la sagesse et le savoir-faire ont orienté la mise au point des ressources du projet.

Nous tenons sincèrement à transmettre à chacun d'entre vous notre reconnaissance et notre gratitude.



Pamela Forsythe, MN, FRCPC
Présidente, membre du comité consultatif



Chris Summerville, D.Min. CPRP
Directeur général, membre du comité consultatif



Catherine Willinsky, M.Sc.S.
Gestionnaire, Programmes et projets nationaux, membre du comité consultatif

« Votre cheminement vers le rétablissement est un programme précieux pour ceux qui, atteints d'une maladie mentale, cherchent des outils prometteurs pour les aider à se rétablir. Le rétablissement est une notion concrète, qui s'exprime dans la réalité, chez de vraies personnes. Je le sais de ma propre expérience.

Un membre de ma famille souffrait d'une dépression majeure. À la suite d'une tentative de suicide, et avec une aide professionnelle et spirituelle ainsi que des médicaments, ma sœur a pu se rétablir suffisamment pour graduer de l'université et jouir d'une vie riche et productive durant de nombreuses années.

La stratégie nationale de la santé mentale, que la Commission de la santé mentale du Canada est en train de développer, aura ce principe de rétablissement comme pierre angulaire. »

(Michael Kirby, Président, Commission de la santé mentale du Canada)

« Nous avons tous à nous rétablir de quelque chose, qu'il s'agisse d'une maladie mentale, d'une dépendance, d'une déficience physique, de la perte d'un être cher, de la victimisation ou de la solitude... Le rétablissement rapproche les gens puisqu'il ne fait aucune distinction fondée sur le statut social, l'âge, la couleur de la peau, la religion, la langue et le niveau d'études, et qu'il nous rassemble dans notre commune humanité. »

(Sowers, W., 2007)

Avant-propos

« Ne me dites pas que le rétablissement n'est pas fondé sur les preuves! J'en suis la preuve. »

Femme souffrant d'une maladie mentale

J'adore cette citation! Même si aucune définition ne fait l'unanimité, le rétablissement est essentiellement une question d'espoir : l'espoir de jouir d'une qualité de vie et de vivre dans la dignité malgré les contraintes associées à la maladie mentale.

Le diagnostic d'une maladie mentale comme la schizophrénie a longtemps été considéré comme un coup fatal. La vie était terminée, tout espoir était perdu. Aujourd'hui toutefois, de nombreuses études à long terme révèlent que jusqu'à deux tiers des personnes souffrant d'une maladie mentale peuvent s'en rétablir et le font.

Le rétablissement peut avoir de nombreuses significations différentes. Certaines personnes vivront un épisode de psychose ou de schizophrénie. Leur rétablissement est semblable à celui d'une personne qui se remet d'une crise cardiaque. Même si elles sont vulnérables, elles peuvent ne jamais vivre un autre épisode.

Pour d'autres, le cheminement vers le rétablissement est beaucoup plus long et peut même durer toute une vie. Les personnes souffrant d'une maladie mentale comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire peuvent vivre des rechutes intermittentes. Tout comme les personnes qui souffrent d'asthme, les personnes aux prises avec la schizophrénie peuvent jouir d'une qualité de vie et rencontrer leurs objectifs, mais elles doivent particulièrement prendre soin d'elles-mêmes et apprendre à gérer leur maladie.

Pour certaines personnes souffrant d'une maladie mentale persistante, le rétablissement semble impossible. Je le sais fort bien puisqu'un de mes frères vit avec une schizophrénie et un autre avec un trouble bipolaire. La maladie peut être implacable lorsque les personnes n'ont pas accès à des services et à un système de santé mentale axés sur le rétablissement. Toutefois, nous devons continuer à espérer que leur rétablissement est possible.

Le Dr Larry Davidson, professeur de psychiatrie à l'Université Yale, mentionne que, par « rétablissement », on entend apprendre à vivre à l'extérieur plutôt qu'à l'intérieur de la maladie mentale. Les personnes qui vivent à l'intérieur de la maladie mentale sont prises dans un cercle vicieux. Les personnes qui vivent à l'extérieur de la schizophrénie cherchent à se réapproprier leur vie. C'est une question d'autodétermination, de choix, d'espoir et d'autonomie.

Bon nombre de personnes qui souffrent d'une maladie mentale prolongée essaient de se remettre non seulement de cette maladie, mais également des pertes, de la stigmatisation et de la discrimination qui y sont associées : pertes d'amis, de revenu, de logement sécuritaire et abordable, de possibilités professionnelles et récréatives, de santé et d'espoir de rétablissement.

Nous devons régler les injustices sociales à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale et leur donner davantage d'occasions d'agir comme citoyens à part entière.

Des experts qui travaillent auprès des jeunes lors de leur premier épisode psychotique ont mentionné que le rétablissement peut être abordé selon trois dimensions : personnelle, sociale et axée sur la maladie. (Windell, D. et coll., 2008)

- Le rétablissement personnel consiste à retrouver un but et un sens à sa vie au cours du cheminement vers l'acceptation de sa maladie.
- Le rétablissement social consiste à vivre avec dignité une vie sécuritaire et bien remplie dans la collectivité en s'appuyant sur les mesures de soutien et les services appropriés.
- Le rétablissement axé sur la maladie comprend la gestion de soi et l'utilisation de sa « *thérapie personnelle* » (Deegan P, 2005), incluant la gestion du stress, les groupes de soutien, la méditation, le yoga en plus des traitements pharmaceutiques.

Dans le programme « *Votre cheminement vers le rétablissement* », nous examinons les cinq sujets suivants.

- Qu'est-ce que le rétablissement?
- La qualité de vie
- La gestion de soi
- La médication comme outil de rétablissement
- Aller de l'avant : plan d'action personnel

Ceci est votre vie. Vous n'avez pas demandé à souffrir d'une maladie mentale. Toutefois, votre cheminement vers le rétablissement fait également partie de votre vie. Il s'agit d'un parcours axé sur la signification, la gestion de soi et la médication. Nous espérons que ce programme de formation vous aidera à mener une vie à l'extérieur de la maladie mentale.

Certaines personnes qui ont vécu la maladie mentale affirment qu'il est possible de s'en rétablir. Elles soutiennent qu'on peut vivre sa vie au-delà de la maladie.

La devise de Home Depot est « *Votre volonté de faire. Notre savoir faire.* » Le rôle des fournisseurs de services en santé mentale, de la famille et des amis consiste à créer des environnements propices au rétablissement. Vous seul pouvez vous rétablir, mais nous pouvons vous aider.

Je souhaite que ce document soit une source d'inspiration pour vous, et j'espère que votre rétablissement sera aussi réel que l'était votre maladie mentale.

Je tiens à souligner le soutien offert par Janssen-Ortho Inc. et par notre comité consultatif composé de bénéficiaires, de membres de familles touchées et de fournisseurs de services ayant participé à la création de ce programme. Notre gestionnaire de projet, Catherine Willinsky, mérite des félicitations pour le leadership dont elle a fait preuve. Grâce à elle, nous avons gardé le cap tout au long du projet.

Enfin, nous vous assurons que nous nous sommes efforcés de respecter la documentation des 25 dernières années en matière de rétablissement.

En ma qualité de membre de la Commission de la santé mentale du Canada, je sais que celle-ci est déterminée à mettre sur pied un système de santé mentale axé sur le rétablissement au Canada. Je suis convaincu que ce programme contribuera à la discussion que nous devons absolument avoir au Canada au sujet du modèle de rétablissement.

Et bien, ceci est votre vie. Votre cheminement vers le rétablissement!



Chris Summerville, D.Min. CPRP
Directeur général, membre du comité consultatif

Société canadienne de la schizophrénie

Introduction

Introduction

En quoi consiste ce programme?

Votre cheminement vers le rétablissement est fondé sur le principe qu'il y a de l'espoir : les personnes souffrant de maladie mentale peuvent se remettre et rester en santé pendant de longues périodes et faire ce qu'elles veulent de leur vie.

Le programme est important pour plusieurs raisons. Il s'appuie sur la documentation et les données probantes maintenant bien établies sur le rétablissement de la maladie mentale, et contribue à l'essor des programmes visant à rendre autonomes les gens, pour leur permettre de gérer leurs propres traitements et leur processus de rétablissement.

Le programme vise à fournir aux participants des outils leur permettant de se responsabiliser par rapport à leurs propres bien-être et stabilité, de gérer et d'atténuer leurs symptômes en utilisant diverses techniques de gestion de soi et d'obtenir et de mettre efficacement à profit le soutien d'un réseau de membres de la famille, d'amis et de professionnels de la santé.

« La façon dont les gens perçoivent la schizophrénie s'est transformée : elle est passée du pessimisme thérapeutique à l'espoir du rétablissement. Beaucoup de choses – réactions aux médicaments, relations, choix, forces, capacités, miracles – peuvent se produire au cours d'une vie. » (Manschreck T.C. et coll., 2008)

À qui le programme s'adresse-t-il?

Même si certains des exemples du présent manuel sont liés à la schizophrénie, *Votre cheminement vers le rétablissement* vise à répondre aux besoins d'un large éventail de personnes ayant souffert de maladie mentale, peu importe leur diagnostic et l'état d'avancement de leur maladie. Même s'il existe d'importantes différences dans les symptômes, l'évolution et le traitement des différentes maladies mentales, il y a également bon nombre de similitudes entre les expériences vécues par les personnes déployant des efforts en vue de se rétablir, dont établir et atteindre des objectifs personnels, travailler pour trouver un sens à sa vie et s'accomplir dans une nouvelle réalité, composer avec l'impact des préjugés, et acquérir une image de soi positive et un sentiment d'appartenance.

Dans l'ensemble de ce document et des autres éléments du programme, nous utiliserons le terme « *participants* » pour faire allusion aux personnes qui participent au programme.

Objectifs du programme

L'objectif global du programme consiste à accroître la capacité des participants à atteindre leurs objectifs personnels en matière de rétablissement en améliorant leur autonomie et leur qualité de vie. Nous espérons atteindre cet objectif en :

- donnant aux participants l'occasion d'explorer les nombreux aspects du rétablissement;
- explorant le rôle des objectifs personnels dans le processus de rétablissement;
- donnant aux participants les connaissances et les outils dont ils ont besoin pour participer activement à la gestion de leur maladie et à leur rétablissement;
- utilisant des modèles d'espoir et de rétablissement grâce à l'approche axée sur le soutien des pairs;
- donnant aux participants l'occasion de réfléchir à leur cheminement vers le rétablissement et de le planifier.

Importance du soutien par les pairs

Nous avons choisi d'utiliser un modèle axé sur le soutien par les pairs non seulement parce que le soutien par les pairs constitue un exemple du type d'autodétermination qui caractérise le rétablissement, mais parce qu'il peut transformer des vies. Le groupe est conçu pour être dirigé par des personnes qui ont fait l'expérience de la maladie mentale et du rétablissement.

« Un nouvel élément s'est ajouté au modèle de rétablissement soit celui de la participation d'un pair à titre de mentor, c'est à dire une personne atteinte de schizophrénie qui joue un rôle d'éducateur. Les personnes qui jouent ce rôle profitent elles-mêmes de cette expérience puisqu'elles apprennent à aider d'autres personnes à se rétablir. Elles sont une inspiration pour les patients qui peuvent ne pas être aussi avancés dans leur processus de rétablissement. »

(Manschreck T.C. et coll., 2008)

Qui peut être animateur pour le programme?

Quand il s'agit d'utiliser un modèle axé sur le soutien par les pairs, l'animateur idéal est une personne qui a souffert de maladie mentale et qui comprend le processus de rétablissement. Un fournisseur de services axés sur le rétablissement ou un membre de la famille peut aider l'animateur à organiser et à présenter le programme.

Il est essentiel que les animateurs comprennent et supportent les mêmes valeurs et la même éthique.

Les animateurs doivent :

- diriger le programme en utilisant une approche soulignant l'importance de se développer sur le plan personnel (*self help*) et favorisant le soutien par les pairs grâce à la participation active de tous les participants ainsi qu'à l'interaction entre eux;
- démontrer et illustrer les valeurs liées au rétablissement : espoir, autodétermination, choix et autonomisation;
- prôner le concept selon lequel chaque participant est la personne qui connaît le mieux sa propre expérience;
- accepter les participants tels qu'ils sont, comme des individus uniques;
- rappeler aux participants qu'il n'y a aucune limite au rétablissement.

Les compétences d'animation sont expliquées plus en détail plus loin dans cette introduction et dans l'appendice.

Le matériel du programme

Ce manuel renferme les documents fondamentaux pour l'animation du programme, c'est à dire les aperçus et les notes, les diapositives PowerPoint, le cahier d'exercices du participant et les vidéos qui accompagnent chaque séance. (L'intégralité du matériel du programme peut être consultée ou téléchargée à partir du site de la Société canadienne de la schizophrénie à l'adresse suivante : www.schizophrenia.ca)

Le matériel du programme est conçu pour s'adapter facilement à différents groupes et formats. Les animateurs peuvent utiliser ce guide et les outils qui s'y rattachent comme modèles de base, en en modifiant le contenu et la longueur en fonction des besoins des divers participants, qu'ils soient au début de leur processus de rétablissement ou qu'ils aient des années d'expérience à partager.

Le programme est divisé en 5 séances de 60 à 90 minutes chacune. Les animateurs peuvent changer l'ordre de présentation des séances. La durée des séances peut être adaptée en fonction des préférences du groupe.

Les séances sont composées d'une partie informative, d'activités de groupe et de questions de discussion à débattre.

Plan du programme de rétablissement

- Séance 1 : Qu'est-ce que le rétablissement?
- Séance 2 : La qualité de vie
- Séance 3 : La gestion de soi
- Séance 4 : La médication comme outil de rétablissement
- Séance 5 : Aller de l'avant : plan d'action personnel

« Au lieu de voir le rétablissement comme un moyen de prévenir les rechutes, je le vois comme un processus actif qui consiste à établir des objectifs et à travailler pour les atteindre. »

(Gottlieb D., 1991)

Aperçu de l'animation

Ce manuel présente les grandes lignes de l'animation pour les séances 1 à 5 du programme. Il fournit un cadre pouvant être utilisé par les animateurs et renferme des commentaires sur les diapositives PowerPoint.

Diapositives PowerPoint

Les animateurs peuvent utiliser les diapositives pour orienter la discussion.

Cahier d'exercices du participant

Le cahier d'exercices porte sur cinq sujets et renferme des renseignements et des outils pratiques que les participants peuvent utiliser en tout temps. Les animateurs peuvent distribuer des copies du cahier d'exercices au début de chaque séance et établir un lien entre le contenu de la séance de groupe et le contenu et les outils que l'on trouve dans le cahier d'exercices.

Des copies du programme, incluant le cahier d'exercices du participant, peuvent être commandées gratuitement à la :

Société canadienne de la schizophrénie

100-4, Fort Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1C4

Téléphone : 204 786-1616

Sans frais : 1 800 263-5545

Télécopieur : 204 783-4898

Courriel : info@schizophrenia.ca

Livraison en 2 ou 3 semaines.

Si vous avez besoin d'un plus grand nombre d'exemplaires, ou pour faire des copies supplémentaires, vous trouverez le contenu du cahier d'exercices, ainsi que ce manuel, sur le CD n° 1.

Voir page suivante pour les instructions d'utilisation du CD n° 1.

Vidéos

Chaque séance est accompagnée d'une vidéo. Les vidéos présentent des personnes atteintes de maladie mentale, des membres de la famille et des fournisseurs de services qui discutent des questions abordées pendant les séances. Les animateurs peuvent regarder les vidéos puis réfléchir à la façon dont ils vont les utiliser. À titre d'exemple, une vidéo peut être utilisée pour amorcer une discussion ou clore une séance. Les animateurs peuvent également décider de ne pas utiliser toutes les vidéos.

Les CDs

Les deux CDs de cette trousse renferment tous les éléments dont les animateurs peuvent avoir besoin pour présenter le programme.

Le CD n° 1 contient :

- une copie PDF de ce manuel pour réimpression
- les annexes : renseignements et formulaires pour l'inscription, matériel promotionnel, information sur les compétences d'animation, ententes de confidentialité, formulaires d'évaluation par les participants, attestations de participation, glossaire et liste des ressources recommandées.
- les présentations PowerPoint accompagnant chaque séance.
- une copie PDF du cahier d'exercices du participant pour réimpression.

Le CD n° 2 contient :

- des présentations vidéo pour accompagner chaque séance

Comment utiliser les CDs

Nous sommes conscients que selon la région du pays, les animateurs du programme n'auront pas tous le même accès au financement et à la technologie.

- Certains animateurs n'ont peut-être pas accès à un projecteur ACL et à un ordinateur portable pour présenter les diapositives PowerPoint. Si vous ne disposez pas d'un projecteur ACL, vous pouvez imprimer les diapositives PowerPoint et faire des acétates que vous présenterez au moyen d'un rétroprojecteur.
- Pour voir la présentation vidéo, insérer le CD n° 2 dans un lecteur DVD et sélectionner une option dans le menu.

Pour imprimer le matériel du programme à partir du CD n° 1

ÉTAPE 1 : Insérez le CD dans le lecteur approprié. Votre ordinateur devrait automatiquement lire le disque et afficher la table des matières. Si ce n'est pas le cas, double-cliquez sur l'icône « Poste de travail » située sur votre bureau, puis double-cliquez sur l'icône du lecteur de CD.

Il est à noter que vous aurez besoin d'Adobe Acrobat Reader pour visualiser et imprimer les documents qui se trouvent sur le CD. Nous avons ajouté un lien sur le CD afin de vous permettre de télécharger gratuitement le logiciel Adobe.

ÉTAPE 2 : Dans la table des matières, cliquez sur la section que vous voulez visualiser. Les pages apparaîtront à votre écran.

Pour imprimer et réunir le cahier d'exercices du participant

Vous aurez besoin des éléments suivants :

- CD n° 1
- Ordinateur avec le logiciel Adobe Acrobat Reader
- Imprimante
- Photocopieur
- Papier à photocopie
- Perforateur à trois trous
- Cartable de deux pouces avec fenêtre sur le dessus (un par participant)
- Onglets (cinq par cartable)

ÉTAPE 1 : Imprimer les chapitres du cahier d'exercices à partir du CD n° 1.

ÉTAPE 2 : Photocopier toutes les pages en nombre suffisant pour tous les participants.

ÉTAPE 3 : Perforer les pages.

ÉTAPE 4 : Voir à ce que les pages soient dans le bon ordre et insérer un onglet au début de chaque section.

ÉTAPE 5 : Remplir les cartables.

Organisation du programme dans votre communauté

Promotion du programme

Le bouche à oreille est souvent l'outil de promotion le plus efficace. Il convient donc d'établir des relations avec le Centre de santé et services sociaux (CSSS) local et avec des cliniques d'intervention précoce, des psychiatres et d'autres intervenants de première ligne; ces personnes peuvent vous aider à promouvoir le programme et à trouver des participants. Vous pouvez également présenter le programme à des équipes de santé mentale de la région. Nous avons inclus un dépliant d'information sur le CD n° 1. Vous pouvez adapter ce dépliant en fonction de votre localité.

Maintenir les coûts au minimum

Nous vous encourageons à trouver des animateurs bénévoles et des locaux gratuits pour les séances. Vous devrez trouver du financement pour les rafraîchissements qui devraient comprendre du café, du thé (vous pourriez par exemple emprunter une bouilloire), de l'eau et une collation diététique.

Choix de la date

Consultez les calendriers communautaires et adressez-vous aux organismes de services sociaux afin de connaître les autres programmes de groupe offerts dans votre localité. Essayez de choisir une plage horaire qui n'est pas déjà occupée.

Choix du lieu

Il est préférable de disposer d'une salle tranquille et privée où les gens sont à l'aise pour échanger des renseignements très confidentiels. Dans les hôpitaux et les centres de santé mentale, on trouve souvent des salles assez grandes pour accueillir de 15 à 20 personnes. Il est également possible de trouver des salles convenables dans les églises et les écoles. Certains organismes mettent gratuitement des salles à la disposition des groupes qui offrent des programmes éducatifs.

Rencontre des participants potentiels

Organisez une rencontre avec vos participants avant le début du programme afin de leur fournir de l'information et de vous assurer qu'ils comprennent le contenu et la démarche du programme. Cela vous donnera la possibilité de connaître leurs attentes et leur intérêt et de savoir si le programme répondra à leurs besoins. Vous pouvez leur poser les questions suivantes :

- Qu'est-ce qui vous intéresse dans le programme?
- Nous vous demandons d'essayer de participer à toutes les séances. Cela vous convient-il?
- Entre les séances, à qui pouvez-vous parler quand vous avez besoin d'aide ?

Si le participant et vous estimez que le programme est approprié, demandez au participant de remplir le formulaire d'inscription (dans l'annexe sur le CD n° 1). Remettez à chaque participant potentiel une copie de l'entente de confidentialité (dans l'annexe sur le CD n°1) et expliquez que tous les participants doivent garder confidentiels les éléments du programme. Les participants doivent signer l'entente pendant la première séance de groupe.

Mentionnez aux participants que vous leur transmettez une invitation officielle aussitôt que les ententes seront conclues.

« Les participants et les animateurs tissent des liens étroits et développent des relations basées sur l'espoir. L'importance de ces liens est soulignée dans la documentation sur le soutien par les pairs qui démontre que cet élément atténue les symptômes, élargit les réseaux sociaux et améliore la qualité de vie. »

(Groopman J., 2004)

Information à l'intention des animateurs

Accueillir le groupe

Les animateurs doivent absolument créer un environnement sûr, positif et prévisible dès la première rencontre. Ils doivent, entre autres, commencer et terminer selon l'horaire prévu et veiller à ce que les participants respectent les délais prescrits pendant la séance.

Voici certaines choses à prévoir avant chaque séance :

- Y a-t-il suffisamment de chaises pour les participants, l'animateur et le conférencier?
- Les chefs de groupe peuvent-ils se voir?
- Les participants peuvent-ils tous se voir lorsqu'ils sont assis?
- Doit-on prendre certaines mesures d'adaptation? (Y a-t-il des personnes à mobilité réduite, malentendantes ou malvoyantes?)
- La température de la salle est-elle trop chaude ou trop froide? Les animateurs peuvent poser cette question aux participants au début de la séance.
- Les fournitures nécessaires sont-elles à portée de la main? Il faut s'assurer de disposer de tous les marqueurs, tableaux à craies et à feuilles, ordinateurs et projecteurs nécessaires.

Garantir la confidentialité

Puisque la maladie mentale entraîne parfois une peur de la stigmatisation et une discrimination, certains membres des familles touchées peuvent faire part au groupe de leur préoccupation quant à la confidentialité des renseignements qu'ils divulguent. Les animateurs doivent insister sur l'importance de l'entente de confidentialité signée par chaque participant. Il convient également de suggérer des façons de prévenir toute violation de l'entente, et de discuter des conséquences qu'aurait une telle violation.

Début et fin de chaque séance

Arrivée

- À chaque séance, les participants doivent s'enregistrer. À ce moment, on demande le plus souvent aux participants de nommer une chose qu'ils ont faite pendant la semaine précédente pour prendre soin d'eux-mêmes. Une telle question illustre l'importance de prendre soin de soi. Poser une question au moment de l'arrivée permet également aux participants et aux animateurs de concentrer leurs efforts sur le groupe.

Récapitulation

- À la fin de chaque séance, faites un résumé des sujets centraux abordés par le groupe, ainsi que des travaux et des activités effectués par les participants. C'est également un bon moment pour souligner l'engagement du groupe et la volonté des participants de consacrer leur temps au groupe.
- Vous pouvez mettre fin à la séance en posant une question qui permettra de mettre l'accent sur certaines des idées discutées pendant la séance qui pourraient être utiles aux participants. Les questions de fin de séance peuvent également porter sur les soins personnels et le rétablissement. Si vous posez une question et que les participants hésitent à répondre, un animateur devrait répondre afin de montrer la façon appropriée de répondre à la question.

Évaluation du programme

Comme les programmes éducatifs nécessitent une surveillance continue, cela permet aux animateurs de s'assurer qu'ils répondent aux besoins des participants. Nous avons élaboré un outil de surveillance, le questionnaire de satisfaction des participants, destiné à la dernière séance du groupe. Le questionnaire est conçu pour recueillir de l'information sur l'efficacité du programme. Il sert à demander aux participants quelles sont, selon eux, les forces et les faiblesses du programme. Les commentaires obtenus aideront les animateurs à organiser le programme suivant.

Pendant les séances, les animateurs devraient encourager les participants à leur parler seul à seul, en dehors de la séance si quelque chose ne fonctionne pas pour eux personnellement ou si le groupe ne répond pas à leurs besoins ou ne satisfait pas à leurs attentes.

Les bases essentielles de l'animation

En quoi consiste l'animation?

Que vous participiez à une réunion (grande ou petite) ou à une séance de formation, quelqu'un doit s'occuper de donner forme au processus de travail en équipe et de l'orienter afin de vous permettre d'atteindre vos objectifs et d'accomplir ce que vous avez cherché à faire. Le programme et les objectifs peuvent être établis par le groupe, mais celui-ci a besoin d'une personne qui veille à ce que le programme soit suivi et à ce que les objectifs soient atteints efficacement. Cette personne est appelée animateur/animateur.

L'animation s'appuie sur trois principes.

1. L'animateur est un guide qui aide les participants à suivre ensemble un processus. Il n'est pas là pour donner son opinion, mais bien pour amener les participants à exprimer leurs points de vue et leurs idées.
2. L'animation met l'accent sur la façon dont les personnes participent au processus d'apprentissage ou de planification, et non sur les réalisations existantes.
3. L'animateur ne choisit jamais de camp.

Les animateurs efficaces sont en mesure d'effectuer plusieurs tâches simultanément. Ils voient à ce que tous les points à l'ordre du jour soient abordés, à ce que les questions importantes soient traitées, à ce que les décisions et les mesures nécessaires soient prises, en plus de se concentrer sur la façon dont la séance est structurée et de s'assurer que tout le monde a une chance de participer.

Pourquoi les responsables de groupe doivent-ils faire preuve d'aptitudes à l'animation?

Si vous voulez effectuer une planification efficace, faire participer les participants en tout temps et faire preuve d'un leadership positif pendant vos séances, vous devez avoir des aptitudes à l'animation. Plus vous en savez sur la façon de structurer et de diriger une séance, plus les participants de votre groupe seront en confiance pour contribuer, participer, assumer des responsabilités et rester au sein du groupe.

Ces aptitudes s'avèreront utiles pour plusieurs activités : planification, encouragement des nouveaux responsables de groupe, règlement des conflits et maintien d'une bonne communication entre les participants de votre groupe.

L'animation est à la fois une aptitude et un art. Il s'agit d'une aptitude puisque les personnes peuvent apprendre certaines techniques et s'améliorer par la pratique. Il s'agit également d'un art, car certaines personnes sont des animateurs nés.

L'animateur doit :

- comprendre les buts de la séance et de l'organisation;
- voir à ce que le groupe ne s'écarte pas du programme et à ce qu'il progresse;
- faire participer tout le monde, amener les participants plus gênés à s'exprimer et contrôler ceux qui ont tendance à prendre beaucoup de place;
- voir à ce que les décisions soient prises démocratiquement.

Comment planifier un bon processus d'animation?

Un bon animateur se préoccupe simultanément du résultat de la réunion ou de la séance de planification, de la façon dont les personnes participent et interagissent pendant la séance, et du processus global. Cela va sans dire qu'il est important d'atteindre les objectifs et d'obtenir les résultats escomptés, mais l'animateur doit également veiller à ce que le processus soit sain, à ce que tout le monde participe et à ce que chaque participant profite au maximum de l'expérience.

Voici les trois domaines qui doivent être abordés par l'animateur dans la planification de toute séance : environnement et ambiance, logistique et aménagement de la salle, directives pour le groupe.

Ambiance et environnement

De nombreux facteurs ont une incidence sur la confiance avec laquelle les participants interagissent et prennent part aux activités. L'environnement et l'atmosphère générale, c'est à dire le « climat » de la séance, donnent le ton à la participation.

Voici les questions que les animateurs doivent se poser :

- L'endroit est-il bien connu? Les participants y seront-ils à l'aise?
- Le lieu de la séance est-il accessible à tous?
- La taille de la salle convient-elle au nombre de personnes dans le groupe?

Logistique et aménagement de la salle

Croyez-le ou non, la façon dont les personnes sont assises, le fait qu'elles aient faim ou non, et leur capacité de bien entendre peuvent faire de votre séance une réussite ou un échec.

Vous devez tenir compte des éléments suivants :

- **Aménagement des places.** Le fait de disposer les chaises en cercle ou autour d'une table favorise la discussion, l'égalité et la bonhomie.
- **Tableaux à craies ou à feuilles.** Vous aurez besoin d'afficher les renseignements découlant des séances de remue méninges et d'autres éléments importants.
- **Collation et rafraîchissements.** Quand les gens ont faim, ils sont beaucoup moins enclins à participer activement. Organisez une collation bien avant la séance.
- **Microphones et matériel audiovisuel.** Avez-vous besoin de matériel? Faites-en la demande à l'avance et assurez-vous qu'il fonctionne bien.

Les directives du groupe

Un des rôles de l'animateur consiste à créer un environnement sûr pour le groupe. Il doit d'abord élaborer des directives conçues pour aider les gens à se sentir plus à l'aise entre eux et à s'engager à ce que les séances soient productives. De plus, les directives du groupe permettent aux participants d'avoir confiance en eux et de communiquer entre eux de façon prévisible.

Quand vous établissez les directives de manière collective, chaque participant se sent investi et responsable du processus et des objectifs du groupe. Les directives de groupe peuvent améliorer la communication, promouvoir l'assiduité et la participation, et minimiser l'esprit de compétition et les conflits.

Voici des exemples de directives pour le groupe :

- ne portez aucun jugement;
- respectez les différences d'opinion et d'expérience;
- parlez à la première personne du singulier (utilisez le « je »);
- évitez de dire « tu devrais... »;
- n'interrompez pas les autres;
- n'ayez aucune conversation privée pendant les séances;
- respectez la confidentialité;
- soyez ponctuels;
- participez à toutes les séances.

Les animateurs peuvent demander aux participants de leur faire part de situations où les directives peuvent être difficiles à suivre. De plus, à mesure que le groupe progressera, les participants apprendront le fonctionnement des directives. Lorsque des problèmes surviennent, les animateurs peuvent encourager les participants à revoir les directives.

Séance 1 : Qu'est-ce que le rétablissement?

Séance 1 :

Qu'est-ce que le rétablissement?

Résumé des points clés

- Le rétablissement est un processus fondé sur l'espoir, le choix, l'autodétermination et l'autonomisation.
- Les personnes qui ont une maladie mentale ont du ressort et connaissent bien leur propre expérience de rétablissement.
- Toutes les personnes atteintes de maladie mentale peuvent se rétablir.
- Le rétablissement n'est pas seulement l'atténuation des symptômes. Il se produit lorsque les personnes qui souffrent d'une maladie mentale établissent et atteignent leurs objectifs et leurs ambitions de vie.
- Chaque personne a ses propres buts et son propre cheminement. Les personnes doivent être encouragées et recevoir les outils nécessaires pour orienter leur propre rétablissement.
- La responsabilisation fait partie du processus de rétablissement, et il en va de même pour la recherche de soutien auprès des autres.
- Le rétablissement est un processus pouvant comprendre de nombreuses étapes au cours desquelles les rechutes et les incertitudes sont inévitables.

Aperçu de la séance

Activité	Durée proposée	Matériel
Présentation du programme	10 minutes	Diapositives 1 à 3
Activité brise-glace	15 minutes	Diapositive 4
Entente de confidentialité et directives du groupe	20 minutes	Directives du groupe, entente de confidentialité
Remue-méninges sur le rétablissement	10 minutes	Tableau à feuilles
Exploration du phénomène du rétablissement	30 minutes	Diapositives 5 à 18
Discussion et vidéo	10 minutes	vidéo partie 1/diapositive 19
Récapitulation et départ	10 minutes	

Présentation du programme | 10 minutes | Diapositives 1 à 3

- Souhaitez la bienvenue aux participants.
- Expliquez brièvement pourquoi ou comment vous êtes devenu animateur/animateur dans le cadre du programme.
- Décrivez ce à quoi les participants peuvent s'attendre dans ce programme : soutien par les pairs, possibilité de partager des anecdotes, des idées, des réussites et des défis, des renseignements et des outils qui les aideront dans leur processus de rétablissement.
- Distribuez les copies du cahier d'exercices et expliquez aux participants que ces cahiers accompagnent le programme et sont à eux. Expliquez que le contenu des cahiers suit les séances du groupe et leur apporte une opportunité de réfléchir à leurs apprentissages et d'évaluer leurs propres notes et plans.

Activité brise-glace | 15 minutes | Diapositive 4

Étapes de l'activité brise-glace

- Utilisez la diapositive 4, ou écrivez les trois sujets sur un tableau à feuilles.
- Qui suis-je? Ce que j'aimerais que le groupe sache à propos de moi.
- Qu'est-ce que je veux offrir au groupe? Mes points forts et mon savoir.
- Qu'est-ce que j'aimerais obtenir? Ce que j'espère retirer de ma participation au programme.
- Demandez aux participants de se regrouper par deux et donnez à chaque groupe une feuille du tableau et un marqueur. Donnez-leur 10 minutes pour se poser les questions mutuellement et consigner les réponses. Demandez à chaque participant de fournir deux réponses à chaque question.
- Après 10 minutes, demandez à un volontaire de présenter son ou sa partenaire. Après la présentation de chaque paire, collez les feuilles sur le mur.



« Le rétablissement, c'est quand une personne qui a survécu se sent heureux, correct, bien dans sa peau. »

(Daniel)

Pour plusieurs raisons, effectuer une activité brise-glace est une façon efficace de commencer le programme. Cela permet de créer une atmosphère amicale et ouverte pour le programme et de mettre les participants à l'aise. Les participants peuvent être réticents à s'exprimer dans un contexte de groupe. Une activité brise-glace fait parler les gens dès le début afin qu'ils prennent tous une part active à la séance.

L'activité brise-glace donne également aux animateurs et aux participants la possibilité de se connaître et de faire valoir les forces et les aptitudes que chacun peut offrir au groupe. Les participants peuvent également exprimer clairement leurs attentes quant au programme et leurs objectifs.

Pour présenter l'activité brise-glace, les animateurs peuvent se poser les questions mutuellement, inscrire leurs réponses sur un tableau à feuilles puis présenter leur coanimateur au groupe.

Vous aurez rencontré les participants pendant le processus d'inscription et leur aurez parlé de l'entente de confidentialité. Lors de cette activité, vous pouvez expliquer ce que cette entente signifie dans le contexte du groupe et demander aux participants de la signer.

Par la suite, le groupe peut établir des directives, c'est à dire un ensemble de règles internes que les participants et les animateurs suivront pendant la période qu'ils passeront ensemble.

Entente de confidentialité et directives du groupe | 20 minutes

Étapes de l'activité – Entente de confidentialité

- Dirigez une brève discussion sur l'importance de la confidentialité au sein du programme.
- Distribuez des copies de l'entente de confidentialité (dans l'annexe du CD n° 1).
- Demandez à chaque participant de signer une entente et d'attester celles des autres.

Étapes de l'activité – Directives du groupe

- Demandez aux participants de proposer des directives qu'ils souhaiteraient que le groupe utilise pendant le programme.
- Consignez les idées sur un tableau à feuilles afin que tout le monde puisse les voir.
- Pour obtenir une liste des directives communes du groupe, consultez l'introduction sur l'animation (p. 23).



« Le rétablissement ce n'est pas simplement le fait que les symptômes n'existent plus ou bien le fait qu'il y a une absence de la définition de la maladie en tant que syndrome, mais plus que ça, c'est vraiment arriver à vivre normalement, à se réintégrer dans les fonctions normales de la vie, donc de rétablir des réseaux sociaux, c'est revenir aux études, c'est d'avoir une vie familiale satisfaisante, c'est d'avoir une vie amoureuse satisfaisante, c'est travailler. Tout cela constitue le rétablissement. »

(Dr Ridha Joobar)

Pendant cette séance, nous discuterons du rétablissement : ce que les personnes souffrant de maladie mentale ont dit, ce que la recherche a révélé et ce qui est important pour vous. Commençons par un remue-méninges.

Remue-méninges sur le rétablissement | 10 minutes

Tableau à feuilles

Question aux fins de discussion : Si vous pouviez imaginer le rétablissement parfait, à quoi ressemblerait-il?

Exploration du rétablissement | 30 minutes | Diapositives 5 à 18

Diapositive 5 : Définition du rétablissement

Examinons certaines définitions du rétablissement proposées par des chercheurs et des personnes qui ont une maladie mentale.

« Le rétablissement est une façon de vivre une existence satisfaisante, pleine d'espoir et productive malgré les contraintes imposées par la maladie. Le rétablissement englobe l'acquisition d'un nouveau sens et d'un nouvel objectif de vie à mesure que la personne se défait des effets dévastateurs de la maladie mentale. » (Anthony W.A. 1993)

- Pendant un remue-méninges, les animateurs consignent les réponses des participants sur un tableau à feuilles, mais ils n'apportent aucune correction aux idées et n'émettent aucun commentaire sur ces dernières.
- Toutes les réponses sont consignées.
- Affichez les feuilles sur le mur et faites référence à celles-ci pendant la séance.

Demandez aux participants, spécialement à ceux qui étaient réticents à apporter des idées lors du remue-méninges, de s'impliquer dans la discussion.

Soulignez les points ressortis lors du remue-méninges et de la discussion, et tout autre point soulevé par les participants.

Diapositive 6 : Définition du rétablissement

« Le rétablissement est un processus, un mode de vie, une attitude et une façon d'aborder les défis quotidiens. Il ne s'agit pas d'un processus parfaitement linéaire. À certains moments, notre parcours est erratique. Nous hésitons et nous régressons, mais nous nous relevons et nous recommençons. Il est important d'acquérir un nouveau sentiment d'intégrité et un objectif bien précis à l'intérieur et au-delà des limites imposées par la maladie. Nous voulons tous vivre, travailler et aimer dans une collectivité où nous jouons un rôle important. » (Deegan P.E., 1988)

Diapositive 7 : Définition du rétablissement

« Le rétablissement est un processus holistique fondé sur l'autodétermination que les personnes entreprennent pour se rétablir et grandir. Il est facilité par des relations et des environnements fournissant de l'espoir, une autonomie, des choix et des possibilités qui permettent aux personnes d'atteindre leur plein potentiel à titre individuel et à titre de membre de la collectivité. »

(*Pennsylvania Office of Substance Abuse Mental Health Services*, 2005)

Diapositive 8 : Définition du rétablissement

« Le rétablissement est un cheminement imprécis, imprévisible et personnel. » (Sheehan, A. 2002)

Question aux fins de discussion : Relevez-vous des thèmes communs dans ces définitions? Quels sont-ils? Selon vous, quels sont les autres éléments importants pour définir le rétablissement?

Diapositive 9 : Résumé

Pour résumer notre discussion, vous trouverez ci-dessous certains points clés au sujet du rétablissement.

- Le rétablissement se fonde sur la capacité d'une personne à avoir de l'espoir et à mener une vie satisfaisante.
- La gravité de la maladie ne permet pas d'entrevoir comment la maladie va évoluer à long terme. Toute personne atteinte de maladie mentale peut espérer s'en rétablir.
- Tout comme l'évolution de la maladie, le vécu et le rétablissement de chaque personne sont uniques.
- Le rétablissement est bien plus que la simple gestion des symptômes.
- Le rétablissement personnel peut se produire même si la personne continue d'éprouver les symptômes de sa maladie.

Diapositive 10 : Les phases du rétablissement

De nombreuses personnes croient que le rétablissement se divise en trois grandes phases (Young, S.L. et coll., 1999). Nous allons discuter de ces trois phases maintenant et tout au long du programme.

Diapositive 11 : Première phase : Surmonter l'immobilisme

- Reconnaître et accepter la maladie.
- Avoir le désir et la motivation de changer.
- Trouver/avoir une source d'espoir et d'inspiration.

Diapositive 12 : Deuxième phase : Retrouver ce qui a été perdu et aller de l'avant

- Se responsabiliser activement par rapport à sa propre vie.
- Apprendre à se connaître soi-même et mieux comprendre ses relations avec les autres.
- Être en mesure de s'occuper de soi-même.
- Être actif et interagir avec les autres.

Diapositive 13 : Troisième phase : Améliorer sa qualité de vie

- S'efforcer de ressentir un bien-être global.
- S'efforcer d'atteindre de nouveaux objectifs.
- Avoir de moins en moins de symptômes.
- Trouver un sens et un but à sa vie.

Diapositive 14 : De quoi nous rétablissons-nous?

Il arrive souvent que l'une des premières tâches associées au processus de rétablissement consiste à réfléchir à ce dont nous nous rétablissons, non seulement aux effets de la maladie, mais également aux pertes, aux traumatismes, aux stigmatisations, au système de santé mentale et au manque de possibilités enrichissantes.

- Voici certains éléments qui peuvent avoir été perdus : pouvoir, rôles significatifs, sens, but et espoir.
- Bon nombre de personnes ont mentionné que la stigmatisation, la discrimination et les attitudes négatives à l'égard de la maladie mentale peuvent être plus difficiles que la maladie en soi.
- Les services et les systèmes de santé mentale peuvent dévaloriser et infantiliser les personnes qu'ils doivent servir.

Diapositive 15 : L'espoir

Un chercheur de la Boston University qui a étudié le rétablissement chez des personnes atteintes de schizophrénie a fait l'observation suivante :

« La capacité de l'esprit humain de vivre le deuil et la perte puis de retrouver l'espoir et le courage dépasse tout ce que l'on pourrait imaginer. » (Gottlieb D., 1991)

Diapositive 16 : Le processus de rétablissement

Pat Deegan est une leader inspirante et reconnue du mouvement international sur le rétablissement en raison de son expérience personnelle de la schizophrénie et de ses recherches universitaires novatrices. Elle décrit son cheminement vers le rétablissement comme un équilibre entre prendre soin d'elle-même et gérer sa vie tout en obtenant du soutien et un traitement professionnels.

« Mon processus de rétablissement est toujours en cours. Je souffre encore de certains symptômes et je ne me suis pas remise des pertes que j'ai subies... De plus, je m'implique dans les groupes favorisant le développement personnel, je participe à des groupes d'entraide et j'ai encore recours à certains services professionnels, dont la médication, la psychothérapie et l'hospitalisation. Toutefois, je ne me contente pas de prendre des médicaments ou de me rendre à l'hôpital. J'ai appris à utiliser les médicaments et les services hospitaliers. C'est cette position active qui caractérise le processus de rétablissement. » (Deegan P., 1996)

Diapositive 17 : Stratégies personnelles de rétablissement

- Pat Deegan a créé un concept utile, la « thérapie personnelle », afin de décrire les éléments de la vie des gens qui favorisent l'estime de soi, l'autonomie et la confiance.
- Deegan soutient que la médecine personnelle, au même titre que les médicaments sur ordonnance, peut atténuer les symptômes.

Diapositive 18 : La « thérapie personnelle »

« J'ai découvert, entre autres, que les personnes qui se rétablissent ne font pas qu'avaler des comprimés de manière passive. Au contraire, elles adoptent une attitude active et comprennent que le rétablissement ne peut se produire que si elles changent leur vie. Ce n'est pas seulement une question de biochimie. J'ai appris que la psychiatrie n'est pas le seul type de médecine qui est important dans le processus de rétablissement. La « thérapie personnelle », c'est à dire les choses qui favorisent notre estime de soi et qui font que la vie vaut la peine d'être vécue, est essentielle au rétablissement. La pêche, la méditation, l'exercice, les soupers entre amis et être un bon parent sont tous des éléments pouvant être cruciaux pour notre rétablissement. Ce sont là toutes des formes de ce que j'en suis arrivée à appeler la « thérapie personnelle ». » (Deegan P., 2004)

Discussion et vidéo | 10 minutes | vidéo partie 1/diapositive 19

Diapositive 19 : Questions de discussion

- Qu'est-ce qui vous a aidé pendant votre cheminement vers le rétablissement?
- Que faites-vous pour atténuer vos symptômes?
- Quels types de stratégies personnelles ou d'activités de rétablissement avez-vous trouvés efficaces?
- Votre rétablissement a-t-il changé votre perception de la maladie mentale?

Vous pouvez utiliser les questions de la diapositive 19 comme guide de discussion si elles n'ont pas été abordées pendant la séance. Si le groupe a participé activement aux discussions tout au long de la séance, visualisez le premier segment de la vidéo.

Les vidéos durent chacun moins de 5 minutes. Passer des vidéos (voir CD n° 2, mallette pédagogique de l'animateur) est une excellente façon de lancer une discussion de groupe.

Récapitulation et départ | 10 minutes

- Passez brièvement en revue le chapitre 1 de *Votre cheminement vers le rétablissement*. Rappelez aux participants de travailler en utilisant les documents au cours de la semaine à venir.
- Demandez aux participants de mentionner un élément de la séance qu'ils ont trouvé intéressant ou utile.

Préparation de la prochaine séance

- Demandez aux participants d'apporter, lors de la prochaine séance, un objet qui symbolise leur rétablissement (p. ex. photo, livre, CD, film). Les animateurs pourraient commencer la séance suivante en montrant et en décrivant les objets de rétablissement de chacun.
- Demandez aux participants de travailler le plus possible dans le cahier d'exercices avant la séance suivante.



« La schizophrénie c'est quelque chose en moi, mais ce n'est pas moi, c'est juste une partie de moi. »

(Daniel)

« On peut voir le rétablissement comme une vision ou une philosophie. »

(Dr Myra Piat)



Séance 2 : La qualité de vie

Séance 2 :

La qualité de vie

Résumé des points clés

- Le rétablissement est plus que la qualité de vie, mais avoir une bonne qualité de vie est essentiel au rétablissement.
- Les facteurs qui contribuent à la qualité de vie varient selon les personnes, mais ils comprennent habituellement les relations avec la famille et les amis, le travail, le voisinage, le logement, le revenu, la collectivité, la santé, le niveau d'études et la spiritualité.
- Pour avoir une bonne qualité de vie, il faut avoir une compréhension concrète de la maladie, une image de soi positive, un objectif et un sens, un sentiment d'inclusion et d'appartenance, et un sentiment d'autonomie et de maîtrise de soi.
- Cerner les activités, les appuis, les relations et les rôles qui favorisent la qualité de vie et peuvent aider les gens à atteindre leurs objectifs de rétablissement.
- L'accès à des services axés sur le rétablissement contribue à la qualité de vie.

Aperçu de la séance

Activité	Durée proposée	Matériel
Arrivée et ordre du jour : Objets symbolisant le rétablissement	15 minutes	Diapositive 1
Qu'est-ce que la « qualité de vie »?	20 minutes	Diapositives 2 et 3
Discussion	20 minutes	Tableau à feuilles
Principaux éléments de la qualité de vie	30 minutes	Diapositives 4 à 10
Discussion et vidéo	10 minutes	Vidéo (partie 2), diapositive 11
Récapitulation et départ	10 minutes	

Arrivée et ordre du jour : objets symbolisant le rétablissement

15 minutes | Diapositive 1

Pendant la première séance, nous avons discuté du rétablissement, de ce que cela signifie pour nous personnellement et des choses qui nous ont aidés dans notre processus de rétablissement.

Au cours de cette séance, nous nous pencherons sur les choses qui nous aident à obtenir la qualité de vie que nous désirons et qui donnent un sens et un but à notre vie. Nous discuterons également des façons d'obtenir du soutien et de vivre une vie satisfaisante.

Avant de commencer à parler de qualité de vie, regardons les objets que nous avons apportés aujourd'hui. Ils symbolisent ou représentent un aspect de notre rétablissement.

Étapes de l'activité – Objet de rétablissement

- Demandez à chaque participant de parler pendant une minute de l'objet choisi pour illustrer son rétablissement. Les participants peuvent mentionner, entre autres, pourquoi ils ont choisi leur objet et ce qu'il signifie pour eux.
- Faites en sorte que chaque participant ne dépasse pas une minute afin que tout le monde ait le temps de parler.
- Remerciez les participants d'avoir apporté leurs objets de rétablissement et de les avoir présentés au groupe.



« La schizophrénie c'est quelque chose en moi, mais ce n'est pas moi, c'est juste une partie de moi. »

(Daniel)

Qu'est-ce que la « qualité de vie »? | 20 minutes

Diapositives 2 et 3

Diapositive 2 : qu'est-ce que la « qualité de vie »?

La qualité de vie des personnes qui souffrent d'une maladie mentale a été mesurée dans le cadre de nombreuses recherches, mais surtout du point de vue des fournisseurs de services. Toutefois, la recherche vise de plus en plus à découvrir ce que la qualité de vie signifie pour les personnes qui souffrent d'une maladie mentale, et de quelle manière elle est liée au rétablissement.

Diapositive 3 : La qualité de vie

La qualité de vie :

- découle des expériences que vivent les gens
- est fondée sur des facteurs tant personnels qu'environnementaux;
- est liée à des éléments comme les relations avec la famille et les amis, le travail, le voisinage, le logement, le revenu, la collectivité, la santé, le niveau d'études et la spiritualité;
- c'est savoir que nous sommes utiles à nous-mêmes et aux autres, et avoir une bonne idée de la raison pour laquelle nous sommes sur terre et de la nature de nos objectifs;
- c'est sentir que nous avons un rôle clair et une place bien à nous.

Discussion | 10 minutes | Tableau à feuilles

Étapes de l'activité :

- Posez la question aux participants
- Consignez les réponses sur le tableau à feuilles.

Question aux fins de discussion : Selon vous, qu'est-ce qui est essentiel à une bonne qualité de vie?

Principaux éléments de la qualité de vie | 30 minutes

Diapositives 4 à 10

De nombreuses personnes atteintes de maladie mentale ont mentionné que leurs besoins fondamentaux étaient « un toit, un emploi et un ami », ou, comme quelqu'un l'a exprimé récemment, « un endroit où habiter, quelque chose à faire et quelqu'un à aimer ». On entend dire qu'une qualité de vie convenable dépend de l'accès à ces éléments fondamentaux qui sont importants pour tous. (Martin N., 2008)

Diapositive 4 : Principaux éléments de la qualité de vie

(Bureau national de l'Association canadienne pour la santé mentale, 2004)

Voici les composantes clés de la qualité de vie :

- compréhension des forces et des défis personnels en matière de santé mentale;
- image de soi positive;
- un sens et un but à sa vie;
- sentiment d'appartenance;
- sentiment d'autonomisation et responsabilisation personnelle.

Diapositive 5 : Compréhension des forces et des défis personnels en matière de santé mentale

Le processus qui consiste à se confronter à la maladie et à son incidence sur notre vie et notre santé mentale est très important et comporte de nombreux aspects, parmi lesquels :

- trouver de l'information sur la maladie;
- comprendre la façon dont la maladie agit sur nos sentiments et notre comportement;
- comprendre et expliquer notre expérience de la maladie;
- examiner l'effet de la maladie sur notre image de soi et notre identité;
- prendre conscience de l'effet de la maladie sur notre situation sociale et sur nos attentes.

Le travail que nous faisons ensemble dans le cadre de ce programme et par nous-mêmes nous aidera à mieux comprendre nos maladies.

Diapositive 6 : Avoir une image de soi positive

Une image de soi positive est un outil de base pour composer avec la maladie mentale.

Quand nous avons une attitude positive envers nous-mêmes, nous pouvons :

- établir une distinction entre la maladie et nous-mêmes;
- croire en notre valeur et nous donner la chance de grandir;
- ne pas accorder une importance démesurée à la maladie.

Diapositive 7 : Trouver une signification et un but à sa vie

Malgré les efforts déployés, tout le monde a parfois de la difficulté à trouver un sens et un but à sa vie. Dans le processus de rétablissement, nous avons besoin de trouver un nouvel objectif et un nouveau sens à l'intérieur et au delà des limites imposées par la maladie. Nous devons accomplir cela tandis que nous sommes confrontés aux pertes provoquées par la maladie elle-même ainsi qu'à celles associées aux effets de ces stigmates.

Les façons de trouver un objectif et une signification diffèrent en fonction des personnes. En voici quelques-unes assez fréquentes :

- spiritualité ou religion;
- sentiment d'avoir une raison d'être;
- connexion avec nos valeurs culturelles ou traditionnelles;
- sentiment de prendre part à la vie communautaire à titre de citoyen ou de membre d'une collectivité (p. ex. à titre de travailleurs, de bénévoles et d'étudiants).

Diapositive 8 : Inclusion et appartenance

La maladie mentale peut être une expérience très aliénante. Au rejet et à la stigmatisation sociale s'ajoutent souvent un sentiment d'isolement, ce qui peut encore accroître les défis posés par la maladie mentale. Bon nombre de personnes qui vivent avec la maladie mentale et qui la surmontent trouvent les effets de la stigmatisation plus difficiles à vivre que la maladie elle-même.

Un sentiment d'inclusion et d'appartenance peut atténuer les répercussions de la maladie mentale et sa tendance à nous éloigner d'une vie sociale satisfaisante.

Ce sentiment d'intégration peut s'obtenir grâce aux éléments suivants :

- interactions quotidiennes avec les autres;
- relations positives avec les pairs et la famille;
- identités sociales (travailleur, membre d'une famille, conjoint, parent, membre d'un groupe religieux ou spirituel, bénévoles de la collectivité);



« Mon cheminement avec mon intervenante, avec le mouvement des alcooliques anonymes et avec ma famille et mes enfants, tout ça mis ensemble avec les médicaments, c'est très important. »

(Sylvie)

Diapositive 9 : Autonomisation

Les éléments dont nous venons tout juste de parler, c'est à dire la compréhension de nos forces et de nos défis en matière de santé mentale, le but et le sens de notre vie, ainsi que nos sentiments d'inclusion et d'appartenance, contribuent tous à notre sentiment d'autonomie.

- Le sentiment d'autonomie ou d'avoir le contrôle de notre vie quant aux services, aux activités et aux relations constitue une partie importante de la santé mentale de tous, pas uniquement des personnes souffrant de maladie mentale.
- Le sentiment d'être à la merci de facteurs échappant à notre contrôle génère du stress, des épisodes de dépression et une mauvaise santé mentale en général.
- Les bons outils et les ressources appropriées peuvent nous aider à faire des choix et à prendre les mesures qui s'imposent.

Diapositive 10 : Rétablissement et services de soutien

L'accès à des services et structures de soutien axés sur le rétablissement et favorisant l'autodétermination et le choix est souvent une composante clé d'une certaine qualité de vie.

De tels services et structures :

- tiennent compte du fait que les personnes doivent prendre une part active à l'orientation et à la gestion de leur traitement;
- aident les gens à réaliser leurs buts et ambitions;
- renforcent les idéaux personnels, culturels et spirituels des personnes;
- mettent l'accent sur le bien-être et la résilience et encouragent les personnes à participer à leur traitement;
- renferment un large éventail de services de réadaptation, comme le soutien psychosocial, l'auto-assistance et le soutien par les pairs.

Dans la vie, on ne peut jamais tout contrôler! Toutefois, avec les outils et les ressources appropriés, nous pouvons faire des choix et prendre des mesures par nous-mêmes. Nous en discuterons plus en détail lors de la prochaine séance qui sera axée sur la gestion de soi.

« Les services qui sont orientés vers le rétablissement tiennent compte des forces de la personne; les compétences, le potentiel, les rêves, les espoirs. »

(D^r Myra Piat)

Selon le temps déjà consacré à la discussion de groupe pendant la séance, vous pouvez décider d'utiliser des questions de la diapositive 11 pour orienter une discussion ou vous pouvez visualiser la partie 2 de la vidéo. Demandez aux participants ce qu'ils préfèrent. Si vous avez assez du temps, vous pouvez envisager de faire les deux.

Discussion et vidéo | 10 minutes | Vidéo (partie 2), diapositive 11

Diapositive 11 : Questions de discussion

Maintenant que nous en avons appris un peu sur la façon dont les autres ont décrit la qualité de vie, penchons-nous sur ce qu'elle signifie pour nous.

- Que signifie pour vous le fait de jouir d'une bonne qualité de vie?
- Comment avez-vous été affecté par la stigmatisation et la discrimination? Comment y avez-vous fait face?
- Quels contextes ou situations vous donne un sentiment d'appartenance?
- Qu'est-ce qui vous a aidé à acquérir une image positive de vous-même?
- Qu'est-ce qui vous fait du bien et donne un but et un sens à votre vie?

Récapitulation et départ | 10 minutes

- Passez brièvement en revue le contenu du chapitre 2 du Cahier du participant. Rappelez aux participants de faire les exercices au cours de la semaine à venir.
- Avant le départ des participants, demandez-leur de nommer une chose qu'ils feront pour prendre soin d'eux mêmes au cours de la semaine.

« Je trouve que je suis privilégiée. J'ai une famille qui m'aime, j'ai des enfants qui m'aiment, j'ai des amis qui m'aiment. »

(Sylvie)

Séance 3 : La gestion de soi

Séance 3 :

La gestion de soi

Résumé des points clés

- Des études ont révélé que la gestion de soi, c'est à dire la volonté d'une personne de se sentir mieux, de gérer la maladie, de prendre action, de faire face à ses problèmes et de faire des choix, facilite le rétablissement de la maladie mentale.
- Le concept du rétablissement est relativement nouveau. Toutefois, les personnes souffrant de maladie mentale se prenaient en charge et étaient des membres à part entière de la collectivité bien avant que l'idée du rétablissement ne se répande.
- La signification de la gestion de soi varie selon les personnes. Ce terme fait habituellement référence à la prise de conscience et à l'autosurveillance, à des stratégies d'adaptation, à l'établissement d'objectifs personnels, à la planification en cas de rechute et à la gestion de sa maladie.
- La communication efficace avec les membres des réseaux de soutien social, c'est à dire la famille, les amis et les fournisseurs de services, peut nous aider à gérer les symptômes, à prévenir les rechutes et à garder le cap sur le rétablissement.

Aperçu de la séance

Activité	Durée proposée	Matériel
Arrivée et ordre du jour	5 minutes	Diapositive 1
Définition de la gestion de soi	10 minutes	Diapositives 2 à 7
Discussion	20 minutes	Diapositive 8
Gestion de soi et rétablissement	5 minutes	Diapositives 9 à 10
Remue-méninges : Plan de gestion de soi	15 minutes	Diapositives 11 à 16, tableau à feuilles
Gestion du stress	10 minutes	Diapositive 17
Discussion/Vidéo	10 minutes	Vidéo partie 3/diapositive 18
Récapitulation et départ	10 minutes	

Arrivée et ordre du jour | 5 minutes | Diapositive 1

Pendant cette séance, nous mettrons l'accent sur les choses que nous pouvons faire pour assumer la gestion de notre maladie et de notre rétablissement.

L'apprentissage et la pratique de la gestion de soi sont des composantes clés du rétablissement pour de nombreuses personnes souffrant de maladie mentale. Parlons un peu de ce que signifie la gestion de soi.

Définition de la gestion de soi | 10 minutes | Diapositives 2 à 7

Diapositive 2 : La gestion de soi

La gestion de soi est quelque chose que nous faisons tous pour composer avec les défis de la vie.

Diapositive 3 : La gestion de soi

Dans le contexte de la maladie mentale, elle englobe les façons dont nous gérons ou minimisons les différentes contraintes imposées par notre état ainsi que ce que nous faisons pour nous développer, pour nous sentir heureux et satisfaits, et pour vivre une vie active malgré notre condition.

Diapositive 4 : La gestion de soi

La gestion de soi :

- vise à permettre aux gens de prendre en charge leur vie et de participer activement à leur propre rétablissement.
- est une option qui peut représenter un facteur clé du rétablissement.
- permet aux personnes de faire des choix et les encourage à participer à l'établissement de leurs objectifs et à l'identification des types d'interventions susceptibles d'être utiles. Les fournisseurs de services peuvent aider les personnes à élaborer et à mettre en œuvre leurs plans en agissant à titre de guides. (www.rethink.org)

Diapositive 5 : La gestion de soi

La gestion de soi :

- comporte divers objectifs. Il s'agit d'un élément important puisque chaque personne possède un ensemble unique de buts qui sont significatifs pour elle.
- peut signifier différentes choses pour différentes personnes, mais signifie habituellement que les personnes s'engagent activement dans la gestion de leur trouble et de leur traitement.

Animez une discussion de 5 à 10 minutes sur les choses que font les participants pour gérer leur maladie. Une fois que tous les participants ont pu prendre la parole, vous pouvez passer à la question suivante. Vous pouvez faire allusion à certaines des idées ci-dessous pour faire un résumé après les interventions des participants.

Diapositive 6 : La gestion de soi

Par « gestion de soi », certaines personnes entendent ce qu'elles font pour composer avec les difficultés et tirer le maximum de ce qu'elles ont. Pour d'autres, ce terme signifie prévenir ou minimiser les crises liées à la maladie mentale en reconnaissant les signes avant-coureurs et en agissant en conséquence.

Diapositive 7 : La gestion de soi

Dans le cadre de l'approche de la gestion de soi, on enseigne aux personnes :

- les bénéfices associés aux différents traitements;
- les coûts, tels les coûts financiers du traitement;
- les efforts et les compétences qui peuvent être requis pour obtenir ces bénéfices.
- des stratégies leur permettant d'améliorer leur santé mentale et physique, de prévenir les rechutes et de les gérer, le cas échéant;

« Il fallait que je prenne la décision de collaborer et dès que j'ai fait ça, cela a commencé à aller mieux. »

(Daniel)

« Oui, il y a des experts, les médecins, les équipes, mais la personne a un rôle important à jouer au niveau de son traitement, au niveau de son implication, au niveau de son plan pour réaliser ses rêves dans sa vie. »

(D^r Myra Piat)

Discussion | 20 minutes | Diapositive 8

Diapositive 8 : Questions de discussion

1) **Que faites-vous pour participer activement à la gestion de votre maladie, de vos soins de santé mentale et de votre rétablissement?**

- Surveiller les symptômes, les éléments déclencheurs, les signes d'alarme, etc.
- Trouver du soutien social et émotionnel.
- Bien s'occuper de soi et avoir des habitudes de vie saines.
- Viser l'autonomie sociale pour obtenir des services.

2) **Selon vous, quels sont les avantages potentiels de la gestion de soi?**

- Meilleure capacité de gérer la maladie et d'atteindre les objectifs du rétablissement.
- Prévenir les rechutes et l'hospitalisation afin d'avoir un meilleur contrôle sur sa vie.
- Avoir plus de temps pour poursuivre ses objectifs personnels.
- Moins de souffrance due aux symptômes, donc une meilleure qualité de vie.
(Mueser K.T. et coll., 2002)

La gestion de soi et le rétablissement | 5 minutes

Diapositives 9 et 10

Diapositive 9 : Gestion de soi et rétablissement

La capacité de gestion de soi est un facteur important pour se rapprocher du rétablissement. Les deux citations qui suivent, provenant de personnes atteintes de maladie mentale, montrent le lien qui existe entre la gestion de soi et le rétablissement.

« La gestion de soi donne lieu à une attitude mentale positive et à des mesures positives qui vous aident à vivre votre vie comme vous le voulez. La gestion de soi permet à la personne de savoir quand elle doit tenir compte des limites imposées par la maladie et modifier son mode de vie en conséquence afin de profiter de la vie au maximum. [...] Plus vous menez une vie active et vous atteignez vos objectifs, grands ou petits, plus vous faites de la gestion active. »
(www.rethink.org)

Diapositive 10 : Gestion de soi et le rétablissement

« Nous sommes tous différents. Ce qui fonctionne pour l'un peut s'avérer inutile pour l'autre. Par conséquent, nous devons découvrir nos propres manières d'améliorer notre état. Parfois, plusieurs années peuvent être nécessaires pour y arriver. Le simple fait de débiter est important : il faut arrêter de « renvoyer la balle » et décider d'assumer un plus grand rôle dans son propre traitement. Il faut être capable de se tracer un nouveau chemin qui renouvellera notre espoir. » (Jenner A., rapport sur le forum National Voices, 1998)

Remue-méninges : Quelles sont les composantes d'un plan de gestion de soi? | 15 minutes/Diapositives 11 à 16 tableau à feuilles

Étapes de l'activité remue-méninges :

- Demandez aux participants de mettre leurs idées en commun pendant cinq minutes relativement à ce qui pourrait, selon eux, faire partie d'un plan de gestion de soi.
- Notez leurs idées sur un tableau à feuilles.
- Vous pouvez utiliser les renseignements ci-dessous pour résumer et catégoriser les idées découlant du remue-méninges.

Question aux fins de remue-méninges : Que doit renfermer tout plan de gestion de soi?

Diapositive 11 : Résumé du remue-méninges

Un plan de gestion de soi peut comprendre les éléments suivants :

- Établissement des buts personnels et de la marche à suivre pour les atteindre
- Planification du bien-être
- Auto-évaluation et suivi
- Stratégies d'adaptation et techniques de réduction du stress
- Gestion des rechutes et planification des mesures à mettre en place en situation de crise

Regardons chacun de ces éléments de plus près.

Diapositive 12 : Établissement des objectifs personnels et de la marche à suivre pour les atteindre

- Avoir le sentiment que votre avenir vous appartient et que vous pouvez vivre comme vous le voulez.
- Établir à la fois des objectifs à long terme et des objectifs à court terme réalistes et gérables.
- S'organiser et planifier de petites étapes menant à de plus grands objectifs.
- Se mettre au défi et se responsabiliser.

Diapositive 13 : Planification du bien-être

- Créer une trousse d'outils composée d'idées et d'activités que vous aimez ou qui vous aident à vous sentir bien.
- Ces outils peuvent être des choses que vous avez déjà utilisées ou que vous aimeriez utiliser.
- Parmi les outils de bien-être, on compte notamment le fait d'avoir une bonne alimentation, de faire de l'exercice, visiter sa famille et ses amis, d'exercer ses passe-temps, de pratiquer sa spiritualité ou sa religion, d'exécuter des projets artistiques ou créatifs, et prendre soin d'un animal domestique.

Diapositive 14 : Auto-évaluation et suivi

- Faire un suivi des choses qui favorisent le rétablissement et de celles qui peuvent y nuire.
- Identifier les éléments déclencheurs, les forces et les faiblesses.
- Surveiller l'incidence des effets secondaires et des signes d'alarme.
- Écrire un journal ou utiliser d'autres moyens de consigner l'information.

Diapositive 15 : Stratégies d'adaptation et techniques de réduction du stress

- Trouver des façons de composer avec le stress et de le gérer.
- Utiliser des manuels, des cassettes et des vidéos de croissance personnelle d'auto-assistance produits par des personnes en voie de rétablissement, qui portent sur des sujets comme la manière de composer avec les voix et les facteurs qui ont aidé certaines d'entre elles à se rétablir.
- Faire de l'exercice, surveiller son alimentation et effectuer quotidiennement des activités de bien-être comme la méditation, la réduction du stress et la visualisation.

Diapositive 16 : Gestion des rechutes et des situations de crise

- Élaborer un plan de soutien et de traitement en cas de rechute afin que vos souhaits soient respectés.
- Élaborer un plan d'action pour le rétablissement et le bien-être, ainsi que des directives psychiatriques anticipées.

Nous discuterons davantage de l'élaboration de nos propres plans de gestion de soi et de bien-être au cours de la dernière séance du programme.

Gestion du stress | 10 minutes | Diapositive 17

Il y a une différence entre le « bon » stress que nous ressentons quand nous sommes mis au défi et investis, et les types de stress pouvant mettre notre rétablissement en péril. Le rétablissement ne se produit pas en évitant toute source de stress. Les professionnels nous conseillent d'éviter le stress, mais pour bon nombre d'entre nous, ce conseil n'apporte rien.

Il est important de comprendre son propre niveau de stress. Si vous ressentez un stress extrême ou un stress à long terme, vous pouvez connaître des problèmes de santé physique et mentale susceptibles d'aggraver vos symptômes. Cependant, un stress à court terme ou positif peut vous donner l'énergie ou la motivation supplémentaire dont vous avez besoin pour offrir un bon rendement.

Diapositive 17 : Gestion du stress – Points à considérer

- Le fait d'éviter le bon stress et les défis réalistes peut entraîner de l'apathie et de l'ennui, ce qui peut nuire au rétablissement.
- Le fait d'assumer des rôles importants (p. ex. être étudiant, parent et travailleur) peut être stressant, mais cela peut également donner un but et un sens à la vie, et ainsi aider les gens à conserver leur équilibre mental.
- Il existe de nombreuses façons efficaces de composer avec le stress et de le gérer.
- Nous pouvons éviter les situations qui entraînent à coup sûr un stress malsain, comme les relations de violence et l'abus d'alcool ou de drogues.

Discussion et vidéo | 10 minutes | Vidéo (partie 3) et diapositive 18

Diapositive 18 : Question de discussion

Vous souvenez-vous d'une situation où vous vous êtes mis au défi de faire ou d'essayer quelque chose qui vous paraissait risqué au départ, mais qui, au bout du compte, a favorisé votre rétablissement?

Récapitulation et départ | 10 minutes

- Remerciez les participants d'avoir contribué à la séance.
- Passez brièvement en revue le contenu du chapitre 3 du cahier d'exercices du participant.
- Rappelez aux participants de faire les exercices au cours de la semaine à venir.



« Pour avoir mon équilibre de santé mentale, pour prendre soin de moi-même, ce que je fais c'est de prendre des marches. »

(Daniel)

Selon le temps déjà consacré à la discussion de groupe pendant la séance, vous pouvez décider d'utiliser les questions suivantes pour orienter la discussion, ou vous pouvez visualiser la partie 3 de la vidéo.

Demandez aux participants ce qu'ils préfèrent. Si vous avez du temps, vous pouvez envisager de faire les deux.

Séance 4 : La médication comme outil de rétablissement

Séance 4 :

La médication comme outil de rétablissement

Résumé des points clés

- Pour la plupart des personnes souffrant de maladie mentale, les médicaments constituent une partie inévitable du traitement.
- Même si la plupart des personnes souffrant d'une maladie mentale considèrent habituellement que les médicaments sont nécessaires, ceux-ci ne devraient pas être considérés comme l'unique forme de thérapie. Les médicaments devraient être utilisés comme complément aux autres thérapies et aux autres options en matière de service et de soutien.
- Suivre à la lettre un plan de pharmacothérapie constitue un facteur clé de la gestion de soi et du rétablissement.
- Pour être efficace, le plan de traitement doit soutenir la capacité de la personne d'atteindre ses buts personnels.
- Il existe des façons efficaces de régler les questions et les problèmes (p. ex. les effets secondaires) associés aux médicaments.

Aperçu de la séance

Activité	Durée proposée	Matériel
Arrivée et ordre du jour	10 minutes	Diapositive 1
Les médicaments et le rétablissement	10 minutes	Diapositives 2 et 3
Discussion : Votre relation avec les médicaments	10 minutes	Diapositive 4
Points de vue sur l'adhésion au traitement	20 minutes	Diapositives 5 à 9
Remue-méninges et discussion concernant les médicaments	20 minutes	Tableau à feuilles, diapositives 10 à 13
Utilisation efficace des médicaments	10 minutes	Diapositives 14 à 19
Vidéo	10 minutes	Vidéo (partie 4)
Récapitulation et départ	10 minutes	

Arrivée et ordre du jour | 10 minutes | Diapositive 1

Au cours de cette séance, nous mettrons l'accent sur les questions liées à l'utilisation des médicaments comme outils de rétablissement. Nous commencerons en examinant notre propre relation avec les médicaments.

Médication et rétablissement | 10 minutes Diapositives 2 et 3

Diapositive 2 : Les médicaments et le rétablissement

Nous avons beaucoup appris ces dernières années au sujet des différents facteurs qui influencent l'efficacité des médicaments pour les personnes souffrant de maladie mentale. La plupart de ces connaissances ont pu être acquises grâce à la collaboration entre des personnes atteintes de maladie mentale et des chercheurs.

Vous trouverez ci-dessous certains des résultats les plus importants de la recherche.

- L'utilisation des médicaments est un processus actif comprenant une prise de décisions complexe et l'occasion de trouver solution à divers problèmes et difficultés. Les gens font face à de nombreux choix quand il s'agit de décider du rôle que joueront les médicaments dans leur processus de rétablissement.
- Pour soutenir le processus de rétablissement, les médicaments doivent permettre aux personnes d'accomplir des activités qui donnent un sens et un but à leur vie (p. ex. emploi, études, relations, spiritualité).
- Lorsque les médicaments nuisent à la capacité de prendre part à des activités essentielles au rétablissement, que ce soit en raison d'effets secondaires ou d'autres problèmes, la personne risque d'avoir de la difficulté à respecter à la lettre son plan de traitement.

Diapositive 3 : Les médicaments et le rétablissement

- Les choix des personnes sont influencés par des préoccupations légitimes concernant les effets des médicaments sur leur vie.
- Les médicaments contribuent à la création d'un milieu propice au rétablissement. Les médicaments peuvent permettre aux personnes d'accéder à d'autres formes de soutien.
- Les personnes qui souffrent d'une maladie mentale et les fournisseurs de services peuvent agir en partenariat afin d'échanger des renseignements et de trouver le plan de traitement qui convient le mieux.

Les participants peuvent avoir des opinions marquées au sujet de leur relation avec leurs médicaments d'ordonnance. Il est important de leur donner la possibilité de discuter de leurs expériences au début de la séance afin que le groupe puisse entamer une discussion sur d'autres sujets liés aux médicaments comme outils de rétablissement. Utilisez la question qui suit pour amorcer une discussion sur les expériences des participants.

Discussion : Votre relation avec les médicaments | 10 minutes

Diapositive 4

Diapositive 4 : Votre relation avec les médicaments

Voici une citation tirée d'un récent article de journal qui décrit la relation d'une personne avec ses médicaments.

« Je n'ai aucune honte à mentionner que je prends des médicaments pour composer avec la vie quotidienne, mais je ne suis pas une ordonnance ambulante. Je ne suis pas seulement 300 milligrammes de ceci ou de cela. » (Batson Feuer S., 2008)

Question : Comment vous sentez-vous à l'idée de prendre vos médicaments?

Points de vue sur l'adhésion au traitement | 20 minutes

Diapositives 5 à 9

Diapositive 5 : Divers points de vue sur les médicaments

Le fournisseur de services et le client peuvent parfois avoir des points de vue divergents relativement à l'efficacité des médicaments et aux raisons pour en prendre ou non.

- Le fournisseur de services peut être d'avis qu'un certain médicament aide la personne à mieux contrôler sa maladie, mais celle-ci peut avoir l'impression d'être sous l'emprise du médicament.
- Le fournisseur de services peut observer une réduction importante des symptômes, alors que la personne peut se sentir handicapée par le médicament. Le prix à payer pour atténuer les symptômes peut sembler élevé quand les effets secondaires empêchent la personne de poursuivre des activités qui soutiennent son processus de rétablissement.

Diapositive 6 : Observance et adhésion

- Pour comprendre et surmonter les différences entre les points de vue, nous devons examiner les concepts d'« observance » et d'« adhésion ». Le terme « observance » était souvent utilisé par le passé pour décrire le suivi des recommandations du médecin, quant à la prise des médicaments et au changement des habitudes de vie.
- De nombreuses personnes trouvaient cette focalisation sur l'observance paternaliste et déresponsabilisante car cela insistait sur l'obéissance à l'autorité médicale et que la non observance a souvent été considérée comme un comportement irrationnel ou délibéré.
- Le terme « adhésion » est maintenant utilisé plus couramment, car il décrit une approche plus axée sur la collaboration en ce qui concerne la gestion des médicaments et qu'il sous-entend que les patients jouent un rôle actif dans la prise en charge de leur maladie. (Mc Gregor E., 2007)

Diapositive 7 : Alliance thérapeutique

- L'accent est maintenant mis sur le développement d'une alliance thérapeutique ou d'une prise de décisions partagée entre les fournisseurs de services et leurs patients. Dans ce modèle, l'utilisation des médicaments est encadrée par le contexte quotidien du patient, ses objectifs et ses antécédents. (Deegan P., Drake R., 2006)
- Tant la recherche que les expériences vécues montrent qu'aider les personnes à utiliser les médicaments de façon efficace est une démarche complexe, et que mettre exclusivement l'accent sur l'observance n'est pas l'approche idéale. Les fournisseurs de services et les personnes souffrant de maladie mentale doivent former une « alliance thérapeutique » dans laquelle les deux parties sont des partenaires clés pour la prise de décisions.

Diapositive 8 : Rôle du médecin

« Le rôle du médecin ne consiste pas à veiller à l'observance, mais plutôt à aider le patient à utiliser de façon optimale les médicaments et les autres stratégies d'adaptation dans le processus d'apprentissage de la gestion de sa maladie. » (Deegan P., Drake R., 2006)

Diapositive 9 : Problèmes : l'adhésion aux médicaments

- Afin de replacer le problème dans son contexte, l'adhésion au traitement représente un problème quel que soit le type de traitement médical, et non pas seulement dans le domaine de la maladie mentale.
- Des articles scientifiques ont mis l'accent sur la difficulté d'obtenir l'adhésion des patients au traitement dans le cadre du diabète, des cardiopathies et de nombreuses autres affections.
- Des études démontrent que, lorsqu'il s'agit de maladie mentale, la non-adhésion au traitement est un facteur majeur de rechute.
- L'adhésion au traitement médicamenteux est une question plus complexe qu'il n'y paraît. Ce n'est pas seulement une histoire de désaccord du patient avec l'ordonnance du médecin. À titre d'exemple, le patient peut ne pas être conscient de sa non-adhésion au traitement et le médecin peut ne pas savoir que son patient n'y adhère pas. (McGregor F, 2007)

Remue-méninges sur les médicaments et discussion

20 minutes | Diapositives 10 à 13 | tableau à feuilles

Étapes de l'activité

- Posez la question ci-dessous aux fins de remue-méninges.
- Encouragez les participants à donner le plus de réponses possible.

Question pour le remue-méninges : Si les médicaments sont efficaces et atténuent les symptômes, pourquoi leur prise est-elle si souvent source de problèmes?



« Il faut être patient, il faut donner la chance aux médicaments de faire leur œuvre. Il faut donner la chance aux médecins de trouver le bon médicament. »

(Odette)

Résumé

Diapositive 10 : Obstacles potentiels à l'utilisation des médicaments

- Ne pas comprendre pourquoi et comment les médicaments doivent être pris. À titre d'exemple, les médicaments doivent être pris de façon constante et non pas seulement lorsque des symptômes se manifestent, et ils doivent être pris même quand la personne se sent mieux.
- Choix liés aux activités sociales, aux loisirs et aux habitudes de vie. À titre d'exemple, il y a la question de l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Les gens peuvent décider de cesser de prendre leurs médicaments s'ils prévoient de consommer de l'alcool ou d'autres drogues, car ils savent qu'ils ne doivent pas « mélanger ».
- Méconnaissance. À titre d'exemple, ne pas vouloir développer une dépendance aux médicaments.
- Être d'avis que les médicaments ne sont pas nécessaires ou utiles.
- Peur d'être stigmatisé. Les personnes peuvent ne pas vouloir que les autres sachent qu'ils prennent des médicaments pour une maladie mentale. Elles peuvent craindre que leurs amis ou les membres de leur famille aient des opinions négatives au sujet de la maladie mentale et de son traitement.
- Questions financières. Certaines personnes n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments.
- Complexité des ordonnances. Les médicaments peuvent devoir être pris avec de la nourriture, sans nourriture, deux heures après un repas ou plusieurs fois par jour.

Diapositive 11 : Obstacles potentiels à l'utilisation des médicaments

Facteurs liés à la maladie

- Oubli. Certaines maladies mentales (p. ex. la schizophrénie) peuvent nuire à la concentration et à la motivation.
- L'effet des symptômes positifs, comme les hallucinations et le trouble de la pensée, peuvent nuire à la prise systématique des médicaments.
- Comme les symptômes de la maladie peuvent avoir une incidence sur la pensée, la perspicacité ou le jugement, la personne peut ne pas avoir conscience qu'elle est atteinte d'une maladie mentale. La personne peut également être dans le déni ou avoir certaines convictions quant à la cause de la maladie. Certaines personnes ne croient pas que les médicaments puissent entraîner une amélioration.

Vous pouvez utiliser la liste fournie sur les diapositives 10 à 13 pour résumer la discussion ou pour vous assurer de couvrir un éventail de questions. La liste n'est pas exhaustive et les participants peuvent avoir d'autres idées à proposer.

Les participants auront de nombreuses idées sur ce qui les aide à utiliser leurs médicaments comme outils de rétablissement efficace.

Il n'existe aucune méthode infaillible pour accroître l'adhésion à la médication et l'efficacité de cette dernière.

Diapositive 12 : Obstacles potentiels à l'utilisation des médicaments

Effets secondaires

- Les personnes croient parfois que les effets du traitement sont pires que ceux de la maladie elle-même; certaines personnes estiment que les effets secondaires les empêchent de prendre part aux activités qui rendent leur vie intéressante.
- Certaines personnes sont frustrées parce qu'elles subissent des effets secondaires avant de ressentir les bienfaits des médicaments.
- Il peut être difficile de faire la distinction entre les symptômes de la maladie et les effets secondaires d'un médicament. La littérature pharmaceutique ne permet pas toujours d'éclaircir la question.

Diapositive 13 : Obstacles potentiels à l'utilisation des médicaments

Cette citation de Pat Deegan résume les conséquences des effets secondaires.

« Il est inacceptable de perdre ce qui rend notre vie intéressante simplement pour se débarrasser des symptômes de notre maladie. » (Deegan P., 2003)

Discussion/Résumé : Utiliser les médicaments de façon efficace 10 minutes | Diapositive 14 à 19

Étapes de l'activité

- Présentez les questions de la diapositive 14.

Diapositive 14 : Questions de discussion

- Qu'avez-vous appris au sujet de l'utilisation des médicaments pour favoriser votre rétablissement?
- Comment composez-vous avec les problèmes qui surviennent (p. ex. les effets secondaires)?
- Quelles stratégies vous ont aidé à adhérer à votre plan de traitement médicamenteux?

« Je peux travailler régulièrement, je prends mes médicaments régulièrement aussi, une fois par jour, et ça m'aide à pouvoir dormir le soir et à avoir les idées claires et plus structurées. »

(Daniel)

Résumé

Diapositive 15 : Renseignements exacts sur les médicaments

Les facteurs qui clarifient l'information sur les médicaments peuvent aider les personnes à prendre leurs médicaments le plus efficacement possible. **En voici quelques-uns :**

- Bien comprendre la raison pour laquelle les médicaments sont prescrits, la durée pendant laquelle ils sont nécessaires, et quels en sont les bénéfices et les effets secondaires.
- Une approche personnalisée. Une même personne peut avoir des besoins différents à des moments différents en fonction de ce qu'elle vit et de l'évolution de sa maladie. Les fournisseurs de services doivent tenir compte de la situation des personnes dans leur traitement et leur rétablissement, de façon à adapter l'information qu'ils leur donnent en conséquence.

Diapositive 16 : Partenariat avec les fournisseurs de services

- Lorsque les services et le soutien sont apportés d'une manière qui respecte et valorise les personnes et leur capacité à faire des choix, ces services jouent un rôle majeur en leur fournissant les assises dont elles ont besoin pour se rétablir.
- Les professionnels de la santé mentale qui adhèrent au concept du rétablissement travaillent avec leurs patients pour trouver des façons de formuler des objectifs thérapeutiques dans leur contexte quotidien afin que le traitement appuie leur « thérapie personnelle » (p. ex. yoga ou méditation).
- Les fournisseurs de services et les patients doivent s'entendre sur la nature du problème, les objectifs du traitement et la façon dont ils sauront que ces objectifs sont atteints.
- En partageant la prise de décisions, les médecins et les patients allient leur savoir et travaillent ensemble pour déterminer les médicaments et les doses qui permettent aux patients d'atteindre leurs buts en matière de rétablissement. (Deegan P., Drake R., 2006)

Vous pouvez utiliser les renseignements contenus dans les diapositives 15 à 19 pour vous assurer d'aborder un éventail d'idées et pour résumer la discussion.

Diapositive 17 : Déterminer le bon médicament et la méthode d'administration appropriée

- Tous les médicaments ont leurs forces et leurs faiblesses, et différents médicaments fonctionnent pour différentes personnes.
- Les médicaments et les doses sont différents pour chaque personne. La règle pratique consiste à trouver la dose minimale de médicament qui permet d'atténuer les symptômes et de prévenir les rechutes de manière efficace.
- Il existe aujourd'hui un nombre bien plus important de médicaments qu'auparavant. Il existe des médicaments oraux, injectables à action immédiate ou à action prolongée pour diverses maladies. Chaque médicament présente des avantages particuliers. Il est important de comprendre les effets secondaires et la portée clinique de tout médicament que vous prenez, quel qu'il soit. La plupart des personnes atteintes de maladie mentale pourront trouver un médicament qui leur sera utile.
- Pour de nombreuses personnes, un nombre réduit de doses quotidiennes est plus pratique et plus facile à mémoriser.

Diapositive 18 : Comprendre ce qui vous convient

Voici certaines stratégies qui ont aidé des personnes à composer avec leur pharmacothérapie :

- Connaître en tout temps les effets de la maladie sur soi, ainsi que l'effet des médicaments sur son comportement et son fonctionnement.
- Constaté le rôle positif que les médicaments peuvent jouer pour nous aider à atteindre nos objectifs en matière de rétablissement.
- Accéder à un éventail de services et de soutien en plus des médicaments et du traitement, comme le soutien social, l'aide à l'emploi et au logement, ainsi que le soutien par les pairs.
- Se créer une routine. En règle générale, il est plus facile de respecter à la lettre une pharmacothérapie quand on suit toujours la même routine.
- Rappels. Certaines personnes estiment que des rappels (par téléphone ou de la part d'amis et de membres de la famille) les aident à ne pas oublier de prendre leurs médicaments. Les emballages spéciaux, comme les plaquettes alvéolées et les dosettes, peuvent également simplifier le processus.
- En parler. Participer à des sessions de formation et à des groupes d'entraide; partager ses pensées et préoccupations avec d'autres personnes ayant vécu les mêmes expériences.

Diapositive 19 : Les médicaments au service de votre bien-être

Cette citation illustre le potentiel des médicaments comme outils de rétablissement.

« Le tournant s'est produit lorsque mes médicaments sont devenus non seulement stabilisants, mais énergisants. J'ai soudainement été plus en mesure de faire face aux tâches quotidiennes. »
(Manschreck T.C. et coll., 2008)

Présentation vidéo | 10 minutes | Vidéo (partie 4)

Étapes de l'activité :

- Visualisez la partie 4 de la vidéo.
- Demandez aux participants ce qu'ils pensent des points de vue exprimés dans la vidéo.

Récapitulation et départ | 10 minutes

Étapes de l'activité :

- Demandez aux participants de mentionner une nouvelle stratégie ou une idée présentée, dans le cadre de la séance, qu'ils ont trouvée utile.
- Remerciez les participants d'avoir contribué à la séance.
- Passez brièvement en revue le contenu du chapitre 4 du cahier d'exercices du participant. Rappelez aux participants de faire les exercices au cours de la semaine à venir.



« Je pense que les médicaments que je prends maintenant sont encore plus efficaces que ceux que je prenais il y a une vingtaine d'années, et puis leur gestion est importante. »

(Sylvie)

Séance 5 : Aller de l'avant : plan d'action personnel

Séance 5 :

Aller de l'avant :

plan d'action personnel

Résumé des points clés

- Les personnes peuvent participer activement à leur bien-être à long terme en élaborant et en appliquant des plans personnels de rétablissement et d'action.
- Un système de soutien communautaire et social solide est important pour rester en bonne santé mentale.
- Même avec une gestion de soi attentive, des rechutes peuvent se produire. En s'y préparant, les personnes peuvent retrouver le chemin du rétablissement plus rapidement.
- Il existe des outils pour aider les personnes à rester autonomes et faciliter le rétablissement après une rechute.

Aperçu de la séance

Activité	Durée proposée	Matériel
Arrivée et ordre du jour	5 minutes	Diapositive 1
Discussion	20 minutes	Diapositive 2
Composer avec la rechute	10 minutes	Diapositives 3 et 4
Remue-méninges : Trousse du bien-être	10 minutes	Tableau à feuilles
Planification du bien-être	30 minutes	Diapositives 5 à 16
Discussion/Video	10 minutes	Vidéo (partie 5)
Évaluation du programme	10 minutes	Formulaires d'évaluation du programme
Certificats de participation	5 minutes	Copies des certificats
Mot de la fin	10 minutes	

Arrivée et ordre du jour | 5 minutes | Diapositive 1

Tout au long du programme, nous avons parlé du fait que le rétablissement comporte beaucoup plus d'éléments que la simple gestion des symptômes. Les personnes souffrant de maladie mentale mentionnent toujours que le fait d'entretenir une relation avec la collectivité élargie et de jouer un rôle actif au sein de celle-ci constitue un aspect essentiel du rétablissement.

De nombreuses ressources peuvent enrichir la vie des gens : soutien informel de la famille, des amis et de la collectivité, accès à un revenu, à un logement, à des emplois et à des études, et participation à des activités de groupes d'entraide et de gestion de soi.

Nous commencerons la séance d'aujourd'hui en examinant nos relations et nos liens avec la collectivité élargie, et la façon dont ces relations nous aident à nous rétablir.

Nous avons déjà discuté de l'importance de la gestion de soi pour composer avec les symptômes et participer activement à notre rétablissement. Dans cette partie, nous réunirons des renseignements sur les liens avec la collectivité élargie, la prévention des rechutes, la marche à suivre en cas de rechute, et la planification de votre rétablissement et de votre bien-être.

Discussion | 20 minutes | Diapositive 2

Étapes de l'activité

- Demandez aux participants de former des groupes de deux.
- Demandez à chaque groupe de discuter pendant 10 minutes des quatre questions de la diapositive 2 et de consigner leurs réponses.
- Après 10 minutes, adressez-vous de nouveau au grand groupe. Demandez à chaque personne de partager les réponses de son partenaire avec le reste du groupe.

Diapositive 2 : Questions de discussion

- Quelles sont vos sources clés de soutien?
- Quand entrez-vous en relation avec la collectivité (p. ex. travail, études, activités religieuses, bénévolat, passe-temps, loisirs)?
- En quoi votre participation à la collectivité contribue-t-elle à votre rétablissement?
- Vous rappelez-vous d'une situation dans votre cheminement vers le rétablissement où vous avez pris un risque, c'est-à-dire où vous êtes sorti de votre zone de confort pour vous forcer à essayer quelque chose de nouveau (un nouvel emploi, une situation sociale), et qui a été couronnée de succès?

Bon nombre de personnes qui ont parcouru le chemin vers le rétablissement ont mentionné que celui-ci est un processus continu pouvant comprendre de nombreuses étapes au cours desquelles les rechutes et les incertitudes sont inévitables.

Composer avec une rechute | 10 minutes | Diapositives 3 à 4

Diapositive 3 : Composer avec la rechute

- Avoir à vivre une rechute est souvent perçu comme faisant partie du processus de rétablissement pour les personnes atteintes de maladie mentale mais elle ne doit pas être considérée comme un échec, mais plutôt comme une occasion d'apprendre et de s'améliorer.

Diapositive 4 : Composer avec la rechute

- Même si les rechutes ne peuvent pas toujours être évitées, les gérer ou les prévenir est un aspect clé de la gestion de soi.
- Prévenir une rechute signifie que nous consacrons moins de temps et d'énergie à composer avec la maladie et les symptômes afin d'avoir plus de temps et d'énergie pour réaliser nos objectifs et nous occuper des aspects de notre vie qui nous permettent de rester en bonne santé mentale.
- Il y a souvent des signes précurseurs d'une rechute. En faisant un suivi des symptômes et en suivant un plan de bien-être, les personnes peuvent identifier les signes avant-coureurs et prendre des mesures préventives.

« Une fois que la personne peut se dire: je me prends en main, j'ai encore besoin d'appuis mais je peux me fixer des objectifs réalistes et je vais travailler pour les atteindre, c'est un succès. »

(Gerry)



Remue-méninges sur la boîte à outils du bien-être | 10 minutes

Tableau à feuilles

Question pour le remue-méninges : Nommez certains éléments que vous aimeriez inclure dans votre boîte à outils du bien-être.

- Commençons par les choses que vous devez faire chaque jour.
- Quelles choses devez-vous faire chaque semaine?
- Chaque mois?
- Voici quelques exemples : faire une sieste, faire de l'exercice, s'occuper d'animaux domestiques, passer du temps avec ses enfants, parler à ses amis ou aux membres de sa famille, écrire dans un journal, faire son lit, nettoyer la maison, rendre service à quelqu'un, regarder une vidéo, écouter de la musique, consulter un conseiller ou un médecin, demander une vérification des médicaments, créer quelque chose (art).

Planification du bien-être | 30 minutes | Diapositives 5 à 16

Diapositive 5 : Plan d'action pour le rétablissement et le bien-être

Examinons certaines façons de planifier et d'initier des mesures pour rester en bonne santé mentale.

- Le plan d'action pour le rétablissement et le bien-être (Copeland M.E., 1997) est un programme élaboré par des pairs pour aider les gens à établir un plan personnalisé pour prendre en charge leur bien-être et répondre à leurs besoins, à la fois individuellement et grâce au soutien des proches et du système de santé mentale.
- Le plan d'action pour le rétablissement et le bien-être est conçu par la personne elle-même pour rester en bonne santé mentale et se sentir mieux lorsque les choses vont mal, pour accroître sa responsabilisation et le contrôle de sa propre vie, et pour l'aider à vivre sa vie comme elle l'entend.
- Créer votre propre plan d'action pour votre rétablissement et votre bien-être vous aidera à surveiller et à éliminer certains sentiments et comportements désagréables et pénibles, ainsi qu'à cerner la meilleure marche à suivre.

Diapositive 6 : La trousse du bien-être

- La première étape de la création d'un plan de bien-être consiste à élaborer une trousse du bien-être, dont nous avons parlé brièvement pendant la séance 3.
- Votre trousse du bien-être contient les trucs que vous pouvez utiliser pour vous aider à rester en santé et à vous sentir mieux lorsque les choses commencent à aller moins bien.
- Les outils du bien-être sont des activités positives et des choix de vie qui améliorent votre sentiment d'équilibre, votre santé physique et votre gestion du stress.

Demandez aux participants de trouver le plus d'idées possible.

Vous pouvez utiliser les idées ci-dessous pour orienter les participants.

Essayez de couvrir les activités quotidiennes ainsi que les outils qui sont nécessaires moins souvent, mais qui jouent un rôle important.

Consignez les réponses des participants sur le tableau à feuilles en utilisant différents en-têtes pour les idées d'outils quotidiens, hebdomadaires et mensuels.

Diapositive 7 : Étapes du Plan de rétablissement et de bien-être

Une fois que vous avez désigné vos outils du bien-être, vous êtes prêt à entreprendre la création de votre propre plan d'action. Le plan d'action pour le rétablissement et le bien-être se divise en six sections.

- Plan d'équilibre au quotidien
- Cerner les déclencheurs
- Reconnaître les premiers signes précurseurs
- Marche à suivre lorsque les choses vont mal
- Plan en situation de crise
- Plan d'après-crise

Diapositive 8 : Plan d'équilibre au quotidien

- Une description de vous-même lorsque vous vous sentez bien.
- Les outils de bien-être que vous devez utiliser chaque jour pour rester en bonne santé mentale.
- Une liste des choses dont vous pourriez avoir besoin à un moment donné pour vous sentir bien.

Diapositive 9 : Cerner les déclencheurs

- Reconnaître les événements ou les déclencheurs susceptibles d'affecter votre moral (p. ex. dispute avec un ami, préoccupations financières).
- Examiner la façon dont vous pouvez utiliser vos outils du bien-être pour vous assurer de rester en bonne santé mentale si ces événements se produisent.

Diapositive 10 : Reconnaître les signes précurseurs

- De nombreuses personnes souffrant de maladie mentale (p. ex. la schizophrénie) ont mentionné qu'elles peuvent, avec le temps, apprendre à reconnaître le moment où leur condition se détériore, puis trouver des façons de composer avec cette situation afin d'éviter un épisode psychotique.
- Les personnes deviennent attentives aux signes précoces et plusieurs arrivent à se pencher sur des idées complexes, difficiles et délirantes et à les raisonner. Nous discuterons des façons de reconnaître les signes subtils qui annoncent une détérioration de votre état. Il s'agit, entre autres, de l'irritabilité, de l'anxiété et de l'insomnie.
- Vous pouvez utiliser vos outils de bien-être pour réagir à ces signes et recommencer à vous sentir bien.

Diapositive 11 : Marche à suivre lorsque les choses vont mal

- Vous pouvez énumérer les signes indiquant une détérioration marquée de votre état (p. ex. se sentir constamment triste ou entendre des voix).
- Nous vous demanderons de réfléchir aux outils de bien-être que vous pouvez utiliser pour vous sentir mieux rapidement et ne pas laisser votre état se détériorer.

Diapositive 12 : Plan en situation de crise

- Nous savons que le choix et l'autodétermination constituent des aspects importants du rétablissement, quelle que soit l'étape où les personnes sont rendues. Pendant les périodes de crise psychiatrique, les personnes peuvent ressentir une terrible perte de choix et d'autodétermination. Une telle perte peut être destructrice et traumatisante.
- La société reconnaît de plus en plus le droit des personnes d'être responsables de leurs propres soins même quand elles luttent contre des symptômes graves. Dans le plan en situation de crise, vous identifiez les signes indiquant aux autres qu'ils doivent assumer la responsabilité de vos soins et de votre prise de décisions. Le plan en situation de crise mentionne l'identité des personnes qui doivent prendre votre relève et vous soutenir pendant cette période, il inclut des renseignements sur les soins de santé, et énumère les choses que vous aimeriez que les autres fassent ou ne fassent pas.
- La planification en situation de crise vous aide à garder le contrôle même lorsqu'il semble que les choses vous échappent.

Un plan en situation de crise peut comprendre :

- la liste des personnes qui vous soutiennent, leur rôle dans votre vie et leurs coordonnées;
- la liste de tous les médicaments que vous prenez et des renseignements sur chacun d'entre eux;
- la liste des signes indiquant aux personnes susmentionnées qu'elles doivent prendre des décisions à votre place et assumer la responsabilité de vos soins;
- des directives à l'intention de ces personnes afin qu'elles sachent ce que vous voulez qu'elles fassent.

Diapositive 13 : Plan d'après-crise

- Vous pouvez décider de dresser une liste des choses à faire après une crise.
- Certaines personnes prennent des notes pendant leur rétablissement, lorsqu'elles ont une meilleure idée de ce qu'elles doivent faire pour favoriser l'amélioration de leur état.

Diapositive 14 : Directives psychiatriques anticipées

- La directive psychiatrique anticipée (DPA), un outil juridique, est un énoncé de droits et de préférences. Elle sert à informer les personnes de ce que vous voulez dans l'éventualité où vous ne seriez plus en mesure de parler en votre nom.
- La forme et l'utilisation exactes des DPA varient d'une province à l'autre selon la loi provinciale sur la santé mentale, mais toute DPA renferme un certain nombre d'éléments fondamentaux.
- La DPA vous permet de planifier l'admission à l'hôpital, l'administration des médicaments et des traitements précis (p. ex. traitement par électrochoc), et elle vous permet également de consentir à ces options ou de les refuser.

Diapositive 15 : Directives psychiatriques anticipées

Les DPA renferment habituellement une procuration pour raison de santé mentale dans laquelle sont mentionnés les noms des personnes que vous nommez responsables de vos soins et de votre prise de décisions.

Diapositive 16 : Avantages des DPA

La recherche a démontré que l'élaboration des DPA et de procurations pour raison de santé mentale peut favoriser le processus de rétablissement.

Les documents :

- aident les personnes à rester autonomes pendant les périodes de crise psychiatrique;
- vous donnent une façon d'exprimer clairement vos souhaits en matière de traitement, et de mentionner celui que vous trouvez le plus efficace pendant une crise;
- renseignent les autres sur les traitements dont vous avez besoin;
- désignent les mesures préventives, les compétences d'adaptation et les techniques de gestion de soi en vous responsabilisant lorsque vous vivez une crise psychiatrique;
- utilisent vos expériences passées comme outils d'apprentissage;
- permettent de meilleures relations entre fournisseur de soins et vous, en établissant un dialogue éclairé et ouvert. (Kim M.M. et coll., 2007)

Vous trouverez de plus amples renseignements sur les directives psychiatriques anticipées dans le cahier d'exercices du participant.

Discussion/Vidéo | 10 minutes | Vidéo (partie 5)

Présentez la vidéo qui accompagne la séance 5 avant de récapituler celle-ci et de distribuer les formulaires d'évaluation du programme.

Évaluation du programme | 10 minutes | Formulaires d'évaluation du programme

Étapes de l'activité

- Distribuez les formulaires d'évaluation aux participants.
- Donnez 10 minutes aux participants pour remplir les formulaires, puis recueillez-les.

Certificats de participation | 5 minutes | Copies des certificats

Le dernier point à l'ordre du jour aujourd'hui consiste à remettre les certificats pour la réussite du programme. Nous sommes heureux que vous ayez pu participer à ce programme et nous espérons que le temps que nous avons passé en groupe et le travail que vous avez fait individuellement vous seront utiles pour la suite de votre processus de rétablissement.

Nous vous encourageons à maintenir une relation avec vos groupes et organismes de soutien afin de pouvoir continuer à apprendre et à partager vos connaissances et votre expérience avec les personnes qui ne font qu'aborder leur processus de rétablissement.

Mot de la fin | 10 minutes

Merci à tous d'avoir participé au programme et de nous avoir fait part de vos commentaires et de vos idées. Vous avez dû investir passablement de temps et d'énergie pour faire partie du groupe. Nous espérons que ce processus de rétablissement continuera de vous être utile.

Avant de terminer, est-ce que quelqu'un aimerait nous communiquer ses impressions sur la fin des séances de groupe et ses plans en vue de trouver du soutien dans la collectivité?

Expliquez que la rétroaction fournie par les participants servira à évaluer l'utilité du programme et vous aidera à apporter les améliorations qui s'imposent pour les participants futurs.

Références

Batson Feuer, Sue. « Like a shadow that just creeps up on you » (article par Andersson, Erin), *Globe and Mail*, le samedi 19 juillet 2008.

Association canadienne pour la santé mentale. *Une nouvelle structure de soutien pour les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère*, Association canadienne pour la santé mentale, bureau national, 2004.

http://www.cmha.ca/data/1/rec_docs/153_Framework3rdEd_FR.pdf

Copeland, M.E. *Wellness Recovery Action Plan*, Battleboro (Vermont), Peach Press, 1997.

Deegan, P. « Recovery as a journey of the heart », *Psychiatric Reautonomisation Journal*, vol. 19, n° 3 (1996), p. 91–97.

Deegan, P. *Recovery Oriented Practice*, 2003. www.patdeegan.com

Deegan, P. « The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 33 (suppl. 66), 2005, p. 29–35.

Deegan P, et Drake R. « Shared decision making and medication management in the recovery process », *Psychiatric Services*, vol. 57, 2006, p. 1636–1639.

Fisher, D. 2006. Recovery from schizophrenia: From seclusion to empowerment. Brochure disponible sur Internet (<http://www.power2u.org>).

Gottlieb, D. *Voices in the family*, New York, Signet, 1991.

Kim, M.M., et coll. « Understanding the personal and clinical utility of psychiatric advance directives: a qualitative perspective », *Psychiatry*, n° du printemps, 70 (1), p. 19–29.

Manschreck, T.C., et coll. « Schizophrenia recovery: Time for optimism? », *Current Psychiatry*, vol. 7, n° 5, 2008, p. 41–58.

Martin, N. *Quality of Life: As you see it*, 2008. <http://www.mss.mb.ca/QOLSURVEY.pdf>

McGregor, F. « To take or not to take? The problem of compliance », *Visions Journal*, vol. 4, n° 2, 2007, p. 19–20.

Mueser, K.T., et coll. « Illness management and recovery: A review of the research », *Psychiatric Services*, vol. 53, 2002, p. 1272–1284.

Sowers, W. « Recovery as an opportunity to transcend our difference », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 1, 2007, p. 5. <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/58/1/5>

Windell, D., A. Malla et D. Norman. « The personal experiences of treatment and recovery in first-episode psychosis: Insight and advice from the ‘real’ experts », document PowerPoint présenté le 29 février 2008 devant le groupe de travail de l’Ontario dans le cadre de la conférence sur l’intervention précoce.

Young, S.L., et D.S. Ensing. « Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities », *Psychosocial Reautonomisation Journal*, vol. 22, 1999, p. 219–231.

Tous les documents du programme sont également disponibles aux fins de consultation et de téléchargement sur le site Web de la SCS à l’adresse www.schizophrenia.ca

Annexe

Table des matières

Fiches-conseils en animation

Brochure du programme

Formulaire d'inscription

Questionnaire de rétroaction des participants

Attestation de participation

Glossaire

Entente de confidentialité

Bon de commande

Compte rendu de l'animateur

Ressources supplémentaires



Tous les documents mentionnés dans l'annexe peuvent être téléchargés et imprimés depuis le disque n° 1 ci-joint.

Fiche-conseil en animation n° 1 : Liste de vérification de l'animateur

À faire lorsque vous animez une séance, chaque semaine :

- Accueillir chaleureusement les participants à chaque session; tâcher de leur souhaiter la bienvenue en les appelant par leur nom.
- Vous exprimer d'une manière claire et intelligible.
- Inciter les participants à poser des questions et écouter leurs questions.
- Assurer une participation équitable pour tous.
- Traiter tous les participants avec respect et faire preuve de patience à leur égard.
- Gérer le temps efficacement; commencer et finir à l'heure et faire en sorte que le temps imparti aux pauses soit respecté.
- Ralentir le rythme lorsque la discussion porte sur un sujet difficile ou complexe; poser des questions pour vérifier la bonne compréhension.
- Être bien préparé et organisé pour chaque séance; se familiariser aux activités, aux documents à distribuer et aux sujets à débattre.
- Se renseigner sur le contenu des séances précédentes.
- Prendre le temps de fournir des éclaircissements lorsqu'un sujet difficile est abordé.
- Aider les familles à tirer les leçons de leurs expériences respectives en les incitant à proposer des solutions pour des problèmes communs.
- Énoncer clairement les principaux points à retenir à la fin de chaque séance.
- Faire part de vos anecdotes et de votre expérience d'une manière intelligente, en sachant toujours tenir votre rôle d'animateur, c'est-à-dire sans vous mettre au niveau des participants.
- Créer un environnement sécuritaire en faisant en sorte que chacun comprenne et admette l'importance de la confidentialité.
- Prévoir des rafraîchissements (café, thé, jus de fruits, eau et collation diététique).

Fiche-conseil en animation n° 2 : L'art d'animer un débat

Suggestions pour vous aider à animer les discussions de groupe :

Cueillette d'information

- Est-ce que quelqu'un a une idée?
- Qu'auriez-vous voulu qu'il arrive?
- Voyons ce que pensent les autres de...

Interprétation

- Qu'en pensent les gens?
- Était-ce bien ou pas bien?
- En quoi est-ce important?

Généralisation

- Qu'est-ce qui vous a amené à prévoir cela?
- Avez-vous envisagé d'autres solutions?
- Qu'est ce que cela vous apprend au sujet de _____, en général?

Résumé et conclusion

- Je suis très satisfait(e) des commentaires formulés aujourd'hui (en énumérer quelques-uns).
- Je propose que nous fassions un tour de table et que chacun dise ce qu'il a appris ou ce qu'il va retenir de la séance.

Fiche-conseil en animation n° 3 : Techniques d'intervention

Attitude	Motivation	Que faire?
Participant qui parle trop ou qui vous interrompt	Il s'agit peut-être de quelqu'un qui aime faire étalage de ses connaissances ou qui aime faire du zèle. Il s'agit peut-être de quelqu'un de bien informé.	Interrompre le participant, prendre acte de son point de vue et demander l'avis des autres participants.
Participant qui cherche la confrontation ou se montre agressif	Il peut s'agir de quelqu'un de bourru ou de quelqu'un qui a habituellement bon caractère mais qu'un problème particulier met en colère.	Rester calme. Reconnaître le bien-fondé d'un de ses arguments et passer à autre chose. Avoir une conversation en tête-à-tête avec la personne, pendant la pause, pour savoir ce qui l'ennuie vraiment. Recentrer la discussion sur le groupe : « Quelqu'un a-t-il quelque chose à ajouter à ce sujet? ».
Participant qui cherche exagérément à se rendre utile	La démarche peut partir d'un sentiment sincère. Le participant exclut les autres de la conversation.	Remercier la personne. Utiliser ses arguments pour résumer la discussion.
Participant qui tient des propos sans queue ni tête	Le participant parle de tout sauf du sujet. Le participant fait d'étranges analogies et se perd dans ses propos.	Lorsque le participant s'interrompt, recentrer la discussion sur les questions pertinentes et aller de l'avant. Lui dire que si son intervention est intéressante, elle ne s'inscrit pas vraiment dans le débat.
Personnalités conflictuelles au sein du groupe	Conflit entre deux participants ou plus. Cette situation peut entraîner la formation de factions au sein du groupe.	Insister sur les points qui font consensus et minimiser les points conflictuels. Demander aux intéressés de mettre leurs différences de côté.
Participant qui refuse de participer	Ennui, indifférence, timidité ou sentiment de supériorité.	Susciter l'intérêt du participant en lui demandant son avis. Demander à chaque participant de donner son avis personnel.
Participant négatif, qui se plaint	Tout va mal, tout est noir.	Demander au participant s'il voit un côté positif à la situation et comment il composerait avec le problème.



Votre cheminement vers le rétablissement

La maladie mentale et le rétablissement – est-ce possible? Bien des gens se demandent s'il est véritablement possible pour une personne aux prises avec une maladie mentale de se réaliser, de renouer avec elle-même et les autres et de redonner un sens et un but à sa vie.

Le programme *Votre cheminement vers le rétablissement* se fonde sur les expériences de personnes atteintes d'une maladie mentale qui savent qu'il existe un espoir, qui vont bien et qui ont repris leur vie en main.

Le programme offre cinq séances interactives hebdomadaires gratuites de 90 minutes chacune. Elles sont toutes animées par une personne en phase de rétablissement qui peut vous donner des renseignements utiles susceptibles de vous aider dans votre cheminement vers le rétablissement. Vous apprendrez également comment trouver du soutien de la part de gens qui ont les mêmes problèmes et comment développer de nouvelles habiletés dans votre vie.

Sujet des séances :

- Qu'est-ce que le rétablissement?
- La qualité de vie
- La gestion de soi
- Les médicaments comme outil de rétablissement
- Aller de l'avant : Plan d'action personnel

Nous vous invitons à vous informer davantage sur les possibilités de rétablissement et de vie par-delà la maladie mentale!

animera la prochaine séance.

Début des séances

Inscrivez-vous aujourd'hui.

Téléphone



Votre cheminement vers le rétablissement

Formulaire d'inscription

Renseignements personnels

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : Travail : _____ Maison : _____ Cellulaire : _____

Pouvons-nous laisser un message? Oui Non

Courriel : _____

→ Dites-nous un peu ce qui vous incite à participer à ce programme?

→ Y-a-t-il des sujets précis que vous souhaiteriez voir abordés pendant le programme?

→ Ce programme est conçu pour offrir aux personnes atteintes d'une maladie mentale, quel que soit le diagnostic, le soutien nécessaire à leur épanouissement. Afin de garantir que nous sommes en possession des renseignements pertinents et des ressources nécessaires, il nous serait utile de savoir si un ou plusieurs diagnostics spécifiques ont été posés vous concernant.

Comment avez-vous entendu parler de ce programme? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Bulletin | <input type="radio"/> Médecin de famille |
| <input type="radio"/> Site Web – Quel organisme? | <input type="radio"/> Psychiatre |
| <input type="radio"/> Affiche | <input type="radio"/> Hôpital |
| <input type="radio"/> Connaissance (p. ex, un ami, un parent) | <input type="radio"/> Autre fournisseur de service |
| <input type="radio"/> Autres (précisez) : | <input type="radio"/> Médias (journaux, radio, télévision) |



Votre cheminement vers le rétablissement

Questionnaire de rétroaction des participants

Vos réponses aux questions ci-dessous nous fourniront des renseignements utiles qui permettront aux animateurs et aux organisateurs d'affiner le programme pour les futurs participants.

Section I :

Veuillez entourer le nombre qui correspond le mieux à votre opinion concernant chacun des énoncés suivants.

	Très faibles	Modérées			Très élevées
Question 1					
Avant ce programme, mes connaissances en matière de rétablissement étaient :	1	2	3	4	5
À l'issue de ce programme, mes connaissances en matière de rétablissement sont :	1	2	3	4	5
Question 2					
Avant ce programme, mes connaissances relatives au rôle que jouent les buts personnels dans le rétablissement étaient :	1	2	3	4	5
À l'issue de ce programme, mes connaissances relatives au rôle que jouent les buts personnels dans le rétablissement sont :	1	2	3	4	5

	Très faibles	Modérées			Très élevées
Question 3					
Avant ce programme, ma confiance pour parler de mes buts personnels aux fournisseurs de service était :	1	2	3	4	5
À l'issue de ce programme, ma confiance pour parler de mes buts personnels aux fournisseurs de service est :	1	2	3	4	5
Question 4					
Avant ce programme, ma capacité à planifier mon bien-être personnel et mon rétablissement était :	1	2	3	4	5
À l'issue de ce programme, ma capacité à utiliser les médicaments comme un outil dans mon cheminement vers le rétablissement est :	1	2	3	4	5
Question 5					
Avant ce programme, ma capacité à planifier mon bien-être personnel et mon rétablissement était :	1	2	3	4	5
À l'issue de ce programme, ma capacité à planifier mon bien-être personnel et mon rétablissement est :	1	2	3	4	5

Section II :

Veillez évaluer chacune des séances en entourant l'énoncé qui correspond le mieux à votre expérience.

Question 6			
Chapitre 1 : Qu'est-ce que le rétablissement?			
Pertinence	Pas pertinent	Modérément pertinent	Très pertinent
Quantité d'information	Trop peu	Juste assez	Trop
Intelligibilité	Trop simpliste	Juste assez	Trop complexe
Je suggérerais les changements suivants :			
Chapitre 2 : La qualité de vie			
Pertinence	Pas pertinent	Modérément pertinent	Très pertinent
Quantité d'information	Trop peu	Juste assez	Trop
Intelligibilité	Trop simpliste	Juste assez	Trop complexe
Je suggérerais les changements suivants :			

Chapitre 3 : La gestion de soi

Pertinence	Pas pertinent	Modérément pertinent	Très pertinent
Quantité d'information	Trop peu	Juste assez	Trop
Intelligibilité	Trop simpliste	Juste assez	Trop complexe

Je suggérerais les changements suivants :

Chapitre 4 : Les médicaments comme outil de rétablissement

Pertinence	Pas pertinent	Modérément pertinent	Très pertinent
Quantité d'information	Trop peu	Juste assez	Trop
Intelligibilité	Trop simpliste	Juste assez	Trop complexe

Je suggérerais les changements suivants :

Chapitre 5 : Aller de l'avant : Plan d'action personnel

Pertinence	Pas pertinent	Modérément pertinent	Très pertinent
Quantité d'information	Trop peu	Juste assez	Trop
Intelligibilité	Trop simpliste	Juste assez	Trop complexe

Je suggérerais les changements suivants :

Section III :

Question 7

Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous ce programme globalement? (Veuillez entourer un seul chiffre.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Question 8

Recommanderiez-vous ce programme à d'autres personnes atteintes d'une maladie mentale? O N

Pourquoi ou pourquoi pas?

Question 9

Seriez-vous intéressé(e) par des activités de suivi après ce programme? O N

Pourquoi ou pourquoi pas?

Quelles activités vous intéresseraient (p. ex., groupe de soutien, autres ateliers d'information)?

Question 10

Avez-vous des suggestions à formuler pour améliorer l'animation?

Question 11

Pensez-vous à d'autres sujets ou à des changements qui rendraient les prochaines séances plus efficaces?

Question 12

D'autres commentaires :



Merci!

délivre cette

attestation de participation

à

pour avoir pris part au programme **Votre cheminement vers le rétablissement**

Animateur

Date



Animateur

Glossaire

Il est possible que les professionnels de la santé et d'autres personnes utilisent des mots que vous n'avez pas l'habitude d'entendre. Voici un bref glossaire qui contient certains des termes le plus souvent utilisés.

Affect émoussé : Également appelé émotions émoussées. Absence apparente d'émotions. La voix du sujet peut devenir monocorde et son visage impassible. Cela ne veut pas dire que le sujet ne ressent pas d'émotions, mais qu'il paraît indifférent.

Agranulocytose : Affection grave dans laquelle les globules blancs diminuent en nombre ou disparaissent complètement. Il peut s'agir d'un effet secondaire d'un médicament antipsychotique appelé clozapine (nom de marque : Clozaril).

Akathisie : Terme médical qui désigne une agitation extrême. Se balancer d'un pied sur l'autre, marcher de long en large, sautiller sur place, faire les cent pas ou être incapable de se tenir tranquille. Généralement accompagnée d'un état de confusion mentale extrême.

Akinésie : Réduction de la mobilité; absence de mouvement des muscles.

Aliénation des pensées : Également appelée retrait des pensées. Le patient est convaincu qu'on lui a volé ses pensées.

Alogie : Perte de la capacité de parler ou de comprendre le langage parlé ou écrit à la suite d'une maladie ou d'une lésion au cerveau. Symptôme négatif de la schizophrénie.

Aménorrhée : Absence de cycles menstruels. Il peut s'agir d'un effet secondaire des médicaments antipsychotiques.

Anhédonie : Absence de plaisir ou d'intérêt pour des activités autrefois appréciées.

Anosognosie : Symptôme de plusieurs troubles cérébraux. Dans l'anosognosie le sujet a une profonde méconnaissance de sa maladie. Elle ne consiste pas simplement à nier la maladie, mais plutôt à ne pas se savoir malade. Le sujet est incapable de comprendre qu'il est malade.

Antagonistes de la sérotonine et de la dopamine : Également appelés antipsychotiques atypiques ou plus récents. Contrairement à leurs prédécesseurs, ces médicaments traitent à la fois les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie et d'autres maladies mentales graves, en occasionnant moins d'effets secondaires. Quelques exemples : Seroquel (fumarate de quétiapine), Clozaril (clozapine), Zyprexa (olanzapine) et Risperdal (rispéridone).

Anticholinergique : Qui bloque l'action de l'acétylcholine, une des substances chimiques que l'organisme fabrique pour permettre aux cellules nerveuses de communiquer entre elles. Qualifie un groupe d'effets secondaires le plus fréquemment associés aux médicaments psychotropes, comme la sécheresse buccale, la vision trouble, les palpitations et la constipation.

Antidépresseur : Médicament utilisé pour traiter la dépression. *Voir* médicaments.

Antipsychotique : Groupe de médicaments utilisés pour traiter la psychose. Il existe deux types de médicaments antipsychotiques : les neuroleptiques (également appelés antipsychotiques standard ou classiques) et les antipsychotiques atypiques. Les neuroleptiques, première génération de médicaments, utilisés pour traiter les maladies mentales graves sont des médicaments plus anciens. Les neuroleptiques ont tendance à entraîner des effets secondaires neurologiques (voir symptômes extrapyramidaux), comme l'akinésie (mouvements ralentis), l'akathisie (agitation des membres) et la dyskésie tardive (troubles moteurs irréversibles, permanents). *Voir* médicaments, neuroleptiques.

Antipsychotiques atypiques : Les antipsychotiques atypiques (également appelés antipsychotiques de deuxième génération) sont un groupe de médicaments antipsychotiques utilisés pour traiter les maladies psychiatriques. Certains

antipsychotiques atypiques sont approuvés dans le traitement de la schizophrénie. D'autres sont indiqués dans le traitement des manies aiguës, des manies bipolaires, de l'agitation psychotique dans le traitement d'entretien en cas de trouble bipolaire et pour d'autres affections. Les antipsychotiques atypiques sont un groupe de médicaments divers qui ont en commun le fait d'agir différemment des antipsychotiques classiques. La plupart agissent sur les récepteurs de la sérotonine et de la dopamine.

Antipsychotiques classiques : Également appelés antipsychotiques standard ou de première génération. Les antipsychotiques classiques exercent rarement un effet sur les symptômes négatifs et entraînent plus fréquemment des effets secondaires neurologiques (raideur musculaire, tremblements, absence de mouvement des bras pendant la marche). L'halopéridol et la chlorpromazine sont des antipsychotiques classiques.

Anxiolytiques : Médicaments utilisés pour atténuer l'anxiété grave, la tension et l'agitation. Autrefois appelés tranquillisants légers.

Apathie : Manque d'intérêt.

Avolition : Manque d'énergie, de spontanéité et d'initiative chez un individu. Baisse de motivation et d'intérêt. Grande difficulté à entreprendre une nouvelle tâche ou à mener un projet à bien. Symptôme négatif de la schizophrénie.

Comportement catatonique : Manque extrême de réactivité à l'environnement. Les symptômes sont notamment la stupeur, la rigidité musculaire ou l'excitation. Symptôme positif de la schizophrénie.

Comportement grossièrement désorganisé : Comportement inhabituel, comme faire l'idiot, faire des enfantillages, piquer des colères ou être agressif. Symptôme positif de la schizophrénie.

Comportement stéréotypé : Mouvements répétitifs qui n'ont aucune cause manifeste et sont plus complexes qu'un tic. Les mouvements (par exemple, balancer son corps d'avant en arrière ou de gauche à droite) peuvent être répétés selon un enchaînement régulier.

Dédoublement de la personnalité : Voir Trouble de la personnalité multiple.

Déficit cognitif : Les facultés cognitives (également appelées « capacités exécutives ») sont la connaissance, la pensée, l'apprentissage et le discernement. Le déficit cognitif signifie que le sujet a de la difficulté à mémoriser, à se concentrer et à prendre des décisions.

Dépersonnalisation : Également appelée « déréalisation ». Impression qu'une personne a de devenir irréaliste ou que son esprit se sépare de son corps.

Dépression : Sentiments de tristesse, de désespoir, d'impuissance et de dévalorisation. Dans bien des cas, le sujet manque d'énergie et de motivation. Des symptômes physiques se manifestent parfois, comme la lenteur des mouvements et de l'élocution.

Dépression majeure : Maladie mentale grave caractérisée par un sentiment de désespoir, d'impuissance et de dévalorisation, souvent accompagné d'un manque d'énergie ou de motivation. Certains sujets ont également des pensées suicidaires.

Diagnostic : Classification d'une maladie selon ses signes et ses symptômes. La schizophrénie est l'une des nombreuses catégories diagnostiques possibles utilisées en psychiatrie.

Diffusion des pensées : Le patient est convaincu que ses pensées sont accessibles aux autres par le biais de la radio ou de la télévision.

Directives psychiatriques anticipées : Documents juridiques qui permettent à une personne d'optimiser la prise de décision en matière de traitement et de soins lorsque sa capacité à participer pleinement à la prise de décision est compromise, par exemple pendant un épisode. Les directives anticipées soulignent les préférences en matière de médicaments, de traitement et d'hospitalisation. La personne peut également désigner une autre personne qui prendra les décisions à sa place. La création et la mise en œuvre de directives anticipées peuvent contribuer à sceller une alliance entre la personne atteinte d'une maladie mentale et son équipe soignante.

Dopamine : Neurotransmetteur présent à de fortes concentrations dans le système limbique du cerveau. Intervient dans la régulation du mouvement, de la pensée et du comportement.

Double diagnostic : Également appelé « troubles concomitants ». Un double diagnostic est posé dès lors qu'un sujet présente à la fois les symptômes d'une maladie mentale et d'un abus de substances ou d'alcool. Ce terme est également utilisé lorsque l'on pose le diagnostic de deux troubles mentaux ou plus chez un même sujet.

Dyskinésie : Mouvements involontaires, habituellement de la tête, du visage, du cou ou des membres.

Dyskinésie tardive : Réaction occasionnelle à un médicament, habituellement après une utilisation prolongée. Caractérisée par des mouvements anormaux, spasmodiques et involontaires de la langue, de la mâchoire, du tronc ou des membres.

Dyspnée : Essoufflement ou difficulté à respirer.

Dystonie : Symptôme extrapyramidal (SEP) causé par certains médicaments antipsychotiques. Les principales caractéristiques sont : tirer la langue, position anormale de la tête, grimaces, spasmes au niveau du cou et yeux révolvés. *Voir également* torticollis.

Effet secondaire : Réaction médicamenteuse qui va au-delà de l'effet thérapeutique du médicament ou qui n'a aucun lien avec celui-ci. Certains effets secondaires sont tolérables, mais d'autres sont à ce point gênants que le traitement doit être interrompu. Les effets secondaires moindres sont la sécheresse buccale, l'agitation, la raideur et la constipation. Les effets secondaires plus graves sont une vision trouble, une salivation excessive, des tremblements, une nervosité, une insomnie, une dyskinésie tardive et des troubles hématologiques. Certains effets secondaires peuvent être contrôlés par des médicaments. Les effets secondaires se confondent parfois avec les symptômes de la maladie. Un médecin, un pharmacien ou un intervenant en santé mentale peut expliquer la différence entre les symptômes de la maladie et les effets secondaires dus au médicament.

Électroconvulsivothérapie : Traitement parfois utilisé en cas de dépression profonde, de schizophrénie catatonique et de manie. Le sujet est placé sous anesthésie générale; un courant électrique est ensuite appliqué à son cerveau pour provoquer une convulsion. L'électroconvulsivothérapie est surtout utilisée chez les patients en dépression extrême pendant de longues périodes, qui sont suicidaires ou qui ne répondent pas au traitement médicamenteux ou à un changement de situation.

Électroencéphalogramme (EEG) : Enregistrement de l'activité électrique de diverses régions du cerveau. L'EEG sert à étudier l'activité électrique du cerveau; les résultats permettent d'orienter le diagnostic.

Élocution désordonnée : Également appelée « discours désorganisé ». Schéma d'élocution désorganisé dans lequel l'individu passe d'un sujet à l'autre de manière erratique. Symptôme positif de la schizophrénie.

Émotions inappropriées : Réactions inappropriées, comme rire à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Émoussement affectif : Limitation de la gamme et de l'intensité des émotions. Symptôme négatif de la schizophrénie. Également appelé diminution de l'affectivité.

Galactorrhée : Écoulement abondant de lait chez l'homme ou chez la femme. Il peut s'agir d'un effet secondaire des médicaments antipsychotiques.

Hallucinations : Perceptions erronées de quelque chose qui n'est pas à portée de sens. Les hallucinations peuvent être visuelles, auditives, tactiles ou olfactives.

Hyperdopaminergie : Affection neurochimique caractérisée par une neurotransmission dopaminergique excessive. Cet état serait en partie responsable de la physiopathologie de la schizophrénie.

Hyperidéation : Période d'accélération intense des pensées chez le sujet.

Hypertonie : Tension musculaire excessive.

Hypotension posturale : Aussi appelée « hypotension orthostatique ». Caractérisée par une pression artérielle basse. Peut causer des étourdissements et une perte de connaissance lorsque la personne se lève ou s'assoit rapidement. Un effet secondaire précoce d'un traitement par des psychotropes.

Idées de persécution : S'imaginer à tort que des objets, des événements ou des gens ont une signification personnelle. À titre d'exemple, le sujet peut croire qu'un programme télévisé porte sur lui.

Idées délirantes : Symptôme de nombreuses maladies mentales. Une idée délirante est une conviction tenace qui n'a aucun fondement dans la réalité. Cette conviction est profondément ancrée, même si tout indique qu'elle est erronée. Les personnes sujettes à ce type de trouble de la pensée sont souvent convaincues qu'elles sont célèbres, persécutées ou capables d'accomplir des choses extraordinaires.

Insertion de pensées : Le patient est convaincu que des pensées sont placées dans son esprit.

Institutionnalisation involontaire : Le fait d'être admis à l'hôpital est appelé « institutionnalisation ». L'institutionnalisation volontaire signifie que le patient demande à recevoir un traitement et qu'il est libre de quitter l'hôpital quand il le souhaite. Les personnes très malades peuvent être admises dans un établissement de santé mentale contre leur volonté ou de manière involontaire :

- en vertu d'un certificat d'admission émis par un médecin ou d'un certificat de renouvellement;
 - sur ordonnance spéciale d'un tribunal lorsque le sujet est accusé ou a été jugé coupable d'un acte criminel. Les personnes qui font l'objet d'une ordonnance d'un tribunal peuvent être placées dans un établissement médico-légal.
- Avant qu'une personne puisse être institutionnalisée contre son gré, un médecin doit attester que cette personne :
- est atteinte d'un trouble mental et doit recevoir des soins, faire l'objet d'une protection et d'un traitement médical dans un hôpital;
 - est susceptible de se faire du mal ou de faire du mal à autrui ou de voir son état mental ou physique se détériorer considérablement si elle n'est pas hospitalisée.

La législation en matière d'institutionnalisation involontaire varie d'une province à une autre. Communiquez avec les autorités sanitaires de votre province ou l'organisme de santé mentale de votre région pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.

Labilité d'humeur : La labilité d'humeur se traduit par une alternance entre périodes d'euphorie et d'irritabilité.

Loi sur la santé mentale : Législation provinciale relative aux soins médicaux et à la protection des personnes atteintes d'une maladie mentale. La loi sur la santé mentale garantit également les droits des patients admis à l'hôpital contre leur gré et décrit les procédures d'examen et de défense des intérêts.

Maladie de Parkinson : Maladie qui touche surtout les personnes âgées et celles d'âge moyen et se caractérise par des tremblements et des mouvements lents et saccadés.

Manie : Trouble émotionnel caractérisé par des accès d'euphorie ou d'irritabilité, une élocution rapide, des pensées galopantes, l'insomnie, un champ d'attention limité, des idées de grandeurs, un mauvais jugement; généralement un symptôme du trouble bipolaire. Des symptômes positifs de psychose peuvent également être présents.

Médicaments : En psychiatrie, les médicaments sont habituellement prescrits sous la forme de comprimés ou d'injections. Plusieurs types de médicaments différents peuvent être utilisés, selon le diagnostic. Demandez à votre médecin ou à votre pharmacien de vous expliquer le nom, la posologie et la fonction de tous les médicaments, et de faire la distinction entre les noms de marque et les noms génériques pour réduire le risque de confusion.

- Antidépresseurs : Il s'agit de médicaments qui agissent normalement lentement. Toutefois, si aucune amélioration n'est constatée au bout de six semaines, ils peuvent ne pas être du tout efficaces. Certains effets secondaires peuvent se produire, comme une sécheresse buccale, une somnolence ou des maux de tête.
- Antipsychotiques : Ils atténuent l'agitation, et diminuent les hallucinations et le comportement destructeur. Ils peuvent également corriger dans une certaine mesure d'autres troubles de la pensée. Les effets secondaires

comprennent des changements dans le système nerveux central susceptibles d'influer sur l'élocution et le mouvement, ainsi que des réactions qui touchent le sang, le foie et les yeux. La surveillance périodique des fonctions hématologique et hépatique est conseillée.

- **Psychorégulateurs** : Le carbonate de lithium, qui est utilisé dans le traitement des états maniaques et maniacodépressifs pour aider à stabiliser les sautes d'humeur importantes caractéristiques de la maladie, est un psychorégulateur. Des analyses de sang régulières sont nécessaires pour s'assurer que les taux de médicaments sont adéquats. Certains effets secondaires, comme la soif et une sensation de brûlure, peuvent se manifester. Aussi appelés « normothymiques ».
- **Tranquillisants** : Renvoient généralement aux benzodiazépines. Ces médicaments peuvent contribuer à calmer l'agitation et l'anxiété. Quelques exemples : Valium, Librium, Ativan, Xanax, Rivotril.

Multifactoriel : À facteurs multiples. Les médecins utilisent ce terme pour décrire les causes de certaines maladies.

Neuroleptiques : Groupe de médicaments utilisés dans le traitement de la schizophrénie et d'autres maladies mentales graves. Voir Antipsychotiques, médicaments.

Neurone moteur : Cellule nerveuse de la moelle épinière responsable de l'action musculaire.

Neurotransmetteurs : Molécules qui acheminent les messages chimiques entre les cellules nerveuses.

Non-observance : Caractérise un individu malade qui ne prend pas son médicament ou qui ne respecte pas son plan de traitement. Il y a plusieurs raisons à la non-observance, notamment l'incapacité à se souvenir de prendre son médicament, les effets secondaires désagréables des médicaments ou le fait de ne pas être conscient de sa maladie.

Observance : Mesure dans laquelle le comportement du patient (s'agissant de la prise des médicaments, de la fidélité à un régime alimentaire ou de la modification du mode de vie) coïncide avec les recommandations médicales. Autrement dit, le fait de faire ce que les professionnels de la santé

veulent que l'on fasse. Lorsque le patient ne suit pas les recommandations, il est question de non-observance. Traduction de la définition de F. McGregor, *Visions Journal* (vol. 4, no 2, 2007).

Œdème : Accumulation d'eau dans certaines parties du corps.

Paranoïa : État mental qui comprend des soupçons sans fondement à l'égard d'une personne ou d'une situation. Une personne paranoïaque peut être soupçonneuse, hostile, se sentir importante ou être extrêmement sensible au rejet. La paranoïa est une forme de pensée délirante.

Parkinsonisme : Groupe de symptômes comprenant l'absence de mouvement, l'absence d'expression faciale, une démarche raide, des tremblements, une posture voûtée. Ces symptômes sont parfois les effets secondaires de médicaments antipsychotiques plus anciens, les neuroleptiques par exemple.

Patient externe : Personne qui se rend à l'hôpital pour y recevoir des soins ou y subir une intervention chirurgicale mais qui ne doit pas y rester après le traitement.

Pauvreté du discours : Inaptitude à lancer une conversation, ou à y participer, particulièrement une petite discussion. Ce symptôme très fréquent de la schizophrénie empêche les patients de participer à de nombreuses activités sociales.

Phase prodromique : Premier stade ou stade précoce d'une maladie.

Prolactine : Hormone produite par l'hypophyse. Stimule la lactation et la fonction ovarienne. De nombreux agents antipsychotiques anciens entraînent une libération excessive de prolactine, ce qui se traduit par des cycles menstruels anormaux, une production de lait maternel anormale, une gynécomastie (développement excessif des glandes mammaires chez l'homme) et un dysfonctionnement sexuel.

Psychose : Groupe de symptômes caractéristiques de plusieurs troubles mentaux majeurs. Ces symptômes comprennent une perte de contact avec la réalité, une détérioration du fonctionnement social normal et des

changements extrêmes de la personnalité. Les personnes touchées par cette affection présentent généralement des délires et/ou des hallucinations.

Psychothérapie : Fondamentalement, thérapie axée sur la parole. La psychothérapie est une forme de traitement comprenant des entretiens entre le patient et un professionnel de la santé mentale. Elle est souvent combinée à des médicaments d'ordonnance. Les différents types de psychothérapie (nombreux) ciblent différents objectifs et reposent sur des approches différentes.

Psychotropes : Médicaments utilisés dans le traitement des maladies mentales.

Récepteur : Protéine située à la surface ou dans le noyau d'une cellule. Les récepteurs reconnaissent spécifiquement des molécules d'une certaine taille, d'une certaine forme et d'une certaine charge et ils s'y lient.

Rétablissement : Le rétablissement désigne à la fois un processus et un objectif. Il consiste à apprendre comment prendre en charge efficacement un trouble, en maîtriser les symptômes et améliorer la qualité de vie. Le rétablissement se définit différemment selon l'individu, mais consiste généralement à reprendre espoir, à donner un nouveau sens à sa vie, à cibler un objectif, à maîtriser les symptômes de la schizophrénie, à renoncer aux substances psychoactives, à retrouver son autonomie, à trouver un emploi, à se faire des amis, à se créer un réseau de soutien social et à améliorer sa qualité de vie.

Santé mentale : Décrit l'équilibre entre l'individu, son groupe social et son environnement au sens large. Ces trois éléments se combinent pour favoriser une harmonie psychologique et sociale, une impression de bien-être, un sentiment d'accomplissement et une maîtrise de soi.

Schizoïde : Terme parfois employé pour décrire une personne exagérément timide, solitaire, sensible et repliée sur elle-même.

Schizophrénie : Trouble cérébral grave et souvent chronique. Les symptômes fréquents sont des troubles de la personnalité, un retrait, des troubles graves de la pensée et

de l'élocution, des hallucinations, des idées délirantes et des comportements bizarres.

Schizophrénie aiguë : Période la plus courte et la plus intense de la schizophrénie, lorsque les symptômes les plus graves se manifestent.

Schizophrénie de survenue graduelle : Les symptômes apparaissent tellement lentement qu'il faut longtemps avant que quiconque ne remarque la maladie.

Schizophrénie de survenue rapide : Également appelée schizophrénie d'apparition soudaine. Les symptômes se développent rapidement et le sujet subit des changements de comportement considérables en l'espace de quelques jours ou de quelques semaines.

Schizophrénie de type catatonique : Caractérisée par une perturbation marquée de l'activité physique. La perturbation peut se manifester par une longue période d'immobilité dans une position étrange, par le mutisme ou par une excitation incontrôlée. C'est l'un des sous-types de la schizophrénie.

Schizophrénie de type désorganisé : Caractérisée par une élocution et un comportement désorganisés, un affect plat ou inapproprié. Compromet sérieusement l'aptitude du sujet à accomplir les tâches simples de la vie quotidienne. C'est l'un des sous-types de la schizophrénie.

Schizophrénie de type indifférencié : Caractérisée par des symptômes de schizophrénie qui ne correspondent à aucun type de schizophrénie spécifique, comme la schizophrénie paranoïde, désorganisée ou catatonique. Il s'agit d'un sous-type de schizophrénie.

Schizophrénie de type résiduel : Signes de schizophrénie qui peuvent persister chez certaines personnes une fois l'épisode schizophrénique plus grave passé.

Schizophrénie de type paranoïde : Caractérisée par la présence de délires importants et d'hallucinations auditives chez un individu dont les capacités fonctionnelles cognitives sont autrement bien organisées. C'est l'un des sous-types de la schizophrénie.

Sérotonine : Neurotransmetteur qui transmet les impulsions entre les cellules nerveuses (neurones) dans le système nerveux central. Les fonctions régulées par les cellules nerveuses qui utilisent la sérotonine sont l'humeur, le comportement, la coordination physique, l'appétit, la température corporelle et le sommeil.

Stupeur : État dans lequel la personne est immobile, silencieuse et ne réagit pas, bien qu'elle semble parfaitement consciente. Les yeux sont ouverts et suivent le mouvement des objets.

Symptômes extrapyramidaux (SEP) : Terme médical pour désigner les effets secondaires neurologiques qui incluent un trouble des mouvements du visage et du corps. Ces symptômes peuvent être causés par certains médicaments antipsychotiques. Les symptômes fréquents sont la raideur musculaire, les tremblements, l'absence de mouvement des bras pendant la marche.

Symptômes marqués : Symptômes qui s'aggravent nettement.

Symptômes négatifs : Symptômes qui devraient être présents chez un individu, mais qui ne le sont pas. Peuvent comprendre l'affect émoussé (émotions émoussées), l'apathie, le manque d'énergie ou de motivation et le retrait émotionnel ou social.

Symptômes positifs : Symptômes qui s'ajoutent au comportement de l'individu et qui ne devraient pas être présents. Peuvent inclure les délires, les hallucinations, l'élocution désorganisée et un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

Système limbique : Groupe de structures cérébrales qui comprennent l'hippocampe et l'amygdale. Le système limbique est associé au stockage des souvenirs, à la coordination des fonctions autonomes et au contrôle de l'humeur et des émotions.

Système nerveux central (SNC) : Le cerveau et la moelle épinière. Le SNC est responsable de la coordination des activités de toutes les régions du cerveau et de la moelle épinière.

Tomodensitogramme, tomographie assistée par ordinateur : Technique qui utilise les rayons X ou les ondes ultrasonores pour produire une image des parties internes de l'organisme. Ces images peuvent orienter le diagnostic.

Tomographie par émission de positrons (TEP) : Technique utilisée pour évaluer l'activité du tissu cérébral. La TEP est utilisée comme outil de recherche dans la schizophrénie, la paralysie cérébrale et des types similaires d'atteinte cérébrale.

Topectomie : Ablation chirurgicale d'une partie spécifique du cerveau (petite) dans le but de traiter une maladie mentale. La chirurgie se limite généralement aux cas où les médicaments et les autres méthodes thérapeutiques ont échoué.

Torticolis : Contraction d'un ou de plusieurs muscles d'un seul côté du cou, qui se traduit par une position anormale de la tête. Ce phénomène se produit parfois lorsqu'une personne est atteinte de dystonie.

Traitement : Remède ou thérapie conçus pour soigner une maladie ou en soulager les symptômes. En psychiatrie, le traitement associe souvent médicaments, séances d'orientation (conseils) et programmes d'activités recommandées. L'ensemble de ces interventions constitue le plan de traitement du patient.

Tranquillisant : Médicament qui exerce un effet calmant. Les « tranquillisants majeurs » sont utilisés pour traiter des troubles mentaux graves; les « tranquillisants mineurs » sont souvent utilisés pour traiter l'anxiété.

Trouble affectif ou trouble de l'humeur : Maladie mentale caractérisée par des réactions émotionnelles exagérées et des sautes d'humeur faisant alterner états de grande exaltation et états de dépression profonde. Psychose maniaco-dépressive (ou trouble bipolaire) et dépression sont des termes souvent utilisés, même si certaines personnes sont uniquement sujettes à la manie et d'autres à la dépression. Ces changements d'humeur extrêmes n'ont aucun lien avec les changements survenant dans l'environnement du sujet.

Trouble bipolaire : Trouble affectif grave caractérisé par des changements d'humeur extrêmes allant de l'exaltation à la dépression profonde. Un individu atteint de ce trouble peut se trouver dans un état d'excitation extrême et déborder d'énergie pour se sentir soudainement très triste et déprimé l'instant d'après. Autrefois appelé psychose maniacodépressive.

Trouble de la pensée : Symptôme de maladie mentale grave. Les pensées peuvent se former lentement, venir très rapidement ou ne pas venir du tout. Le patient peut sauter d'un sujet à un autre, avoir l'air perdu ou avoir de la difficulté à prendre des décisions simples. Les réflexions peuvent être teintées de délires – certitudes fausses sans fondement logique. Certains patients se sentent également persécutés, espionnés ou faisant l'objet d'un complot. Ils peuvent avoir des délires de grandeur : se croire tout-puissants, capables de tout et invulnérables face au danger. Ils peuvent également avoir des convictions religieuses fortement ancrées ou se croire personnellement investis du devoir de redresser les injustices du monde.

Trouble de la personnalité multiple : Un trouble caractérisé par l'apparition de deux ou plusieurs personnalités distinctes chez un même individu. On confond souvent trouble de la personnalité multiple et schizophrénie.

Trouble de la personnalité : Type de comportement inadapté et profondément enraciné qui persiste pendant de nombreuses années. Il est généralement bien établi dans l'adolescence tardive ou au début de l'âge adulte. L'anomalie comportementale est suffisamment grave pour que la personne et son entourage en souffrent.

Trouble mental : Également appelé « maladie mentale ». Décrit une série de problèmes psychiatriques (émotions, pensée, comportements) dont l'intensité et la durée varient et qui peuvent revenir de temps en temps. Les maladies mentales majeures sont l'anxiété, les troubles de l'humeur et de l'alimentation et les troubles psychotiques. Les maladies mentales peuvent être diagnostiquées et elles requièrent un traitement médical ainsi que d'autres soins de soutien.

Trouble obsessionnel-compulsif : Trouble anxieux dans lequel le sujet obéit à des schémas répétitifs de pensée (obsessions) et de comportements (compulsions). Ces schémas sont particulièrement invalidants, absurdes et extrêmement difficiles à surmonter.

Trouble schizo-affectif : Le diagnostic de cette maladie est posé lorsque le tableau clinique ne correspond pas au tableau typique de la schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur, mais que la personne affiche à la fois les symptômes d'une psychose et d'importantes sautes d'humeur. Le traitement consiste habituellement en une association d'antipsychotiques, d'antidépresseurs et/ou de psychorégulateurs.

Ventricules : Quatre chambres remplies de liquide dans le cerveau, qui forment un réseau avec la moelle épinière.



Votre cheminement vers le rétablissement

Entente de confidentialité

Je, _____, conviens de tenir pour confidentiels les renseignements personnels des autres participants au programme *Votre cheminement de rétablissement : signification, prise en charge et médication*, qui se tiendra à _____ . Par « Renseignements personnels », on entend des renseignements qui permettent d'identifier un autre membre du groupe personnellement, comme son nom, le nom des membres de sa famille, l'adresse de son domicile ou son numéro de téléphone.

Je comprends également que je dois continuer d'observer les termes de cette entente de confidentialité après la dissolution du groupe.

Les animateurs du groupe peuvent rompre la confidentialité dans les situations suivantes :

- S'il s'avère qu'un mineur, c'est-à-dire un enfant âgé de 16 ans ou moins, a été ou est exposé à un risque d'abus physique, sexuel ou émotionnel infligé par un autre individu.
- S'il s'avère qu'un membre du groupe a l'intention de faire du mal physiquement, sexuellement ou émotionnellement à autrui.
- S'il s'avère qu'un membre du groupe a l'intention de s'infliger une blessure.

J'ai lu et je comprends parfaitement les renseignements ci-dessus au sujet des risques auxquels est exposé le groupe. Je comprends que si je contreviens à cette entente, on pourra me demander de quitter le groupe. En signant le présent document, j'accepte les risques énumérés ci-dessus.

Signature du membre du groupe

Date

Signature de l'animateur du groupe

Date

Signature du témoin

Date



Votre cheminement vers le rétablissement

Bon de commande

Veuillez remplir ce bon et le retourner au numéro de télécopieur suivant : 204 783-4898

Société canadienne de schizophrénie
100-4, Fort Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1C4
Téléphone : 204 786-1616
Sans frais : 1 800 263-5545
Télécopieur : 204 783-4898
Courriel : info@schizophrenia.ca

Date d'aujourd'hui :

Votre nom :

Nom de l'organisation commanditaire :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Adresse postale :

Date prévue pour le début du programme :

Nombre prévu de participants :

Veuillez prévoir de deux à trois semaines pour la livraison des documents.



Votre cheminement vers le rétablissement

Compte rendu de l'animateur

Vos commentaires et vos impressions quant au programme et au matériel nous sont précieux. Veuillez donc remplir le présent formulaire et le retourner à :

Société canadienne de schizophrénie
100-4, Fort Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1C4
Téléphone : 204 786-1616
Sans frais : 1 800 263-5545
Télécopieur : 204 783-4898
Courriel : info@schizophrenia.ca

Nom du (des) animateur(s) :

Affiliation / Organisation commanditaire :

Coordonnées de l'animateur :

Adresse postale :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Liste des participants :

Nom	Sexe	Âge	Diagnostic
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Commentaires :

Promotion du programme

Comment avez-vous fait la promotion de ce programme dans votre collectivité?

- Prospectus
- Brochure d'information/dépliant
- Annonces dans la collectivité
- Publicité dans un journal
- Autre :

Si vous avez utilisé un prospectus ou une brochure d'information ou encore un dépliant, où les avez-vous distribués?

- Bureau de médecin (médecin de famille ou psychiatre)
- Organisme communautaire de santé mentale
- Hôpital
- Centre communautaire
- Autre(s) :

Date de début du programme :

Date de fin :

Lieu des séances :

Commentaires de l'animateur :

Le groupe était-il motivé par le contenu et l'approche du programme?

En tant qu'animateur, avez-vous trouvé le matériel clair et convivial?

Mes suggestions d'amélioration ou de modification pour les programmes à venir sont :

Ressources supplémentaires

Sites Web

Recovery Innovations. <http://www.recoveryinnovations.org/> (en anglais).

Pennsylvania Recovery and Resiliency. <http://www.mhrecovery.org> (en anglais).

Mental Health Recovery. <http://www.mhrecovery.com> (en anglais).

Rethink. <http://www.rethink.org/> (en anglais).

Recovery Opportunity. <http://www.recoveryopportunity.com/> (en anglais).

Association canadienne pour la santé mentale. <http://www.cmha.ca>.

Revue

Psychiatric Rehabilitation Journal. <http://www.bu.edu/cpr/prj/> (en anglais).

Vidéos

Voices of Resiliency. Manitoba Schizophrenia Society. Pour commander, consulter www.mss.mb.ca.

Psychosis, Early Intervention and Recovery. British Columbia Schizophrenia Society, Victoria Chapter. Pour commander, consulter www.bcsvgvictoria.ca.

Le Mental Illness Education Project offre plusieurs excellents vidéos sur le rétablissement. Pour commander, consulter <http://www.miepvideos.org/shop/>.

Livres

Recovery in Mental Illness par Ruth O. Ralph et Patrick W. Corrigan. Washington, D.C : American Psychological Association, 2005.

The Complete Family Guide to Schizophrenia par Kim T. Mueser et Susan Gingerich. Guilford, 2006.

Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia par Larry Davidson. New York, New York University, 2005.

Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice publié par L. Davidson, C. Harding et L. Spaniol. Boston : Boston University. Vol. I, 2005; vol. II, 2006.

Articles et chapitres

« Scientific and Consumer Models of Recovery » par A. Bellack. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3) 2006, p. 432–442.

« What happened to civil rights? » par L. Davidson. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 2006, p. 11–14.

« Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? » par L. Davidson, M. O’Connell, J. Tondora, M.R. Staeheli et A.C. Evans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 2005, p. 480–487.

« The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation » par L. Davidson, M.J. O’Connell, J. Tondora, T. Stryon et K. Kangas. *Psychiatric Services*, 57(5) 2006, p. 640–645.

« “Simply to be let in”: Inclusion as a basis for recovery from mental illness » par L. Davidson, D.A. Stayner, C. Nickou, T.H. Stryon, M. Rowe et M.J. Chinman. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2006, 24: 375–388.

« Recovery guides: An emerging model of community-based care for adults with psychiatric disabilities » par L. Davidson, J. Tondora, M. Staeheli, M. O’Connell, J. Frey et M.J. Chinman. Dans : *Community Based Clinical Practice*, éd. A. Lightburn et P. Sessions (New York : Oxford University Press, 2005), p. 476–501.

« Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions » par M. Farkas, C. Gagne, W. Anthony et J. Chamberlin. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 2006, p. 141–158.

« Integrating Evidence-Based Practices and the Recovery Model » par F.J. Frese, J. Stanley, K. Kress et S. Vogel-Scibilia. *Psychiatric Services*, 52, novembre 2001, p. 1462–1468.

« The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia » par C.M. Harding, G.W. Brooks, T. Ashikaga, J.S. Strauss et A. Breier. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1987, p. 727–735.

« What is recovery? A conceptual model and explication » par N. Jacobson et D. Greenly. *Psychiatric Services*, 52, 2001, p. 482–485.

« The process of recovery from schizophrenia » par L. Spaniol, N.J. Wewiorski, C. Gagne et W.A. Anthony. *International Review of Psychiatry*, 14, 2002, p. 327–336.

La mission de la Société canadienne de la schizophrénie (SCS) est d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées par la schizophrénie et les psychoses apparentées, par le biais d'activités éducatives et de soutien, de participations aux politiques gouvernementales et de contributions à la recherche.

www.schizophrenia.ca

info@schizophrenia.ca

