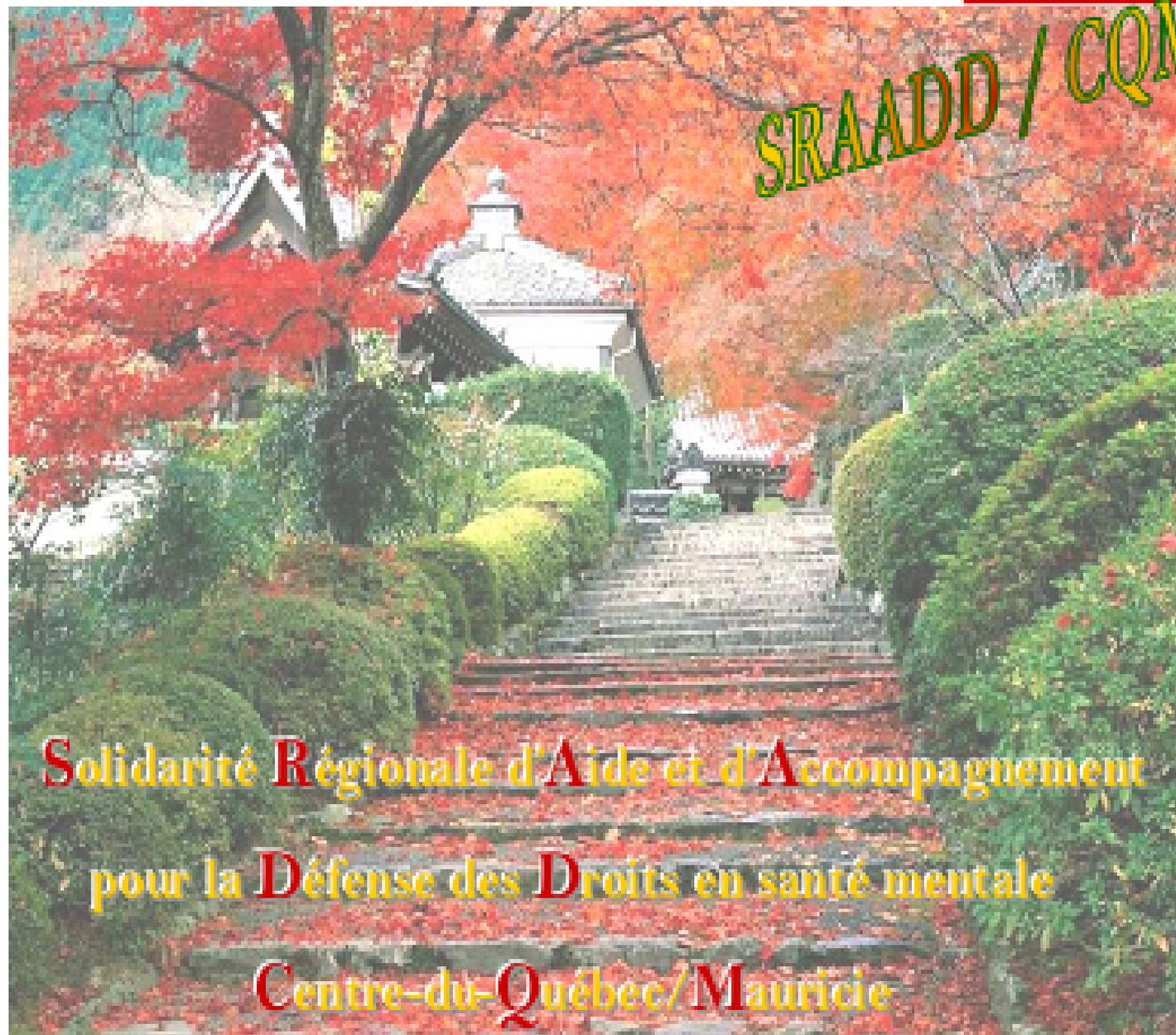


# L'Équité



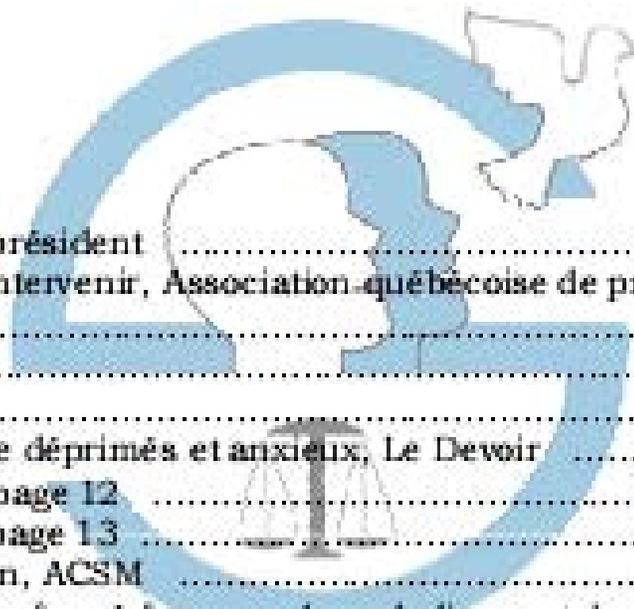
SRAADD / CQM



Solidarité Régionale d'Aide et d'Accompagnement  
pour la Défense des Droits en santé mentale  
Centre-du-Québec/Mauricie

Volume 17, Numéro 3  
Septembre 2009

# Table des matières



Un mot de Réjean Richard, président .....	1
Le suicide : comprendre et intervenir, Association québécoise de prévention du suicide ..	2
La folie sudoku .....	12
Mots croisés .....	13
Remerciements .....	14
Des enfants d'âge préscolaire déprimés et anxieux, Le Devoir .....	16
Solution des sudokus de la page 12 .....	17
Solution mots croisés de la page 13 .....	18
Les jeunes et l'automutilation, ACSM .....	19
Témoignages : Schizophrénie, face à face avec la maladie mentale .....	22
Troubles anxieux, Santé et services sociaux du Québec .....	25

## SRAADD

CQM

Solidarité Régionale d'Aide et d'Accompagnement  
pour la Défense des Droits en santé mentale  
Centre de services sociaux

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.**

**Mot du président  
Réjean Richard**

Bonjour chers membres

J'espère que vous avez passé un bel été. Le Conseil d'Administration est toujours présent pour vous avec votre directeur, Raymond Leclair.

Nous espérons que vous participerez à nos activités cette année.

**C'est le bonheur**

**Si on ne voulait qu'être heureux  
Cela serait bientôt fait,  
Mais on veut être plus heureux que les autres  
Et cela est presque toujours difficile  
Parce que nous croyons les autres  
Plus heureux qu'ils ne le sont en réalité.**

Cordialement vôtre



Réjean Richard, président



## **Le suicide : comprendre et intervenir**

### **Association québécoise de prévention du suicide**

Depuis 1999, suite aux demandes nombreuses et de plus en plus fréquentes de personnes qui visitaient leur site web, l'Association québécoise de prévention du suicide a décidé de diffuser de l'information touchant directement la problématique du suicide. C'est ainsi que l'on peut consulter directement à l'écran le contenu d'un document déjà connu de nombreuses personnes de différents milieux, *Le suicide : comprendre et intervenir*.

Je vous transmets donc ce contenu qui est considéré comme une information de « première main » qui peut être utile à toute personne qui est inquiète pour un proche ou qui traverse une période difficile. Nous espérons que ce document saura répondre aux demandes formulées et à toute personne curieuse d'en connaître un peu plus sur la problématique du suicide.

#### **Introduction**

##### ***Quand le suicide nous interpelle***

Le suicide ne fait pas de discrimination. Peu importe le statut social, le niveau de scolarité ou l'apparente qualité de vie, tout être humain peut, un jour ou l'autre, se sentir à ce point impuissant devant certains événements que l'idée du suicide pourra naître et persister jusqu'à conduire la personne à poser un geste suicidaire. C'est alors que le suicide nous interpelle. Nous nous demandons : « Que faire? » Trois mots peuvent guider notre action : *entendre, comprendre et agir*.

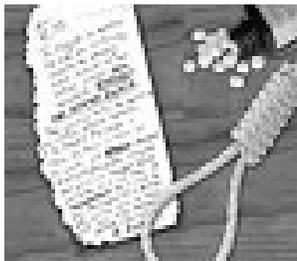
##### **Entendre la souffrance**

Notre société est axée sur la compétence, la performance et l'excellence. Elle laisse malheureusement peu de place à l'expression des multiples facettes de l'être humain, surtout dans ses aspects les plus fragiles. Toutefois, reconnaître la dimension fragile de la vie, c'est ouvrir le chemin vers l'acceptation de ses manifestations les plus intenses.

Ne pas rester insensible à l'autre et à l'expression de son désespoir, l'écouter sincèrement sans juger, voilà un premier pas, énorme, à la portée de chaque individu qui se sent interpellé par le suicide. Au quotidien, dans ses relations avec son entourage, chaque personne peut aider un proche confronté à la souffrance et ainsi éviter que soit posé un geste irrémédiable. Quand la vie devient insoutenable, quand la souffrance est telle que l'idée du suicide apparaît comme la solution libératoire, ne sommes-nous pas toutes et tous concernés? L'entraide, l'écoute et le soutien deviennent essentiels. Les valeurs sous-jacentes à l'entraide s'opposent à l'individualisme et la l'indifférence. Elles s'inspirent d'une vision sociale plus humaine, plus accueillante et plus tolérante. C'est donc dire que l'entraide et la vie sont intimement liées. En tout temps, en tout lieu, peu importe la difficulté à surmonter, l'entraide jouera toujours un rôle dynamique parce qu'elle est porteuse d'espoir. Elle brise la solitude, rejette l'indifférence et crée un mouvement de solidarité humaine propice à la recherche de solutions.

Il est cependant nécessaire d'apporter une nuance. Il y a une question à laquelle on est fréquemment confronté par la personne suicidaire, c'est le « À quoi ça sert de vivre? » À cette question, nous avons trop souvent tendance à donner notre propre vision de la vie, notre propre réponse et à tout prendre sur nos épaules, à porter la douleur de la personne suicidaire en oubliant parfois nos propres limites. Nous restons seuls, à sentir l'impuissance, l'angoisse, la colère et la culpabilité lorsqu'une personne qui nous est chère exprime des idées suicidaires. Toute cette lourdeur émotionnelle peut nous amener à nous sentir envahis. Or, l'entraide n'est pas seulement bénéfique à la personne suicidaire, mais l'est aussi pour celle qui aide. L'entraide n'est pas à sens unique, elle se vit pour et avec chacun de nous. Il ne faut surtout pas hésiter à aller chercher de l'aide, à consulter. L'entraide, l'écoute, l'ouverture à celui ou celle qui souffre sont des moyens privilégiés. Ces moyens doivent aussi être partagés entre plusieurs personnes, d'où l'importance de bâtir des réseaux, de s'allier aux centres de prévention du suicide, de consulter des professionnels ou toutes autres ressources disponibles. C'est en reconnaissant l'expertise de chacun, par un partage où chacun et chacune fait son bout de chemin, que la prévention du suicide est possible.

## Les mythes qui entourent le suicide



Que l'on soit touché par le problème du suicide, par la présence d'un comportement suicidaire dans notre entourage ou que l'on soit motivé par la volonté d'agir socialement, la question du Pourquoi revient constamment. On cherche à comprendre afin de pouvoir ordonner et saisir l'insaisissable, de façon à intégrer ce qui nous fait mal, ce qui nous dérange. Parfois, on cherche à trouver le ou les coupables. On désire également comprendre pour être en mesure de mieux intervenir et prévenir par la suite.

Aussi, pour faire face à ce qui est intangible, incompréhensible et insaisissable, les gens cherchent à rationaliser et sont souvent portés à faire appel à des MYTHES, à des préjugés et à des tabous profondément inscrits dans la mentalité populaire, à ce sujet Pierre Morissette soulignait en 1984 :

*« ...les mythes et les tabous entourant le phénomène du suicide ont une fonction sociale importante : protéger l'environnement contre les divers sentiments (culpabilité, agressivité, impuissance) suscités par le comportement suicidaire et fournir des explications sécurisantes. » (Cité dans Raymond, S. 1993)*

Les mythes les plus fréquents sont les suivants

### • Ceux qui en parlent ne le font pas

Ce mythe sous-entend que lorsqu'une personne nous parle de son intention suicidaire, c'est qu'elle va mieux, qu'elle désire attirer l'attention ou encore, qu'elle veut manipuler son entourage, et que si elle était vraiment décidée à mourir, elle n'en parlerait pas. Il faut toujours prendre les menaces de suicide au sérieux; elles sont des appels à l'aide, de plus, la plupart des personnes donnent des signes de leurs intentions suicidaires. Pour la personne suicidaire, parler du suicide est peut-être sa dernière tentative d'exprimer sa souffrance. Nous devons prendre très au sérieux toute allusion au suicide ou à la mort.

### • Les personnes en crise suicidaire sont formellement décidées à mourir

Ce mythe nous laisse supposer que la personne suicidaire choisit la mort, qu'elle a pesé le pour et le contre et que, après mûre réflexion, elle prend une décision rationnelle. Cela sous-entend que l'on ne peut plus intervenir et, de ce fait, ravive le sentiment d'impuissance ressenti en présence de celle qui souffre.

En réalité, la personne suicidaire est ambivalente. Ce n'est pas la mort qui est recherchée, mais la fin de la souffrance. Pour elle, il n'y a pas d'autres solutions, aucune autre issue. L'ambivalence entre cesser de souffrir et vivre ne vient pas nier le sérieux de l'idée. Au contraire, une grande partie de l'intervention auprès d'une personne suicidaire consistera à vraiment comprendre cette ambivalence et à s'en servir pour trouver une solution porteuse d'espoir.

### • Le mythe du courage ou de la lâcheté

Pour certains, vu de l'extérieur, le geste suicidaire se perçoit comme un signe de lâcheté, tandis que pour d'autres, comme un signe de courage. Quant à la personne suicidaire, ces qualificatifs sont rarement ceux qu'elle utiliserait. En fait, la personne suicidaire n'y voit ni courage ni lâcheté : il n'y a pas d'autre choix possible.

### • Le suicide se produit sans avertissement

Le geste suicidaire n'est pas spontané. Il est l'aboutissement d'un processus au cours duquel la personne donne des signes de détresse et de son intention suicidaire. Encore une fois, la reconnaissance rapide de ces signes et du processus suicidaire s'avère un élément déterminant dans la prévention du suicide.

### • Le mythe de l'hérédité et de la maladie mentale

Le suicide n'est pas héréditaire ni transmis génétiquement. Pour la personne suicidaire dont un parent s'est suicidé, le mythe est souvent très fort et se traduit par : « je vais finir comme ma mère ou mon père. » C'est un héritage lourd à porter, surtout lorsqu'une personne est en processus suicidaire.

Bien que les dimensions familiales et environnementales puissent avoir un effet déterminant sur la trajectoire de vie d'une personne, chaque personne vivra le suicide d'un membre d'une famille de façon différente.

Toutefois, une large proportion de personnes suicidées souffre de problème de santé mentale. Les diagnostics les plus fréquents sont : la dépression majeure, les psychoses maniaco-dépressives, les troubles de la personnalité et les psychoses non organiques. Ces diagnostics sont parfois multiples. Par ailleurs, il faut insister sur l'interaction complexe de facteurs bio-psycho-sociaux et culturels dans le comportement suicidaire qui, pris isolément, ne peuvent expliquer à eux seuls le recours au suicide.

**- Parler du suicide à une personne perturbée lui donnera l'idée de passer à l'acte**

Il est certain qu'il faut parler du suicide, mais pas n'importe comment. Par exemple, lorsque l'on dit à quelqu'un qui nous parle de ses intentions suicidaires qu'il peut mettre à exécution ses plans de suicide, on ne fait que lui confirmer qu'il a raison et qu'effectivement, il n'y a plus d'alternatives à sa souffrance. Certains croient que mettre au défi une personne suicidaire va l'amener à réaliser le non sens de son geste et à changer l'idée. Lancer un défi peut faire réagir la personne mais peut-être pas dans le sens voulu. La personne ainsi mise au défi peut sentir que sa mort est souhaitée. Le rejet, le sentiment de ne pas être entendue peut pousser la personne suicidaire à agir plus vite. Par contre, si on lui demande directement s'il songe au suicide, on ne lui met pas l'idée en tête, au contraire, on lui ouvre plutôt des portes à travers lesquelles il pourra exprimer sa souffrance. On lui dit qu'il peut nous en parler et que nous l'écoutons. On lui démontre qu'on le croit et qu'on veut l'aider.

**- On peut l'aider une personne suicidaire sans être un professionnel dans le domaine du suicide**

Au quotidien, dans nos relations avec l'entourage, on peut tous aider un proche confronté à la souffrance, avec les moyens dont on dispose et en respectant nos limites. Savoir reconnaître les signes avant-coureurs, ouvrir le dialogue et trouver des alternatives satisfaisantes pour la personne, sont des façons de soutenir un proche en situation de détresse. Cependant, dans l'aide à une personne suicidaire, professionnel ou proche, la même règle s'applique : on ne doit jamais rester seul avec le problème ; il faut absolument se faire aider.

**- L'amélioration suite à une crise signifie que le danger est passé**

Il se peut qu'une personne en crise suicidaire semble momentanément soulagée et paraît de belle humeur, mais cela ne signifie pas que le danger est passé. Au contraire, une bonne humeur soudaine dans un processus suicidaire peut indiquer une urgence élevée. Soit que la personne ait décidé de montrer des signes de mieux-être pour rassurer son entourage ou que, sentant sa souffrance à sa fin, elle ressent un réel soulagement. Il faut être vigilant, car certains suicides se produisent dans les quelques jours, semaines ou mois suivant une amélioration subite.

Ce bref tour d'horizon des mythes et des préjugés fréquemment rencontrés démontre que le suicide n'est pas toujours ce que l'on croit. Le suicide relève toujours d'un ensemble de conditions qui créent un contexte dans lequel une personne sera plus vulnérable qu'une autre face à une même situation de crise.

## Le processus suicidaire

### Le concept de crise

La crise est une période de désorganisation qui survient à la suite de la rencontre d'un obstacle ou d'une série d'obstacles à la réalisation des objectifs importants de la vie d'une personne. Pour un certain temps, cet obstacle est insurmontable par le biais des mécanismes habituels de résolution de problèmes. À maintes reprises pendant cette période de désorganisation, la personne tente, mais sans succès, d'en arriver à une solution.

Selon le principe d'homéostasie, toute personne essaie de maintenir un état d'équilibre dans sa vie. Lorsqu'un événement vient briser ce système d'équilibre, elle veut retrouver son état antérieur et utilisera plusieurs stratégies d'adaptation pour y arriver. Avec le temps, chaque personne a appris à traverser des situations difficiles et à mettre au point une gamme personnelle de stratégies. En situation de crise, ces stratégies s'avèrent déficientes et échouent à ramener l'équilibre, ce qui provoque un état de tension, une désorganisation et un stress important. La personne en crise tentera alors de trouver de nouvelles solutions et stratégies d'adaptation. Ces solutions peuvent s'avérer bénéfiques et permettre à la personne de retrouver son état d'équilibre antérieur et l'on parlera d'issue neutre. La personne pourra aussi acquérir de nouveaux mécanismes. On parlera alors d'issue positive, résolution de crise en certains cas.

Par contre, il arrive que des essais répétés de solutions se soldent par des échecs. Déjà en situation de souffrance, la personne se sent de plus en plus en perte de contrôle, passant alors à une phase aigüe de tension. Cette phase aigüe ne pouvant être tolérée longtemps, la personne cherchera par tous les moyens à diminuer sa souffrance, sa tension et son anxiété. Pour résoudre sa crise, elle pourra prendre la voie de la psycho somatisation, de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou tout autre moyen susceptible d'engourdir la souffrance à court terme.

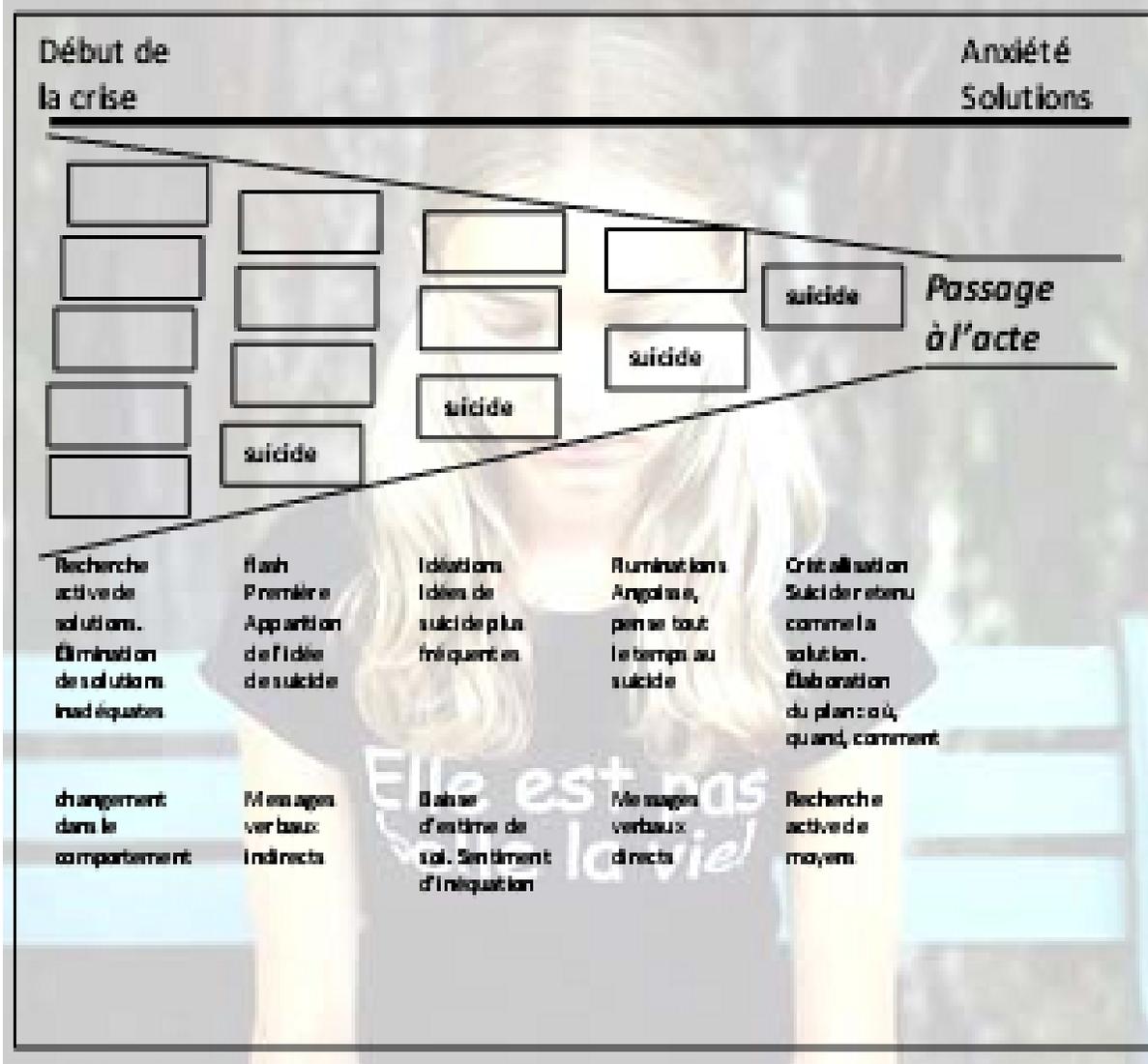
On parlera alors de résolution négative qui laisse la personne dans un état de vulnérabilité et l'on peut s'attendre à ce que la personne retombe en crise à la prochaine situation un tant soit peu difficile. Finalement, si rien ne lui apporte un soulagement, la personne envisagera le suicide comme la solution unique pour mettre fin à sa souffrance. C'est alors qu'on parlera d'une crise suicidaire.

### La crise suicidaire

La crise suicidaire est généralement le fruit d'un processus suicidaire au cours duquel l'idée du suicide prend de plus en plus de place pour devenir l'ultime solution. Le point important à retenir, c'est que ce n'est pas la mort qui est recherchée, mais la fin de la souffrance. L'ambivalence est présente tout au long de ce processus. C'est pourquoi la présence d'une personne, l'écoute et la possibilité d'une solution de rechange et d'espoir peuvent arrêter le processus suicidaire.

La figure 1 illustre les grandes étapes du processus suicidaire. Rappelons que la personne en crise cherche des solutions à une situation difficile et souffrante. Parmi ces solutions, on retrouve en toile de fond un besoin de fuir la douleur. Il faut toutefois insister sur l'ambivalence, sur toutes les possibilités de freiner ce processus et sur le potentiel d'ouvrir la porte à l'espoir. C'est à partir de cette ambivalence et de cet espoir que nous pouvons aider, soutenir la personne en crise et prévenir éventuellement son suicide.

Figure 1  
Schématisation du processus suicidaire



## Les signes précurseurs

Comme il a été précédemment mentionné, la personne suicidaire donne des indices et des signes de sa souffrance. Parfois, pour l'entourage, c'est comme le tintement d'une clochette d'alarme. On se dit: il ne va pas...ca n'a pas l'air d'aller...je m'inquiète... En d'autres occasions, l'entourage ne reconnaît pas ces signes, soit parce qu'il les méconnaît, soit parce que leur reconnaissance éveille plusieurs émotions contradictoires. Les signes précurseurs peuvent être de plusieurs ordres : messages verbaux, attitudes ou indices comportementaux ou émotifs, et signes de la dépression.

Les messages verbaux peuvent être clairs (directs) ou plus subtils (indirects).

### Messages verbaux directs

- je vais me tuer...
- je veux mourir...
- je n'ai plus le goût de vivre...
- j'ai tout ce qu'il faut pour le faire...
- etc.

### Messages verbaux indirects

- bientôt, vous aller avoir la paix...
- des fois, j'aimerais mieux être mort...
- inquiétez-vous pas, je vais débarrasser le plancher...
- etc.

### Les indices comportementaux

- changements radicaux dans les attitudes, dans les comportements;
- dons soudains d'objets significatifs pour la personne;
- diminution de la performance scolaire ou au travail;
- retrait, isolement;
- mise en ordre de ses affaires : écrire à des amis pour régler une querelle, faire son testament, etc.;
- changements dans les habitudes alimentaires (manger davantage ou moins) et de sommeil (insomnie ou sommeil prolongé);
- acquisition des moyens : achat d'une arme à feu, de corde, accumulation de médicaments, etc.;
- consommation inhabituelle de drogues, d'alcool, de médicaments;
- changements dans la tenue vestimentaire, dans les habitudes d'hygiène personnelle.

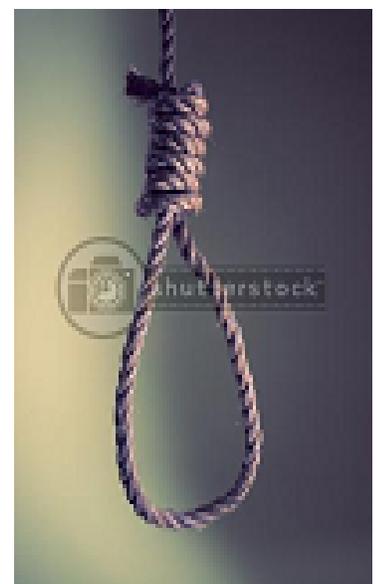
### Les indices émotifs

- désintérêt, perte de plaisir, de désir;
- pleurs, tristesse, apathie, découragement;
- incohérence, confusion dans le langage;
- brusques changements dans l'humeur, agressivité;
- émotions contradictoires et changeantes : rires suivis de pleurs, colère, etc.

### Les signes de la dépression

Il y a dépression si, depuis plus de quatre semaines, il y a présence de cinq ou plus des symptômes suivants, et ils représentent un changement important par rapport au fonctionnement habituel :

- humeur dépressive;
- diminution de l'intérêt et du plaisir;
- perte ou gain de poids;
- insomnie ou hypersomnie;
- fatigue, perte d'énergie;
- agitation ou retard moteur;
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité;
- difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions;
- pensées sur la mort ou le fait de mourir.



www.shutterstock.com - 1612931

Ces signes sont l'expression d'un état de souffrance et de détresse. Puisqu'ils sont également présents dans le processus suicidaire, il importe donc de les reconnaître et d'intervenir.

#### L'intervention auprès d'une personne suicidaire

Dès l'apparition du moindre indice qui nous laisse croire qu'une personne traverse une crise difficile, il est important d'agir sans tarder. Il n'existe ni moyens, ni formules magiques pour intervenir auprès d'une personne suicidaire. Voici cependant quelques pistes d'intervention possibles. Il est important de se rappeler dès le départ que la personne intervenante doit respecter ses propres limites dans cette situation.

#### Que faire ?

- établissez un climat de confiance fait d'empathie, de chaleur humaine, d'authenticité et de non jugement;
- rendez les lieux le plus sécuritaire possible. Remisez sous clés les armes à feu, les médicaments ou tout autre élément susceptible d'être utilisé;
- essayez de comprendre ce que vit la personne suicidaire (le plus simple étant de le lui demander directement) et lui faire verbaliser ce qui ne va pas;
- évaluez la possibilité que la personne se suicide prochainement, parlez avec elles de son intention de mourir, demandez-lui quand et comment elle pense se tuer (si le moyen qu'elle a choisi est facilement accessible en tout temps, le risque qu'elle passe à l'acte est d'autant plus élevé);
- établissez un plan d'action concret qui ouvre la porte à l'espoir. Ce plan d'action comprend les étapes d'une démarche de résolution de problèmes;
- dans l'attente de la mise en place des alternatives, prenez une entente très claire de non suicide. D'ici à ce que..., tu me donnes ta parole d'honneur que tu ne poseras aucun geste pouvant mettre la vie en danger;
- assurez-vous que la personne suicidaire ait en sa possession les coordonnées des ressources disponibles 24 heures par jour, tel le numéro de téléphone 1-866-APPELLE;
- adoptez une approche plus directive lorsque les circonstances ou l'urgence semblent l'exiger;
- encouragez la personne suicidaire à faire des activités qui lui sont importantes et à rencontrer des gens, dans la mesure de ses capacités du moment et à son propre rythme. Ne la laissez pas s'isoler;
- encouragez la personne à aller chercher de l'aide auprès d'un organisme ou d'un établissement de son milieu;
- comme proche, allez chercher de l'aide pour aider l'autre.

#### Que faut-il éviter?

- évitez de moraliser : ne lui dites pas de ne plus penser à la mort, mais parlez-en assez avec elle pour qu'elle réalise toutes les implications de son geste. Ne lui dites pas que ce ne serait pas bien ou qu'elle est folle, cela ne ferait que la culpabiliser;
- ne faites pas de promesses que vous ne pourrez pas tenir;
- ne donnez pas vos recettes de bonheur à la personne suicidaire, car chacun a sa façon de vivre et sa conception du bonheur selon son vécu, sa personnalité. Essayez plutôt de voir ce qu'elle-même estime susceptible de la rendre heureuse. Essayez de trouver avec elle quelles autres solutions pourraient être envisagées pour passer à travers sa crise et atténuer sa souffrance;
- ne faites pas tout à sa place sous prétexte de l'aider. Elle se trouverait alors confirmée dans l'idée qu'elle n'est plus capable d'agir, que vous lui faites pas confiance;
- n'oubliez pas de la respecter, de vous respecter, de respecter vos possibilités et vos propres limites face à la situation et face à la personne suicidaire;

- ne prenez pas la responsabilité des actes de la personne suicidaire;
- ne minimisez surtout pas la gravité de ses problèmes;
- ne restez pas seul dans vos interventions, parlez-en avec d'autres afin de bâtir un réseau de prévention. Parlez de ce que vous vivez, de vos émotions;

Méfiez-vous du mieux-être soudain alors que rien n'a été modifié. Cela peut représenter un signe avant-coureur d'un geste suicidaire. En cas de doute, parlez-en ouvertement.

### **IMPORTANT**

Si vous êtes inquiet, si vous ne voyez aucun changement chez la personne suicidaire malgré les interventions de son entourage, communiquez avec une ressource en prévention du suicide en composant le 1-866-APPELLE ou toute autre ressource disponible afin de pouvoir évaluer l'urgence de la situation, de voir à mettre en branle un plan d'action et pour recevoir vous-même du soutien.

La prévention la plus importante consiste d'abord à parler du problème

Cette deuxième partie élargit l'information à l'entourage des personnes suicidaires, c'est-à-dire les proches de la personne suicidaire et les personnes endeuillées suite à un suicide. Ce qu'ont en commun ces personnes avec la personne suicidaire, c'est le même besoin d'exprimer verbalement le lourd fardeau émotif engendré par la situation difficile. Est-ce possible de leur venir en aide? Comment pouvons-nous les soutenir?

**PARLER D'ABORD DU PROBLÈME** peut également soulever une réflexion autour d'un aspect vécu par plusieurs personnes qui sont en relation d'aide : la notion de secret autour du suicide.

#### **Entre le silence et le secret**

Où que nous nous trouvions dans la chaîne de relation humaine entourant la problématique du suicide (l'entourage d'une personne suicidaire, les membres de la famille, le ou la conjointe, les amis, les collègues de travail, les compagnons d'écoles, les professeurs, des voisins, ou même les intervenants professionnels), nous sommes fréquemment confrontés à une même réalité : celle du silence qui, malheureusement, entoure encore cette problématique.

Une fois le contact établi avec la personne suicidaire, nous faisons face à une autre dimension du problème, celle du secret. En effet, la demande de secret survient lors de la confiance. Il s'installe entre la personne suicidaire et la personne à qui elle demande de l'aide (peu importe cette personne).

Un processus identique prévaut dans le cas d'une personne endeuillée suite à un suicide ou d'un proche d'une personne suicidaire qui demande de l'aide. C'est donc dire que quand une personne franchit la première étape de se confier à quelqu'un pour parler de sa détresse et de sa douleur, il s'installe presque toujours un rapport exclusif entre deux personnes. Toutes les deux se voient enfermées dans une nouvelle forme de silence commandée par l'exigence du secret.

- Est-ce possible d'ouvrir ce cercle d'enfermement sans perdre la confiance de la personne qui se confie, qui parle, qui demande enfin de l'aide?
- Est-ce possible, sans trahir la personne, d'ouvrir à d'autres personnes significatives la possibilité de constituer un réseau d'aide essentiel?

Si l'il n'y a pas de réponse évidente à ces questions, il faut toutefois entrevoir des possibilités d'action à notre portée pour que le soutien et l'entraide puissent jouer leur rôle.

#### **Du secret à la discrétion**

La personne suicidaire est une personne en général isolée qui a une faible estime d'elle-même. La présence d'idées ou de comportements suicidaires l'amène généralement à craindre la réaction de ses proches.

Quelquefois, elle accepte difficilement de se confier. Et lorsque nous gagnons sa confiance et qu'il est alors possible de l'interpeller de façon directe : « Est-ce que tu penses actuellement au suicide? » et « Pourquoi penses-tu au suicide? », elle est, de façon générale, disposée à nous répondre, mais souvent à une condition essentielle et exigée de sa part : « Peux-tu garder le secret? » ou « Il faut que tu n'en parles à personne. »

Cette promesse, qui nous place dans une situation embarrassante, est dangereuse. Nous nous sentons bien sûr honorés de la confiance qu'elle nous porte, mais aussi responsable d'une autre vie. Et si la personne se suicide, nous regretterons amèrement cette promesse. Porteur de son secret, nous aurons le sentiment d'avoir commis une erreur en refusant d'en parler à autrui pour lui venir en aide.

#### Besoin essentiel

Par cette promesse, ce que la personne suicidaire demande, c'est la discrétion. Et nous pouvons nous engager à être discret : « Je ne peux te faire la promesse de n'en parler à personne car pour l'aider, il faudrait demander de l'aide (un parent, un ami, le psychologue de l'école, le CLSC, le centre de prévention de la localité, etc.). Mais je peux te promettre d'être très discret; nous choisirons ensemble les personnes ou les ressources pouvant te venir en aide. » Toutefois, il est important de se rappeler que lorsque la vie d'une personne est en danger, il faut utiliser la confidentialité afin d'assurer la sécurité des personnes en crise.

#### Le soutien

Malgré la demande de garder le secret, il est possible d'établir un réseau d'aide nécessaire à une démarche de résolution adéquate en amenant la personne suicidaire à y collaborer. Les quelques questions suivantes peuvent servir à initier cette démarche :

« As-tu déjà parlé de tes intentions suicidaires à une autre personne que moi? »

« Comment cette personne a-t-elle réagi? », « Accepterais-tu de lui en parler? »

Ou encore,

« Près de toi, quelles sont les personnes qui pourraient l'aider? », « Accepterais-tu de leur en parler? »

En installant ce contact, nous lui promettons un certain niveau de discrétion (confidentialité) tout à fait normal dans sa situation. Nous répondons adéquatement à sa demande, tout en évitant de nous retrouver isolé avec la personne et ses intentions suicidaires.

#### Les personnes endeuillées par suicide

Selon le groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994), entre 40 000 et 50 000 canadiens, par année, sont en deuil suite à un suicide. Pour ces personnes, « les réactions de deuil peuvent être qualitativement différentes à plusieurs égards » de celles provoquées par n'importe quelle autre mort tragique. « Il arrive que des réactions telles la culpabilisation, la colère, une impression de rejet ou de honte, des idées de suicide et l'acharnement à trouver une explication au geste, soient plus intenses et qu'elles agissent sur le deuil. »

Selon plusieurs auteurs, le travail de résolution du deuil comporte trois grandes étapes :

- 1- La protestation
- 2- La désorganisation
- 3- La réorganisation

Bien sûr, chaque personne touchée par un suicide tentera de traverser ces étapes à sa manière, avec ses forces et ses limites personnelles mais aussi en allant chercher de l'aide.

- 1- La protestation : c'est une réaction de choc, de déni, d'engourdissement et de protestation. On doit faire face à la perte d'un être cher. Généralement, c'est difficile à accepter, on ne veut pas y croire. Le déni caractérise particulièrement cette première phase. L'engourdissement émotif permet de se protéger des émotions.

- 2- La désorganisation : cette phase s'amorce quand la personne prend peu à peu conscience du caractère permanent de la perte. Il peut y avoir colère, rage, anxiété, douleur, désespoir. Il faut redéfinir sa vie sans la présence de l'être aimé. Il y a vulnérabilité.
- 3- La réorganisation : c'est la période durant laquelle l'acceptation de la perte se fait progressivement. On pourrait parler d'une phase de réadaptation. C'est l'abouissement du processus de deuil. La douleur n'a pas disparue mais prend de moins en moins de place même si elle revient parfois subitement à des moments ou à des dates particulières.

Le deuil causé par un suicide comporte des particularités. Choc, déni, refus d'accepter la nature de la perte, on doute souvent de la véracité de la thèse du suicide. On recherche une explication, un coupable, une cause. « Pourquoi? », question souvent laissée sans réponse. Plusieurs sentiments peuvent naître chez les personnes vivant le deuil :

- La culpabilité : « qu'est que j'ai fait, pas fait ou aurais pu faire... » « Si j'avais... ». Ce sentiment de culpabilité est souvent dirigé vers soi-même. On se voit impuissant, incompetent...
- La colère : sentiment souvent difficile à exprimer car il est dirigé contre la personne qui s'est suicidée, celle que l'on aime. On ressent alors ce geste comme du rejet, de l'abandon.
- La honte : le suicide porte encore son héritage social de tabous, il n'est pas étonnant qu'un sentiment de honte puisse s'installer. Par crainte du jugement social, plusieurs choisissent de ne pas en parler, de s'isoler, ce qui rend le deuil plus difficile.
- Le rejet et la stigmatisation sociale : il semble que la communauté juge plus sévèrement les personnes endeuillées suite à un suicide. On remarque des réactions émotives et de détresse qui peuvent conduire à des manifestations d'évitement, d'accusation et de blâme qui auront pour conséquence d'isoler la personne endeuillée.

#### Les besoins des personnes endeuillées

- parler de leur peine;
- raconter les détails du suicide, de leurs réactions;
- partager leurs peurs, leurs doutes;
- être écoutées;
- être rassurées;
- faire valider leurs émotions;
- entendre que leur peine diminuera graduellement.

#### Le soutien aux personnes endeuillées

L'intervention auprès d'une personne endeuillée vise particulièrement l'expression des émotions, l'identification des sentiments d'isolement liés à la peur et la crainte du jugement. Au Québec, de nombreuses ressources en prévention du suicide offrent aux personnes endeuillées la possibilité de participer à des groupes d'entraide et de soutien.

Les endeuillés ont souvent peur d'eux-mêmes. Il arrive parfois que par désespoir, imitation ou encore parce qu'ils voudraient retrouver la personne disparue, qu'ils présentent eux-mêmes des comportements suicidaires. Il ne faut surtout pas hésiter et inviter les endeuillés par suicide à demander de l'aide auprès des ressources de la communauté.

#### Les proches des personnes suicidaires

Les personnes suicidaires cherchent d'abord dans leur entourage le soutien et l'aide dont elles ont besoin. L'entourage des personnes suicidaires se sent souvent démuni face aux idéations, aux propos et aux gestes suicidaires de leur proche. Il est donc important de leur donner des outils pour pouvoir soutenir adéquatement la personne en besoin, l'orienter vers les ressources appropriées et éviter la désorganisation du réseau naturel.

Au Québec seulement, l'ACPS dans son mémoire *La prévention du suicide : vers un modèle intégré de services* (1990), estime à environ 700 000 le nombre de personnes touchées à chaque année par le suicide. De ce nombre, 530 000 seraient des proches de personnes suicidées.

Dans le domaine de la prévention du suicide, on leur attribue un rôle d'agent de liaison entre la personne suicidée et l'aide qu'elle peut recevoir de sa communauté (dépistage, intervention et référence).

Mais attention! On prend souvent pour acquis que le proche qui contacte une ressource extérieure est disponible et capable d'aider la personne suicidaire.

**Les besoins des proches de la personne suicidaire**

Les proches de la personne suicidaire sont souvent démunis devant la situation problématique et attendent d'être à la limite de leurs capacités avant de demander de l'aide. La motivation première qui les pousse à aller chercher du soutien, c'est de « Savoir quoi faire et comment le faire. »

Les proches de la personne suicidaire ont besoin d'être soutenus dans ce que cette crise leur fait vivre (sentiment d'impuissance, de colère, de tristesse, de culpabilité, de peur, etc.) et aidés pour identifier leurs disponibilités et leurs limites dans le soutien et l'aide qu'ils peuvent apporter à la personne suicidaire.

**Le soutien aux proches de personnes suicidaires**

- -En premier lieu, laissez-les parler de ce qu'elles vivent et exprimer leurs sentiments face à la situation (colère, peur, culpabilité);
- -Vérifiez si eux-mêmes pensent au suicide. Si oui, intervenez auprès d'eux sur la crise suicidaire et voyez qui d'autre pourrait aider la personne suicidaire concernée;
- -Cherchez qui sont les autres personnes impliquées (réseau) et comment elles pourraient apporter leur aide;
- -Chercher comment elles peuvent aider la personne suicidaire, en identifiant toutefois ses limites et ses capacités;
- -Cherchez avec elle où trouver l'appui et le soutien pour elle-même;
- -Limitez-les à ne pas garder le « secret »;
- -Offrez un soutien continu au proche.

N'oublions pas que les proches demandent de l'aide parce qu'ils ont besoin de verbaliser leur vécu difficile et d'être supportés quant à l'attitude et aux comportements à adopter face à la personne suicidaire.

Il faudra donc toujours être attentif à leur désir et à leur capacité d'agir, et leur apporter une aide qui tienne compte de leurs disponibilités et de leurs limites.

**CHAQUE ANNÉE AU QUÉBEC  
PRÈS DE 1 350 PERSONNES SE SUICIDENT  
790 000 personnes sont touchées par le suicide  
SOIT PRÈS DE :  
10 000 personnes vivent un deuil suite à un suicide  
63 000 personnes tentent de se suicider  
184 000 personnes pensent à se suicider  
530 500 personnes sont touchées à titre de proche**

Pour contacter une ressource en prévention du suicide, on peut :

Rejoindre la ligne québécoise d'intervention sans frais, 24 heures, 7 jours : 1-866-APPELLE;

Consulter son annuaire téléphonique dans les premières pages, sous la section URGENCE;

Contacteur un centre de prévention du suicide ou un centre de crise de votre région.



# 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

				1	
		6			5
		4			6
6			5		
3			2		
	5				

Jeu 2

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

Bonne chance  
et bon  
divertissement !

Jeu 3

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

Jeu 4

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

Les  
solutions  
sont à la  
page 17 !

# 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- C'est surtout en hiver qu'il est utile.
- 2- Prises à loyer – Lieu destiné à des manifestations sportives.
- 3- Article contracté – Inflammation de l'uvée – Préfixe.
- 4- Petit siège de cuir – Sort, dit-on, de la bouche des enfants.
- 5- Ventilateur – Grisons.
- 6- Mèche de poils – Espèce de bugle.
- 7- Petit morceau – Se dit d'un certain signal dans un studio de prise de vues.
- 8- Article espagnol – Ville du Nevada – S'enfonçe en tournant.
- 9- Fondateur de l'Oratoire – Petit trait horizontal.
- 10- Pantoufle – Ville du Nigéria.
- 11- Contrée de l'Europe ancienne – Récipients.
- 12- Qui causent la mort – Un des points collatéraux.

## VERTICALEMENT

- 1- Action de ranger par catégories.
- 2- Pioche à fer large et recourbé – S'oppose à la face – Molybdène.
- 3- Article contracté – Femelle du sanglier – Regimber.
- 4- Simple – Trick – Saint.
- 5- Rigueur – Partie du pain.
- 6- Dans la rose des vents – Possible.
- 7- Qui a l'esprit troublé – Langue des trouvères.
- 8- Ville d'Italie – Télévision – Cauchemar.
- 9- Répétée – Moitié de domino.
- 10- Gallium – Originales.
- 11- Publié – En les – Marque le point de départ.
- 12- Violoniste et compositeur roumain – Appuie fortement.

## REMERCIEMENTS

Mille mercis!

Le geste que vous avez posé a été très apprécié

Je tenais à vous exprimer ma reconnaissance

Pour cette belle marque de générosité.

Je vous remercie très fortement pour votre implication

Pour le renouvellement de ma carte

Continuer votre excellent travail

Merci Sylvain Therrien

Tout simplement MERCI

Pour ton support, tes conseils et ton professionnalisme

Merci infiniment

Mylène



## REMERCIEMENTS

de tout cœur merci

Un immense merci;  
Je crois que nous pouvons conclure que cette  
saga judiciaire est enfin terminée.  
Moi, mon frère et ma sœur  
vous sommes reconnaissants  
pour votre soutien et  
votre travail qui a mené  
à la conclusion de cette malheureuse  
saga.

Sincèrement

Michel V.



## Étude internationale menée au Québec - Des enfants d'âge préscolaire déprimés et anxieux [Louise-Maude Rioux Soucy](#), Le Devoir Édition [du mardi 01 septembre 2009](#)

La petite enfance n'est pas faite que de jeux et d'insouciance. Pour certains bouts de chou, elle est même synonyme de grandes inquiétudes. Une vaste étude internationale réalisée au Québec montre en effet qu'un enfant sur sept souffre de hauts niveaux de dépression et d'anxiété avant même de mettre le pied à la petite école, une fragilité qui va grandissant pour certains.

Publiée dans le dernier *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, cette étude a permis de suivre étroitement 1759 petits Québécois de leur naissance jusqu'à cinq ans. Au final, pas moins de 15 % ont montré des niveaux atypiques de dépression et d'anxiété. Au quotidien, cela se traduit par un enfant «qui se sent triste la plupart du temps», qui est manifestement «tendu, anxieux», souvent même apeuré, et qui «a du mal à ressentir du plaisir avec les autres», explique son auteure principale, la Dre Sylvana Côté.

La dépression et l'anxiété figurent parmi les dix premières causes d'incapacité dans le monde. Ces maux ont été très bien documentés chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, mais pas du tout chez les tout-petits. Résultat: on en sait très peu sur le phénomène, convient à la psychologue. «Plusieurs pensent même que ces problèmes n'existent pas pendant la petite enfance. Or, notre étude montre clairement que ces maux existent aussi chez les enfants d'âge préscolaire.»

Cette anxiété, qui sort de la normalité en raison de son extrême intensité, s'exprime en fait dès la première année de vie, poursuit la professeure au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. «Il existe des indications montrant qu'un enfant est plus à risque, et le plus important est certainement son tempérament à l'âge de cinq mois.» Ce nourrisson se distingue des autres par son comportement «capricieux». «Il est difficile à consoler» et il peine à s'adapter aux situations changeantes qu'il redoute, explique la Dre Côté.

La dépression de la mère est aussi un élément prédictif décisif, ajoute la psychologue. «Notre étude est la première à montrer que le tempérament du jeune enfant et la dépression maternelle peuvent mener à une trajectoire élevée de problèmes de dépression et d'anxiété avant l'entrée à l'école.» D'où l'importance de soutenir non seulement l'enfant, mais aussi sa mère, recommande l'équipe internationale qui regroupe des chercheurs tant québécois que français, américains et irlandais.

À cet égard, le Canada a toutefois peu à offrir, déplore la Dre Côté. «Il n'y a pas assez de services à la petite enfance ici. En fait, nous sommes si mal servis que nous nous classons derrière les États-Unis en la matière.» Cela est encore plus vrai pour les enfants qui auraient besoin de soins plus spécifiques dans un réseau qui n'a ni les moyens ni les ressources pour les leur donner.

Les enfants qui souffrent de problèmes dits «internalisés» sont de surcroît très difficiles à dépister. Ils sont discrets, repliés sur eux-mêmes et passent trop souvent inaperçus dans un groupe d'enfants où les plus turbulents monopolisent une bonne part de l'attention des éducateurs.

D'où l'importance de cibler ces enfants tôt, dès la première année de vie, alors qu'ils n'ont pas encore intégré le réseau, suggèrent les chercheurs. Pour ce faire, une intervention du personnel de la santé devra être mise à contribution. La prévention reste en effet le meilleur allié dans ce genre de problème, croit la psychologue. «À cet âge, la résilience est la règle plus que l'exception.»

Cela fait, l'accès à un milieu de garde de qualité paraît incontournable aux chercheurs. L'enfant à risque qui reste à la maison avec une mère dépressive a en effet tout à gagner à aller en garderie, croit la Dre Côté. «Il faut soutenir la mère comme l'enfant et les sortir tous les deux de leur isolement en leur donnant l'occasion de créer de nouveaux liens et de socialiser.»

Cela dit, en dépit du chemin parcouru par cette vaste étude, il reste encore bien des variables à examiner pour comprendre l'étendue et la nature du phénomène, de l'aveu même de l'équipe de recherche. Au nombre des lacunes à combler figurent une évaluation des facteurs génétiques pouvant prédisposer à ce genre de trouble et une analyse plus fine des états dépressifs de la mère.

Précisons que cette étude a été réalisée par une équipe réunissant des chercheurs du Laboratoire international sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent qui réunit 41 des chercheurs de l'Université de Montréal, de l'Université Laval, de l'Université McGill, de l'unité Inserm en France et de l'Université College Dublin en Irlande, avec une contribution de l'Université Carnegie Mellon aux États-Unis.

# LA FOLIE SUDOKU !

- Solution des grilles de la page 12 -

Jeu 1

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

Ces jeux  
sont tirés  
du site  
suivant :

Jeu 2

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

Jeu 3

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

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

Jeu 4

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

# Solution du **Mots croisés** de la page 13

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	C	H	A	S	S	E	N	E	I	G	E	
2	L	O	U	E	E	S		S	T	A	D	E
3	A	U		U	V	E	I	T	E		I	N
4	S	E	L	L	E		V	E	R	I	T	E
5	S		A	E	R	E	R		A	N	E	S
6	E	P	I		I	V	E	T	T	E		C
7	M	I	E	T	T	E		V	I	D	E	O
8	E	L		R	E	N	O		V	I	S	
9	N	E	R	I		T	I	R	E	T		P
10	T		U		M	U	L	E		E	D	E
11		M	E	S	I	E		V	A	S	E	S
12	M	O	R	T	E	L	L	E	S		S	E



Cette grille de mots croisés est tirée du livre suivant :





## Les jeunes et l'automutilation

### Association canadienne pour la santé mentale

Les jeunes apprennent à vivre leurs émotions de manières différentes. Les larmes, la colère, la dépression et le repli sur soi sont certaines des façons qu'ils utilisent pour composer avec les émotions accablantes et trouver une certaine forme de soulagement. Certains adolescents sont fréquemment troublés

par des sentiments intenses et douloureux. Même si certains d'entre eux sont capables de gérer ces sentiments, d'autres réagissent différemment à leurs problèmes parce qu'on ne leur a jamais appris à composer efficacement avec leurs émotions. Ils sont incapables de trouver les mots pour exprimer ce qu'ils ressentent et l'accumulation de sentiments rend de plus en plus difficile pour eux de penser clairement. Certains adolescents relâchent leurs émotions en se coupant, en se brûlant ou en se blessant d'une autre manière. L'automutilation leur fournit un soulagement immédiat mais il ne s'agit que d'une solution à court terme ayant de graves conséquences.

L'automutilation n'est pas un phénomène nouveau mais elle est de plus en plus fréquente. Une enquête révèle qu'environ 13% des adolescents ont indiqué avoir des comportements d'automutilation. Comme il s'agit d'une activité très secrète, il est difficile de déterminer exactement le nombre de jeunes gens qui s'automutilent.

Le nombre de cas d'automutilation ne cesse de croître. Chercher à en savoir davantage sur l'automutilation est une première étape essentielle pour vous venir en aide ou pour aider une autre personne. Des traitements existent mais, comme pour tout autre état mental et physique, le diagnostic précoce est un facteur déterminant.

#### Qu'est-ce que l'automutilation?

L'automutilation, également appelée blessures volontaires ou sévices auto-infligés, fait référence aux actes délibérés qui entraînent des blessures au corps et à l'esprit d'une personne. L'automutilation peut prendre plusieurs formes : se couper la peau avec une lame de rasoir ou un morceau de verre, se brûler, se donner des coups, s'égratigner, s'arracher les croûtes de peau, empêcher ses blessures de guérir, se tirer les cheveux et s'insérer des objets dans le corps. Les coupures représentent la forme la plus commune d'automutilation chez les jeunes d'aujourd'hui.

Dans un sens plus large, des comportements comme la consommation de tabac et d'alcool, la toxicomanie, les frénésies alimentaires et le fait de demeurer dans une relation où il y a de l'abus peuvent également être considérés comme des formes de blessures volontaires.

Les personnes qui s'infligent elles-mêmes des blessures peuvent ne pas vouloir s'enlever la vie. Habituellement, elles n'essayent pas de mettre fin à toutes leurs émotions mais plutôt de se sentir mieux.

### **Pourquoi certaines personnes s'automutilent-elles?**

Les experts décrivent l'automutilation délibérée comme une méthode de résolution de problèmes inefficace. Les personnes qui s'automutilent recherchent souvent un soulagement à leurs douleurs psychologiques, aux tensions insoutenables qu'elles vivent, à la solitude, à la dépression, à la colère, à une absence de sentiment ou à l'engourdissement. Certaines personnes se blessent elles-mêmes pour vivre des émotions plus intensément. D'autres le font pour se punir d'être « de mauvaises personnes. » Elles sont soit incapables d'exprimer leurs sentiments plus efficacement ou n'ont pas appris à le faire.

Les comportements d'automutilation apparaissent généralement au moment de la puberté ou à l'adolescence. Ils peuvent être présents pendant une période pouvant atteindre jusqu'à dix ans mais, s'ils ne sont pas traités, ils peuvent persister. Les épisodes d'automutilation sont habituellement des réponses à un « déclencheur » comme un sentiment de rejet perçu ou toute autre douleur émotionnelle. Le fait de s'infliger des coupures peut prendre de l'ampleur. On constate de plus en plus que les adolescents discutent des coupures qu'ils s'infligent sur Internet et qu'ils forment des clubs de coupures à l'école.

Il n'existe pas un seul type ni un seul profil pour décrire les personnes qui s'automutilent. Selon les recherches effectuées, la plupart d'entre elles sont issues de la classe moyenne ou supérieure, ont une intelligence moyenne ou supérieure et une faible estime d'elles-mêmes. 40% d'entre elles ont déjà connu des troubles alimentaires. Près de la moitié ont signalé avoir été victimes d'agressions physiques ou sexuelles durant leur enfance. La plupart disent qu'elles ont de la difficulté à exprimer leurs émotions, particulièrement la colère et la tristesse.



En s'infligeant des blessures physiques, les personnes qui s'automutilent disent se sentir soulagés des sentiments qui les accablent. Elles ressentent la douleur à l'extérieur et non à l'intérieur.

## Signes d'avertissement

Les personnes qui s'automutilent font de grands efforts pour cacher leur comportement mais il existe des signes d'avertissement :

- présenter des blessures fréquentes et inexplicables comme des coupures et des brûlures;
- porter des pantalons longs et des chandails à manches longues lorsqu'il fait chaud;
- avoir une faible estime de soi;
- avoir de la difficulté à gérer ses émotions;
- avoir des problèmes relationnels.

## Que puis-je faire?

Si vous vous infligez des blessures, il est important de commencer par en parler à quelqu'un en qui vous avez confiance comme par exemple un ami, un membre de la famille, un enseignant, l'infirmière de l'école ou un conseiller en orientation. Votre médecin pourra sans doute vous recommander un thérapeute ou un psychologue qui pourra vous aider. Il est même possible qu'un groupe de soutien existe dans votre région.

Si le comportement d'un de vos amis ou d'un membre de votre famille vous inquiète, il est correct de lui poser des questions. Le simple fait de parler de l'automutilation ne poussera pas une personne à commencer à s'infliger des blessures. Avant de poser des questions, apprenez-en davantage sur l'automutilation. Il est bouleversant de découvrir qu'une personne qui vous est chère se blesse volontairement et il peut être difficile d'écouter ce qu'elle a à dire.



Offrez-lui votre appui sans la juger ni la critiquer. Essayez de ne pas la blâmer et de ne pas réagir comme si son comportement était impossible à comprendre.

Le chemin qui mène à une bonne santé mentale peut être long. Avoir des attentes réalistes peut vous aider, vous et l'être cher, à gérer ce qui peut s'avérer être un lent changement.

### **Les traitements contre l'automutilation**

Les traitements fournis par des professionnels de la santé mentale sont recommandés. Un spécialiste peut aider les adolescents à trouver des mesures de rechange et les guider vers des actes moins dangereux pour exprimer leurs sentiments. Une thérapie comportementale peut aider à mettre un terme aux habitudes et à maintenir ce changement.

Les experts soulignent que le traitement précoce est important. Certains adolescents cessent de s'infliger des blessures lorsque leur comportement est connu. Pour d'autres, le fait d'être entourés par un réseau prévenant de membres de la famille, d'amis, d'enseignants, de conseillers et de médecins leur permet de diminuer leur besoin de se couper ou de se blesser de quelque manière que ce soit. L'évaluation permettant de diagnostiquer un état dépressif ou des troubles anxieux peut également permettre de révéler d'autres problèmes sous-jacents pouvant être traités.

### **Pour en savoir davantage**

Pour en savoir davantage, communiquez avec une organisation communautaire comme l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Une telle organisation pourra vous informer des groupes de soutien et des ressources disponibles dans votre collectivité.



## TÉMOIGNAGES

### Schizophrénie, face à face avec la maladie mentale Accolade santé mentale, Ressource en santé mentale



L'organisme L'Accolade Santé mentale a été fondé en 1991. C'est un organisme sans but lucratif s'adressant à l'entourage des personnes présentant un problème majeur de santé mentale.

Les paroles qui suivent sont de Maurice B., membre de L'Accolade Santé mentale. Elles témoignent de son vécu face à la maladie mentale dont souffre son épouse. C'est un témoignage vibrant de simplicité, de sincérité et de l'amour qui unit ce couple.

Fin novembre

En rentrant de mon travail, en début de soirée, j'ai un terrible pressentiment. La maison n'est pas éclairée

comme à l'habitude.

Ma femme est étendue sur le lit, dans un état de semi-torpeur. Je réussis à lui faire dire quels médicaments elle a absorbés et en quelle quantité. Je rejoins par téléphone une de ses sœurs, infirmière, qui vient aussitôt me prêter secours. Puis c'est le service d'urgence, l'ambulance, l'hôpital.

Je ne me sentais pas préparé pour un tel événement, même si des signes avant-coureurs s'accumulaient depuis plusieurs mois. Nous avons consulté des psychologues, et j'espérais toujours pour le mieux malgré mon inquiétude.

Diagnostic du psychiatre, le lendemain de l'entrée à l'hôpital : état dépressif endogène. Endogène, endogène... Même si je devine ce que ce mot peut bien signifier, il me faudra un peu de temps pour accepter la réalité qui se cache derrière.

Dans l'immédiat, j'ai une peur bleue qu'on ne veuille garder Rita et que je sois laissé seul avec mon problème. Aucun mot d'encouragement de la part du psychiatre pour dissiper mes craintes.

En fait, le séjour de Rita à l'hôpital aura été d'environ cinq mois. Le département de psychiatrie, au quatrième, c'est un peu comme le paradis, quand on le compare aux deux semaines de purgatoire passées dans un corridor et aux quelques jours d'enfer à la salle d'urgence.

Au centre du paradis se trouve la salle commune, qui devient pour moi, de visite en visite, comme un second chez-soi; il m'est donné d'y remettre en question bien des choses. Les préoccupations habituelles du monde trépidant de l'extérieur y sont comme absentes. Le rythme est lent, excessivement lent, l'atmosphère est feutrée comme un monastère. Impression d'éternité...

Plusieurs visages me deviennent peu à peu familiers. Cette dame d'humeur toujours égale, que j'imagine sans doute originaire de l'Inde, que son mari visite très régulièrement. J'en viens à me faire du souci pour eux. Cette jolie jeune fille, toute blonde, bien trop belle pour être arrivée si vite au ciel... Anorexie... Ce monsieur qui partage un temps la même chambre que ma femme. Il n'y a rien à redire, ni non plus rien à craindre. Quel monde étrange...

Avant d'accéder à un certain état d'équilibre et de sérénité, j'ai dû moi-même traverser les couloirs du purgatoire. Je me vois encore allant à mon travail sur la voie « rapide » de la Métropolitaine à l'heure de pointe, me demandant si je n'allais pas m'écraser dans la voiture tellement j'étais tendu et incapable de respirer. Le manque de sommeil m'enlevant tout pouvoir de concentration, je dois faire appel à un copain pour me délester d'une partie de ma tâche.

Curieusement, il ne me vient même pas à l'esprit d'utiliser des somnifères. À la place, je m'exerce un peu plus chaque soir à la relaxation et à la méditation, pratiques pour lesquelles j'avais déjà acquis quelques notions.

Ma grande découverte est d'apprendre à verser des larmes, beaucoup de larmes, sans avoir à pleurer. Autant les pleurs du désespoir sont amers, autant les larmes qui coulent doucement dans l'apaisement de l'âme décontractent le visage et font du bien à tout le corps.

J'en viens également à pouvoir facilement changer de niveau dans mon univers mental. Le marin dans son submersible en plongée, ou le cosmonaute dans son vaisseau spatial, ne sont-ils pas à l'abri de l'ouragan qui fait rage?

Le psychiatre m'annonce soudainement que les médicaments essayés ne produisent pas les effets escomptés, et qu'il faut envisager de procéder à une série de chocs électriques, à condition que la patiente donne son accord. Pourquoi me demande-t-on à la même époque et sans me faire aucune recommandation, de garder ma femme à la maison les fins de semaine? Après un choc, elle est totalement absente d'esprit et d'une lenteur désespérante. Je n'ose la laisser seule, même un instant.

Un dimanche soir, je lui dis qu'il est temps de retourner à l'hôpital.

Quel hôpital?

- le même que tu as quitté vendredi soir
- je n'ai pas d'affaire là, je ne suis pas malade.



Je réussis tant bien que mal à lui faire passer son manteau. Mais le plus gros travail, c'est de lui faire passer la porte. Une fois dehors, quel soupir de soulagement! Je ne suis pas encore au bout de mes peines toutefois.

- je n'ai pas d'affaire à l'hôpital. Je ne suis pas malade. On rentre à la maison.

J'implore le ciel. Il ne faudrait surtout pas avoir à tout recommencer.

Ouf! Nous voilà dans l'auto. On l'a échappée belle. Je me dis que bientôt elle va reconnaître l'hôpital... Figurez-vous que non.

- qu'est-ce qu'on s'en va faire là?

Une fois que nous serons rendus au quatrième, elle va sûrement reconnaître son petit coin de paradis, que je me dis.

Eh bien! Détrompez-vous. C'est comme si elle n'y avait jamais mis les pieds, au paradis. Est-ce qu'elle est entrain de me jouer la comédie?

M'en retournant à la maison, ce soir-là, je ne peux m'empêcher de sourire malgré mes déboires.

Après le congé définitif de l'hôpital, il faudra s'astreindre pendant plusieurs années à la routine de la clinique externe de jour, un certain nombre de fois par semaine.

Retour lent à la vie normale, puis enfin des progrès plutôt surprenants.

Oups! Ne pavoisons pas trop vite.

La schizophrénie (qu'est-ce que c'est ça?) fait subrepticement et malicieusement des apparitions.

Maladie mentale, méchant garnement, tu veux enlever aux pauvres humains que nous sommes toute joie de vivre? Eh bien! Moi, avec mes amis de L'Accolade, je vais te faire la guerre. On va te saisir par les cornes et te renvoyer là d'où tu viens, au fin fond des enfers.

Maurice B, Châteauguay

## Troubles anxieux

### Santé et services sociaux du Québec

#### Qu'est-ce que c'est?

La vie est ponctuée de toutes sortes d'émotions qui la rendent parfois plus facile, et parfois plus difficile. Tout le monde a éprouvé un sentiment d'appréhension, d'inquiétude, des sensations d'inconfort physique (palpitations, maux de tête, sudation, serrements de la poitrine, etc.) ou mental (difficulté d'attention, inquiétude, etc.) par exemple, à la veille d'un examen, lors d'une entrevue d'emploi, d'une épreuve sportive, lors d'un changement majeur dans sa vie (mariage, divorce, etc.) ou même devant certaines situations menaçantes. Ces moments d'inconfort sont liés à ces événements et s'estompent généralement dès que la vie reprend son cours normal. Il s'agit d'anxiété normale, un mécanisme d'adaptation naturel qui participe à la survie de l'individu. Les sensations psychologiques que l'individu ressent constituent l'anxiété en soi alors que les sensations physiques qui accompagnent l'anxiété ou qui se présentent parfois sans les sensations psychologiques sont nommées **angoisse**.

Par contre, si les symptômes de votre anxiété ne se résorbent pas quand la situation préoccupante rentre dans l'ordre ou qu'elle n'est pas liée à des événements de la vie, qu'elle se manifeste sans raison et que son niveau d'intensité est tel qu'elle envahit votre existence, on parle alors d'une des maladies de la famille des troubles anxieux.

En effet, ces maladies fréquentes toucheront près d'une personne sur quatre au cours de sa vie. Elles ne discriminent pas : elles peuvent affecter les enfants, les adolescents ou les adultes jeunes et vieux, peu importe leur race, leur sexe, leur condition sociale ou leur éducation.

Il existe plusieurs formes de maladie anxieuse qui présentent toutes ces sentiments d'inconfort physique ou mental décrits plus haut, à un point tel que la souffrance qu'elles engendrent est présente la majeure partie du temps et qu'elles interfèrent avec la capacité de l'individu d'accomplir ses fonctions familiales, professionnelles ou sociales.

Voici les principales formes de maladie anxieuse;

- **Le trouble de panique** : le « système d'alarme » de la personne se déclenche alors qu'aucun danger réel ne la menace; cela se manifeste par l'apparition des symptômes d'une décharge d'adrénaline : fréquence cardiaque accélérée, difficultés respiratoires, tremblements, serrements dans la poitrine, peur de mourir;
- **L'agoraphobie** : une forme particulière de trouble phobique où l'individu craint les lieux publics, souvent de peur de ne pouvoir sortir facilement, par exemple, incapable de faire la file d'attente au supermarché ou à la banque;
- **La phobie spécifique** : la personne nourrit une peur irrationnelle face à une situation qui ne représente pas de danger réel, par exemple, avoir peur des araignées ou des couleuvres, avoir peur de voyager en avion, etc.;
- **La phobie sociale** : une peur envahissante et incapacitante devant certaines activités sociales non menaçantes telles que de parler en public, boire ou manger en public, engager la conversation avec quelqu'un;

- Le trouble obsessionnel-compulsif : la personne se sent envahie par des pensées récurrentes qui l'obsèdent, tout en sachant le plus souvent qu'elles n'ont pas de sens, par exemple, craindre que le rond de la cuisinière soit allumé alors qu'elle sait qu'il ne l'est pas ou craindre d'attraper des maladies au contact d'objets usuels; elle se sent compulsivement obligée de faire certaines actions, souvent répétitives afin de réduire l'anxiété provoquée par des idées obsédantes, par exemple, vérifier plusieurs fois que le rond de la cuisinière est bien éteint, se laver les mains à répétition pour éviter d'attraper des maladies; l'un ou l'autre ou les deux types de symptômes peuvent incommoder la personne;
- L'état de stress post-traumatique : à la suite d'un traumatisme majeur qui lui a généralement fait craindre pour sa vie (terrorisme, guerre, cataclysme naturel, écrasement d'avion, agressions sexuelle, vol de banque, prise d'otage, accident d'auto, etc.), une personne vit beaucoup de peur, elle revit l'événement traumatisant (flash back ou rêves) et elle tente d'éviter toute situation lui faisant penser au traumatisme;
- L'anxiété généralisée : une forme d'anxiété où la personne s'inquiète constamment pour elle-même ou son entourage en lien avec plusieurs des événements réels ou appréhendés qui sont en soit peu probables ou pour lesquels l'anxiété est hors de proportion. Par exemple, elle peut craindre, entre autres, que ses enfants subissent un accident de la route à chaque fois qu'ils quittent pour l'école alors que le trajet se situe dans un quartier tranquille.

#### Qu'est-ce qui en est la cause?

On sait que les cellules du cerveau sont en communication constante entre elles. Elles utilisent les neurotransmetteurs à cette fin. Ce sont les neurotransmetteurs qui régissent les émotions, les mouvements, les pensées, les fonctions cognitives (mémoire, concentration, jugement, etc.) et les fonctions de survie (sommeil, appétit, digestion, élimination, contrôle de la douleur, réflexes, etc.).

Dans les troubles anxieux, l'équilibre des neurotransmetteurs est perturbé. Cependant, l'origine de cette perturbation est inconnue. Les troubles anxieux n'ont pas toujours une cause unique, mais résultent souvent d'un ensemble de facteurs qui, combinés, entraînent l'apparition des symptômes. Ces facteurs sont parfois :

- une vulnérabilité biologique;
- certaines maladies telles que l'hypertthyroïdie ou les maladies respiratoires (manque d'oxygène ou réduction de l'apport en oxygène);
- l'abus ou parfois la simple consommation de certaines substances telles la caféine, certaines drogues stimulantes comme la cocaïne;
- le sevrage de ces mêmes substances ou de l'alcool;
- des facteurs de stress dans la vie d'un individu.

#### Qu'est-ce qu'il faut faire?

Les troubles anxieux sont des maladies qui peuvent parfois se prévenir et elles se soignent.

#### Comment prévenir ou se prendre en main?

Même s'il n'est pas toujours possible de prévenir les troubles anxieux, certains comportements contribuent à en diminuer les risques : de saines habitudes de vie (bien manger, faire de l'exercice, dormir suffisamment, réduire la consommation d'alcool ou de drogues) et un bon réseau de soutien social (se confier à des amis, se distraire, etc.) peuvent éloigner les troubles anxieux.

Si vous vous reconnaissez dans les symptômes décrits plus haut, vous pouvez dès aujourd'hui revoir votre hygiène de vie. Ceci ne guérit pas un trouble anxieux, mais peut éliminer des facteurs qui l'accroissent ou l'entretiennent. Assurez-vous de vous coucher à une heure raisonnable, de bien vous alimenter, de faire de l'exercice quotidien (pour vous soutenir dans un régime d'activités physiques, consultez le site [www.0.5.30.com](http://www.0.5.30.com)), et de réduire la consommation de stimulants (café et thé, boissons gazeuses avec caféine ou boissons stimulantes, chocolat), drogues, alcool ([www.dependances.gouv.qc.ca](http://www.dependances.gouv.qc.ca)) ou cigarettes, en particulier si vous avez des troubles respiratoires.

### Quand consulter?

Si vous notez depuis plusieurs jours une souffrance incapacitante, une difficulté à rencontrer vos obligations professionnelles, sociales ou familiales, il serait peut-être utile de voir votre médecin de famille ou un professionnel de la santé. N'attendez pas d'être devenu incapable de faire vos activités habituelles pour consulter. Un professionnel pourra voir avec vous s'il s'agit bien d'un trouble anxieux ou d'un autre problème et vous proposera un plan de traitement adapté à vos besoins. Un bilan physique et des tests de laboratoire sont parfois nécessaires pour éliminer d'autres maladies qui se présentent comme un trouble anxieux.

Si vous en êtes à penser au suicide ou que vous craignez pour votre sécurité ou pour celle des gens autour de vous, joignez Info-Santé (téléphone : 8-1-1) ou consultez un médecin DE TOUTE URGENCE.



### Existe-t-il des traitements?

Il existe des traitements éprouvés des troubles anxieux, et plus vous consultez tôt, plus ces traitements ont des chances de vous soulager. Dans la majorité des cas, un traitement offrant une psychothérapie, des médicaments contre l'anxiété ou une combinaison des deux s'avère très efficace. Les experts en troubles anxieux s'accordent généralement pour recommander la thérapie cognitive-comportementale ou la thérapie comportementale, selon le trouble anxieux.

Pour trouver un psychothérapeute dont l'approche vous convient et avec qui vous vous sentirez à l'aise, informez-vous auprès de votre médecin de famille, de votre centre de santé et de services sociaux, de l'Ordre des psychologues du Québec ([www.ordrpsyq.qc.ca](http://www.ordrpsyq.qc.ca)) ou de l'Association des médecins psychiatres du Québec ([www.ampq.org](http://www.ampq.org)).

Les antidépresseurs, utilisés ici contre l'anxiété et non contre la dépression, ou d'autres catégories de médicaments, agissent en rétablissant l'équilibre entre les différents neurotransmetteurs du cerveau qui régissent les émotions, les fonctions cognitives (mémoire, concentration, etc.). Si votre médecin vous en prescrit, il est important de les prendre fidèlement et d'être patient. En effet, refaire l'équilibre dans votre cerveau peut prendre un certain temps, parfois même jusqu'à quatre à huit semaines. Ensuite, pour éviter une rechute, il est très important de continuer le traitement tel que prescrit même si vous vous sentez mieux. Le traitement d'un épisode anxieux peut durer de plusieurs mois à une année ou deux, selon la sévérité.

L'objectif d'un antidépresseur est la rémission des symptômes et non seulement la réduction ou un soulagement partiel des symptômes. Parfois, il arrive qu'un médicament entraîne des effets indésirables ou des effets secondaires. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin. N'arrêtez pas votre médicament sans en avoir discuté avec lui. Un autre médicament est peut-être alors indiqué.

## Le trouble de panique, avec ou sans agoraphobie

### Qu'est-ce que c'est?

Tout le monde a éprouvé un sentiment d'anxiété, d'appréhension, d'inquiétude, des sensations d'inconfort physique (palpitations, maux de tête, sudation, serremments de la poitrine, etc.) ou mental (difficulté d'attention, inquiétude, peur de mourir, etc.) lorsque confronté à une menace réelle, par exemple, après avoir évité de peu un accident d'auto ou une chute importante, ou devant certaines autres situations menaçantes. Ces moments d'inconfort sont liés à ces événements et s'estompent généralement dès que la vie reprend son cours normal. Il s'agit d'anxiété normale, en réaction à une menace réelle ou perçue. C'est un mécanisme d'adaptation naturel qui contribue à la survie de l'individu.

Par contre, si de tels symptômes apparaissent sans lien avec des événements de la vie, qu'ils se manifestent sans raison et que leur niveau d'intensité est tel qu'ils envahissent votre existence, on parle alors d'une maladie de la famille des troubles anxieux, le trouble de panique.

Cette maladie touche de 1 à 4% de la population, sans égard à la race. Elle touche toutefois beaucoup plus souvent les femmes que les hommes. Elle débute généralement au début de l'âge adulte, mais peut se présenter chez les enfants. De façon typique, le « système d'alarme » de la personne se déclenche alors qu'aucun danger réel ne la menace. Cela se manifeste par l'apparition des symptômes d'une décharge d'adrénaline : fréquence cardiaque accélérée, difficultés respiratoires, tremblements, sudation, serremments de la poitrine, peur de mourir. Il arrive parfois que la personne évite des endroits publics de peur qu'une crise survienne. On parle alors d'agoraphobie.

### Qu'est-ce qui en est la cause?

On sait que les cellules du cerveau sont en communication constante entre elles. Elles utilisent les neurotransmetteurs à cette fin. Ce sont les neurotransmetteurs qui régissent les émotions, les mouvements, les pensées, les fonctions cognitives (mémoire, concentration, jugement, etc.) et les fonctions de survie (sommeil, appétit, digestion, élimination, contrôle de la douleur, réflexes, etc.).

Dans le trouble panique, l'équilibre des neurotransmetteurs est perturbé. Cependant, l'origine de cette perturbation est inconnue. Le trouble panique n'a pas de cause clairement identifiée et résulte probablement d'un ensemble de facteurs qui, combinés, entraînent l'apparition des symptômes. Ces facteurs sont parfois :

- une vulnérabilité biologique;
- l'abus ou parfois la simple consommation de certaines substances telles la caféine, certaines drogues stimulantes comme la cocaïne;
- le sevrage de ces mêmes substances ou de l'alcool;
- des facteurs de stress dans la vie d'un individu.

### Qu'est-ce que d'autres ont vécu?

Plusieurs personnes célèbres ont lutté contre le trouble de panique, et ont contribué de façon remarquable à la société comme artistes, politiciens, scientifiques, athlètes ou financiers. Ces exemples nous rappellent que, malgré cette maladie parfois sévère, le rétablissement est toujours possible :

- Kim Basinger, actrice américaine
- Drew Barrymore, actrice américaine
- Caly Aiken, chanteur américain, gagnant d'une des premières éditions de l'émission American Idol.

Ces différentes personnes ont inspiré et inspirent encore leurs concitoyens par leurs réalisations dans leur domaine respectif. C'est de ces réalisations qu'on se souvient en pensant à eux et non à leur maladie.

### Qu'est-ce qu'il faut faire?

Le trouble panique, avec ou sans agoraphobie, est une maladie et se soigne.

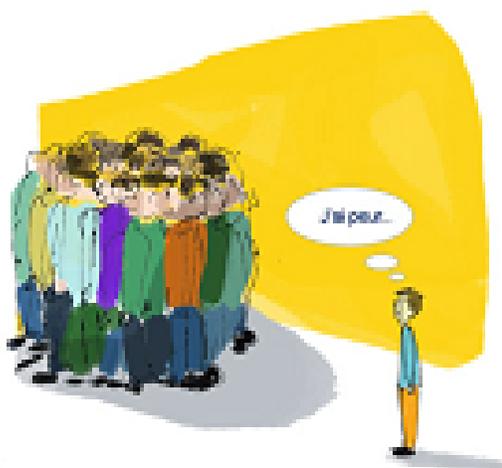
### Comment se prendre en main?

Si vous vous reconnaissez dans les symptômes décrits plus haut, vous pouvez dès aujourd'hui revoir votre hygiène de vie. Ceci ne guérit pas un trouble panique, mais peut éliminer des facteurs qui l'accroissent ou l'entretiennent. Assurez-vous de vous coucher à une heure raisonnable, de faire de l'exercice quotidien (pour vous soutenir dans un régime d'activités physiques, consultez le site [www.0-5-30.com](http://www.0-5-30.com)), et de réduire la consommation de stimulants (café et thé, boissons gazeuses avec caféine ou boissons stimulantes, chocolat), d'alcool ou de drogues ([www.dependances.gouv.qc.ca](http://www.dependances.gouv.qc.ca)). Les gens souffrant de trouble panique tentent souvent de contrôler leurs crises en consommant de plus en plus d'alcool et peuvent parfois même développer un problème d'alcoolisme.

L'évitement des lieux publics ne mène qu'à l'isolement et ne prévient pas les crises de panique : tentez de maintenir vos activités à l'extérieur. Si une crise survient, fuit les lieux renforce en fait la crise. Il vaut mieux rester sur place et tenter de se calmer en respirant lentement jusqu'à ce que la crise se résorbe. Souvenez-vous : personne n'est JAMAIS mort d'une crise de panique, aussi incommode et intense soit-elle.

### Quand consulter?

Si vous vivez des crises de panique fréquentes qui entraînent une souffrance incapacitante, une difficulté à rencontrer vos obligations professionnelles, sociales ou familiales, ou que vous vous isolez de plus en plus de peur de subir des crises en public, il serait peut-être utile de voir votre médecin de famille ou un professionnel de la santé. N'attendez pas d'être devenu incapable de faire vos activités habituelles pour consulter. Un professionnel pourra voir avec vous s'il s'agit bien d'un trouble de panique, avec ou sans agoraphobie, ou d'un autre problème et vous proposera un plan de traitement adapté à vos besoins. Un bilan physique et des tests de laboratoire sont parfois nécessaires pour éliminer d'autres maladies qui se présentent comme un trouble de panique.



### Existe-t-il des traitements?

Il existe des traitements éprouvés du trouble panique, avec ou sans agoraphobie, et plus vous consultez tôt, plus ces traitements ont des chances de vous soulager. Dans la majorité des cas, un traitement offrant une psychothérapie, des médicaments contre l'anxiété ou une combinaison de deux s'avère très efficace. Les experts en trouble panique s'accordent généralement pour recommander la thérapie cognitive-comportementale ou comportementale.

Pour un psychothérapeute dont l'approche vous convient et avec qui vous vous sentirez à l'aise, informez-vous auprès de votre médecin de famille, de votre centre de santé et de services sociaux, de l'Ordre des psychologues du Québec ([www.ordrepvq.ca](http://www.ordrepvq.ca)) ou de l'Association des

médecins psychiatres du Québec ([www.ampq.org](http://www.ampq.org)).

Les antidépresseurs, utilisés ici contre l'anxiété et non contre la dépression, ou d'autres catégories de médicaments, agissent sur l'équilibre entre les différents neurotransmetteurs du cerveau qui régissent les émotions, les fonctions cognitives (mémoire, concentration, etc.) et les fonctions somatiques (réactions de peur agissant sur la fréquence cardiaque, la respiration, etc.). Si votre médecin vous en prescrit, il est important de les prendre fidèlement et d'être patient. En effet, leur action peut parfois prendre un certain temps, parfois même jusqu'à quelques semaines. Ensuite, pour éviter une rechute, il est très important de continuer le traitement tel que prescrit même si vous vous sentez mieux. Le traitement d'un trouble de panique, avec ou sans agoraphobie, peut durer de plusieurs mois à une année ou deux, selon la sévérité. L'agoraphobie disparaît souvent d'elle-même avec la réduction, puis la disparition des crises de panique. L'agoraphobie sans crises de panique est plutôt rare, mais très incapacitante. Elle répond bien à des interventions de thérapie comportementale.

L'objectif d'un médicament est la rémission des symptômes et non seulement la réduction ou un soulagement partiel des symptômes. Parfois, il arrive qu'un médicament entraîne des effets indésirables ou des effets secondaires. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin. N'arrêtez pas votre médicament sans en avoir discuté avec lui. Un autre médicament peut être alors indiqué.

## Phobies et phobie sociale

### Qu'est-ce que c'est?

Tout le monde a déjà ressenti une peur face à un objet ou une situation. La peur est en fait un mécanisme de défense qui contribue à la survie de l'individu. Certaines peurs sont plus répandues que d'autres. Par exemple, on dit que de parler en public provoque des sentiments de peur ou d'anxiété chez près de 90% de la population. Mais ces peurs sont généralement peu intenses, passagères et peu incapacitantes.

Mais, pour certains, ces peurs sont excessives et persistantes, au point de provoquer l'évitement ou la panique, parfois même simplement devant l'image de l'objet. Lorsqu'une peur est associée à un objet ou une situation, il s'agit d'une phobie ou phobie spécifique, par exemple, la phobie des serpents ou de l'avion. Si la peur est plutôt associée à une situation où l'on pourrait se sentir embarrassé ou humilié, on parle plutôt de phobie sociale, par exemple, la peur de parler en public, de manger en public ou d'uriner dans une toilette publique.

Ces deux maladies fréquentes touchent environ 10% de la population, plus souvent les femmes que les hommes. La phobie sociale débute souvent à l'adolescence, mais parfois aussitôt qu'à cinq ans, alors que les phobies spécifiques apparaissent à l'enfance ou à l'adolescence, selon le type de phobie. Les objets ou les situations qui inspirent le plus de phobies sont, en ordre décroissant : les animaux, les orages, les hauteurs, la maladie, les blessures (le sang, les injections) et la mort. Près du tiers des personnes touchées par les phobies souffrent également de dépression.



### Qu'est-ce qui en est la cause?

On sait que les cellules de cerveau sont en communication constante entre elles. Elles utilisent les neurotransmetteurs à cette fin. Ce sont les neurotransmetteurs qui régissent les émotions, les mouvements, les pensées, les fonctions cognitives (mémoire, concentration, jugement, etc.) et les fonctions de survie (sommeil, appétit, digestion, élimination, contrôle de la douleur, réflexes, etc.).

Dans les phobies ou la phobie sociale, l'équilibre des neurotransmetteurs est perturbé. Cependant, l'origine de cette perturbation est inconnue. Les phobies ou la phobie sociale n'ont pas de cause clairement identifiée et résultent probablement d'un ensemble de facteurs (biologiques, héréditaires, environnementaux) qui, combinés, entraînent l'apparition des symptômes.

Plusieurs personnes célèbres ont lutté contre les phobies ou la phobie sociale, et ont contribué de façon remarquable à la société comme artistes, politiciens, athlètes ou financiers. Ces exemples nous rappellent que, malgré cette maladie parfois sévère, le rétablissement est toujours possible :

- \* Steve Blass, joueur de baseball pour les pirates de Pittsburgh
- \* Ricky Williams, joueur de football pour les Dolphins de Miami

Ces différentes personnes ont inspiré et inspirent encore leurs concitoyens par leurs réalisations dans leur domaine respectif. C'est de ces réalisations qu'on se souvient en pensant à eux et non à leur maladie.

Existe-t-il des traitements?

Il existe des traitements éprouvés des phobies ou de la phobie sociale, et plus vous consultez tôt, plus ces traitements ont des chances de vous soulager. Dans la majorité des cas, un traitement offrant une psychothérapie, des médicaments contre l'anxiété ou une combinaison des deux s'avère très efficace. Les experts en phobies et phobie sociale s'accordent généralement pour recommander la thérapie comportementale.

Pour trouver un psychothérapeute dont l'approche vous convient et avec qui vous vous sentirez à l'aise, informez-vous auprès de votre médecin de famille, de votre centre de santé et des services sociaux, de l'Ordre des psychologues du Québec ([www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)) ou de l'Association des médecins psychiatres du Québec ([www.ampq.org](http://www.ampq.org)).

Certains antidépresseurs, utilisés ici contre les peurs et non contre la dépression, ou d'autres catégories de médicaments, en particulier les bêtabloqueurs, agissent sur l'équilibre entre les différents neurotransmetteurs du cerveau qui régissent les émotions, les fonctions cognitives (mémoire, concentration, etc.) et les fonctions somatiques (réactions de peur agissant sur la fréquence cardiaque, la respiration, etc.). Si votre médecin vous en prescrit, il est important de les prendre fidèlement et d'être patient. En effet, leur action peut parfois prendre un certain temps, parfois même jusqu'à quelques semaines. Ensuite, pour éviter une rechute, il est très important de continuer le traitement tel que prescrit même si vous vous sentez mieux.

L'objectif d'un médicament est la rémission des symptômes et non seulement la réduction ou un soulagement partiel des symptômes. Parfois, il arrive qu'un médicament entraîne des effets indésirables ou des effets secondaires. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin. N'arrêtez pas votre médicament sans en avoir discuté avec lui. Un autre médicament est peut-être alors indiqué.

Troubles obsessionnels-compulsifs

Qu'est-ce que c'est?

Tout le monde a déjà été préoccupé par une pensée, la ruminant ou la vivant avec angoisse. Puis, la vie suit son cours et la pensée disparaît, remplacée par les nombreuses activités et pensées de notre quotidien. De même, il peut arriver que l'on répète de façon quasi-machinale certains gestes, par exemple, vérifier qu'une porte est bien verrouillée quand on vient de retirer la clé d'une serrure. Ce sont là des expériences normales, plus ou moins présentes selon les individus et les périodes de la vie.

Mais, pour certains, ces idées ou ces comportements prennent une ampleur démesurée. Ces obsessions ou compulsions provoquent alors beaucoup de détresse. Elles prennent beaucoup de temps au cours d'une journée et interfèrent ainsi avec la routine de vie de l'individu, de même qu'avec sa vie professionnelle, sociale ou familiale.

Une obsession est un phénomène psychologique. Il s'agit d'une idée, pensée ou sensation récurrente qui fait intrusion malgré le désir ou la volonté de l'individu. Cette intrusion répétitive provoque de l'anxiété ou de l'angoisse. Par exemple, l'obsession la plus fréquente est la peur de se contaminer au contact de certains objets. Il peut également arriver qu'une personne se sente obligée de répéter certains comportements, de faire des rituels, souvent pour chasser une obsession ou pour tenter de réduire l'anxiété que l'obsession provoque. C'est ce que l'on appelle une compulsion. Se laver les mains à répétition, parfois jusqu'au sang serait le comportement compulsif associé à l'obsession de se contaminer. Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise pas la présence d'obsessions, de compulsions ou des deux. Ces symptômes sont présents pendant plusieurs heures par jour. La personne qui les vit reconnaît par ailleurs que ces comportements ou ces idées sont irrationnels, démesurés ou bizarres, mais elle est incapable de faire autrement. Certaines manifestations de TOC sont parfois médiatisées, par exemple, ces gens qui ramassent tout ce qu'ils croisent et vivent donc dans un capharnaüm d'objets et de débris de toute sorte qui remplissent leur appartement, mais les quatre types les plus fréquents de symptômes de TOC sont :

- 1.L'obsession de doute où la personne craint souvent d'avoir fait ou omis de faire quelque chose qui pourrait avoir des conséquences néfastes (oublier de fermer le rond de la cuisinière, avoir mal verrouillé la porte de la maison, avoir oublié une carte de crédit après l'avoir utilisée ou l'avoir perdue sans s'en rendre compte) et la compulsion de devoir révéifier plusieurs fois de suite si l'action en question a bien été faite ou omise (retourner plusieurs fois à la maison pour vérifier la cuisinière ou la porte de la maison, vérifier son portefeuille et compter ses cartes).
- 2.L'obsession sans compulsion associée de pensée répétitive, où la personne est envahie d'une pensée souvent de nature violente ou sexuelle qui va à l'encontre du désir de la personne, mais qu'elle craint agir malgré elle, par exemple, la peur de poignarder son enfant ou d'agresser sexuellement quelqu'un.
- 3.La compulsion sans obsession de symétrie ou de précision, où la personne doit placer certains objets d'une certaine façon ou faire certaines choses avec une telle précision qu'elle peut y passer plusieurs heures par jour, parfois pour des choses aussi simples que se raser ou s'habiller.
- 4.L'obsession de se contaminer au contact d'un objet et la compulsion de se laver ou d'éviter les situations où l'objet se trouve, par exemple, éviter de serrer la main de quelqu'un qu'on rencontre.



Cette maladie touche environ 3% de la population, autant les femmes que les hommes. Elle débute généralement au début de l'âge adulte, mais peut se présenter chez les enfants dès l'âge de 2 ans.

Elle est également fréquemment accompagnée d'autres problèmes de santé mentale, plus particulièrement de dépression ou de phobie sociale (près de 70% et 20% respectivement des personnes souffrant de TOC).

### Qu'est-ce qui en est la cause?

Dans le TOC, l'équilibre des neurotransmetteurs est perturbé. Cependant, l'origine de cette perturbation est inconnue. Le TOC n'a pas de cause clairement identifiée et résulte probablement d'un ensemble de facteurs qui, combinés, entraînent l'apparition des symptômes. Plusieurs études semblent pointer vers une vulnérabilité biologique, possiblement lié à l'hérédité ou au système neurologique, mais ne peuvent identifier de facteur spécifique pour l'instant.

### Qu'est-ce que d'autres ont vécu?

- \* Plusieurs personnes célèbres ont lutté contre le TOC, et ont contribué de façon remarquable à la société comme artistes, politiciens, scientifiques, athlètes ou financiers. Ces exemples nous rappellent que, malgré cette maladie parfois sévère, le rétablissement est toujours possible :
- \* David Beckham, joueur de soccer britannique parmi les plus connus au monde, maintenant avec le Galaxy de Los Angeles
- \* Charles Darwin, scientifique britannique, père de la théorie de l'évolution
- \* Howard Hughes, Américain, inventeur, aviateur, ingénieur, industriel milliardaire, cinéaste
- \* Leonardo di Caprio, acteur américain, star du Titanic, qui a également incarné Howard Hughes

Ces différents personnes ont inspiré et inspirent encore leurs concitoyens par leurs réalisations dans leur domaine respectif. C'est de ces réalisations qu'on se souvient en pensant à eux et non à leur maladie.

### Existe-t-il des traitements?

Il existe des traitements éprouvés du TOC, et plus vous consultez tôt, plus ces traitements ont des chances de vous soulager. Dans la majorité des cas, un traitement offrant une psychothérapie, des médicaments contre l'anxiété ou une combinaison des deux s'avère très efficace. Les experts en TOC s'accordent généralement pour recommander la thérapie comportementale.

Certains antidépresseurs, utilisés ici contre les obsessions ou les compulsions et non contre la dépression, ou d'autres catégories de médicaments, agissent sur l'équilibre entre les différents neurotransmetteurs du cerveau qui régissent les émotions et les fonctions cognitives (mémoire, concentration, etc.). Si votre médecin vous en prescrit, il est important de les prendre fidèlement et d'être patient. En effet, leur action peut parfois prendre un certain temps, parfois même jusqu'à quelques semaines. Ensuite, pour éviter une rechute, il est très important de continuer le traitement tel que prescrit même si vous vous sentez mieux. Le traitement d'un TOC peut durer de plusieurs mois à indéfiniment, selon la sévérité.



L'objectif d'un médicament est la rémission des symptômes et non seulement la réduction ou un soulagement partiel des symptômes. Parfois, il arrive qu'un médicament entraîne des effets indésirables ou des effets secondaires. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin. N'arrêtez pas votre médicament sans en avoir discuté avec lui. Un autre médicament est peut-être alors indiqué.

## État de stress post-traumatique

### Qu'est-ce que c'est?

Tout le monde a été un jour exposé à une situation qui menace la vie ou l'intégrité physique, comme éviter de justesse un accident de la route. Une telle situation peut faire vivre une grande anxiété, une réaction physique de peur intense, caractéristique d'une décharge d'adrénaline (fréquence cardiaque élevée, respiration rapide, tremblements, frissons, faiblesse, sueurs, etc.). La peur et la réaction subséquente sont en fait un mécanisme de défense qui participe à la survie de l'individu. Mais cette expérience se résorbe généralement en quelques heures, tout au plus, et la vie suit son cours.

Mais, pour certains, l'exposition à une situation de stress intense qui menace la vie ou l'intégrité physique entraîne l'apparition qui ne se résorbent pas. Au contraire, elles semblent s'installer de façon chronique, sont revécues avec la même intensité qu'à la première exposition à la situation traumatisante en rêves, en réminiscences (flash-back) ou si la personne est exposée à une situation ou un contexte identique ou similaire. L'individu affecté tentera d'éviter les situations ou les contextes qui lui rappellent le traumatisme.

Cette condition, initialement identifiée chez les militaires exposés au stress aigu de théâtres de guerre, se nomme état de stress post-traumatique. On reconnaît aujourd'hui que plusieurs situations traumatisantes qui provoquent une réaction aiguë chez la plupart des gens peuvent déclencher l'état de stress post-traumatique chez certaines personnes : terrorisme, guerre, cataclysme naturel, écrasement d'avion, agression sexuelle, vol de banque, prise d'otage, accident d'auto, etc.

Cette condition fréquente touche environ 10% de la population, surtout des personnes au début de l'âge adulte, plus susceptibles d'être exposées à des situations traumatisantes. Les femmes sont environ deux fois plus souvent atteintes que les hommes. Ceux-ci sont plus susceptibles de développer la maladie à la suite d'expériences de guerre. Quant aux femmes, elles la développent plutôt après des traumatismes individuels, par exemple, une agression physique ou un viol. La dépression ou l'abus de drogues ou d'alcool sont fréquemment associés à l'état de stress post-traumatique.

### Qu'est-ce qui en est la cause?

Un traumatisme intense qui a fait vivre une peur profonde est toujours à l'origine de la maladie. Par contre, alors que de 50 à 60% des gens vivront un tel traumatisme dans leur vie, seule une petite partie de ceux-ci développeront la maladie, sans doute en lien avec un ensemble de facteurs (biologiques, héréditaires, environnementaux) qui, entraîneront l'apparition des symptômes.

### Quand consulter?

Si, après avoir vécu un traumatisme, vous maintenez depuis plusieurs semaines un état d'hypervigilance, vous revivez avec souffrance l'expérience en rêves ou en flash-back et vous tentez d'éviter les situations au traumatisme, il serait peut-être utile de voir votre médecin de famille ou un professionnel de la santé. N'attendez pas d'être devenu incapable de faire vos activités habituelles pour consulter. Un professionnel pourra voir avec vous s'il s'agit bien d'un état de stress post-traumatique ou d'un autre problème et vous proposera un plan de traitement adapté à vos besoins.



## Existe-t-il des traitements?

Il existe des traitements éprouvés de l'état de stress post-traumatique, et plus vous consultez tôt, plus ces traitements ont des chances de vous soulager. Dans la majorité des cas, un traitement offrant une psychothérapie, des médicaments ou une combinaison des deux s'avère très efficace. Les experts en état de stress post-traumatique proposent généralement quatre modalités psychothérapeutiques :

- √ La thérapie comportementale
- √ La thérapie cognitive
- √ L'hypnose
- √ L'EMDR, ou *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, une technique qui associe des mouvements des yeux et de l'imagerie mentale de l'expérience traumatisante.

## Se renseigner ou obtenir de l'aide

Voici quelques liens utiles pour obtenir une aide immédiate ou plus d'information :

Le service Info-Santé : 8-1-1

La ligne de prévention du suicide : 1-866-APPELLE ou 1-866-277-3553

Pour les anciens combattants et leur famille immédiate : 1-800-268-7708 (24/7)

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels : [www.cavac.qc.ca/accueil.html](http://www.cavac.qc.ca/accueil.html)

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel : <http://rqcalacs.qc.ca>

Site d'information sur les agressions sexuelles : <http://www.agressionssexuelle.com/>

Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires : [www.revivre.org](http://www.revivre.org)

Association / Troubles anxieux du Québec : [www.ataq.org](http://www.ataq.org)

Association québécoise de prévention du suicide : [www.aqpsi.info](http://www.aqpsi.info)

Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale : [www.ffapamm.qc.ca](http://www.ffapamm.qc.ca)

Association canadienne pour la santé mentale : [www.cmha.ca/bins/index.asp?lang=2](http://www.cmha.ca/bins/index.asp?lang=2)

Association canadienne pour la santé mentale, chapitre de Montréal : [www.acsmmontrealqc.ca](http://www.acsmmontrealqc.ca)



# À votre agenda SRAADD

**Êtes-vous sauveur, victime ou persécuteur?**

Conférence gratuite au Centre Gabrielle Granger

690, Mgr Panet, Nicolet salle 1

23 septembre 2009 de 13h30 à 15h30

**Le courage d'être soi!**

Conférence gratuite au Centre Gabrielle Granger

690, Mgr Panet, Nicolet salle 1

19 novembre 2009 de 13h30 à 15h30

**Grandir malgré les obstacles!**

Conférence gratuite au Centre Gabrielle Granger

690, Mgr Panet, Nicolet salle 1

20 janvier 2009 de 13h30 à 15h30

**Veillez réserver votre place car le nombre de places est limité**

Les frais de transport seront payés par la SRAADD à condition de faire du covoiturage à un minimum de trois personnes par véhicule selon le barème en vigueur à la SRAADD

**Demandez Nancy 1-800-563-2212 ou 819-693-2212**

**Site Internet**

**www.sraadd.com**

**Ne manquez pas!**



Avec la **SRAADD**, mes droits. i'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](http://www.sraadd.com)

Courrier électronique : [sraadd@videotron.ca](mailto:sraadd@videotron.ca)