

L'Équité



SRAADD / CQM

*Les maladies sont censées résulter d'une perturbation de ces doubles.
Lorsque la perturbation n'arrive pas à s'extérioriser en une
maladie extérieure, elle devient maladie mentale.*

Citation du livre de Amadou Hanpâté Bâ

Solidarité **R**égionale d'**A**ide et d'**A**ccompagnement
pour la **D**éfense des **D**roits en santé mentale
Centre-du-**Q**uébec/**M**auricie

Volume 17, Numéro 1
Avril 2009

Table des matières

Un mot de Réjean Richard, président	1
Droits en santé mentale	2
Les confidences d'une bipolaire, Varda Etienne	7
La folie Sudoku	12
Mots croisés	13
Le trouble bipolaire lié à un risque de décès précoce dû à des maladies	14
Remerciements	18
Révision du DSM-V par psycho-média	20
Épuisement professionnel, services psychologiques SEQUOIA	21
À votre agenda	26
Syndrome de stress post-traumatique, résumé par Dr William J. Koch	27
Solution des sudokus de la page 12	30
Solution mots croisés de la page 13	31
Historique du groupe Les Colocs	32
Chanson : Dédé, Les Colocs	37

Solidarité Régionale d'Aide et d'Accompagnement
pour la Défense des Droits de Santé Mentale
SRAADD
CQM

Mise en page :

Nancy Sicard

Impression et reliure:

MODOC photocopie, Trois-Rivières

Distribution et publipostage :

Nancy Sicard et bénévoles

Responsabilité des opinions émises dans L'Équité

Les opinions tenues dans cette publication appartiennent aux auteurs des textes et ne doivent pas être de nature raciste, sexiste, offensante, diffamatoire ou haineuse envers une personne ou un groupe de personnes en particulier. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de l'organisme qui pourrait, le cas échéant, s'en dissocier totalement ou en partie.

Réjean Richard

Bonjour à tous les membres de la SRAADD,
Bientôt la saison du printemps et de l'assemblée générale annuelle qui se tiendra le 21 mai 2009 au pavillon Lemire, 840 St-Paul. Je vous y attends en grand nombre pour participer à l'élection générale.

Le Bonheur :
Ce qui n'a pas été essayé,
ne peut pas être réussi

Cordialement vôtre



Réjean Richard, président



DROITS EN SANTÉ MENTALE

1-Qu'est-ce qu'un régime de protection?

La réforme de la Loi sur le curateur public, en vigueur depuis avril 1990, a instauré de nouvelles mesures pour mieux protéger les personnes majeures qui sont incapables de prendre soin d'elles-mêmes ou à gérer leurs biens.

Les régimes de protection visent :

1. À assurer la protection de la personne
2. À assurer l'administration de ses biens (patrimoine)
3. À assurer l'exercice de ses droits

Selon le besoin de protection de la personne et de son degré d'incapacité.

Si un majeur devient incapable de prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens, par suite :

1. d'une maladie
2. d'une déficience
3. d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté.

Il sera possible de demander l'ouverture d'un régime de protection pour ce majeur.

Le régime de protection sera choisi en tenant compte des capacités de la personne en vue de préserver le plus possible son autonomie.

Le majeur sera assisté par un représentant légal, membre de la famille.

NOTE :

Un régime de protection assure la personne incapable de prendre soin d'elle-même ou à gérer ses biens, qu'un représentant légal sera nommé afin de prendre soin d'elle, d'administrer ses biens et d'exercer ses droits. Il est à noter toutefois qu'aucune personne n'est obligée d'accepter d'être le représentant d'un majeur incapable.

2- Comment choisir le régime le plus approprié à la situation du majeur?

3 types de régimes de protection

1. Conseiller au majeur

C'est le régime le plus léger. Il convient à une personne généralement apte à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens, mais qui a temporairement besoin d'être assistée ou conseillée pour effectuer certains actes concernant l'administration de ses biens.

2. Tutelle au majeur

C'est le régime le plus souple. S'harmonise au besoin de protection de la personne, tout en lui permettant de conserver une certaine autonomie dans l'exercice de ses droits. Une personne mise sous tutelle est, de façon temporaire et partielle, jugée inapte à prendre soin d'elle-même ou à gérer ses biens.

La tutelle peut porter :

1. sur les biens seulement
- 2 sur la personne seulement
- 3 sur les biens et sur la personne.

Le tuteur est le représentant légal du majeur. Ces pouvoirs lui permettent d'assurer le bien-être physique, moral et matériel du majeur inapte et d'administrer ses biens si nécessaire.

3. Curatelle au majeur

Régime de protection réservé aux situations les plus graves. Le régime s'adresse à une personne inapte, de façon totale et permanente, à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens.

NOTE :

Pour déterminer quel régime est la plus appropriée à la situation du majeur inapte, il faut obtenir une évaluation médicale et une évaluation psychosociale.

4. Que contiennent l'évaluation médicale et l'évaluation psychosociale?

A.ÉVALUATION MÉDICALE

Faite par un médecin généraliste ou un psychiatre qui connaît dans la mesure du possible la personne en cause.

Cette évaluation comprend :

1. Résumé de l'état de santé de la personne jusqu'à son état clinique actuel.
2. Diagnostic du médecin ainsi que les symptômes qui se manifestent chez la personne.

L'évaluation doit aider à préciser la nature et la durée de l'incapacité et à choisir ainsi le régime de protection appropriée.

B-ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE

Faite par un professionnel de la santé. Cette évaluation est importante puisqu'elle permet de référer les éléments qui affectent la personne au point de justifier l'ouverture d'un régime de protection. L'évaluation porte sur la capacité de la personne à gérer ses biens et sur sa capacité à prendre soin d'elle-même.

L'évaluation de la capacité à gérer ses biens doit tenir compte des 3 éléments suivants :

1. Gestion financière quotidienne.
2. Connaissance qu'a la personne de sa situation financière.
3. Perception qu'a la personne de la difficulté à gérer ses biens et de son besoin d'assistance.

Évaluation de l'aptitude de la personne à prendre soin d'elle-même consiste à vérifier si elle peut apprécier de façon réaliste sa situation et si elle est capable de prendre des décisions qui serviront ses intérêts.

Plusieurs éléments sont pris en considération :

1. Autonomie de la personne dans ses activités quotidiennes et domestiques.
2. Connaissance de son état de santé.
3. Connaissance de ses capacités à prendre soin d'elle-même et à se protéger.

NOTE :

L'objectif des évaluations médicale et psychosociale est de s'assurer du besoin de protection de la personne en respectant ses capacités et en favorisant le plus possible le maintien de son autonomie. Ces évaluations doivent être faites dans son intérêt.

5. Qui peut faire une demande d'ouverture d'un régime de protection ?

1. La personne elle-même.
2. Membres de la famille.
3. Toute personne qui lui porte un intérêt particulier (conjoint).
4. Le directeur d'un établissement de santé qui offre des services à la personne.

6. Comment faire une demande d'ouverture d'un régime de protection ou de modification d'un régime?

La demande doit être présentée par un notaire. Il évaluera le bien-fondé de votre demande et prendra en considération :

1. Les évaluations médicale et psychosociale, qui précise la nature et le degré de l'incapacité de la personne à prendre soin d'elle-même et à gérer ses biens, ainsi que son besoin de protection.
2. L'avis des membres du conseil de tutelle.
3. Opinion de la personne en cause et ses volontés.
4. Recommandation du curateur public, si nécessaire.
5. Avis de toute personne dont le témoignage est pertinent.

Le notaire doit agir dans l'intérêt de la personne visée par la demande. Si votre demande est contestée par la personne en cause, le notaire doit transférer votre demande à la Cour supérieure.

7. Quels sont le rôle et la composition du conseil de tutelle à l'ouverture d'un régime de protection?

Nombre minimum de 5 personnes comprenant

1. Conjoint(e)
2. Enfants majeurs de la personne en cause
3. Père et mère
4. Grands-parents
5. Frères et sœurs
6. Amis et autres parents, si les membres de la famille ne forment pas un nombre suffisant de personnes.

NOTE :

Le conseil de tutelle est convoqué au moment de l'ouverture d'un régime de protection ou la révision, selon le cas pour :

1. Exprimer son opinion sur la nécessité ou non d'ouvrir un régime de protection ou de le réviser.
2. Déterminer quel est le régime le plus susceptible de répondre aux besoins de l'intéressé.
3. Désigner la personne la plus apte à remplir le rôle de tuteur ou de curateur afin de représenter la personne visée par le régime.

8. En quoi consiste le rôle du curateur public?

C'est une personne nommée par le gouvernement, qui exerce les pouvoirs et les fonctions qui lui sont confiés par la loi.

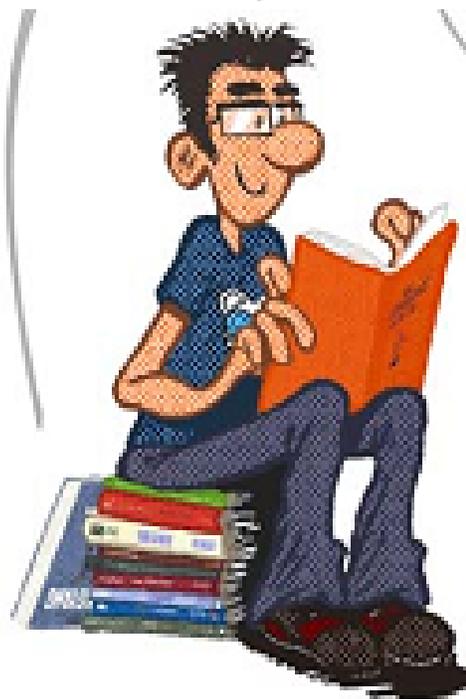
Ses pouvoirs sont :

1. Pouvoir de représentation légale.
2. Pouvoir d'assistance et de surveillance des conseillers lorsque ces représentants sont proches.
3. Pouvoir d'enquête relativement à toute personne placée sous un régime de protection.
4. Pouvoir d'intervention dans toute instance relative à l'ouverture ou à la révision d'un régime de protection ou d'un mandat en cas d'incapacité par rapport à toute situation pouvant toucher l'intégrité d'un majeur incapable de consentir qui n'a pas de tuteur.

JUSTICE



La suite des droits en santé mentale dans le prochain numéro qui sortira environ en septembre. En attendant bonne lecture.





Varda, pourquoi avoir écrit ce livre?

Des événements m'y ont amenée : d'abord ma rencontre avec Guy Latraverse, qui a une carrière, une vie sociale et affective florissantes malgré la maladie; ensuite, celle d'Oprah, qui avait invité sur son plateau plusieurs artistes souffrant de maniacodépression, des artistes que j'admire beaucoup. Je me suis sentie moins seule! J'ai écrit ce livre avec beaucoup d'humilité. C'est aussi un mea-culpa. J'ai blessé des gens. Il y a

deux personnes en moi : Varda la gentille, et celle qui est malade, un boulet d'une burdeur telle qu'il n'y pas de mot! Une garce de première..

Étiez-vous réticente à vous livrer?

Oui, la maladie mentale est encore un sujet tabou, et je comprends qu'elle fasse peur. Ça craint! Cela dit, je ne cherche pas la sympathie, mais je souhaite conscientiser les gens sur la question, car il y tout de même 400 000 québécois qui en souffrent! Et puis, je ne suis pas carriériste, j'assume les risques. Advienne que pourra...

Aussi bien dans le milieu artistique qu'à l'extérieur, était-on au courant de votre maladie?

Oui, je ne m'en suis jamais cachée, je n'ai pas honte de qui je suis. Je ne suis pas une criminelle! Reproche-t-on à un diabétique ou à un cancéreux d'être malade?

À quelle époque les signes de bipolarité ont-ils fait leur apparition?

Très tôt, vers l'âge de sept ans... Curieusement, j'étais hyper bonne en classe. Mais vers 11 ans, je savais que quelque chose n'allait pas en moi. Mes réactions étaient différentes de celles des autres. J'avais aussi beaucoup d'amis imaginaires. Puis, j'ai été diagnostiquée bipolaire à 14 ans.

Est-ce aussi la période de votre premier internement?

Oui, c'était un séjour de deux mois... Les pires mois de ma vie. Qu'est-ce que ma mère en a souffert aussi!

Dès la petite enfance, vous avez été ballottée de famille d'accueil en famille d'accueil. Est-ce là qu'est née l'angoisse du rejet?

Oui, ça m'a été fatal. Malheureusement, l'angoisse du rejet persiste encore aujourd'hui. C'est mon plus grand chagrin, cette incapacité que j'ai à surmonter ce problème d'abandon.

Comment vos parents réagissent-ils à la sortie du livre?

Mon père me donne beaucoup d'appui, ma mère aussi, bien qu'elle s'inquiète davantage : « Que raconte donc Varda? » Je n'ai rien inventé! C'est la vie que j'ai eue. Dans ma famille, tous savent que je suis malade, mais personne n'en parle. On dit que je suis un peu folle, mais malade? Jamais!

À partir de quel âge avez-vous été victime d'agression sexuelle?

Dès l'âge de huit ans. *(Au moment de l'entrevue, Varda est incapable de parler des détails de plusieurs des abus dont elle a été victime... D'ailleurs, il y a des passages de son livre qu'elle n'arrive pas à relire.)*

Encore aujourd'hui, votre mère n'y croit pas... Que ressentez-vous devant son déni?

(Les yeux embués...) Je lui en veux beaucoup, mais c'est ma mère. Toute ma vie, j'ai essayé de lui prouver que j'étais une bonne fille. J'ai toujours besoin de son approbation. Elle n'a pas une once de méchanceté, mais elle est dépassé par tout ça et a peur du jugement des autres : « Qu'est-ce que les gens vont penser? » Alors que mon père, lui, s'excuse tout le temps.

En général, est-on plus ouvert sur ce sujet aujourd'hui?

Oui, heureusement! C'est renversant! Sur cinq filles que je connais, trois ont subi des agressions sexuelles dans leur vie; c'était le voisin ou le grand-père, et ça s'est produit à 2,8 ou 10 ans... C'est presque la norme. À cause de ça, quand j'ai su que j'allais avoir une fille, ça été très dur pour moi! Ce que je vais dire est grave, mais si quelqu'un commet une agression sexuelle envers mes enfants, je le tue! Je n'ai aucune pitié. Tuer l'enfance, c'est irréparable, c'est le plus grand crime qui soit.

Adolescente, à quoi ressemblait votre vie?

De 13 à 17 ans, j'ai été *on and off* entre les psychiatres, mes parents et les familles d'accueil. En ce qui concerne ces dernières, je me suis sentie littéralement vendue... La DPJ devrait procéder à des évaluations psychologiques corsées avant de confier un enfant à une famille d'accueil. Certaines prennent des enfants uniquement pour l'argent.

Durant cette période, vous avez même fait l'expérience d'une séance de vaudou...

Oui, à l'âge de 15 ans, en Haïti. Bien que mes parents n'en soient pas des adeptes, leur culture l'imposait. C'était en désespoir de cause. On aurait dit à ma mère : « Votre fille doit aller sur la planète Mars pour aller mieux », elle m'y aurait envoyée! N'empêche, ça été traumatisant... C'était l'équivalent de *Twilight Zone*! Ouf! C'est ancré dans ma mémoire jusqu'à la fin de mes jours. La sorcière avait annoncé à mon père, entre autres, qu'il serait grand-père à l'âge de 45 ans et que ma vie ne serait pas banale! Elle a visé juste.

Puis, à 16 ans, vous répondez à cette annonce : « Cherchons mannequin. Salaire alléchant. » Vous allez alors vivre un viol d'une cruauté sans nom...

(*Hésitante...*) C'est dur d'en parler... Encore aujourd'hui, je me rappelle précisément la douleur ressentie, la voix et l'odeur de cet homme... Il m'arrive encore de le chercher du regard, dans la rue.

Selon vous, ont-ils un lien direct avec votre maladie?

On en ignore la cause exacte. On parle de déséquilibre chimique et d'hérédité. C'est sans doute multifactoriel.

À quoi ça ressemble concrètement?

Ce sont des changements excessifs d'humeur. Je peux passer d'un pôle à l'autre, de la manie à la déprime. Dans mon cas, le tempo peut être rapide : je suis *high* le matin et *down* le soir. Dans les phases de manie, je me sens au-dessus de tout, alors que dans celles de déprime, je ne pense qu'à mettre fin à mes jours. Ce sont les pires.

L'idée du suicide vous a-t-elle suivie toute votre vie?

Oui, dès l'âge de quatre ans. Et les vraies tentatives ont débuté à 14 ans. Maintenant, j'ai comme principe que lorsque tu as des enfants, le suicide n'est pas une option.

Donnez-nous un exemple de phase maniaque...

La compulsion du magasinage, notamment. C'est une telle adrénaline que j'en ai les mains moites. Il m'est arrivé de rentrer dans un magasin et de me sentir comme une alcoolique à la SAQ ou une boulimique dans une pâtisserie. Je veux tout acheter! J'ai déjà dépensé 40 000\$ en un rien de temps! C'est l'excès en tout... La sexualité aussi peut être exacerbée.

Dans votre livre, vous parlez de la sexualité et de la bouffe avec cette image, celle « d'être remplie »...



Oui, d'ailleurs, j'adore être enceinte! Étrangement, je n'ai aucune crise pendant mes grossesses. Si ça n'avait été que de moi, j'aurais eu six ou sept enfants! (*Varda est la mère de trois enfants : Dahlia, 3 ans; Sacha, 5 ans; et Alexis, 15 ans.*)

Combien de temps un *down* peut-il durer?

Plus de deux mois... Bien que je sente venir ce moment, je ne peux l'empêcher.

À travers ces montagnes russes, vous avez trouvé le moyen d'étudier et de travailler. Comment est-ce possible?

Beaucoup de bipolaires sont doués pour les études et le travail. Et puis, j'avais besoin d'indépendance financière pour assouvir mes folies dépensières. Il faut dire que j'ai eu des amants extrêmement riches, ça m'a aidée! (Rires) Quand ton chéri friqué de 60 ans te dit, à toi qui en as 25 : « Tu veux aller magasiner à Monaco? Vas-y, ma chouette! » ce n'est pas trop compliqué!

Est-ce facile de confondre « excès de vedette » et maladie mentale?

Oh que oui! J'ai été longtemps perçue comme une diva capricieuse. Heureusement, dans le milieu artistique, ce qui est marginal et excessif est davantage toléré que dans les milieux conventionnels.

Quelles ont été les conséquences sur votre vie familiale?

C'est dur, souvent invivable. Daniel, mon conjoint et le père de mes deux plus jeunes, en est la plus grande victime. Il est très patient... Dans mon livre, j'ai donné la parole à mes proches, qui sont des victimes bien malgré eux. C'est à travers ma fille, mon miroir, qu'est montée ma profonde volonté de m'en sortir.

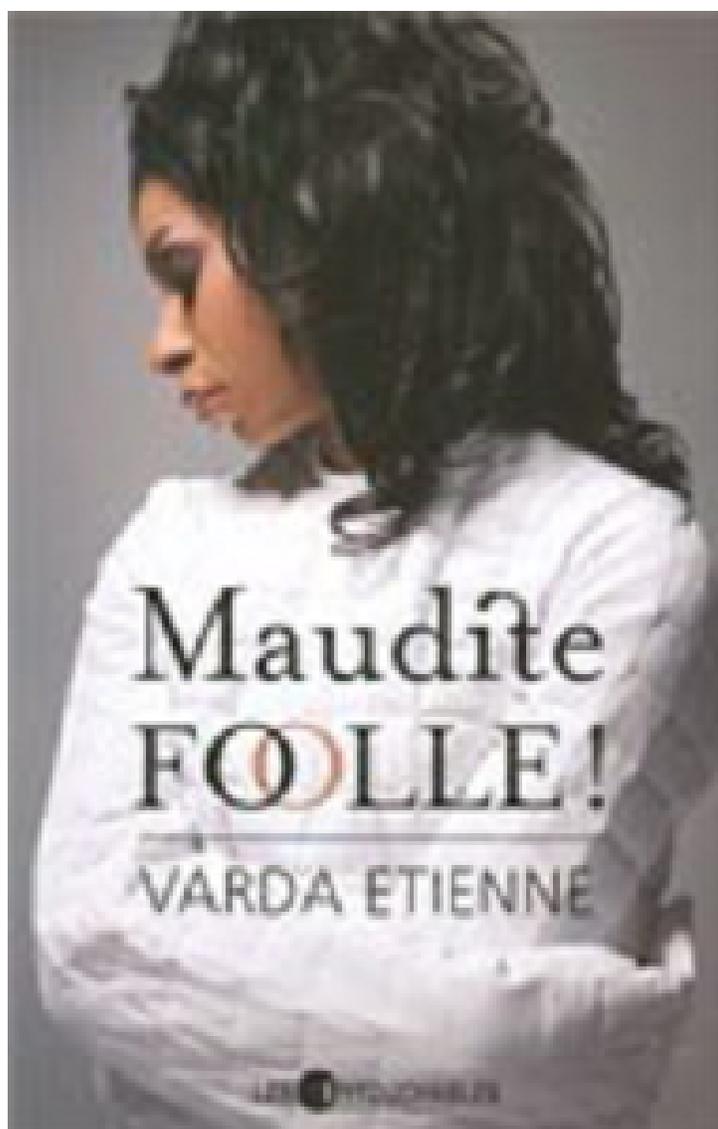
Celle de ne plus jamais être prise dans une camisole de force?

Voilà. Je l'ai portée à plusieurs reprises. Une fois, je participais à un grand événement, j'étais maquillée et bien coiffée, et... voilà, coup de théâtre! Trois heures après, j'étais maîtrisée. J'étais tellement déçu, cette fois-là. Et que dire de la peur de sombrer dans la folie... Je fais tout pour que ça n'arrive pas. Sans m'apitoyer et un jour à la fois. Cela dit, faire cette photo pour la couverture a exigé une bonne dose de courage.

Y a-t-il un côté positif à cette maladie?

Complètement, oui! Ça fait de moi une meilleure personne. J'ai énormément d'empathie envers les autres. Quand je vois des *squeegees*, je leur donne toujours quelque chose. Je sais que la plupart souffre de maladie mentale. Ça pourrait être moi qui quête de la monnaie pour un café! Vous savez, ce n'est pas si terrible, je suis bien entourée, j'ai mes enfants, mon chien, des arbres, la nature tout autour. Ça m'a pris 20 ans pour accepter ma maladie. Aujourd'hui, je m'assume et j'adore ça!

Un Canadien sur cinq sera touché à un moment de sa vie par la maladie mentale. Rarement a-t-on eu plus belle ambassadrice pour la démystifier : Varda l'est, magnifique. Et c'est là sa liberté!





LA FOLIE SUDOKU !

Règle du jeu : vous devez tenter de remplir chacune de ces quatre grilles avec les chiffres de 1 à 6, de manière à ce que :

- ✓ Chaque ligne contienne tous les chiffres de 1 à 6;
- ✓ Chaque colonne contienne tous les chiffres de 1 à 6;
- ✓ Chaque bloc de 3 X 2 contienne tous les chiffres de 1 à 6.

Jeu 1

	4		2		
		5			
5				3	
	1				4
			4		
		2		6	

Bonne chance
et bon
divertissement !

Jeu 2

	5			2	
2					
6			4		
		4			6
					3
	1			5	

Jeu 3

	2				
6		5			
1			2		
		3			1
			1		6
				4	

Les
solutions
sont à la
page 30 !

Jeu 4

3					
		5		3	
		4		1	
	1		4		
	6		5		
					2

Mots croisés

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1										■		
2							■					
3							■					
4									■			
5			■			■						■
6									■			
7						■						
8		■							■			
9				■				■			■	
10					■		■					
11	■							■				
12			■				■					

HORIZONTALEMENT

- 1- Gueux - Stère
- 2- Se fixe au taquet – Ancien Nègre pont
- 3- Alliage de cuivre et de zinc – Sable calcaire
- 4- Inalpage – Féconde l'Égypte
- 5- Usages- Précède « joint » - Fine
- 6- Enlever les plis – Espèce de hibou
- 7- Écarteur chirurgical (anc.) – On l'emporte en voyage
- 8- Bureaux de notaires - Démonstratif
- 9- Son altesse royale – Accompagnent les jeux - Copulatif
- 10- Rôde - Maquilla
- 11- Dégèle - Application
- 12- À rendre – Crié dans l'arène - Sot

VERTICALEMENT

- 1- Vaillante
- 2- Accumuler - Difficile
- 3- Prend sa source – Elle ne flotte pas
- 4- Piquant comme l'ortie – Le « moi »
- 5- Administrateur d'un lycée – Article espagnol
- 6- Sur la Saale – Prénom féminin
- 7- Interruptions concertées du travail
- 8- Habitas
- 9- Transpira – Anneau de cordage
- 10- Action de bénir
- 11- Exemple de frivolité – Intérieur de pain
- 12- Habile arbalétrier helvétique - Interrompant

Le trouble bipolaire lié à un risque accru de décès précoce dû à des maladies

Psycho-média – Publié le 2 février 2009



Le trouble bipolaire (maniaco-dépression ou psychose maniaco-dépressive) semble augmenter le risque de mort précoce due à diverses maladies, selon une analyse publiée dans la revue *Psychiatric Services*.

Wayne Katon et Babak Roshanaei-Moghaddam de l'Université de Washington ont analysé 17 études impliquant plus de 331 000 personnes. Les données suggèrent que les personnes ayant un diagnostic de trouble bipolaire ont une mortalité causée par diverses maladies plus élevée comparativement à des personnes de la population générale de même âge et même sexe.

Les affections qui conduisent le plus souvent à un décès prématuré sont les maladies cardiaques, les maladies respiratoires, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète. L'augmentation du risque varie de 35% à 200%.

« Avoir un trouble bipolaire est similaire à être fumeur en terme d'augmentation de décès prématuré » dit Katon.

Le taux de décès prématurés plus élevés chez les personnes ayant un trouble bipolaire étaient auparavant attribués aux taux plus élevés de suicides et d'accidents. Mais les chercheurs ont récemment découvert que, bien que ces derniers soient effectivement plus élevés, la plus grande partie des décès précoces est due à des affections médicales.

Plusieurs facteurs pourraient possiblement contribuer à leur moins bonne santé physique.

Ces facteurs incluent une moins bonne alimentation, la sédentarité, le tabagisme, l'abus de substances, l'isolement social, le manque d'accès aux services de santé, une attitude biaisée des professionnels de la santé ou des délais dans les traitements médicaux généraux en raison de besoins prioritaires de traitements psychiatriques.

Des anomalies associées au trouble bipolaire peuvent aussi raccourcir les vies, note Katon. Le trouble bipolaire peut mettre un stress sur le système immunitaire et l'axe hypothalamo-pituitaire, un système qui contrôle plusieurs processus de l'organisme. Il élève aussi l'activité du système nerveux sympathique responsable de la réponse de l'organisme au stress.

L'auteur mentionne également que certains médicaments antipsychotiques (ou neuroleptiques) utilisés pour le traitement du trouble bipolaire peuvent causer un gain de poids menant à l'obésité ainsi que d'autres changements métaboliques qui prédisposent au diabète de type 2. Certains stabilisateurs de l'humeur (les anticonvulsivants) utilisés sont aussi associés au gain de poids et aux troubles métaboliques.

Qu'est-ce que les troubles bipolaire (maniaco-dépression) et cyclothymique?

Le trouble bipolaire (auparavant appelé maniaco-dépression ou psychose maniaco-dépressive) et le trouble cyclothymique sont des troubles de l'humeur dans lesquels on retrouve des épisodes dépressifs et des épisodes maniaques ou hypomaniaques.

Le trouble bipolaire de type 1 est caractérisé par la survenue d'un ou plusieurs épisodes maniaques (voir les critères plus loin) ou mixtes (dans un épisode mixte, les critères d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur sont rencontrés simultanément). Il peut y avoir des épisodes hypomaniaques (voir les critères plus loin). Il n'y a pas nécessairement d'épisode dépressif majeur bien que cela soit souvent le cas.

Le trouble bipolaire de type 2 est caractérisé par la survenue d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode hypomaniaque (voir les critères plus loin). Il n'y a pas d'épisode maniaque ou mixte.

Le trouble cyclothymique est caractérisé par une alternance pendant au moins deux ans de nombreux épisodes hypomaniaques (ne rencontrant pas tous les critères d'un épisode maniaque et n'entraînant pas une altération marquée du fonctionnement, voir plus loin) et dépressifs ne rencontrant pas tous les critères d'une dépression majeure.

Voici les critères du DSM IV (1)¹ d'un épisode maniaque et d'un épisode hypomaniaque.



¹ American Psychiatric Association, DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, 1996 (version américaine 1994).

Critères d'un épisode maniaque :

- A) une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante (euphorie, enthousiasme ou irritabilité) pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- B) au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :
1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 2. réduction du besoin de sommeil (p. ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 4. fuite des idées ou sensations subjectives que les idées défilent.
 5. distractibilité (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
 7. engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
- D) La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.



E) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

Critères d'un épisode hypomaniaque :

A Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce tous les jours pendant au moins 4 jours.

B Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes décrits plus haut dans le critère B d'un épisode maniaque (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité significative.

- C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffèrent de celui de la personne hors période symptomatique.
- D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.
- F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Les symptômes des troubles bipolaires ou cyclothymiques peuvent ressembler aux symptômes d'autres troubles. Seul un professionnel est en mesure de porter le diagnostic.



REMERCIEMENTS

de tout coeur
merci

À l'attention de Me Pierre Saint-Amant

Monsieur,

Par la présente j'aimerais vous remercier de votre appui concernant la demande de révision de mon dossier auprès du ministère.

En effet, grâce à votre intervention et, par le fait même, à l'implication du S.R.A.A.D.D., j'ai obtenu gain de cause et ce, après seulement une première tentative auprès du M.E.S.S., ce qui fut infiniment plus rapide et satisfaisant que ce que j'avais pu espérer.

Merci encore de votre dévouement et puissent les organismes d'aide tel la S.R.A.A.D.D. continuer d'exister encore longtemps!

Johanne

Je tenais à vous remercier pour toute l'aide que vous m'avez apportée dans ma démarche face à l'aide sociale pour l'obtention d'une contrainte sévère à l'emploi. Sans vos précieux conseils cela aurait été plus ardu pour moi car je n'étais pas très à l'aise avec le système d'aide sociale.

Mille fois merci

Marc

de tout coeur
merci

Me Saint-Amant

Un petit mot pour vous remercier de m'avoir aidé. Grâce à vous Mathieu a obtenu la révision de son dossier et a gagné sa cause!

Ce qui fait que je suis dégagée de la contribution parentale. Pour une personne retraitée c'est un gros poids de moins sur les épaules

Merci Beaucoup Gaétane

Monsieur Leclair,

Je vous écris cette lettre en guise de remerciement pour le soutien que votre organisme a su m'apporter lors du litige m'opposant à une tierce personne.

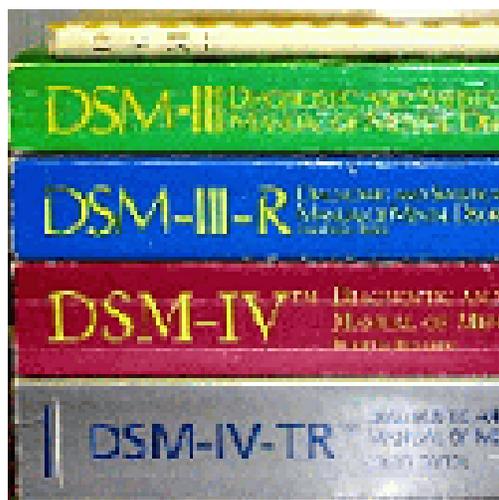
Le but visé par ce dernier était de nous détruire, moi et ma famille, et ce à tous les niveaux, tant psychologiquement que monétairement, et nul doute dans mon esprit qu'il aurait atteint ses fins, n'eut été du soutien moral et juridique de votre organisme.

Je reconnais l'importance d'un organisme tel que le vôtre. Votre mission étant de protéger les moins bien nantis de notre société, vous avez dans ce dossier pleinement rempli votre rôle.

Mes remerciements s'adressent non seulement à vous, mais aussi à tous les membres de votre organisme et encore plus spécialement à Me Pierre Saint-Amant.

Michel

Révision du DSM-V (bible des diagnostics psychiatriques) : transparence réclamée PsychoMédia – Publié le 28 décembre 2008



Des critiques réclament plus de transparence dans les processus d'élaboration de la prochaine édition de la bible des diagnostics psychiatriques, le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), édité par l'American Psychiatric Association, dont la publication est prévue pour 2012.

La version précédente, le DSM IV, a été publié en 1994 et révisée (DSM IV – TR) en 2000. Les diagnostics reconnus et définis dans ce manuel sont notamment déterminants pour la prescription de médicaments et leur remboursement par les compagnies d'assurance.

Pour la première fois dans l'histoire de révision de ce manuel, l'American Psychiatric Association a exigé des psychiatres qui travaillent sur la nouvelle édition qu'ils signent un accord de stricte confidentialité.

Dans une lettre ouverte, Robert Spitzer, éditeur du DSM-III, réclame que l'obligation de secret soit levée afin que des observateurs extérieurs puissent analyser les débats scientifiques derrière les diagnostics nouveaux et révisés. Darrel Regier, coéditeur de la nouvelle version, soutient que le travail d'élaboration doit rester privé.

C'est dans un contexte où il est régulièrement fait état d'une Amérique surmédicamentée aux psychotropes et où les liens financiers entre l'industrie pharmaceutique et certains chercheurs en psychiatrie ont récemment fait les manchettes que des critiques réclament plus de transparence. L'intégrité de la profession psychiatrique est à son plus bas, considèrent plusieurs. Le cas récent de l'éminent spécialiste du trouble bipolaire chez les enfants, Joseph Biederman de l'Université Harvard, dont l'influence a largement contribué à l'essor actuel de ce diagnostic chez les enfants, et par conséquent à l'augmentation drastique des prescriptions de médicaments antipsychotiques, a particulièrement choqué (il a omis de déclarer des revenus importants provenant de l'industrie).

PsychoMédia avec sources :

Chicago Tribune

New York Times

Épuisement professionnel

Services psychologiques SEQUOIA, psychologues cliniciens

Qu'est-ce que l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel est un syndrome de détresse psychologique intense lié au travail et caractérisé par trois manifestations.

La fatigue émotionnelle qui se caractérise par une impression d'être complètement vidé de ses émotions et de ne plus avoir aucune ressource émotionnelle.

Le détachement social ou dépersonnalisation qui se caractérise par une attitude négative, voire même cynique, envers le travail. Cette attitude se remarque par des relations sociales très détachées dans l'entreprise. On semble perdre de l'importance à nos yeux.

La baisse de sentiment d'accomplissement personnel se développe également. On a l'impression d'être incompetent, de ne plus aimer notre travail. On ressent également un grand découragement face aux tâches quotidiennes.

Les symptômes de l'épuisement professionnel

Lorsque ce syndrome se développe, il amène plusieurs manifestations chez l'individu. Ces manifestations sont des indices que des changements doivent être apportés. Les manifestations les plus communes sont :

- Perte d'efficacité au travail.
- Insatisfactions au travail.
- Sentiment de surcharge émotionnelle, de grande émotivité.
- Attitudes cyniques face au travail.
- Attitudes négatives et punitives face aux clients ou à l'organisation.
- Indifférence face à notre travail.
- Impatience.
- Irritabilité.
- Une forte impression de ne pas être apprécié.
- Une forte tendance à nier que l'on ne se sent pas bien.
- Une grande tristesse.
- Des excès de colère inhabituels.

Les différences entre l'épuisement professionnel et la dépression

Lorsque l'on évalue un individu, la possibilité de poser un diagnostic de dépression n'est envisagée que si le trouble de l'humeur est généralisé à toutes les sphères de la vie. Les pensées de l'individu dépressif seront teintées de noire, peu importe la sphère de la vie qui est abordée.

Dans le cas de l'épuisement professionnel, les pensées noires de l'individu seront essentiellement orientées vers le travail. L'individu peut même faire clairement la différence entre sa situation personnelle et ses difficultés professionnelles.

Par contre, il est important de mentionner qu'une situation d'épuisement professionnel qui n'est pas adéquatement traitée peut se généraliser et au final affecter toutes les sphères de la vie de l'individu.

Poser un jugement clinique juste n'est pas une tâche facile dans ces situations. Un certain nombre de compétences spécifiques doivent être mises en application. C'est pourquoi une telle évaluation doit être faite préférentiellement par un psychologue ou un psychiatre.

Qu'est-ce que je peux faire pour contrer le développement de l'épuisement professionnel?

Les études scientifiques évaluent que les causes du développement de l'épuisement professionnel sont expliquées, de façon générale, selon le ratio suivant :

40% expliqués par des causes individuelles

60% expliqués par des causes organisationnelles.

Ce que l'on peut faire est donc simple, on commence par identifier les causes sur lesquelles j'ai un contrôle et celle sur laquelle je n'ai pas de contrôle.

Les cibles de changement sont donc à deux niveaux, au niveau de l'organisation et au niveau de l'individu.

Comprendre les causes organisationnelles

Les organisations s'intéressent de plus en plus aux possibilités d'ajustement de leurs opérations afin de prévenir le développement de ce syndrome chez les travailleurs. L'ajustement des opérations doit se faire de façon à cibler les facteurs qui contribuent au développement de l'épuisement professionnel. L'identification de ces facteurs est d'une

importance primordiale si l'on veut développer des programmes de prévention et d'intervention efficaces.

Les antécédents organisationnels expliquent 60% des causes du développement de l'épuisement professionnel selon Leiter et Maslach (1999). Il devient donc très intéressant de cibler ces facteurs et d'intervenir afin de permettre une diminution des coûts inhérents à l'épuisement professionnel.

Ainsi, ils identifient six facteurs organisationnels spécifiques qui ont une influence sur le développement de l'épuisement professionnel. Ces facteurs permettent d'inclure la majorité des antécédents organisationnels rapportés dans la littérature. Ces six facteurs sont : la charge de travail, le contrôle, les récompenses, l'équité, les valeurs et la communauté.

Les 6 facteurs organisationnels

Charge de travail

La charge de travail est la dimension organisationnelle qui explique la plus présente lorsqu'on parle de développement du burnout. Cette présence s'explique par le fait que c'est la dimension organisationnelle qui a le plus grand chevauchement avec les facteurs individuels. Ceci s'explique par le fait que d'un côté on parle d'une surcharge de travail réelle tandis que dans certaines situations, on parle de surcharge de travail perçu. Cette dimension doit donc être évaluée avec beaucoup de finesse.

Contrôle

Le contrôle est un facteur organisationnel important dans le développement de l'épuisement professionnel (Leiter et Maslach, 1999). Il apparaît lorsque le travailleur est incapable de contrôler les variables influençant son travail. Avoir le sentiment d'exercer un contrôle limité, voire inexistant, sur notre propre travail, impacte sérieusement celui-ci. L'importance des conflits de rôles et de l'ambiguïté de rôle fera ici partie de l'analyse.

Récompenses

Le rôle des récompenses dans le développement de l'épuisement professionnel a fait l'objet de plusieurs études. On fait ici référence au sentiment qu'a l'individu de retirer une part juste de ses investissements dans l'entreprise. Est-ce que l'employé a l'impression que ses efforts sont reconnus à leur juste valeur? Cette reconnaissance peut être monétaire, mais elle peut surtout être d'autre nature.

Faire face à
l'épuisement
professionnel

Valeurs

L'importance pour l'individu de la cohérence de ses valeurs avec celles de l'organisation. Un décalage peut provoquer des attentes irréalistes qui prédisposent l'individu à l'épuisement professionnel. On considère qu'un mauvais alignement entre les valeurs d'un individu et celles de l'organisation provoque une chute de qualité de la relation entre les individus et leur travail.

Équité

L'équité est importante parce qu'elle implique un climat de confiance mutuelle entre le travailleur et l'organisation. Dans un environnement organisationnel où l'équité est présente, les décisions prises par l'organisation le sont selon une procédure établie et claire pour chacun des employés. L'équité c'est également la capacité du gestionnaire à traiter tous ses employés de la même façon.

Communauté

La communauté est un facteur organisationnel qui regroupe plusieurs aspects du travail. Ce facteur inclut le support social apporté au travailleur par le superviseur, les collègues de travail et les membres de la famille. La variable communauté inclut également la qualité des relations sociales dans l'entreprise. Le climat de travail fait également partie de ce facteur.

Comment se déroule une intervention organisationnelle

L'intervention organisationnelle a pour objectif de réduire l'impact de l'organisation dans le développement de l'épuisement professionnel chez ses employés.

Cette intervention se fait en plusieurs étapes. D'abord, on peut dire que c'est un processus planifié et itératif. Le processus s'adapte donc aux besoins et aux ressources de chacun des clients.

1) Les besoins sont évalués

Une évaluation des besoins du client est effectuée. Grâce à une rencontre avec la direction et/ou avec les gestionnaires des services évalués, un plan d'évaluation organisationnelle est conçu.

2) On procède à la cueillette de données

L'évaluation organisationnelle est habituellement constituée de mesures psychométriques (tests) et de groupe de discussion. D'autres stratégies peuvent également être utilisées selon les besoins.

3) On produit un rapport d'évaluation

À partir de la cueillette de ces données, un rapport d'évaluation organisationnel est produit.

4) Présentation du rapport et proposition de piste d'intervention

Dans ce rapport, on retrouve les résultats de l'évaluation, une analyse des données, une discussion de ceux-ci et des pistes d'interventions possibles.

5) Développement d'un plan d'intervention de concert avec le client

Si le client désire poursuivre la démarche, un plan d'intervention est produit. Ce plan d'intervention est développé selon les objectifs du client. Il doit être réaliste et poser des échéanciers acceptables pour l'organisation. Des mesures de progrès sont également prévues lors de la conception du plan d'intervention. Le client est libre d'appliquer lui-même le plan d'intervention ou de faire appel à un psychologue de Services Psychologiques Séquoia afin de l'épauler dans cette tâche.

6) Application du plan d'intervention

Le plan d'intervention peut ensuite être mis en application avec l'aide d'un psychologue de Services Psychologiques Séquoia. Selon la nature du plan d'intervention, des mesures de progrès peuvent être prises afin de s'assurer de l'efficacité du plan et dans le cas échéant, un ajustement du plan est effectué afin de s'assurer que les objectifs établis sont rencontrés.

7) Présentation des résultats de l'intervention

Un rapport final peut être produit. Dans ce rapport, on discute des changements observés et on y discute des recommandations afin de maintenir les changements au sein de l'organisation.

À noter que lors de la cueillette initiale de données, les individus à risque ou en détresse sont identifiés et peuvent bénéficier, s'ils le désirent, d'une rencontre confidentielle avec un psychologue expérimenté qui pourra évaluer l'employé et au besoin les référer à un service d'aide aux employés (service offert par des professionnels de Services Psychologique Séquoia).



À votre agenda SRAADD



Séance publique d'information

Appel à tous

Pavillon Lemire

840, Saint-Paul

De 9h15 à 10h15

Assemblée Générale Annuelle

Jeudi, le 21 mai

Pavillon Lemire

840, Saint-Paul

À 10h30

Site Internet

www.sraadd.com

Ne manquez pas!

- À NOTER -

Pour participer à la journée d'information, il s'agit d'être membre de l'organisme ou de le devenir la journée même lors de l'inscription, au coût de 1\$. Des frais d'essence seront remboursés aux personnes de l'extérieur de Trois-Rivières transportant 3 autres passagers dans leur véhicule. Réservez votre place SVP !



Le Syndrome de stress post-traumatique
Services psychologiques SEQUOIA
Résumé créé par Dr William J. Koch, pour la section clinique de la
Société Canadienne de Psychologie

Qu'est-ce que le syndrome de stress post-traumatique?

La plupart d'entre nous avons déjà vécu des expériences terrorisantes. Nous y repensons parfois longtemps après l'évènement. Pour certaines personnes, ces pensées ou ses images pénibles persistent, tout comme certains autres symptômes, tels que le sentiment de menace, se sentir engourdi émotionnellement et l'irritabilité. Si ces réactions se produisent fréquemment, durent au moins un mois et perturbent le fonctionnement de tous les jours, il est possible que la personne souffre du SSPT.

Les symptômes du SSPT

Les symptômes suivant font partis de la liste de symptôme du SSPT admise par la majorité des praticiens (DSM-IV).

Au moins un des symptômes suivants :

- Pensées ou images intrusives au sujet de l'évènement
- Rêves ou cauchemars mettant en scène l'évènement ou des événements semblables
- Flashback ou illusions au sujet de l'évènement
- Détresse lorsque la personne se rappelle l'évènement
- Activation physique (devenir perturbé physiquement) lorsque la personne se rappelle l'évènement

Au moins trois symptômes suivants :

- Évitement des pensées reliées à l'évènement ou à parler de l'évènement
- Évitement des activités ou des personnes qui rappellent l'évènement
- Incapacité à se rappeler des aspects importants de l'évènement (qui ne s'explique par une perte de conscience)
- Détachement affectif face à l'entourage
- Émotions réduites
- Sentiment que l'avenir est raccourci (peur de l'avenir ou peur de mourir dans l'avenir)

Au moins deux des symptômes suivants :

- Insomnie
- Irritabilité ou colère
- Difficulté à se concentrer
- Hypervigilance (être toujours sur ses gardes)
- Réaction d'alarme exagérée (réagir ou être effrayé trop rapidement)



Que savons-nous au sujet du SSPT?

La recherche a démontré que la majorité des personnes ayant été exposées à un événement traumatisant connaîtront certains symptômes du SSPT au cours des premières semaines et les symptômes de la plupart d'entre elles disparaîtront au cours du premier mois. De vingt à quarante pour cent souffriront du SSPT pendant au moins un mois, tandis que la moitié jusqu'aux deux tiers de toutes les personnes ayant vécu un traumatisme se rétablissent pendant la première année; les autres seront frappées d'incapacité pendant plus d'un an. Les études portant sur les victimes de la route et les victimes d'agression, par exemple, donnent à penser qu'entre 10 et 20 pour cent d'entre elles seront frappées d'incapacité pendant plusieurs années.

Le SSPT ne les limite pas aux traumatismes liés au combat ou aux catastrophes. Il peut aussi se manifester à la suite d'une agression physique ou sexuelle, d'un accident de la route ou d'un accident de travail, d'une maladie constituant un danger de mort comme le cancer, d'expériences en zone de guerre, et de l'exposition répétée aux traumatismes d'autres personnes (par exemple, les infirmières des salles d'urgence et les ambulanciers). Grosso modo, ce sont les agressions physiques et sexuelles qui entraînent les plus hauts taux de SSPT, tandis que l'exposition à une maladie constituant un danger de mort (par exemple, le cancer du sein) entraîne les taux de SSPT les plus faibles; les accidents de la route et les accidents du travail se situant entre les deux.

On supposait, au départ, que plus le stress initial était grave, plus la personne serait susceptible de souffrir du SSPT. Cependant, la recherche n'est pas parvenue à corroborer cette hypothèse. La gravité du trauma (par exemple, dommages à l'automobile, blessures physiques pendant l'agression) jouent un rôle moins important dans la prédiction du SSPT que la réaction émotionnelle initiale du survivant. Le SSPT sera plus susceptible d'apparaître chez les personnes dont la réaction émotionnelle était marquée notamment par une peur très intense, des attaques de panique ou la dissociation (un mécanisme d'adaptation qui soustrait la conscience d'une personne de l'événement menaçant qui est en train de se produire).

Certaines personnes seront plus vulnérables que d'autres, en particulier les personnes qui ont déjà souffert de dépression, d'anxiété ou d'autres tramas, les personnes prédisposées à la colère ou dont le style d'adaptation au stress suppose de ne pas penser à l'événement ou de ne pas en parler (individus de style évitant). Les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de souffrir du SSPT. Les attitudes et croyances au sujet de leur sécurité personnelle que ces personnes adopteront après l'événement influenceront leur rétablissement. Ce qui veut dire que les croyances négatives qu'une personne aura quant à sa capacité à s'adapter ou quant à la sécurité dans le monde, tout comme la colère répétée ou du ressentiment face aux raisons qui ont mené au trauma, rendront plus difficile le rétablissement.

Le SSPT peut être à l'origine de souffrances personnelles significatives. L'évitement de certaines activités (par exemple, la conduite d'une voiture, la socialisation), une diminution du sommeil et la fatigue qui en découle, ainsi qu'une interférence avec ses relations propres font partie des conséquences les plus typiques. Ces problèmes peuvent aussi engendrer des coûts financiers importants pour l'individu et la société. Le SSPT est associé à une santé physique qui empire par la suite (par exemple, des maux de tête) ce qui occasionne des coûts accrus pour les soins de santé et un taux d'absentéisme au travail ou à l'école plus élevé. Les personnes souffrant du SSPT se trouveront plus vraisemblablement sans emploi et auront des revenus plus faibles que des personnes semblables qui n'en souffrent pas.

Évaluation et traitement efficaces du SSPT

Deux problèmes importants viennent nuire à une évaluation exacte du SSPT. Tout d'abord, de nombreux cas de SSPT passent inaperçus parce que les professionnels de la santé ne demandent pas aux patients s'ils ont été victimes d'événements traumatiques (par exemple, une agression sexuelle). Il est important pour les professionnels de la santé de le demander à leurs patients et il est essentiel que les patients parlent aux professionnels de la santé des traumatismes dans leur vie.

Au cours de la dernière décennie les psychologues ont évalué les traitements du SSPT. Ils ont trouvé que certains traitements s'avéraient assez efficaces tandis que d'autres ne l'étaient pas. Cependant, une brève thérapie cognitivo-comportementale (5-6 séances) suivie par des personnes en grande détresse peu après un événement traumatique semble jouer un rôle dans la réduction des symptômes du SSPT. Il a été montré que des thérapies comportementales et cognitives à court terme (8-30 heures) réussissaient à alléger les symptômes du SSPT chez les personnes atteintes de façon chronique. Cela donne aux personnes l'occasion, de façon répétée, de décrire l'événement traumatique et leur réaction affective à l'événement, des devoirs de rédaction sur leurs sentiments face à l'événement et ce qu'il signifie pour elles, et des occasions répétées de discuter du traumatisme et de ce qu'il signifie font le plus souvent partie des éléments d'une bonne thérapie.

Aider les patients à examiner leurs croyances quant à leur sécurité personnelle (par exemple, « je ne serai plus jamais en sécurité »), le rétablissement graduel de limites plus réalistes de la sécurité (par exemple, « Il n'est pas dangereux d'aller encore dans de grands édifices ») et l'apprentissage de la relaxation, font partie des aptitudes à résister au stress à acquérir.



LA FOLIE SUDOKU !

- Solution des grilles de la page 12 -

Jeu 1

3	4	6	2	1	5
1	2	5	3	4	6
5	6	4	1	3	2
2	1	3	6	5	4
6	5	1	4	2	3
4	3	2	5	6	1

Jeu 2

4	5	3	6	2	1
2	6	1	3	4	5
6	3	5	4	1	2
1	2	4	5	3	6
5	4	2	1	6	3
3	1	6	2	5	4

Ces jeux
sont tirés
du site
suivant :

Jeu 3

3	2	4	6	1	5
6	1	5	4	2	3
1	5	6	2	3	4
2	4	3	5	6	1
4	3	2	1	5	6
5	6	1	3	4	2

Jeu 4

3	4	6	1	2	5
1	2	5	6	3	4
5	3	4	2	1	6
6	1	2	4	5	3
2	6	3	5	4	1
4	5	1	3	6	2

<http://www.e-sudoku.fr/sudoku-enfants.php>

Historique des Colocs

Historique des colocs

2000...l'année des voyages

Dédé et ses Colocs célèbrent le passage à l'an 2000 sur la scène du Lion d'or, rue Ontario. Puis, toujours en quête, Dédé s'offre un voyage au Brésil en compagnie de Jean Arseneault de la Famille Botte. Là-bas il découvre de nouveaux rythmes et il revient la tête pleine d'idées, dont celle de monter un spectacle avec des dizaines de percussionnistes pour le Festival d'été de Québec.

Le 10 mai 2000, André « Dédé » Fortin est retrouvé sans vie dans son appartement de la rue Rachel sur le Plateau Mont-Royal. Des amis inquiets, demeurés sans nouvelles depuis quelques jours, se pointent chez lui et font la triste découverte. Les funérailles de Dédé Fortin sont célébrées le 15 mai 2000 en l'église Notre-Dame du Perpétuel Secours à Sorel, devant amis, parents et admirateurs.

Biographie des membres

André « Dédé » Fortin

Originaire de Saint-Thomas-Dydlime au Lac Saint-Jean, André Fortin fonde le groupe « Les Colocs » en 1990. Âme de la formation, auteur-compositeur-interprète, cet artiste et musicien polyvalent exprime son talent sur plusieurs instruments, notamment, la guitare, la batterie, la conga et les percussions. Dédé s'amuse allégrement à danser la claquette ou le « tap dance », plaisir qui deviendra un peu sa marque de commerce.

Mike Sawatzky

Amérindien Cri originaire de la Saskatchewan, il joint la formation originale dès le départ. Grand complice de Dédé, leader musical, excellent musicien, arrangeur, Mike joue de la guitare, « Slide » et « Dobro », de la basse, du saxophone et de l'harmonica. Ses influences musicales proviennent du rock et du blues. Il chante aussi quelques « tomes » sur différents albums. Il réalise l'album posthume intitulé « Suite 2116 ».

Patrick Esposito Di Napoli

Originaire de Perpignan, bouddhiste aux airs de « bum », Patrick rencontre Louis Léger chez un ami commun. Il se joint à la formation dès le début en tant qu'harmoniciste et ce jusqu'à son décès le 13 novembre 1994. Il a écrit et interprété la pièce « Séropositif Boogie » sur l'album éponyme, c'est-à-dire sa force de caractère! Une solide et profonde amitié liait Patrick et André.

Serge Robert

L'arrivée de Serge résulte d'une annonce publiée dans le journal VOIR. Bassiste et contrebassiste, il est le dernier membre à se joindre à la formation originale. Non seulement musicien, il écrit « Je chante comme une casserole » et l'interprète avec humour. « Atrocetomique » représentera son chant du cygne avec « Les Colocs » : Serge poursuivra sa carrière en solo sous le pseudonyme de Mononc'Serge.

Jimmy Bourgoing

Originaire de Sainte-Thérèse de Colombier sur la Côte Nord, Jimmy se passionne très tôt pour la musique en général et pour la batterie en particulier : il fera d'ailleurs sa marque auprès du grand public québécois en tant que batteur du groupe « Les Colocs ». Il quittera la formation peu avant l'enregistrement de « Dehors Novembre » en 1998.

André Vanderbiest

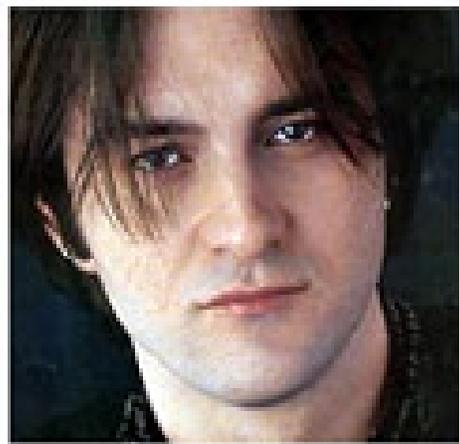
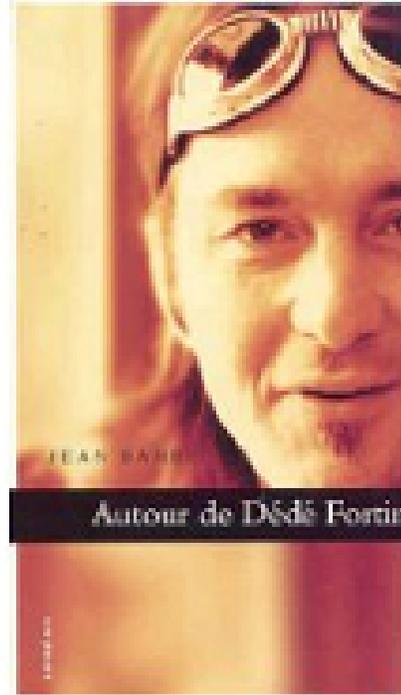
Belge d'origine, il s'installe à Montréal et se joint à la formation (1996-2000). André prend la relève de Serge Robert à la basse. En outre, son apport au groupe se traduira par des sonorités plus reggae. Auteur compositeur sur l'album « Dehors Novembre » paru en 1998, Vander co-réalise avec Mike Sawatsky le dernier album de la formation intitulé « Suite 2116 ».



Chanson
Les Colocs, Dédé 1993
Paroles par André Fortin et G. Lapointe
Musique par André Fortin

Juste en bas d'chez moi
Sur la rue Mont-Royal
Y a un p'tit gars, y a pas d'bécique
Y a une mère mais c'est pas sa mère
Pis on père, c't un alcoolique
C'est classique

Des fois y a l'aut'mère
Qui est pas plus sa mère
À vient l'chercher, ça fait du bruit
D'ailleurs, le bruit c'est toute sa vie
À part la folie



ANDRÉ FORTIN

Et pis y a l'autre soulon
Qui gueule après lui
Une chance qu'y est pas là l'après-midi
Ça fait qu'Dédé va jouer dans ruelle
Avec les poubelles

Wo!Wo!Wo! Dédé
Dédé, Dédé, Dédé!

Dés-moi comment tu fais pour endurer tout ça!
Dis-moi qu'est-ce que j'peux faire pour te venir en aide,
Chasser les démons qui rentrent dans ta tête!

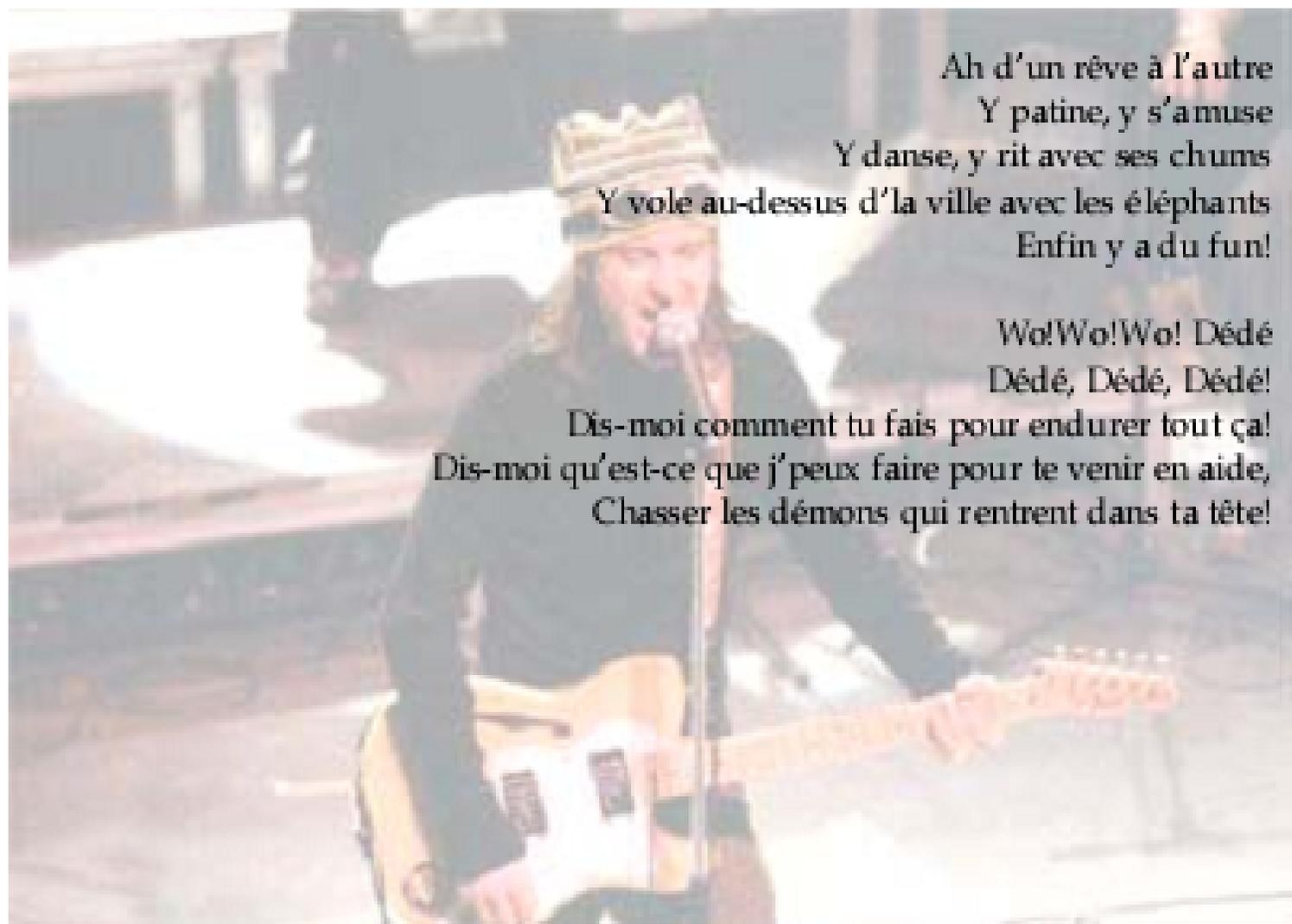
Tous les jours à sept heures du matin
J'entends des cris : Dédé viens icitte!
J'pense que Dédé c't un fils de putain
On l'traite comme un chien!

Wo!Wo!Wo! Dédé

Dédé, Dédé, Dédé!

Dés-moi comment tu fais pour endurer tout ça!
Dés-moi qu'est-ce que j'peux faire pour te venir en aide,
Chasser les démons qui rentrent dans ta tête!

Ah le soir venu, quand Dédé est couché
Le bruit est parti, y vit sa vie
En' deux couvertes pis son vieux toutou
Enfin l'monde est doux!



Ah d'un rêve à l'autre
Y patine, y s'a muse
Y danse, y rit avec ses chums
Y vole au-dessus d'la ville avec les éléphants
Enfin y a du fun!

Wo!Wo!Wo! Dédé
Dédé, Dédé, Dédé!

Dés-moi comment tu fais pour endurer tout ça!
Dis-moi qu'est-ce que j'peux faire pour te venir en aide,
Chasser les démons qui rentrent dans ta tête!

Des anticorps pour éviter les idées noires?
Par Katia Gagnon, La Presse le 2 février 2009

Est-il possible de stimuler chez les jeunes la production d'« anticorps » qui leur permettraient, devant un échec ou un stress majeur, d'éviter les idées suicidaires? Le Dr Jean-Jacques Breton, psychiatre, croit que oui. Dans une étude à paraître, il démontre que de tels « facteurs de protection » existent et qu'ils pourraient bel et bien, s'ils sont développés chez les jeunes à risque, prévenir des suicides.

En interrogeant 280 adolescents recrutés dans sept écoles secondaires de Montréal, et en comparant leurs réponses avec celles des jeunes clients qu'il reçoit à la clinique des troubles de l'humeur, l'équipe du Dr Breton a déterminé plusieurs facteurs de protection bien précis.

Le médecin cite les raisons de vivre, la spiritualité, la façon d'aborder les problèmes, les habitudes de vie et les valeurs. La spiritualité n'est pas définie comme la pratique religieuse comme telle, mais comme une vie intérieure, une recherche de sens. D'autres facteurs de protection sont davantage liés au plan familial, soit l'attachement positif avec le parent ou le sentiment d'appartenance à la famille.



Par exemple, un jeune qui fait une dépression et qui a peu d'amis, qui passe beaucoup de temps devant la télé, qui pratique peu de loisirs et de sports et qui n'a pas de but précis dans la vie risque beaucoup plus de rechuter parce qu'il a peu de facteurs de protection. Encore plus si, par exemple, il est en conflit avec ses parents.

« On a beaucoup parlé des facteurs de risque dans la problématique du suicide. Mais ce qu'on a découvert, c'est qu'il y a aussi des facteurs de protection. S'il y a des facteurs de protection, le risque d'avoir des idées suicidaires diminue. Ce n'est pas magique, bien sûr, mais si on favorise ces facteurs de protection, les gens peuvent améliorer leur capacité à faire face aux événements stressants. On peut les outiller », explique le Dr Breton.

« L'idée, c'est de renforcer nos jeunes, de les aider à produire des anticorps. S'il y a une nouvelle « infection », qu'ils puissent y faire face. Donc que la probabilité d'une réaction négative diminue », poursuit-il.

Chaque année, entre 50 et 100 jeunes de 6 à 18 ans sont dirigés vers la clinique des troubles de l'humeur à l'hôpital Rivière-des-Prairies. La grande majorité sont dépressifs et ont fait des gestes à caractère suicidaire. « On rencontre ici des jeunes de 10 ou 11 ans qui ont des idées suicidaires, des enfants qui veulent mourir », raconte le Dr Breton.

Ils ont, la plupart du temps, été envoyés par les urgences de l'hôpital, où leur cas a été jugé sérieux. Jamais on ne les fait attendre : ils sont tout de suite reçus, évalués et traités. L'évaluation dure une journée complète, au cours de laquelle on évalue justement leurs facteurs de protection.





Avec la **SRAADD**, mes droits, j'y vois !

43, rue Fusey, Trois-Rivières (QUÉBEC) G8T 2T6

Numéro local: (819) 693-2212 Sans frais: 1 (800) 563-2212

Télécopie: (819) 693-5550

Site Internet : www.sraadd.com

Courrier électronique : sraadd@videotron.com