



DÉFI SCHIZOPHRÉNIE

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

VOLUME 9 NUMÉRO 5

SEPTEMBRE-OCTOBRE 2004

De nouveaux types de tribunaux voient le jour

Les personnes souffrant d'une dépendance à la consommation de drogues ou souffrant de maladie mentale ont malheureusement trop souvent maille à partir avec le système de justice pénale sans que les causes sous-jacentes à leurs comportements ne soient prises en considération. Des programmes innovateurs ont toutefois été développés dans le but de corriger cette situation et faire en sorte que le système judiciaire les aide à reprendre leur vie en main.

«**Quel est le rôle des tribunaux?**» demande le Juge Ted Ormston de la Cour de Justice de l'Ontario. «C'était habituellement de punir, de dissuader, de réhabiliter. Aujourd'hui, la jurisprudence nous amène à réaliser que lorsque des personnes souffrant de maladie mentale sont en cause, le système de justice se doit de favoriser le rétablissement. Lorsqu'elles sont traduites en justice, c'est souvent, pour bien des personnes, la première fois qu'elles vont réaliser que c'est leur état de santé qui les a amenées devant un tribunal. Elles doivent composer avec cette situation et les tribunaux en santé mentale peuvent les aider dans ce processus.»

Cette constatation est le principe fondamental qui sous-tend à la mise en place de la *Cour 102*, le tribunal en santé mentale de Toronto. Situé dans une austère et petite salle au sous-sol de l'ancien édifice de l'Hôtel de ville de Toronto, jusque-là demeurée vide et inutilisée, un nouveau genre de tribunal siège maintenant en après-midi, tous les jours de la semaine.



Cour 102

Selon le Juge Ormston, cofondateur du projet, la *Cour 102* est le seul tribunal en santé mentale au Canada siégeant sur une base régulière, cinq jours par semaine. Instauré en 1998, il devenait le deuxième tribunal en santé mentale en Amérique du Nord (Fort Lauderdale en Floride ayant été le premier). Aujourd'hui, il existe quelque 600 tribunaux en santé mentale aux États-Unis. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont également emboîté le pas dans ce domaine. Ailleurs au Canada, une approche semblable à celle de Toronto a été développée à la Cour provinciale de Saint John au Nouveau-Brunswick pour faire face aux particularités liées à la maladie mentale ou à la déficience intellectuelle de certains contrevenants. Depuis quatre ans, une équipe multidisciplinaire a été mise sur pied pour promouvoir le traitement plutôt que la punition et le tribunal en santé mentale du Nouveau-Brunswick siège régulièrement deux fois par semaine. Un projet pilote du même type est également en développement au Manitoba.

Au cours des deux dernières années seulement, de 3000 à 5000 inculpés qui souffraient de diverses maladies mentales ont comparu devant la *Cour 102* de Toronto. Il y a en moyenne de deux à vingt comparutions par jour. «Les personnes peuvent être en dépression ou en psychose, souffrir du syndrome Gilles de La Tourette ou souffrir de manies» mentionne M^e Paul Culver, procureur général de la Couronne. «On rencontre à peu près tous les genres de cas.»

Plusieurs juges siègent à tour de rôle à la *Cour 102*. En plus des professionnels du milieu juridique qui désirent travailler avec les personnes atteintes de maladie mentale, le personnel de la cour comprend aussi des intervenants en santé mentale qui procèdent à des évaluations sur place, assurent la mise à jour des dossiers des «récidivistes» et tentent de rejoindre les membres de leur famille.

Les personnes traduites devant la *Cour 102* ne souffrent pas de maladie mentale sévère au point de ne pas «comprendre la nature et les conséquences de leurs actes» (selon la définition de l'aliénation mentale inscrite dans la section 16 du *Code Criminel*). Pas plus d'ailleurs ne sont-elles malades au point de ne pouvoir subir un procès. «Ce sont habituellement des personnes qui ont cessé de prendre leurs médicaments ou qui ne suivent pas leur plan de traitement», dit M^e Culver. «Elles sont habituellement accusées de méfaits comme le bris d'une fenêtre ou un vol dans un magasin.» Les accusés ayant commis des actes violents sont encore traduits devant les tribunaux traditionnels.

Il y a toutefois rarement, sinon jamais, de procès au tribunal en santé mentale de Toronto. Il intervient plutôt dans les premières étapes du processus judiciaire alors que l'accusé comparait pour une mise en liberté sous caution. «C'était frustrant de voir les mêmes personnes revenir régulièrement» dit M^e Culver. «Une des rares alternatives était de ne pas leur accorder la liberté sous caution. Toutefois, peu de cho-

(suite en page 2)

Sommaire

- De nouveaux types de tribunaux voient le jour 1-2
- Conférences à venir 2
- Le phénomène des hallucinations auditives 3
- Inquiétude, anxiété et angoisse, le lot de bien des familles 4-5
- Des «mots pour le dire», il en est de très beaux 6
- In Memoriam 6
- Acquisitions 7

ses pouvaient être faites pour elles sauf les incarcérer pour de courtes périodes.»

«Maintenant, des psychiatres sont présents à la cour avant que la décision ne soit prise quant à la mise en liberté sous caution d'un accusé. Cette façon de faire est bien meilleure que ne l'était le processus antérieur.» M^e Ted Kelly, qui a représenté des centaines de clients devant le tribunal en santé mentale de Toronto affirme que ce tribunal obtient «un succès sans précédent», soulignant «la rapidité du processus lorsqu'il concerne des personnes malades et le support qui leur est offert».

Lorsqu'une personne souffrant d'une maladie mentale est arrêtée, elle doit être évaluée afin de déterminer si elle est apte à subir un procès. Avant que le tribunal en santé mentale ne soit instauré, la personne accusée devait d'abord comparaître devant un juge et après sa comparution, à la demande du juge, elle était retournée en prison; de là, environ trois jours plus tard, la personne était conduite à l'hôpital pour être évaluée. Elle rencontrait alors un psychiatre pour une entrevue d'une durée de 25 minutes et elle était ensuite ramenée en prison pour une autre période de trois jours après laquelle elle était finalement traduite devant le tribunal.

«Tout le processus prenait environ de 10 à 15 jours» rappelle le Juge Ormston. «Maintenant, nous faisons tout cela en 5 à 6 heures», parce que le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto a installé son unité d'évaluation préliminaire dans l'édifice du Palais de justice, permettant ainsi l'évaluation rapide de la personne.

«Si la personne est considérée inapte et si son état requiert une évaluation plus poussée ou nécessite un traitement, les démarches pour son hospitalisation sont alors beaucoup plus rapides», dit M^e Kelly. «Aussi, celles qui sont trouvées aptes à comparaître peuvent parfois être libérées sous conditions, le jour même ou le jour suivant, alors que leur cause est devant le tribunal.»

«Pour quelles raisons ces personnes peuvent-elles être plus facilement remises en liberté? Parce qu'il y a sur place des intervenants en santé mentale qui peuvent leur offrir un soutien immédiat et répondre à leur besoins les plus élémentaires comme, par exemple, leur fournir des vêtements et un toit et les référer à des organismes communautaires dont les programmes sont susceptibles de leur venir en aide.»

Lorsqu'ils sont libérés sous condition, les accusés souffrant de maladie mentale doivent, dans un premier temps, se présenter régulièrement devant le tribunal une fois par semaine et ce, pendant une période prolongée. «Nous les encourageons à suivre leur programme» dit le Juge Ormston. «Après un certain temps, ils doivent se présenter au tribunal une fois par mois. Environ six mois plus tard, lorsque, grâce à la médication, leur état est stabilisé et qu'ils se portent bien, le Procureur de la Couronne retire habituellement les accusations qui pesaient contre eux. Ainsi, ils n'ont pas de dossier judiciaire.»

Naturellement, ce ne sont pas toutes les personnes qui comparaissent devant le tribunal en santé mentale qui seront capables

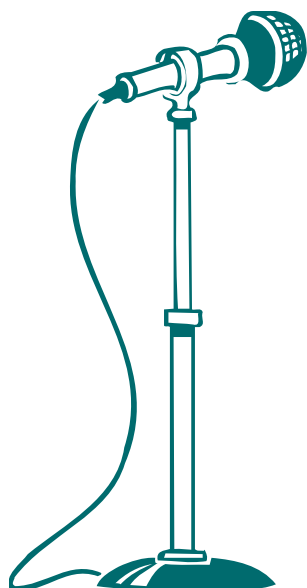
de reprendre une vie normale. «Nous avons ceux que nous appelons nos 'passagers réguliers'» dit le juge, faisant référence aux accusés qui reviennent constamment devant le tribunal. Il estime toutefois que moins de 10% des accusés se retrouvent dans cette catégorie. «C'est beaucoup moins que ce qui existait auparavant», dit-il, «et nous observons que leurs comparutions sont de plus en plus espacées.»

«Le tribunal en santé mentale intervient auprès d'un segment de la population à qui, auparavant, le système n'offrait pas de soutien adéquat alors qu'aujourd'hui, les tribunaux de juridiction provinciale doivent composer avec un nombre croissant de problèmes sociaux et, la maladie mentale est l'un d'eux. Un système de justice basé sur un processus judiciaire traditionnel n'est pas en mesure d'aider les personnes souffrant de maladie mentale.»

La *Cour 102* en santé mentale nous permet de prendre du recul, de fermer les livres et d'ouvrir notre cœur» conclut le Juge Ormston.



Article tiré du *Canadian Bar Association Journal*, novembre 2003, et traduit.



Prochaines conférences mensuelles

- **Le mardi 9 novembre 2004**
«Le suivi intensif dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage?»
M. Daniel Gélinas, M.Sc.,
Hôpital Louis-H. Lafontaine
- **Le mardi 14 décembre 2004**
«Titre à confirmer»
Madame Marie-Claire Barbeau, Diététicienne,
Association diabète Québec
- **Le mardi 11 janvier 2005**
«Une sœur ou un frère schizophrène: que faire?»
Dr Guy Ausloos, M.D., Psychiatre systémicien
Professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal

Le phénomène des hallucinations auditives

J. Favrod, T. Krummenacher, B. de Cocatrix, C. Gogon

Un pourcentage important de personnes admettent avoir entendu des voix à un moment de leur vie, et soixante pour cent des personnes atteintes de schizophrénie ont des hallucinations auditives.

Dans la population générale, les études épidémiologiques estiment qu'entre 10 et 39 % des personnes interrogées ont entendu des voix au moins une fois dans leur vie (Shergill et al., 1998). Il y a un certain nombre de situations dans la vie qui peuvent conduire à entendre des voix. Par exemple dans la période qui suit la perte d'un être cher ou consécutivement à un stress menaçant la vie ou l'intégrité de la personne (abus sexuels et physiques, confrontation à une catastrophe ou au combat, etc.). Il est fréquent d'entendre des voix dans des conditions extrêmes, par exemple en haute altitude (Brugger et al., 1999), suite à une privation de sommeil (Devillières et al., 1996) ou dans le cadre de confinement solitaire (Grassian et al., 1983). Les hallucinations auditives sont fréquentes parmi les patients psychiatriques. Elles sont les plus répandues dans la schizophrénie. En moyenne, 60 % des personnes atteintes de cette maladie ont des hallucinations auditives. Les personnes qui présentent des hallucinations auditives dans la population générale démontrent un meilleur contrôle sur cette expérience que celles qui souffrent de troubles psychotiques et leurs hallucinations sont généralement moins persistantes.

Définition

Les hallucinations auditives verbales sont la perception de voix qui procurent la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle en l'absence de stimulations externes de l'appareil auditif. Elles doivent être distinguées des illusions où un stimulus extérieur est mal perçu ou mal interprété. La personne a l'impression que les voix proviennent de l'extérieur de sa tête et qu'elle les entend réellement par les oreilles. Il peut s'agir d'une ou plusieurs voix qui s'adressent au sujet à la seconde ou à la troisième personne. Dans le cadre d'un deuil, il s'agit le plus fréquemment d'une voix qui appelle le sujet par son nom et lui dit simplement un ou deux mots.

L'apparition du phénomène

L'apparition des voix commence par une phase de stupéfaction. Le début est généralement soudain et il est tout d'abord vécu comme une expérience effrayante. Les personnes qui entendent des voix se sentent impuissantes par rapport à l'expérience. Ensuite, les réactions dépendent de la façon dont elles interprètent leur voix. Si les voix sont perçues comme bienveillantes, les gens se sentiront soutenus et trouveront les voix généralement utiles et agréables. Ils auront une plus grande facilité à les intégrer comme faisant partie d'eux-mêmes. En revanche, si les voix sont vécues comme agressives ou malveillantes, cela conduira à de l'angoisse et à un sentiment d'impuissance. La perception malveillante des voix est aussi accompagnée par une grande préoccupation qui interférera avec le fonctionnement. Les personnes auront plus de difficultés à intégrer leurs hallucinations comme un phénomène généré par elles-mêmes. Certaines peuvent avoir des voix mixtes, parfois positives, parfois négatives.

Modèle cognitif des voix

Chadwick et Birchwood (1994) ont testé un modèle cognitif qui prédit que la détresse des personnes qui entendent des voix est consécutive aux croyances qu'elles développent au sujet de leurs voix plutôt qu'en simple contenu des voix. Ils ont interviewé 26 patients avec un diagnostic de schizophrénie. Les résultats indiquent que pour l'ensemble des patients interviewés, les voix sont perçues comme omnipotentes. Cette interprétation est basée sur le fait que les voix sont fréquemment accompagnées de symptômes collatéraux (hallucinations visuelles, sentiment de contrôle). Certains patients pensent que les voix peuvent produire certains événements et influencer leur comportement. Par la suite, ils définissent ces événements comme des preuves du grand pouvoir des voix. Par exemple, un patient qui s'était mutilé après avoir entendu des voix pensait que les voix l'avaient obligé à se mutiler.

La moitié des patients percevaient l'intention de la voix comme étant malveillante. Ce qu'ils expliquent le plus souvent comme une punition pour un écart de conduite ou une persécution non méritée. Pour un quart du groupe, les voix étaient interprétées comme bienveillantes; dans ce cas, le pa-

tient pense qu'elles servent à le protéger, à le conseiller et à l'aider. Pour le reste du groupe l'interprétation des voix était mixte, un mélange de bienveillance et de malveillance où les patients n'étaient pas sûr de l'intention des voix ou de l'identité de la voix. Le plus souvent, dans 70 % des cas, le contenu des voix est congruent à la croyance que le patient a développée. Il y a là un lien fort entre la voix et son interprétation. Les inconsistances des patients sont par exemple qu'une voix avec un contenu bénin est perçue comme malveillante ou inversement, une voix désagréable et insultante est définie comme bienveillante.

Voix bienveillantes, voix malveillantes

En fonction de la croyance que les patients vont avoir au sujet de leur voix, ils vont présenter des réactions comportementales très différentes. Si les voix sont perçues comme bienveillantes, les patients vont plutôt chercher le contact avec leurs voix. En revanche, si les voix sont perçues comme malveillantes, elles vont conduire les patients à résister par exemple en discutant ou en criant contre les voix de façon ouverte ou couverte, par la non-observance ou l'observance des ordres à contrecœur, par l'évitement des déclencheurs. Finalement, les patients peuvent utiliser l'indifférence, en ignorant les voix ou leur contenu. Le lien entre la croyance et la conséquence comportementale ou émotionnelle est très fort.

L'observance des ordres donnés par les voix peut être totale ou partielle. Généralement, les patients tentent de résister aux voix malveillantes et d'obéir aux voix bienveillantes.

Thérapie cognitive des voix

La thérapie cognitive des voix vise la compréhension et la remise en question des croyances principales au sujet des voix dans le but de réduire la détresse et de faciliter le développement de nouvelles stratégies d'adaptation. Elle vise concrètement à aider les patients schizophrènes à faire face à l'emprise des voix.

Une personne qui entend des voix peut être totalement sous leur emprise, du moins jusqu'au moment où elle apprend à désobéir à celles-ci.



Inquiétude, anxiété et angoisse, le lot de biens des familles

Jacques Devise*

Lorsque notre enfant a commencé à manifester les premiers signes de sa maladie, nous avons été remplis d'inquiétude, nous ne comprenions pas. Pendant un certain temps il a été possible de trouver des causes rationnelles qui pouvaient nous rassurer : « sa crise d'adolescence se prolonge », « elle est trop sensible », « elle prend tout trop à cœur ». Nous nous sommes bouché les yeux ainsi un certain temps.

Puis les choses sont devenues plus graves, nous étions de plus en plus anxieux devant des manifestations de plus en plus irrationnelles, des comportements bizarres, des fréquentations qui nous inquiétaient et surtout sa souffrance qui nous bouleversait, dans laquelle est s'enfermait et que nous ne pouvions expliquer.

L'angoisse s'empare de nous. Ces nuits avec des réveils en sueur, qui vous obligent à mettre les pieds à terre et à marcher, marcher comme s'il était possible de faire tomber cette chape de plomb qui vous écrase, la peur de se lever le matin avec l'appréhension de ce que la journée va apporter, ce sentiment paralysant de ne savoir quoi faire, d'avoir peur de mal faire.

Nous étions plongés dans un tel sentiment de culpabilité et d'inutilité qu'on avait envie de disparaître.

La prise en compte de la maladie peut être très longue. Selon une importante enquête réalisée en France auprès de 1 844 familles, un laps de temps de 4 ans en moyenne interviendrait entre l'apparition des premiers troubles et la prise en charge thérapeutique.

Ce sentiment d'inutilité s'accompagne fréquemment d'une culpabilisation. Il n'est pas rare qu'un intervenant entende successivement deux mères de familles expliquer partiellement les troubles de leur enfant :

- la première, parce que travaillant et très prise par son travail, elle n'avait pas eu assez de temps à lui consacrer,
- la deuxième, parce que ne travaillant pas, elle s'était montrée trop présente et trop protectrice.

Séquelle de l'antipsychiatrie, crainte de ne pas avoir pris la bonne décision ou adopté la bonne attitude au bon moment, le sentiment de culpabilité s'autoentretient.

Ce sentiment est d'autant plus dommageable que l'anxiété de sa famille peut contribuer à entretenir ou à accroître celle du malade.

3. L'anxiété peut encore être accrue :

- par les répercussions inévitables sur les frères et sœurs,
- par l'incompréhension que peuvent rencontrer les familles de la part d'amis, de voisins ou de parents plus éloignés qui refusent d'accepter la maladie, mise au débit d'une éducation trop laxiste. Telle grand-mère refusera de voir son petit-fils qui a été, pense-t-elle, trop mal élevé par sa fille,
- par la communication ou la non-communication du diagnostic par le médecin. Elles peuvent être l'une et l'autre anxiogènes.

4. L'anxiété est bien sûr ressentie encore plus fortement en présence d'un malade violent ou après une tentative de suicide.

4

Ce témoignage d'une mère de famille, rend bien compte, parmi beaucoup d'autres, de l'anxiété qui peut être celle de familles dont un proche souffre de schizophrénie. Anxiété intense et multiforme qu'il convient d'abord de décrire avant de proposer quelques orientations susceptibles de l'atténuer quelque peu.

I. L'anxiété des familles

1. La survenue des troubles, souvent brutale, est particulièrement anxiogène. Comment ne pas être désorienté, « perdu » devant un enfant qui se met soudain :

- à s'isoler, voire à rester prostré,

- à cesser de travailler en classe, à abandonner telle ou telle activité qu'il pratiquait auparavant avec plaisir,

- à prendre le jour pour la nuit avec toutes les répercussions que l'on peut imaginer sur son entourage,

- à faire état de phénomènes hallucinatoires,

- à rejeter pour des raisons inexplicables tel ou tel parent ou ami, parfois à devenir violent...

2. L'anxiété des familles est amplifiée par le sentiment de leur ignorance, de leur incompetence, de leur inutilité.

5. Les décisions que la famille est amenée à prendre sont sources d'angoisse: « Ma fille refuse tout traitement depuis deux ans. Elle vit chez-moi. Je répugne à la faire hospitaliser. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide. Que dois-je faire? »

6. L'avenir est sombre et incertain...

- L'avenir à court terme d'abord. Que conseiller à mon fils ou à ma fille? Est-il assez autonome pour vivre seul en appartement? Est-il préférable qu'il reste avec nous? Faut-il l'orienter vers un autre lieu de vie et un foyer d'hébergement? Quelle structure sera-t-elle la plus bénéfique?

Ne risque-t-on pas de viser trop haut ou au contraire trop bas?

- L'avenir lointain paraît lourd de menaces. Qu'en sera-t-il de notre enfant « après-nous », lorsque nous serons décédés?

II. Ce qui est en notre pouvoir pour améliorer les choses et par là atténuer quelque peu l'anxiété des familles

Les quelques pistes évoquées ne sont pas exhaustives; il en est d'autres. Les améliorations préconisées peuvent être d'ordre individuel ou collectif.

A. Au niveau individuel

Il est important que les familles ne restent pas isolées, qu'elles n'hésitent pas à parler de leurs difficultés à des parents et des amis, qu'elles adhèrent, si elles le peuvent, à une association de familles.

- Les familles pourront ainsi constater que ce qu'elles vivent est également vécu par d'autres,
- elles pourront lors de ces contacts faire peu à peu le point, mieux comprendre (et par là mieux accepter) la maladie,
- il leur sera plus facile de juger de l'attitude à adopter et de la décision à prendre,

- le contact avec les autres familles permet aussi l'échange d'adresses et de renseignements,

- l'association sera également une source d'information quant:

- aux possibilités de soins,
- aux questions juridiques et sociales,
- aux aides financières possibles, etc.

L'appartenance à une association sera d'autant plus bénéfique qu'elle sera intervenue tôt. Nous attendons donc de l'ensemble des partenaires et en particulier des soignants qu'ils informent les familles de l'existence de ces associations dès le début des troubles. Ce n'est pas assez souvent fait et c'est très important.

B. Au niveau des institutions et des organismes

1) Il faut favoriser plus que nous ne le faisons l'insertion sociale et professionnelle des malades mentaux stabilisés.

- a) Favoriser l'insertion sociale en développant les structures intermédiaires qui font encore cruellement défaut.

- Il faut d'abord en accroître le nombre total. En effet, combien de malades doivent-ils, faute d'endroit où aller, rester dans leur famille, ce qui n'est, le plus souvent, satisfaisant pour personne?

- Il faut par ailleurs faire porter l'effort sur certains types de structures qui manquent plus particulièrement.

Les établissements convenant le mieux à plusieurs de nos proches sont les lieux de vie. Or, il n'en existe qu'un très petit nombre et on n'en ouvre de nouveaux qu'au compte-gouttes.

b) On peut aussi favoriser l'insertion professionnelle des malades stabilisés.

Certes, elle est difficile, voire impossible pour certains, mais pour les autres, des exemples montrent que l'on peut obtenir d'excellents résultats.

Qu'on pense ici à *D'un couvert à l'autre*, à *L'équipe Entreprise*, à *Collection Innova* et autres organismes similaires très présents au Québec.

Ce type d'expériences devrait être étendu considérablement.

2) Il faut enfin, et c'est primordial, ouvrir des établissements d'accueil pour les personnes atteintes de maladies mentales vieillissantes.

Ces structures sont actuellement quasi-inexistantes si bien qu'on en est souvent réduit à placer ces personnes dès l'âge de 60 ans en maison de retraite, ce qui n'est satisfaisant ni pour elles, ni pour les pensionnaires habituels. De même, certaines hospitalisations de malades âgés pourraient-elles être évitées s'il existait des structures adaptées.



* Vice-président de l'Unafam (Union nationale des amis et familles de malades mentaux - France)

In Memoriam



À la mémoire de

Didier Giroux

La succession Reine-Aimée Rivest

a offert un don à
la Société québécoise de la schizophrénie

Nous les remercions de leur générosité
et offrons nos plus sincères condoléances
à Monsieur Denis Duclos



À la mémoire de

Cécile Guertin

La Famille Ménard

a offert un don à
la Société québécoise de la schizophrénie

Nous les remercions de leur générosité
et offrons nos plus sincères condoléances
à la Famille Yves Mailloux



À la mémoire de

Claude-Luc David

Monsieur Robert Gauthier

a offert un don à
la Société québécoise de la schizophrénie

Nous le remercions de sa générosité
et offrons nos plus sincères condoléances
à Camille David, Éric David
et Lucie Rocheleau-Boily



In Memoriam



*Des «mots pour le dire»,
il en est de très beaux...*

Dis Tout Sans Rien Dire

*Si jamais on te demande
Où je suis passé
C'est facile, invente
Dis tout sans rien dire
Ou mens sans mentir*

*Ne dis surtout pas
Combien j'ai peur
De ces voix dans ma tête
Qui me racontent
Des histoires bizarres
Et très étranges
Je finis par les croire
Et elles me hantent
Du matin au soir
Dis tout sans rien dire
Ou mens sans mentir*

*Je fais un rêve
Chaque nuit le même
Et dans ce rêve
Tout est plus réel et plus terrestre
Où je me vois tout en contrôle
Aimer la vie, m'aimer aussi*

*Si jamais
Tu fais un vœu
Sous une étoile filante
Ferme les paupières
Pense à moi mon frère
Vois comme je suis pauvre
Face à toi, l'âme saine et sauve
Si je suis fou comme je le pense
Reste là à mes côtés
En silence, sans rien dire*

Chanson de Daniel Bélanger

Acquisitions

Centre de documentation SQS

Denis Payette, Responsable



Les troubles de la personnalité. 2002. Flammarion. André Féline – Julien-Daniel Guelfi – Patrick Hardy. 443 pages.

- Cet ouvrage fait un point précis, exhaustif, pratique et actuel sur les troubles de la personnalité.
- Après une définition du concept de trouble de la personnalité, les auteurs étudient les différentes approches de la genèse de la personnalité normale et pathologique : psychanalytiques, cognitives, biologiques, génétiques. Puis, ils étudient les principaux critères diagnostiques, les instruments d'évaluation, les principales conceptions, avant d'en aborder l'épidémiologie et les divers aspects évolutifs.
- Sont ensuite traités les différents troubles de la personnalité observés, depuis la personnalité paranoïaque à la personnalité narcissique, en passant par les personnalités dépendante, hystérique, évitante, obsessionnelle, etc. Une partie très moderne et originale concerne l'étude des relations entre les troubles de la personnalité et les autres pathologies éventuellement associées, depuis les troubles anxieux jusqu'aux conduites suicidaires, en passant par les troubles dépressifs, l'alcoolisme, etc. L'ouvrage se termine par l'étude des aspects thérapeutiques et médico-légaux : psychanalyse, psychothérapie, prise en charge institutionnelle, etc.
- Au total, un ouvrage complet et pratique, très utile pour tous les soignants devant faire face à la prise en charge des patients atteints de troubles de la personnalité.

Manuel de réadaptation psychiatrique. 2004. Presses de l'Université du Québec. Sous la direction de Tania Lecomte et Claude Leclerc. 461 pages.

- Au cours des dernières années, un nombre croissant de nouvelles interventions psycho-sociales ont produit des résultats probants et ont amélioré, sur différents plans, la qualité de vie des personnes souffrant de troubles mentaux.
- En ciblant certaines approches thérapeutiques (thérapie de groupe, approche familiale, etc.), les auteurs nous font partager leur expertise sur ces nouvelles interventions jugées efficaces, qu'elles soient liées à une situation spécifique (troubles concomitants, violence, itinérance, premiers épisodes) ou à une sphère particulière de réadaptation (réintégration professionnelle, remédiation cognitive, gestion des symptômes).
- Le lecteur pourra ainsi, pour la première fois en fran-

çais, se référer aux travaux d'auteurs réputés du Québec, du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis.

Porte 54 – Itinéraire d'une psychose. 2003. Édition Option Santé. Alain Rioux – Jean-Eudes Rioux. 227 pages.

- Les corridors de l'hôpital étaient tellement familiers à Fernand Charbonneau qu'on pouvait presque dire qu'ils étaient devenus ses amis. Plus de vingt ans à les côtoyer avait forgé des liens tellement solides qu'il avait l'impression d'en faire partie. Il se mariait avec eux d'une manière si intime qu'il cessait presque d'exister. Preuve de cette relation fusionnelle : on ne le remarquait plus quand il déambulait maladroitement en claudiquant dans ce labyrinthe. Fernand croisait des gens qui ne le reconnaissaient pas, ne le saluaient pas, ne le voyaient pas. Ainsi, les longs corridors de l'hôpital avaient une fonction apaisante sur sa santé mentale. « Une marche dans les couloirs jusqu'à la porte 54, c'est bien mieux qu'une pilule ! », se disait-il.
- Le roman *Porte 54*, itinéraire d'une psychose est avant tout une œuvre d'espoir. Après vingt-cinq années d'internement, Fernand décide de renouer avec ses rêves et de retourner vivre dans la communauté qui l'a rejetée dans sa jeunesse. Pris à témoin, le lecteur est amené à suivre l'itinéraire du personnage principal et s'initie à la réalité parfois insolite de son univers. Ce roman fait vibrer par sa sensibilité et la représentation touchante du combat intérieur que vit le personnage principal. C'est une histoire qui exprime avec force qu'il est possible « d'en sortir » et de retrouver son pouvoir et son identité de citoyen malgré la maladie mentale et les préjugés qui s'y rattachent.
- Alain Rioux est psychologue et gestionnaire au Centre hospitalier Robert-Giffard de Québec. Dans le cadre de ses études de doctorat en psychologie, il s'intéresse depuis plusieurs années à la schizophrénie et à ses manifestations subjectives.
- Jean-Eudes Rioux est romancier et professeur à la retraite. Il a publié, entre autres, le roman « Où est passé Monsieur Murphy ? ».

Vivre avec la schizophrénie – Guide pour les patients, les familles et les soignants. 2004. Éditions Frison-Roche. Rigo van Meer. 202 pages.

- La schizophrénie n'est pas une maladie rare. On estime que sur cent enfants qui naissent, un sera un jour atteint de cette affection. Le docteur Rigo van Meer a écrit un livre clair inspiré de sa longue expérience du traitement de patients schizophrènes. La famille, les amis et les soignants y trouveront une information adéquate sur la nature, l'évolution et la prise en charge de cette maladie. Il faut en souligner l'importance puisqu'elle permet par une

simple vigilance et les liens établis avec les patients eux-mêmes, la famille et les soignants, d'anticiper les crises et donc de diminuer ou d'augmenter les doses de médicaments en fonction de l'état du patient qui était trop souvent surdosé et le supportait mal.

- Cet ouvrage, dont cinq éditions sont parues aux Pays-Bas, fait justement le point sur les avancées les plus récentes concernant les médicaments. Il expose également ce qui doit être fait au minimum pour traiter, prévenir et accompagner le patient.



La revue Canadienne de psychiatrie. 2004. Association des psychiatres du Canada – Canadian Psychiatric Association, Ottawa. Volume 49 – Numéro 9. Septembre 2004. 577-643.

Community – Treatment — Orders

The Persistence of Folly: A Critical Examination of Dissociative Identity Disorder. Part 1. The Excesses of an Improbable Concept
Social Phobia Among University Students and its Relation to Self-Esteem and Body Image

Schizophrenia Bulletin. 2004. National Institute of Mental Health. Volume 30 - Numéro 1. :3-191.

Featured Topics

Violence and Crime, Supportive Therapies, Phenomenology



Vers une meilleure compréhension du rétablissement des personnes vivant avec la schizophrénie. 2004. Conférence organisée par la Société québécoise de la schizophrénie (SQS). Conférencière : Madame Sylvie Noiseux, Professeur en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke. 1 heure 18 minutes. (14 septembre)

La réadaptation, un aspect essentiel du rétablissement. 2004. Conférence organisée par la Société québécoise de la schizophrénie (SQS). Conférencier : D^r Pierre Lalonde, Clinique des Jeunes adultes. 2 heures 20 minutes. (9 mars)

Schizophrénie et employabilité : utopie ou réalité ? 2004. Conférence organisée par la Société québécoise de la schizophrénie (SQS) et l'UQAM. Conférenciers : D^{re} Marie-Josée Poulin et D^r Marc Corbière. 2 heures 47 minutes. (10 février)

Société québécoise de la schizophrénie

Notre mission

- Offrir aide, information, soutien, ressources et accompagnement aux familles et aux proches des personnes souffrant de schizophrénie, ou présentant des symptômes s'apparentant à la schizophrénie.
- Sensibiliser et éduquer le public sur la schizophrénie.
- Combattre la méconnaissance de cette maladie ainsi que les mythes et stigmates sociaux qui y sont rattachés.
- Défendre les intérêts et les droits des familles dont un proche est atteint de schizophrénie, ou présentant des symptômes s'apparentant à la schizophrénie, et promouvoir le développement de politiques et services visant le mieux-être de ces personnes, celui de leur famille et de leurs proches.
- Soutenir la recherche sur les causes et le traitement de la schizophrénie.

Conseil d'administration 2004-2005

M^e Odette Beaudoin Présidente
Francine Thibaudeau Vice-présidente
Jean-Pierre Lord Secrétaire-trésorier
Pierrette Lépine Présidente sortante
Naima Abbadi, Ph. D., MBA
Serge Favreau
Gérard Leduc
Dr Luc Nicole, M.D., FRCP
Lyne Ouellette, M.Ps.
Alain Péricard, Ph. D.
Michel Racine
Dr Jean-Pierre Rodriguez, M.D., FRCP(C)

Personnel

Micheline Dion Directrice générale
Christian Boulay Conseiller,
Services aux membres
Suzanne Morand Secrétaire de direction
Denis Payette Agent de soutien adm.

Défi schizophrénie — Bulletin officiel de la Société québécoise de la schizophrénie (SQS).
Publié six fois par année.

Éditeur

Société québécoise de la schizophrénie
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
Téléphone: (514) 251-4000 poste 3400
Ligne sans frais au Québec: 1-866-888-2323
Télécopieur: (514) 251-6347
Courriel: info@schizophrenie.qc.ca
Site internet: www.schizophrenie.qc.ca

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.

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 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)

Lilly



AstraZeneca

Pfizer

NOVARTIS