



DÉFI SCHIZOPHRÉNIE

BULLETIN OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE (SQS)

VOLUME 9 NUMÉRO 4

JUILLET-AOÛT 2004

La Société québécoise de la schizophrénie sera l'hôte du

Congrès 2005 de la Société canadienne de schizophrénie

Nous avons le plaisir d'annoncer, avec beaucoup de fierté, que la *Société québécoise de la schizophrénie* sera l'hôte du prochain congrès annuel de la Société canadienne de schizophrénie qui se tiendra à **Montréal du 2 au 5 juin 2005** sous le thème :

VIVRE AVEC LA SCHIZOPHRÉNIE

Ce thème a été choisi parce qu'il rallie :

- Les personnes souffrant de schizophrénie qui doivent apprendre à vivre avec la maladie et savoir que, malgré tout, l'espoir existe.
- Les familles qui doivent s'adapter aux exigences de la vie avec un être cher atteint de schizophrénie et relever bien des défis tout en tentant de conserver un certain niveau de bien-être personnel.
- Les professionnels de la santé qui interviennent auprès des personnes atteintes et des membres de leur famille.
- La société dans son ensemble qui doit être sensible à la réalité des personnes atteintes de schizophrénie, faire preuve de compréhension et d'ouverture à leur égard, les accueillir dans tous les secteurs d'activités comme des citoyens à part entière et favoriser leur intégration dans la communauté.

Dans le cadre de ce congrès, des conférenciers émérites aborderont, entre autres, les questions suivantes :

- L'intervention précoce.
- Les meilleures pratiques dans le traitement de la schizophrénie.
- Les voies de la réintégration et de la réadaptation sociale.
- Les types d'hébergement.

- L'éducation et le soutien des familles.
- La prévention du suicide.
- Le système de justice pénale et les personnes atteintes de maladie mentale.
- Les dernières avancées de la recherche pour toute question touchant la schizophrénie.

Tout les efforts seront fournis pour que ce congrès qui suscite déjà beaucoup d'enthousiasme réponde aux attentes que son annonce a fait naître. Un programme détaillé des activités, conférences et orateurs sera publié à la fin du mois de janvier prochain, accompagné du formulaire d'inscription. Mettez dès maintenant une note à votre agenda.

C'est un rendez-vous!

Sommaire

| | |
|--|-----|
| • Congrès 2005 | 1 |
| • Activités régulières du mardi | 2 |
| • In Memoriam | 2-3 |
| • Bourses d'études | 3 |
| • Les grands principes de la réhabilitation psychosociales | 4-5 |
| • Surveillance des patients utilisant la clozapine au Canada | 6 |
| • Acquisitions | 7 |

Activités régulières du mardi 19h30

AUTOMNE 2004

Septembre

14 septembre Conférence — Vers une meilleure compréhension du rétablissement des personnes vivant avec la schizophrénie*

Madame Sylvie Noiseux

Professeur en sciences infirmières dans le domaine de la santé mentale à l'Université de Sherbrooke conjointement avec l'Hôpital Charles-Lemoyne

**Dans le cadre de cette conférence, Madame Noiseux présentera le sujet de sa thèse relative à l'obtention d'un Ph. D. Elle y élabore une théorie portant sur le rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie qui vivent dans la communauté selon des postulats et des valeurs qui mettent l'accent sur le potentiel et les ressources des personnes plutôt que sur les déficits engendrés par la maladie. Plusieurs membres de la SQS ont collaboré, par leur témoignages, à l'élaboration de la théorie présentée par Madame Noiseux qui revêt un intérêt d'autant plus grand pour tous nos membres.*

28 septembre Soirée de partage

Octobre

12 octobre Conférence — Les patients réticents à se faire traiter: mise à jour des stratégies

D^r Emmanuel Stip, M.D., M.Sc., CSPQ,

Médecin psychiatre, Hôpital Louis-H. Lafontaine et chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin

26 octobre Soirée de partage

Novembre

9 novembre Conférence — À confirmer

23 novembre Soirée de partage

Décembre

14 décembre Conférence — À confirmer

21 décembre Souper de Noël

Toutes ces activités ont lieu au siège social de la
Société québécoise de la schizophrénie
7401, rue Hochelaga
Pavillon Bédard, Unité 124

In Memoriam



À la mémoire de

Mireille Chiasson

Madame Pauline Pietro

Madame Pauline Emond

Monsieur Hervé Gagnon

Madame Lucille Rocheleau

Madame Carmen Clément Cormier

Madame Hélène Touchette

Madame Eveline Racicot

Monsieur Yves Godec

Madame Lise Martineau

Monsieur André Doré

Madame Antoinette Bouthillet

Monsieur Pierre Francoeur

Madame Pierrette O'Reilly

Monsieur Bernard O'Reilly

Madame Lucille Sarda

Madame Madeleine Blais

Madame Marie-Claire Paquette

Madame Jeannette Rajotte

Madame Yvette Anger

Madame Gilberte Couture

Madame Marie Brochu

Madame Stella Litalien

Madame Suzanne Lefebvre

Madame et Monsieur Louise et Alain Binet

ont offert un don à

la Société québécoise de la schizophrénie

**Nous les remercions de leur générosité
et offrons nos plus sincères condoléances
à Madame Françoise Roy**



À la mémoire de

Claude-Luc David

Madame Denise Béliveau

Madame Jeannine David-Gagnon

Madame Marie Le Breton

Monsieur Pierre Le Breton

Monsieur Henry M. Markey

l'Équipe de développement - BCE Emergis

Service à la clientèle et les CSM - BCE

Emergis

ont offert un don à

la Société québécoise de la schizophrénie

**Nous les remercions de leur générosité
et offrons nos plus sincères condoléances
à Monsieur Camille David,
Madame Lucie Rocheleau-Boily
ainsi qu'à Monsieur Eric David**

Bourses d'études

De nouveau cette année, **Eli Lilly Canada** a remis à la SQS un montant de 7 000 \$ devant servir à l'attribution de bourses d'études à des jeunes atteints de schizophrénie ou de troubles apparentés. **Eli Lilly** veut ainsi encourager et soutenir les réels et sérieux efforts faits par des jeunes qui veulent reprendre leur vie en main et poursuivre des études susceptibles de leur ouvrir les portes du marché du travail.

Le montant de chacune des bourses qui sera attribuée cette année sera variable et prendra en compte l'ensemble du dossier de chaque candidat et candidate. Le montant de chacune des bourses pouvant varier, le nombre des bourses accordées dépendra des divers montants qui seront alloués.

Un comité de sélection formé par la SQS étudiera chacun des dossiers qui auront été soumis dans les délais prescrits et les candidats et candidates pourront être appelés à rencontrer les membres du comité de sélection.

Les bourses pourront être attribuées soit pour la session d'automne ou celle d'hiver, soit pour l'une et l'autre.

Critères d'éligibilité

Pour être éligible au concours, le candidat ou la candidate doit :

- Résider dans la province de Québec.
- Avoir reçu un diagnostic de schizophrénie ou d'un trouble psychotique apparenté.
- Recevoir un traitement médical, incluant une pharmacothérapie et un suivi psychiatrique.

• Soumettre sa candidature en fournissant les documents suivants :

- Le formulaire de candidature dûment rempli.
- Un texte expliquant sa motivation et son intérêt pour la formation envisagée. (Une à deux pages tapées à double interligne, maximum 500 mots).
- Les références de deux (2) personnes qui auront rempli le formulaire de références, l'une d'entre elles devant être le médecin traitant.
- Une attestation du dernier niveau de scolarité complété.
- Une brève description du programme prévu ou la présentation d'un plan de cours.
- Un estimé des coûts et de la durée du programme d'études envisagé.

Autres conditions

- La formation doit être donnée par une institution accréditée de niveau **collégial ou universitaire** : Institut professionnel, CEGEP ou Université. Les cours offerts sur internet ou à domicile ne sont pas admissibles.
- La formation envisagée doit faire partie de programmes d'études offerts à

l'automne 2004, à l'hiver et/ou au printemps 2005. (Année scolaire 2004-2005)

- La **date limite** pour soumettre sa candidature au concours est le **vendredi 8 octobre 2004**.
- Le récipiendaire devra présenter un rapport d'étape et un rapport final sur l'évolution de son projet de formation.

Modalités de participation

- Les formulaires de participation seront postés à toute personne qui en fera la demande à la SQS en composant le (514) 251-4000, poste 3400 ou le 1 866-888-2323, pour l'extérieur de Montréal.
- Les candidats seront rapidement avisés de la décision qui sera prise à leur sujet.
- L'argent sera remis en un ou plusieurs versements, après entente avec chacun des gagnants.

Nous remercions vivement Eli Lilly Canada de cette heureuse initiative et nous souhaitons *Bonne chance* à tous les participants!

3

À la mémoire de

André Girouard

l'équipe de la prévention et de la santé et sécurité au chantier du projet PT

a offert un don à

la Société québécoise de la schizophrénie

Nous les remercions de leur générosité et offrons nos plus sincères condoléances à Madame Juliette Girouard

À la mémoire de

Erzsébet Toth

Madame Audrey Iderson
Madame Elizabeth Markakis

ont offert un don à

la Société québécoise de la schizophrénie

Nous les remercions de leur générosité et offrons nos plus sincères condoléances à Madame Agnes Toth

À la mémoire de

Hélène Grenier

Madame Denise Paré

a offert un don à

la Société québécoise de la schizophrénie

Nous la remercions de sa générosité et offrons nos plus sincères condoléances à Madame Marthe Grenier

À la mémoire de

Didier Giroux

Madame Francine Duclos et
Monsieur Pierre Huneault
Famille Réal Lauzon
Famille Neeman Maek

ont offert un don à

la Société québécoise de la schizophrénie

Nous les remercions de leur générosité et offrons nos plus sincères condoléances à Monsieur Robert Giroux et Madame Micheline Duclos ainsi qu'à Messieurs David et Hugo Giroux

In Memoriam

Les grands principes de la réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychiatrique comporte l'intégration de deux approches des personnes souffrant de maladie mentale sévère et persistante :

- l'approche sociale de la réhabilitation psychosociale;
- l'approche médicale de la psychiatrie.

La réhabilitation psychosociale s'est développée aux USA après la 2^e guerre mondiale comme une alternative sociale au modèle médical dominant dans le traitement des patients psychiatriques. Elle est définie comme un « processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté ». Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle (Cnaan, 1998). Elle possède des principes généraux auxquels adhère l'ensemble des praticiens de cette discipline.

La psychiatrie, par rapport aux maladies mentales sévères, a évolué de son côté en adoptant des modèles bio-psycho-sociaux de compréhension des troubles et en mettant au point des traitements et des stratégies d'intervention individualisées et qui prennent en compte l'environnement du patient, cela grâce notamment au courant cognitivo-comportemental. Les grands principes de la réhabilitation psychosociale ont été énoncés par Cnaan en 1988 et sont toujours d'actualité.

Pour Cnaan, la réhabilitation psychosociale repose d'abord sur deux postulats :

1. **Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.**

2. **De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.**

LES GRANDS PRINCIPES SONT AU NOMBRE DE 13

— 1^{er} PRINCIPE —

L'utilisation maximale des capacités humaines (Full Human Capacity)

Un processus de croissance et de changement et chaque individu, même sévèrement handicapé, est capable de croissance et de changement. C'est de la responsabilité des professionnels de développer le niveau d'attentes que les patients ont pour eux-mêmes, de les aider à se percevoir comme capables de progrès et de les soutenir dans ce processus de croissance.

Il convient pour cela d'exploiter les forces de la personne, de travailler avec les parties saines de son Moi.

— 2^e PRINCIPE —

Doter les personnes d'habiletés (Equipping People with Skills)

C'est la présence ou l'absence d'habiletés (sociales et instrumentales), et non la disparition des symptômes cliniques, qui est le facteur déterminant dans le succès de la réhabilitation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc.,

vont être les objectifs du traitement. Les difficultés sont dès lors appréhendées sous l'angle comportemental, en terme de déficit ou d'excès comportementaux.

— 3^e PRINCIPE —

L'auto-détermination (Self-Determination)

Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant leur vie. Il ne s'agit pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix.

L'auto-détermination des personnes devrait concerner également la gestion des programmes de réhabilitation auxquels elles participent. L'auto-détermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, ses conséquences et sur les possibilités de traitement.

— 4^e PRINCIPE —

La normalisation (Normalization)

Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logements, loisirs, éducation, travail) ou en tout cas dans les lieux les moins restrictifs possibles. Ce principe s'oppose à la ségrégation. L'objectif idéal de la réhabilitation psychosociale est une vie indépendante dans la communauté avec le minimum de soutien professionnel.

— 5^e PRINCIPE —

L'individualisation des besoins et des services (Differential Needs and Care)

Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réhabilitation doit être individualisé

pour ce qui est des services, de leur durée, de leur fréquence, etc. C'est du sur mesure et non pas une action globalisante pour l'ensemble des patients en suivi sur une longue période.

— 6^e PRINCIPE —
**L'engagement des intervenants
(Commitment of Staff)**

Engagement personnel des intervenants qui sont soucieux du bien-être de la personne et qui ont foi dans ses capacités de progresser. Les intervenants prennent l'initiative de garder le contact avec les personnes (coup de téléphone, visite à domicile) pour limiter les abandons et montrer qu'ils se soucient d'elles.

— 7^e PRINCIPE —
**La déprofessionnalisation de la relation
d'aide (Deprofessionalization of Service)**

Les intervenants ne doivent pas se cacher derrière une couverture professionnelle. Les barrières artificielles doivent être enlevées. Le côté humain de l'intervenant est crucial dans le processus de réhabilitation. De même les intervenants doivent appréhender la personne comme un être humain avec toutes ses dimensions plutôt que sous l'angle d'un seul type de service. Une attitude de « neutralité » ne convient pas. L'intervenant répond, de façon positive ou négative, à ce que la personne dit ou fait, même au sujet de problèmes non-thérapeutiques.

— 8^e PRINCIPE —
Intervenir précocement (Early Intervention)

Il est essentiel d'intervenir le plus précocement possible dès les premiers signes avant-coureurs de rechute ou de dysfonctionnement. Le but est d'éviter les rechutes et les réhospitalisations et de préserver les acquis en compétences et en liens sociaux (travail, logement, contacts sociaux, ...).

— 9^e PRINCIPE —
**Structurer l'environnement immédiat
(Environmental Approach)**

Les interventions doivent viser à structurer l'environnement immédiat de la personne (la famille, réseau social, milieu de vie, de travail, ...) pour qu'elle puisse en obtenir un maximum de soutien.

— 10^e PRINCIPE —
**Changer l'environnement plus large
(Changing the Environment)**

Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à l'adaptation de personnes souffrant de maladie mentale sévère (informer le public, modifier les services médicaux, les structures d'accueil, ...).

— 11^e PRINCIPE —
**Pas de limite à la participation
(No limits on participation)**

La réhabilitation psychosociale est un processus continu qui nécessite continuité des soins et du soutien et qui doit être constamment revu en fonction de l'évolution. Il importe de ne pas suspendre les services de réhabilitation en cas d'hospitalisation. S'il n'y a pas de limite de temps, il convient aussi de mettre le moins possible de critères de sélection pour l'entrée dans un programme.

— 12^e PRINCIPE —
**La valeur du travail
(Work-Centered Process)**

La réhabilitation psychiatrique soutient la conviction que le travail, et spécialement l'opportunité d'aspirer et de se réaliser dans un emploi rémunéré, est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder une foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapées par la maladie mentale. Il s'agit d'envisager un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi temps plein, mais des em-

ploiis souples, diversifiés tout en restant compatibles avec les besoins des employeurs.

— 13^e PRINCIPE —
**Priorité au social par rapport au médical
(Social Rather Than Medical Supremacy)**

Il s'agit d'aller au delà du modèle médical traditionnel : maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments, le savoir médical qui sait ce qui est juste pour le patient, etc., pour favoriser une approche globale de la personne centrée sur son autodétermination, sur ses capacités, sur l'apprentissage d'habiletés, sur la mobilisation de son environnement social propre. Dans cette dynamique, tout en restant disponible, le médical doit laisser une place pour d'autres acteurs sociaux.

Ces grands principes de la réhabilitation psychosociale sont pour nous qui travaillons en psychiatrie une invitation à dépasser un modèle médical étroit et à nous ouvrir à un réel partenariat avec le patient, son entourage direct et l'ensemble des ressources professionnelles et non-professionnelles de son environnement.



Bibliographie

BACHRACH L.L.: Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long Term Patients, American Journal of Psychiatry 149: 11, p.1455-1463, 1992

CNANN R.A. et al.: Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11: 4, p.61-77, 1988

VIDON G. et al.: La réhabilitation psychosociale en psychiatrie, Édition Frison-Roche, Paris, 1995

Source

Extrait du séminaire de réhabilitation psychiatrique niveau théorique, « Généralités sur la réhabilitation psychiatrique », septembre 98, Guy M. Deleu, Socrate-Réhabilitation, Belgique.

Surveillance des patients utilisant la clozapine au Canada

Nous reproduisons ici une lettre à l'intention des professionnels de la santé que Santé Canada a envoyée à tous les psychiatres, omnipraticiens et pharmaciens canadiens en juin dernier, dans l'intérêt de la sécurité des patients et afin d'améliorer la continuité des soins des patients traités avec clozapine.

La Direction des produits de santé commercialisés (DPSC) et la Direction des produits thérapeutiques (DPT) tiennent à porter à votre attention des révisions importantes et imminentes relatives aux monographies des produits de clozapine commercialisés au Canada. Ces révisions visent l'amélioration de l'étiquetage et la résolution des problèmes actuels concernant le consentement des patients et le partage de l'information entre les registres. Comme vous le savez, le suivi des patients à l'aide de registres constitue le mécanisme visant à minimiser les risques connus d'agranulocytose associés à la clozapine.

Les révisions aux monographies de produits de clozapine porteront sur les éléments suivants :

6

1. Le changement de traitement d'un patient ou d'une patiente d'une marque de clozapine à une autre ne doit pas être effectué par un pharmacien à moins qu'il ou elle n'obtienne un nouveau formulaire d'inscription du patient propre au nouveau registre et rempli par le médecin prescripteur.
2. Le médecin doit informer son patient ou sa patiente du partage possible d'information entre les registres de clozapine et documenter l'obtention du consentement du patient ou de la patiente, dans le but d'assurer une utilisation sécuritaire et une surveillance ininterrompue des patients traités avec la clozapine.
3. La responsabilité des médecins pour l'envoi des résultats de laboratoire requis (décomptes des leucocytes et différentielle) au registre approprié se limitera à informer le laboratoire de l'endroit où les résultats hématologiques du patient doivent être acheminés.
4. La surveillance hebdomadaire des décomptes des leucocytes et des neutrophiles pendant une période de quatre semaines à la fin du traitement n'est nécessaire qu'en cas de cessation de tout traitement avec la clozapine.

Étant donné le risque significatif d'agranulocytose, les patients utilisant la clozapine,

leur médecin traitant et leur pharmacien/pharmacienne attitré(e) doivent être inscrits dans le registre propre au type de produit de clozapine du patient. Les patient(e)s doivent se soumettre à des tests hématologiques réguliers pour surveiller le total de leurs globules blancs et leur nombre absolu de neutrophiles. Entre 1991 et 2003, la clozapine était distribuée par un seul fabricant et les patient(e)s étaient surveillé(e)s au moyen du registre spécifique à ce fabricant. L'année dernière, l'introduction de clozapine générique a engendré la mise sur pied de d'autres registres.

À la suite de consultations auprès des représentants des détenteurs d'autorisation de mise sur le marché, de l'Association des psychiatres du Canada (APC), de la Société canadienne de schizophrénie (SCS) et de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP), Santé Canada adopte les étapes suivantes afin d'assurer l'utilisation sécuritaire et la surveillance ininterrompue des patient(e)s traité(e)s avec la clozapine au Canada :

- L'inclusion d'une déclaration sur le formulaire d'inscription du patient/de la patiente propre à un registre, signée par le médecin traitant, attestant que le patient/la patiente a été informé(e) de l'échange possible d'information entre les registres de clozapine afin d'assurer la surveillance continue et l'utilisation sécuritaire du médicament. L'intégration de ce texte au formulaire d'inscription du patient/de la patiente est nécessaire pour surmonter des problèmes actuels ayant trait à l'échange d'information entre les registres, et causés en partie par certaines implications possibles de la **Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques** (LPAPDÉ), la loi fédérale assurant la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, y compris l'information sur la santé. Comme mesure préventive et pour éviter toute confusion, les médecins devraient aussi demander aux patient(e)s qui prennent déjà de la clozapine de remplir le nouveau formulaire d'inscription du patient/de la patiente.

- Un feuillet d'information à l'intention des patients, préparé en collaboration avec la Société canadienne de schizophrénie est aussi fourni, pour aider les médecins à documenter le consentement du patient/ de la patiente en ce qui a trait à l'échange d'information entre les registres.
- Une révision adéquate des monographies du produit de clozapine afin d'incorporer les changements décrits au début du présent texte.

Toute question relative à un produit ou un registre spécifique devra être adressée à la compagnie concernée. Toute demande de renseignements relative aux changements à venir aux monographies du produit devra être adressée à la Direction des produits thérapeutiques (DTP), par téléphone : (613) 957-0368, par fax : (613) 952-7756 ou par courriel : TPD-General-DPT-General@hc-sc.gc.ca. Toute autre demande de renseignements relative à la présente lettre devra être adressée à la Direction des produits de santé commercialisés (DPSC) par téléphone : (613) 946-5140, par fax : (613) 946-6011 ou par email : MHPD_DPSC@hc-sc.gc.ca.

La mise en œuvre de ces étapes permettra l'établissement d'un réseau plus efficace de registres indépendants et améliorera ainsi la continuité des soins des patients traités avec la clozapine.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration dans la mise en œuvre de ces changements.

Christopher Turner, MD FRCPC

Directeur général
Direction des produits de santé commercialisés

Robert Peterson, MD MPH PhD

Directeur général
Direction des produits thérapeutiques



Acquisitions

Centre de documentation SQS

Denis Payette, Responsable



Évaluation de programmes en prévention du suicide. 2004. Presses de l'Université du Québec. François Chagnon — Brian L. Mishara. 177 pages.

L'évaluation des programmes en prévention du suicide pose des défis complexes. Les interventions en suicidologie peuvent être influencées, de manière négative ou positive, par les diverses expériences que vit un individu. La personne responsable de l'évaluation doit donc départager les effets provoqués par les actions qu'elle est en train d'évaluer des autres expériences de vie des participants afin de distinguer les effets plus globaux des interventions sur le bien-être des individus des effets spécifiques liés au risque suicidaire.

Ce livre, premier ouvrage à traiter des différentes questions liées à l'évaluation de programmes en prévention du suicide, apporte des solutions pour affiner le choix d'indicateurs valables et des méthodes de recherche adaptées à la problématique du suicide. Les auteurs y présentent, de manière détaillée, les enjeux éthiques de l'évaluation en prévention du suicide et décrivent les avantages, défis et limites de plusieurs approches.

Intervenants, gestionnaires de programmes et chercheurs seront ainsi mieux préparés pour estimer la pertinence, le processus, la qualité et les effets des programmes d'intervention.

Le suicide — Un saut dans le néant. 2001. Éditions Nouvelles. Luc Lewis. 249 pages.

Le suicide « un saut dans le néant » offre en tout premier lieu un espace de réflexion sur une problématique qui ne devrait laisser personne indifférent. Se refusant obstinément à juger les personnes qui tentent de mettre fin à leurs jours, l'auteur esquive la question concernant les raisons pour lesquelles ces dernières agissent de la sorte.

Son propos se veut une réflexion concernant le comment certaines personnes cheminent, sur une route plus ou moins longue et ardue, vers des objectifs visant leur propre destruction.

*Ce volume, dans son analyse, prend la voie de la souffrance et de l'angoisse que parcourt le sujet dans la recherche de tout ce que tout être humain cherche dans sa vie, le bonheur. Comment le bonheur peut-il exiger pour se livrer à quelqu'un que ce dernier lui accorde comme rançon sa propre vie? Paradoxe parmi d'autres que **LE SUICIDE un saut dans le néant** tente d'éclaircir.*



La revue Canadienne de psychiatrie. 2004. Association des psychiatres du Canada — Canadian Psychiatric Association, Ottawa. Volume 49 — Numéro 3. Mars 2004. 155-214.

Neuropsychiatrie

Psychiatric Comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) Profiles in Eating Disorder Patients
Barriers to Access to Mental Health Services for Ethnic Seniors: The Toronto Study

La revue Canadienne de psychiatrie. 2004. Association des psychiatres du Canada — Canadian Psychiatric Association, Ottawa. Volume 49 — Numéro 5. Mai 2004. 283-343.

Psychopharmacology

Major Depression and Mental Health Care Utilization in Canada : 1994 to 2000
Mental Illness in Disney Animated Films

Santé mentale au Québec. 2003. Volume XXVIII. Numéro 2 — Automne 2003. 290 pages.

Dossier : Benzodiazépines : santé mentale et santé sociale

Santé mentale au Québec. 2004. Volume XXIX. Numéro 1 — Printemps 2004. 307 pages.

Dossier : Les troubles anxieux

Schizophrenia Bulletin. 2003. National Institute of Mental Health. Volume 29 — Numéro 2. :183-399.

Selected Topics : Ethnicity and Services, Methodology, Schizotypy, Illness Onset

Schizophrenia Bulletin. 2003. National Institute of Mental Health. Volume 29 — Numéro 3. :405-615.

Selected Topics : Symptomatology, Neurocognition, Psychopharmacology

Schizophrenia Digest. 2004. Ontario, Magpie Publishing Inc. Volume 11 — Issue 2. Spring 2004. 50 p.

Seeing the Signs — Early Hints Can Sound Alarm Before Schizophrenia Strikes

Pet Therapy — Paws May Help Break Through

Schizophrenia Digest. 2004. Ontario, Magpie Publishing Inc. Volume 11 — Issue 3. Summer 2004. 50 p.

Stigma Strikes — The stigmatizing cover of J.C. Chasez's solo CD angered mental-health advocates

The Hope of Art — Through creativity, people with schizophrenia can better understand their inner feelings, as well as re-connect with the outside world



Utilisation des antipsychotiques à longue durée et compliance. 2003. Conférence organisée par la Société québécoise de la schizophrénie (SQS), par le Dr Emmanuel Stip, M.D., M.Sc., CSPQ, médecin psychiatre, Hôpital Louis-H. Lafontaine et chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin. 100 minutes. (décembre 9)

Défi schizophrénie est le bulletin officiel de la Société québécoise de la schizophrénie (SQS)

Lancé en mars 1996 et publié six fois l'an, **Défi schizophrénie** favorise la mise en commun des expériences, la libre expression, l'information de pointe et le transfert des connaissances.

Rédactrice en chef
Micheline Dion

Assistante à la production
Suzanne Morand

Éditeur
SQS — 7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
☎ 514 251-4000 poste 3400
Télécopieur 514 251-6347
Ligne sans frais au Québec 1-866-888-2323
Courriel: info@schizophrenie.qc.ca
Site Internet: www.schizophrenie.qc.ca

Imprimerie HLHL
Alain Archambault
☎ 514 251-4000 poste 2279
Télécopieur 251-8727

Dépôt légal: Bibliothèque Nationale du Québec, Bibliothèque Nationale du Canada. ISSN1203-9233. ©Tous droits réservés 1996, Les éditions SQS.

La reproduction des articles publiés dans **Défi schizophrénie** est autorisée en autant que la source soit indiquée.

Les textes publiés dans ce bulletin ne reflètent pas nécessairement la ligne de pensée de la SQS ni le point de vue des commanditaires. L'acceptation de messages publicitaires dans **Défi schizophrénie** ne constitue pas un endossement desdits produits ou services.

La Société québécoise de la schizophrénie remercie de leur généreux appui: l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre, la Fondation EJLB, ainsi que les compagnies pharmaceutiques AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly Canada inc., Novartis, Pfizer Canada, Janssen-Ortho inc.

Notes: Pour faire paraître un article ou un témoignage, pour soulever des questions, ouvrir un débat, exposer un problème, livrer de l'information en matière de schizophrénie, communiquer avec Suzanne Morand, secrétaire SQS.

Société québécoise de la schizophrénie

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom _____ Prénom _____
Profession et/ou occupation _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Tél. résidence _____ Tél. bureau _____
Signature _____ Date _____

Je suis: père/mère frère/sœur conjoint(e) ami(e) d'une personne atteinte de schizophrénie
 intervenant(e) en santé mentale une personne atteinte de schizophrénie

Je désire recevoir le courrier sans identification de la SQS

Montant de la cotisation 10 \$ cotisation individuelle
 15 \$ cotisation familiale

Pour la cotisation familiale, veuillez indiquer le nombre de personnes et le nom de chacune d'elles domiciliées à la même adresse qui seront membres de la SQS.

Nombre _____ Noms _____

DON

Je veux appuyer la mission de la SQS par un don de: _____ \$

Reçu pour fin d'usage fiscal

Signature _____ Date _____

Ci-joint mon chèque au montant total de _____ \$ libellé à l'ordre de la **Société québécoise de la schizophrénie (SQS)**.

Société québécoise de la schizophrénie
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
(514) 251-4000 poste 3400 / 1-866-888-2323

Numéro d'enregistrement: 893880682RR0001

La Société québécoise de la schizophrénie (SQS) est membre de
la Société canadienne de schizophrénie (SCS)
la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)
l'Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal (ACSM)
l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)












Groupe pharmaceutique
Bristol-Myers Squibb
Pharmaceutical Group