

REPÈRES ET BONNES PRATIQUES

LES TROUBLES MENTAUX



CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE
DES COOPÉRATIVES D'HABITATION



La réalisation du guide *Les troubles mentaux: repères et bonnes pratiques* a été rendu possible grâce au soutien financier du Fonds étudiant de solidarité-travail du Québec pour sa contribution à l'embauche d'une stagiaire.

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes pour leur contribution et leur excellent travail:

Recherche: Geneviève Demers-Lessard, étudiante à la maîtrise en service social et Isabelle Godbout (CQCH)

Rédaction: Geneviève Demers-Lessard
Isabelle Godbout
Hélène Jacques (CQCH)

Conception visuelle: Geneviève Boucher (Hoola studio)

Coordination du projet: Hélène Jacques (CQCH)

Coordination de la réimpression: Bettina Cerisier (CQCH)

2^e édition, 2018 (2012).

REPÈRES ET BONNES PRATIQUES

LES TROUBLES MENTAUX

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	10
2. MYTHES SUR LES TROUBLES MENTAUX	12
3. INFORMATION SUR LES TROUBLES MENTAUX	16
3.1. Troubles mentaux	17
3.1.1. Références sur les troubles mentaux	17
3.2. Troubles anxieux	18
3.2.1. Qu'est-ce que l'anxiété?	18
3.2.2. Distinction entre anxiété, peur et stress	18
3.2.3. Qu'est-ce que les troubles anxieux?	18
3.2.4. Un peu de statistiques	19
3.2.5. Trouble panique	19
3.2.5.1. Certaines caractéristiques associées	20
3.2.5.2. Quoi faire ou éviter de faire	20
3.2.5.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême	20
3.2.6. Trouble obsessionnel-compulsif	21
3.2.6.1. Certaines caractéristiques associées	21
3.2.6.2. Quoi faire ou éviter de faire	22
3.2.6.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême	23

3.2.7. Phobie sociale.....	23
3.2.7.1. Certaines caractéristiques associées.....	23
3.2.7.2. Quoi faire ou éviter de faire.....	24
3.2.7.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême	24
3.2.8. Trouble d'anxiété généralisée.....	25
3.2.8.1. Certaines caractéristiques associées.....	25
3.2.8.2. Quoi faire ou éviter de faire.....	25
3.2.8.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême	26
3.2.9. Phobie spécifique.....	27
3.2.9.1. Certaines caractéristiques associées.....	27
3.2.9.2. Quoi faire ou éviter de faire.....	27
3.2.9.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême	28
3.2.10. Trouble de stress post-traumatique	29
3.2.10.1. Certaines caractéristiques associées.....	29
3.2.10.2. Quoi faire ou éviter de faire.....	29
3.2.10.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême	30
3.2.11. Autre problématique liée: Syndrome de Diogène	30
3.2.11.1. Certaines caractéristiques associées.....	30
3.2.11.2. Principaux risques associés à la coopérative d'habitation.....	31
3.2.11.3. Quoi faire ou éviter de faire.....	31
3.2.11.4. Quoi faire ou éviter de faire lorsque l'hygiène de la personne est négligée	32
3.2.11.5. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême	32
3.2.12. Références sur les troubles anxieux	33

3.3. Troubles de l'humeur	33
3.3.1. Troubles dépressifs	34
3.3.1.1. Distinction entre déprime et dépression	34
3.3.1.2. Dépression majeure	34
3.3.1.3. Certaines caractéristiques associées à la dépression majeure	34
3.3.1.4. Trucs pour faciliter la communication avec une personne dépressive	35
3.3.1.5. Quoi faire ou éviter de faire	35
3.3.1.6. Quoi faire ou éviter de faire lorsque l'hygiène de la personne est négligée	35
3.3.1.7. Quoi faire lorsque la personne souhaite arrêter sa médication	36
3.3.1.8. Références sur la dépression	36
3.3.2. Troubles bipolaires	37
3.3.2.1. Phase dépressive	37
3.3.2.1.1. Certaines caractéristiques associées à la phase dépressive	37
3.3.2.1.2. Trucs pour faciliter la communication avec une personne en phase dépressive	38
3.3.2.1.3. Quoi faire ou éviter de faire, face à une personne en phase dépressive	38
3.3.2.1.4. Quoi faire ou éviter de faire lorsque l'hygiène de la personne est négligée	38
3.3.2.1.5. Quoi faire lorsque la personne souhaite arrêter sa médication	39
3.3.2.2. Phase de manie	39
3.3.2.2.1. Certaines caractéristiques associées à la phase de manie	39
3.3.2.2.2. Les caractéristiques associées à la phase d'hypomanie	39
3.3.2.2.3. Trucs pour faciliter la communication avec une personne en phase de manie	40
3.3.2.2.4. Quoi faire ou éviter de faire, face à une personne en phase de manie	40
3.3.2.2.5. Quoi faire lorsque la personne souhaite arrêter sa médication	40
3.3.2.2.6. Quoi faire en cas de rechute ou de crise	41

3.3.2.2.7.	Quoi faire pour se préparer à la survenue éventuelle d'une rechute ou d'une crise	41
3.3.2.2.8.	Références sur les troubles bipolaires	41
3.4.	Schizophrénie	42
3.4.1.	Mythes sur la schizophrénie	43
3.4.2.	Symptômes de la schizophrénie	44
3.4.2.1.	Certains symptômes positifs	44
3.4.2.2.	Certains symptômes négatifs	44
3.4.2.3.	Autres symptômes	44
3.4.3.	Quoi faire ou éviter de faire	45
3.4.4.	Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne a des hallucinations	46
3.4.5.	Quoi faire ou éviter de faire lorsque l'hygiène de la personne est négligée	46
3.4.6.	Quoi faire lorsque la personne souhaite arrêter sa médication	47
3.4.7.	Quoi faire pour se préparer à la survenue éventuelle d'une rechute ou d'une crise	47
3.4.8.	Comment reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute ou d'une crise	48
3.4.9.	Quoi faire en cas de rechute ou de crise	48
3.4.10.	Références sur la schizophrénie	49
3.5.	Troubles de la personnalité	49
3.5.1.	Trouble de personnalité limite	50
3.5.1.1.	Mythes sur le trouble de personnalité limite	50
3.5.1.2.	Certaines caractéristiques associées	51
3.5.1.3.	L'automutilation	51
3.5.1.3.1.	Stratégies pour aider la personne qui s'automutile ou pour vous aider si vous êtes témoin d'automutilation	51
3.5.1.4.	Quoi faire ou éviter de faire	52
3.5.1.5.	Quoi faire lorsque la personne manipule ses proches	53
3.5.2.	Trouble de personnalité paranoïaque	53
3.5.2.1.	Certaines caractéristiques associées	53

3.5.2.2.	Quoi faire ou éviter de faire.....	54
3.5.2.3.	Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne déforme la réalité	54
3.5.3.	Trouble de personnalité antisociale	55
3.5.3.1.	Certaines caractéristiques associées.....	55
3.5.3.2.	Quoi faire ou éviter de faire.....	56
3.5.3.3.	Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne manifeste de l'agressivité	56
3.5.4.	Trouble de personnalité histrionique.....	57
3.5.4.1.	Certaines caractéristiques associées.....	57
3.5.4.2.	Quoi faire ou éviter de faire.....	57
3.5.5.	Trouble de personnalité narcissique.....	58
3.5.5.1.	Certaines caractéristiques associées.....	58
3.5.5.2.	Quoi faire ou éviter de faire.....	59
3.5.5.3.	Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne manifeste des idées de grandeurs quant à sa valeur, son pouvoir, son identité, etc.....	59
3.5.6.	Trouble de personnalité évitante	60
3.5.6.1.	Certaines caractéristiques associées.....	60
3.5.6.2.	Quoi faire ou éviter de faire.....	60
3.5.7.	Références sur les troubles de la personnalité	61
3.6.	Idées suicidaires	62
3.6.1.	Quoi faire ou éviter de faire lorsqu'une personne a des idées suicidaires	63
3.6.2.	Quoi faire lorsqu'il y a un danger pour la personne	64
4.	VOS LIMITES PERSONNELLES	65
4.1.	Gérer le stress.....	66
4.2.	Moyens aidant à prévenir le stress.....	66
4.2.1.	Voici comment faire la respiration diaphragmatique.....	67
4.3.	Vous êtes responsable de vous, l'autre de lui.....	68

5. RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE.....	70
5.1. Services (Établissements) du réseau de la santé et des services sociaux.....	71
5.2. Tables régionales d'organismes communautaires.....	71
5.3. Ressources en santé mentale au Québec.....	76
5.4. Ressources en santé mentale au Canada.....	77
5.5. Outils en santé mentale.....	78
6. LOI P-38.....	80
7. MOT DE LA FIN.....	84



INTRODUCTION

1

« Personne au monde ne sait pourquoi ces choses-là arrivent. Dans les faits, cela ne changerait rien de savoir à qui est la faute. C'est à toi d'accepter la réalité, de t'adapter à cette situation et de te prendre en main pour changer ce que tu peux. Je serai à tes côtés, te supporterai et ferai tout ce qui est en mon possible pour t'aider », dit monsieur Jules à sa voisine madame Violette atteinte de schizophrénie.

Les troubles mentaux ne font pas de discrimination: ils peuvent toucher toute personne, peu importe son âge, son sexe, son origine, sa culture et son statut socioéconomique. Ils ont un impact sur la personne atteinte, mais également sur sa famille, ses amis et ses voisins. En effet, il n'est pas toujours facile de vivre avec un trouble mental, comme il n'est pas toujours facile de vivre auprès d'une personne présentant un trouble mental.

L'humain craint ce qu'il ne connaît pas. Il s'avère donc essentiel, dans un premier temps, de démystifier la santé mentale. Le meilleur moyen est de vous informer sur différents troubles mentaux.

« L'information c'est bien beau, mais ça m'aide pas à composer avec ces problématiques », rétorque monsieur Jules.

Vous serez outillé de trucs et de conseils sur les façons d'agir et sur les attitudes à adopter envers une personne présentant un trouble mental.

« Ça me rassure, parce que madame Violette a parfois des réactions et des comportements que je trouve bizarres et qui, à l'occasion, me dérangent. Je ne sais pas trop ce que je dois faire dans ces situations-là.

J'aime beaucoup madame Violette et souhaite que nous conservions de bonnes relations. », ajoute monsieur Jules.

Votre relation se verra bonifiée, de même que votre propre santé physique et mentale. Effectivement, il peut arriver que des membres de l'entourage d'une personne présentant un trouble mental s'épuisent, poussés par leurs bonnes intentions de l'aider. Ces situations peuvent engendrer du stress. Cependant, il existe des moyens pour prévenir ce stress.

« C'est très bien, je suis content, car je me sens soutenu! Si j'ai d'autres questions, que puis-je faire, je vous téléphone? », demande monsieur Jules.

Vous pourrez consulter ce guide ou communiquer avec l'une des précieuses ressources en santé mentale dont vous trouverez les coordonnées ci-jointes. Sur-tout, souvenez-vous qu'il est primordial de ne pas rester seul avec vos questionnements!

Bonne lecture!

MYTHES SUR LES TROUBLES MENTAUX

2



MYTHE

Les troubles mentaux et la violence sont directement liés: les personnes présentant des troubles mentaux sont violentes et dangereuses.

RÉALITÉ

La proportion de personnes violentes n'est pas supérieure auprès de la population présentant un trouble de santé mentale comparativement à la population en général. La violence risque davantage de se retrouver lorsqu'il y a comorbidité. Un trouble comorbide est une maladie ou un état pathologique qui se produit parallèlement à un autre, comme une problématique de dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Selon le professeur de neuropsychologie et chercheur titulaire à l'Institut Philippe-Pinel, un hôpital spécialisé en psychiatrie légale de Montréal, Christian Joyal: « le lien entre la violence et la maladie mentale est très faible. Il y a des sous-groupes minoritaires de personnes souffrant de troubles mentaux graves, par exemple de schizophrénie, qui font régulièrement les manchettes pour des crimes commis. Cela a pour conséquence de les stigmatiser davantage et, à tort, les gens pensent que les schizophrènes sont plus violents que la population en général.¹»

MYTHE

La maladie mentale affecte les personnes faibles.

RÉALITÉ

Les troubles mentaux ne sont pas des défauts de personnalité, de tempérament ou de caractère. En outre, ils ne sont ni une maladie de l'âme, ni un manque de volonté, ni de la lâcheté ou de la paresse. Il s'agit d'une maladie qui ne fait pas de discrimination. Elle est ni raciste, ni sexiste, elle peut toucher toute personne, indépendamment de son âge, de son sexe et de sa culture.

MYTHE

Les personnes présentant un trouble mental ne sont pas très intelligentes ou elles sont pauvres.

RÉALITÉ

La maladie mentale ne discrimine pas en fonction du statut socioéconomique et de l'intelligence. Elle peut affecter toute personne sans considération de son statut social, de son statut socioéconomique et de son intelligence. Cependant la maladie mentale et la pauvreté ont un certain lien, car une personne vivant avec un trouble mental sévère peut éprouver des difficultés de fonctionnement sur différentes sphères de la vie. Par exemple, il peut lui être difficile de maintenir un emploi stable, donc sa situation financière peut devenir précaire. Dans ce contexte, nous dirons qu'il y a un certain lien, mais la pauvreté n'entraîne pas la maladie mentale. Il n'y a pas de relation de cause à effet.

1 PINSONNAULT, P. *Schizophrénie = violence: la fausse équation: Entretien avec le neuropsychologue Christian Joyal*, [En ligne]. [http://entete.uqtr.ca/description.php?no_fiche=6288].

MYTHE

Les personnes présentant un trouble mental sont folles.

RÉALITÉ

Les personnes présentant un trouble mental peuvent avoir des comportements ou propos qui peuvent sembler bizarres pour l'observateur. Ces comportements et propos ont parfois, dans le passé, été appelés de la « folie ». Il s'agissait d'une appellation populaire. Ce terme était utilisé pour désigner un déséquilibre, un trouble mental. Les expressions « elle est folle » ou « cette personne est atteinte de folie » étaient utilisées. Aujourd'hui, on parle davantage de maladie mentale.²

MYTHE

Les personnes présentant un trouble mental n'auront jamais une carrière brillante.

RÉALITÉ

Une personne présentant un trouble mental peut bien composer avec sa réalité et avoir un fonctionnement normal sur différentes sphères de la vie. Une stabilité d'emploi lui est accessible. Cependant, comme auprès de la population générale, les chances de stabilité augmentent si les intérêts et les capacités de la personne sont considérés dans le choix d'emploi. Une personne qui fonctionne bien a autant de chances d'avoir une carrière brillante qu'une autre personne. En effet, les troubles mentaux n'ont aucun lien avec l'intelligence. Ils peuvent affecter quiconque, sans discrimination.

MYTHE

Si la maladie mentale est d'origine biologique, la psychothérapie ne sert à rien.

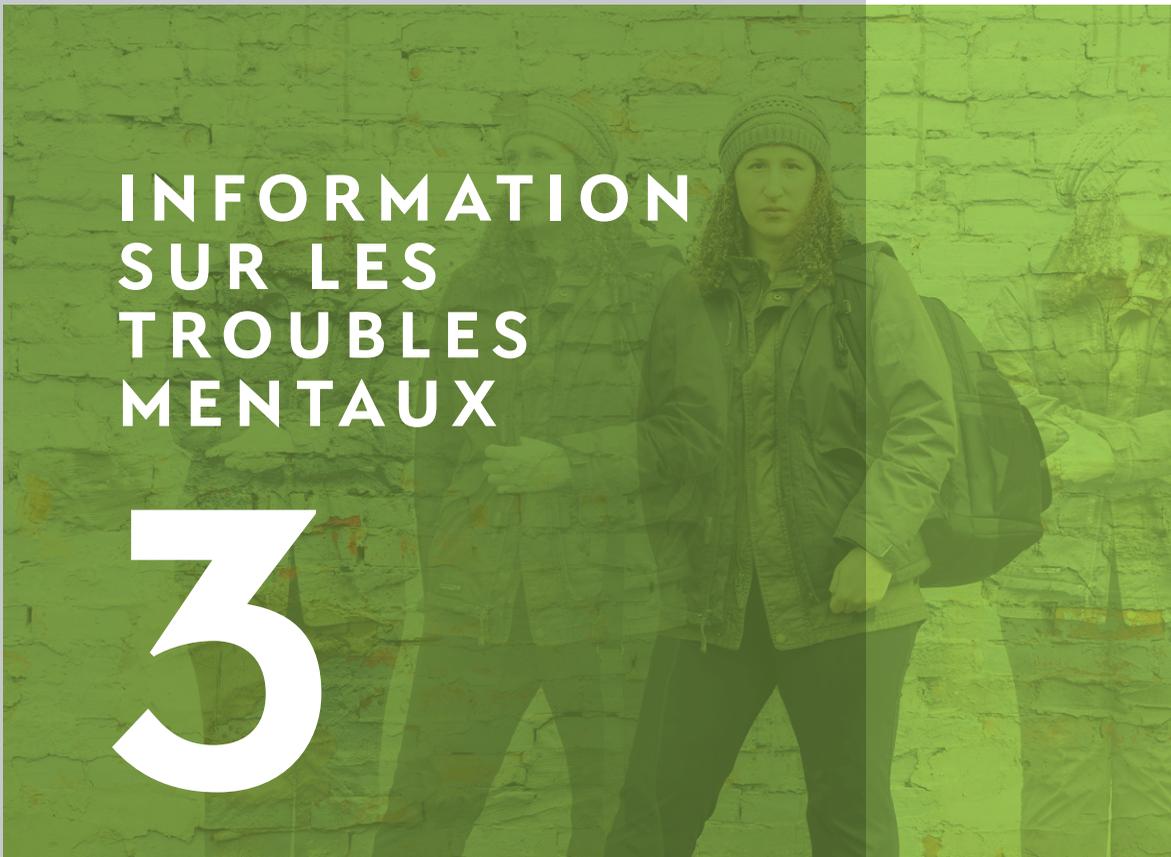
RÉALITÉ

La nature de la maladie mentale est biopsychosociale. Ce n'est pas que l'aspect biologique qui a un impact sur la santé de l'individu. Les aspects psychosociaux ont également une influence. Considérant cela, la complémentarité des traitements est donc favorable pour le bien-être et le bon fonctionnement de la personne. Les effets bénéfiques de la médication seront supérieurs lorsqu'elle est accompagnée d'un suivi psychosocial. La médication peut, par exemple, alléger les états dépressifs, anxieux et traiter les symptômes psychotiques. La psychothérapie ou la réhabilitation psychosociale aidera la personne à composer avec son trouble mental et avec son entourage de manière plus équilibrée. La complémentarité des traitements est donc bénéfique pour la personne.

2 DE VILLIERS, M.-E. 2003. *Multidictionnaire de la langue française*, 4^e éd., Québec, Éditions Québec Amérique inc., p. 658.

INFORMATION SUR LES TROUBLES MENTAUX

3



3.1. TROUBLES MENTAUX³

« Un trouble mental peut se définir comme un état de malaise qui nuit de façon significative au fonctionnement d'une personne. »⁴ Les manifestations suivantes peuvent représenter des signes avant-coureurs d'un tel trouble, sans toutefois signifier d'emblée son existence:

Changements de comportement:

- Isolement social et repli sur soi;
- Inactivité ou hyperactivité;
- Perte d'intérêt pour les activités habituelles;
- Perturbation du sommeil;
- Détérioration de l'hygiène corporelle;
- Comportements imprévisibles ou inhabituels.

Changements de la pensée:

- Difficultés de concentration;
- Perturbation du jugement et du raisonnement;
- Perturbation de la mémoire;
- Propos incohérents ou décousus.

Changements de l'humeur :

- Humeur très changeante;
- Affects neutres: un affect est, de manière très générale, la manifestation d'un état émotionnel;
- Pleurs continuels ou incapacité de pleurer;

- Réactions émotives inappropriées;
- Violence verbale inhabituelle.

Personne n'est à l'abri d'un trouble mental. Il ne discrimine pas et n'est pas raciste. Il peut affecter toute personne indépendamment de son sexe, de son âge, de son éducation, de ses conditions socioéconomiques et de sa culture.

L'ensemble des problématiques en santé mentale ne sera pas développé dans ce document. Seules les plus susceptibles d'être rencontrées dans les coopératives d'habitation seront abordées. Ce sont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, la schizophrénie et certains troubles de la personnalité.

3.1.1. Références sur les troubles mentaux

Agence de la santé publique du Canada: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/chap_1-fra.php

GAGNON, K. et H. Meunier. 2008. *Au pays des rêves brisés*, Éditions La Presse.

LANGLOIS, R. 2007. *Ces maux qui dérangent. Vivre et côtoyer la dépression, la maniaque-dépression et les troubles de santé mentale*, Éditions Le Dauphin Blanc.

LANGLOIS, R. 2004. *Le fragile équilibre: Témoignage et réflexions sur la maniaque-dépression et la santé mentale*, Éditions Le Dauphin Blanc.

³ LA BOUSSOLE, *Carnet d'appui, Ne soyez plus jamais seul... demandez de l'aide.*

⁴ *Ibid.*

3.2. TROUBLES ANXIEUX

3.2.1. Qu'est-ce que l'anxiété?

L'anxiété est un état pouvant être ressenti chez tous les êtres humains. Les réactions d'anxiété sont normales et connues par toutes les espèces animales. Cependant, les réactions d'anxiété varient en intensité, en fréquence et en durée. L'anxiété est une réaction saine de « faire face ou fuir » face au danger ou face à la menace. Son utilité est de protéger l'organisme. Toutefois, chez les personnes anxieuses, il arrive que les mécanismes physiques, comportementaux et mentaux liés à l'anxiété se déclenchent sans danger réel.

3.2.2. Distinction entre anxiété, peur et stress⁵

L'anxiété est un affect désagréable pour la personne. Elle est souvent liée à une peur irrationnelle sans relation avec un objet ou une situation clairement identifiée. C'est un état émotionnel pénible en lien avec l'attente qu'un événement imprévu et désagréable ne survienne. La personne anticipe un malheur. Lorsque le danger devient bien réel et bien identifié, l'anxiété peut se transformer en peur.

La peur est donc liée à un objet précis ou à une situation précise. L'identification à cet objet ou à cette situation déclenche la peur. Étant donné que l'origine de la peur est précise, il devient possible pour la personne d'éviter cet objet ou cette situation pour éviter que la peur se déclenche.

Le stress est une réaction physiologique naturelle de l'organisme. Cette réaction permet à la personne de mobiliser ses ressources afin d'accomplir une tâche ou et d'affronter un danger. Un stress modéré peut générer de l'énergie positive alors qu'un stress élevé et permanent devient néfaste.

3.2.3. Qu'est-ce que les troubles anxieux?⁶⁷

Les troubles anxieux se distinguent de l'anxiété « normale » par leur intensité et leur aspect incontrôlable. Ils sont caractérisés par la présence de symptômes importants d'anxiété et par des conduites d'évitement. Ils affectent le fonctionnement « normal » de la personne et peuvent avoir des répercussions sur différentes sphères de vie. Ils sont de nature biopsychosociale. Des facteurs de diverses natures contribuent à leur développement. Ils touchent une part considérable de la population; en effet, « une personne sur quatre souffrira d'au moins un trouble anxieux durant son existence »⁸.

5 HUOT, Jean, Dr. Traduction et adaptation du texte anglais *Psychoeducation* de Ronald M. Rapee, Michelle Craske et David H. Barlow. [En ligne]. [www.deploie-tes-ailes.org/doc/anxiete.php].

6 SAVARD, P., A. GAUDET, J. TURCOTTE. 2005. « À l'aide! Les troubles anxieux » dans *Le Clinicien*, février, p. 81-84.

7 SERVICE DES COMMUNICATIONS ET AFFAIRES PUBLIQUES, INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS. 2008. *Le trouble anxieux*, mars.

8 SAVARD, P., A. GAUDET, J. TURCOTTE, *op. cit.*, p. 81.

De manière générale, parmi les caractéristiques associées aux troubles anxieux, il y a :

- L'anxiété excessive;
- Le sentiment de peur;
- Le sentiment d'inquiétude;
- Les comportements d'évitement;
- Les comportements compulsifs.

3.2.4. Un peu de statistiques⁹

- Environ 12 % des Canadiens et Canadiennes sont atteints de troubles anxieux;
- Le ratio homme/femme présentant un trouble anxieux est de 1 : 2;
- Le taux d'hospitalisation le plus élevé pour les troubles anxieux se retrouve chez la population âgée de 65 ans ou plus.

3.2.5. Trouble panique¹⁰

Le trouble panique se caractérise par la présence d'attaques de panique. Les attaques de panique sont des épisodes intenses de peur, d'inconfort et d'une sensation qu'une catastrophe surviendra. Elles peuvent survenir spontanément, sans déclencheur apparent et sont délimitées dans le temps. Il est probable qu'elles se manifestent dans d'autres troubles anxieux, tels que la phobie sociale ou la phobie spécifique. L'appellation « crise d'angoisse » est parfois entendue et réfère à l'attaque de panique.

3.2.5.1. Certaines caractéristiques associées¹¹

- Rythme cardiaque rapide;
- Étourdissements, vertiges ou impression d'être en train de s'évanouir;
- Impression de s'étouffer ou de manquer d'air;
- Nausées ou dérangements d'estomac;
- Picotements ou engourdissements;
- Frissons ou bouffées de chaleur;
- Peur de mourir;
- Peur de perdre le contrôle de soi et de devenir fou;
- Transpiration;
- Tremblements ou secousses musculaires;
- Douleur ou gêne au niveau du thorax;

9 SERVICE DES COMMUNICATIONS ET AFFAIRES PUBLIQUES, INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS, *op. cit.*

10 BOUCHARD, S. et D. AUDET. *Trouble panique avec agoraphobie*, Association / Troubles anxieux du Québec (ATAQ), p. 1-4.

11 BEXTON, B. *Le trouble panique (avec ou sans agoraphobie)*. Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

- Sensation d'étranglement;
- Sensation d'être détaché de soi ou sensation d'irréalité.

3.2.5.2. Quoi faire ou éviter de faire

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble anxieux;
- Promouvoir des changements positifs, comme l'exposition graduelle aux objets ou aux situations anxiogènes;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant à elle-même et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période de stress;
- Éviter de blâmer la personne anxieuse pour ce qu'elle vit;
- Éviter de minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques;
- Éviter de forcer la personne anxieuse à faire des choses qu'elle craint;
- Éviter les comportements de soutien non constructifs, car ils peuvent contribuer au développement ou au maintien du trouble panique: par exemple, éviter d'encourager l'évitement de l'objet ou de la situation anxiogène;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;

- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur le trouble panique, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.2.5.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême¹²

- Éviter de toucher la personne pour la rassurer;
- Parler doucement et calmement à la personne;
- Ne pas s'impatienter, ni se faire insistant pour que la personne se calme;
- Faire des phrases claires et courtes;
- Amener la personne dans un endroit tranquille;
- Encourager la personne à respirer tranquillement;
- Identifier ce qui peut rassurer la personne dans le moment présent, par exemple de téléphoner à un proche;
- Ne pas ridiculiser ou juger les réactions de la personne;
- Ne pas banaliser ou minimiser les malaises physiques de la personne;

12 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres. 2005. *L'homme qui parlait aux autos. Code de conduite pour faciliter les contacts avec une personne présentant un trouble mental*. La Boussole, Aide aux proches d'une personne atteinte de maladie mentale, 32 p.

- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Toujours prendre au sérieux les peurs de la personne;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Si la personne demeure dans un état d'anxiété extrême, n'hésitez pas à composer le 911.

3.2.6. Trouble obsessionnel-compulsif¹³

Tel que le nom le dit, le trouble obsessionnel-compulsif se définit essentiellement par la présence d'obsessions et de compulsions. Des obsessions sont des pensées, images, pulsions, doutes incontrôlables, envahissants et persistants dans le temps. Les compulsions réfèrent aux gestes concrets ou aux activités mentales, effectués de manière répétée dans le but de soulager le malaise causé par les obsessions.

3.2.6.1. Certaines caractéristiques associées^{14 15}

Présence récurrente d'obsessions, par exemple:

- Crainte de la contamination;
- Doute constant (ex. ai-je fermé la porte?);
- Accent mis sur l'exactitude et l'ordre;
- Crainte de faire du mal à soi-même ou à autrui;
- Crainte de dire des obscénités en public.

Présence récurrente de compulsions, par exemple:

- Nettoyer ou laver de manière excessive;
- Vérifier et revérifier;
- Ordonner ou ranger selon un ordre particulier;
- Accumuler des objets;
- Faire des rites mentaux.

¹³ TOSTI, R. *Trouble obsessionnel-compulsif*, Association / Troubles anxieux du Québec (ATAQ), p. 1-4.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. 2001. *Trouble obsessionnel-compulsif: de l'aide pour partenaires et familles*, fiche d'information en santé mentale.

Combinaisons d'obsessions et de compulsions courantes, par exemple :

- Obsessions de contamination avec compulsions de nettoyage;
- Obsessions liées à la peur de faire des erreurs avec compulsions de vérification;
- Obsessions pour la symétrie et la précision avec compulsions d'effectuer ses tâches avec une lenteur exagérée afin de s'assurer qu'elles seront bien accomplies.

Sentiment d'insécurité;

Sentiment d'anxiété.

Les obsessions et les compulsions associées au trouble obsessionnel-compulsif occupent la personne plus d'une heure par jour et nuisent à son fonctionnement normal.

22

3.2.6.2. Quoi faire ou éviter de faire^{16 17}

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble anxieux;
- Promouvoir des changements positifs, comme l'exposition graduelle aux objets ou aux situations anxiogènes;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant à elle-même et non à un standard absolu);

- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période de stress;
- Éviter de blâmer la personne anxieuse pour ce qu'elle vit;
- Éviter de minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques;
- Éviter de forcer la personne anxieuse à faire des choses qu'elle craint;
- Éviter les comportements de soutien non constructifs, car ils peuvent contribuer au développement ou au maintien du trouble obsessionnel-compulsif: par exemple, éviter d'accomplir un rituel compulsif pour éviter à l'autre de le faire et pour lui éviter de « rester pris » avec ses doutes, comme aller vérifier à multiples reprises si la porte est fermée;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à joindre des groupes sociaux et d'entraide;

16 O'CONNOR, K., S. ROBILLARD et M.-C. PÉLISSIER. 1998. *Consignes destinées au proche: étude sur le trouble obsessionnel-compulsif*, Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

17 GUAY, S. 2005. « Vivre avec un individu aux prises avec un trouble anxieux » dans *Psychologie Québec*, p. 30-32

- Se documenter sur le trouble obsessionnel-compulsif, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.2.6.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême¹⁸

- Éviter de toucher la personne pour la rassurer;
- Parler doucement et calmement à la personne;
- Ne pas s'impatienter, ni se faire insistant pour que la personne se calme;
- Faire des phrases claires et courtes;
- Amener la personne dans un endroit tranquille;
- Encourager la personne à respirer tranquillement;
- Identifier ce qui peut rassurer la personne dans le moment présent, par exemple de téléphoner à un proche;
- Ne pas ridiculiser ou juger les réactions de la personne;
- Ne pas banaliser ou minimiser les malaises physiques de la personne;
- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Toujours prendre au sérieux les peurs de la personne;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Si la personne demeure dans un état d'anxiété extrême, n'hésitez pas à composer le 911.

3.2.7. Phobie sociale^{19 20}

La phobie sociale est caractérisée par une forte anxiété ou par de l'évitement face aux situations sociales, telles que parler en public, manger au restaurant ou rencontrer une personne pour la première fois. Les craintes de la personne résident souvent dans la peur d'être jugée de façon négative ou d'être embarrassée ou ridiculisée. Une phobie sociale peut être généralisée ou non, c'est-à-dire qu'elle peut être reliée à une ou deux situations précises ou elle peut concerner trois situations sociales ou plus.

3.2.7.1. Certaines caractéristiques associées

- Rougissement;
- Difficultés à s'exprimer clairement verbalement;
- Transpiration;
- Symptômes digestifs;
- Bouche sèche;
- Palpitations cardiaques;
- Tremblements;
- Attaques de panique;
- Peur d'être déprécié, désapprouvé;
- Autoévaluation négative;
- Anticipation négative.

¹⁸ DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

¹⁹ LAMY, P. et J. PLAMONDON. *Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)*, Association / Troubles anxieux du Québec (ATAQ), p. 1-4.

²⁰ MURY, M. 2004. « Vaincre la peur des autres : la phobie sociale » dans *Le clinicien*, juin, p. 63-68.

3.2.7.2. Quoi faire ou éviter de faire

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble anxieux;
- Promouvoir des changements positifs, comme par exemple l'exposition graduelle aux objets ou aux situations anxiogènes;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant à elle-même et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période de stress;
- Éviter de blâmer la personne anxieuse pour ce qu'elle vit;
- Éviter de minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques;
- Éviter de forcer la personne anxieuse à faire des choses qu'elle craint;
- Éviter les comportements de soutien non constructifs, car ils peuvent contribuer au développement ou au maintien de la phobie sociale: par exemple, éviter d'encourager l'évitement de la situation anxiogène, comme ne jamais aller manger au restaurant;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;

- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à joindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur la phobie sociale, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.2.7.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême²¹

- Éviter de toucher la personne pour la rassurer;
- Parler doucement et calmement à la personne;
- Ne pas s'impatienter, ni se faire insistant pour que la personne se calme;
- Faire des phrases claires et courtes;
- Amener la personne dans un endroit tranquille;
- Encourager la personne à respirer tranquillement;
- Identifier ce qui peut rassurer la personne dans le moment présent, par exemple de téléphoner à un proche;
- Ne pas ridiculiser ou juger les réactions de la personne;
- Ne pas banaliser ou minimiser les malaises physiques de la personne;

21 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Toujours prendre au sérieux les peurs de la personne;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Si la personne demeure dans un état d'anxiété extrême, n'hésitez pas à composer le 911.

3.2.8. Trouble d'anxiété généralisée²²

Le trouble d'anxiété généralisée est caractérisé par une inquiétude intense, incontrôlable et persistante dans divers contextes. Il se distingue d'un degré d'anxiété normal par sa chronicité et son intensité. Les sujets d'inquiétude sont des événements de la vie quotidienne, tels que la santé, l'argent, le travail, les relations interpersonnelles ou des incidents mineurs comme arriver en retard à un rendez-vous.

3.2.8.1. Certaines caractéristiques associées²³

- Agitation;
- Fatigue inhabituelle;
- Difficultés de concentration;
- Irritabilité;
- Tension musculaire;
- Perturbation du sommeil.

3.2.8.2. Quoi faire ou éviter de faire²⁴

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble anxieux;
- Promouvoir des changements positifs, comme l'exposition graduelle aux objets ou aux situations anxiogènes;

22 CÔTÉ, G. *Trouble d'anxiété généralisée*, Association / Troubles anxieux du Québec (ATAQ), p. 1-4.

23 BEXTON, B. *Le trouble d'anxiété généralisée*. Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

24 CAMPBELL, L. et T. A. Brown. 2002. « Generalized anxiety disorder » dans *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*, New-York, Guilford Press, p. 147-177.

- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant à elle-même et non à un standard absolu);
 - Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période de stress;
 - Éviter de blâmer la personne anxieuse pour ce qu'elle vit;
 - Éviter de minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques;
 - Éviter de forcer la personne anxieuse à faire des choses qu'elle craint;
 - Éviter les comportements de soutien non constructifs, car ils peuvent contribuer au développement ou au maintien du trouble d'anxiété généralisé; par exemple, éviter de rassurer continuellement l'autre sur ses inquiétudes, car cela renforce l'intolérance à l'incertitude;
 - Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
 - Faire preuve d'une bonne écoute;
 - Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
 - Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
 - Fixer des objectifs de participation réalistes;
 - Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
 - Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
 - Ne pas s'improviser thérapeute;
 - Encourager la personne à joindre des groupes sociaux et d'entraide;
 - Se documenter sur le trouble d'anxiété généralisée, pour mieux comprendre ce que vit la personne.
- 3.2.8.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême²⁵**
- Éviter de toucher la personne pour la rassurer;
 - Parler doucement et calmement à la personne;
 - Ne pas s'impatienter, ni se faire insistant pour que la personne se calme;
 - Faire des phrases claires et courtes;
 - Amener la personne dans un endroit tranquille;
 - Encourager la personne à respirer tranquillement;
 - Identifier ce qui peut rassurer la personne dans le moment présent, par exemple de téléphoner à un proche;
 - Ne pas ridiculiser ou juger les réactions de la personne;
 - Ne pas banaliser ou minimiser les malaises physiques de la personne;
 - Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
 - Toujours prendre au sérieux les peurs de la personne;
 - Ne pas s'improviser thérapeute;
 - Si la personne demeure dans un état d'anxiété extrême, n'hésitez pas à composer le 911.

25 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

3.2.9. Phobie spécifique

La phobie spécifique se caractérise par une peur intense, excessive et irrationnelle. Elle se déclenche en présence ou en anticipant la présence d'une situation ou d'un objet précis. Il y a cinq grands types de peur : les peurs liées aux animaux, les peurs liées à l'environnement naturel, les peurs liées au sang, aux injections ou aux accidents, les peurs de type situationnel et les autres phobies.²⁶

Exemples de phobies²⁷:

- Peur des serpents;
- Peur des insectes;
- Peur des hauteurs;
- Peur des orages;
- Peur des interventions chirurgicales;
- Peur des tunnels;
- Peur des espaces clos;
- Peur de vomir.

3.2.9.1. Certaines caractéristiques associées^{28 29}

Réaction de panique provoquée lorsque la personne est exposée à l'objet ou à la situation qu'elle craint:

- Rythme cardiaque rapide;

- Étourdissements, vertiges ou impression d'être en train de s'évanouir;
- Impression de s'étouffer ou de manquer d'air;
- Nausées ou dérangements d'estomac;
- Picotements ou engourdissements;
- Frissons ou bouffées de chaleur;
- Transpiration;
- Douleur ou gêne au niveau du thorax;
- Sensation d'étranglement.

Reconnaissance du caractère excessif de la peur;

Évitement volontaire des objets ou des situations causant une anxiété.

3.2.9.2. Quoi faire ou éviter de faire

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble anxieux;
- Promouvoir des changements positifs, comme l'exposition graduelle aux objets ou aux situations anxiogènes;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant à elle-même et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période de stress;

26 LABERGE, B. et J. GAUTHIER. *Phobie spécifique*, Association / Troubles anxieux du Québec (ATAQ), p. 1-4.

27 RADOMSKY, A. S. 2005. *Phobie spécifique*, p. 1-5.

28 BEXTON, B. *Le trouble panique (avec ou sans agoraphobie)*, Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

29 LABERGE, B. et J. GAUTHIER, *op. cit.*

- Éviter de blâmer la personne anxieuse pour ce qu'elle vit;
- Éviter de minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques;
- Éviter de forcer la personne anxieuse à faire des choses qu'elle craint;
- Éviter les comportements de soutien non constructifs, car ils peuvent contribuer au développement ou au maintien de la phobie spécifique: par exemple, éviter d'encourager l'évitement de l'objet ou de la situation anxiogène;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à joindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur la phobie simple, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.2.9.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême³⁰

- Éviter de toucher la personne pour la rassurer;
- Parler doucement et calmement à la personne;
- Ne pas s'impatienter, ni se faire insistant pour que la personne se calme;
- Faire des phrases claires et courtes;
- Amener la personne dans un endroit tranquille;
- Encourager la personne à respirer tranquillement;
- Identifier ce qui peut rassurer la personne dans le moment présent, par exemple, téléphoner à un proche;
- Ne pas ridiculiser ou juger les réactions de la personne;
- Ne pas banaliser ou minimiser les malaises physiques de la personne;
- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Toujours prendre au sérieux les peurs de la personne;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Si la personne demeure dans un état d'anxiété extrême, n'hésitez pas à composer le 911.

30 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

3.2.10. Trouble de stress post-traumatique³¹

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble réactionnel pouvant survenir à la suite d'un événement traumatique. Parmi les exemples d'expériences anormalement troublantes, il y a une agression, un vol, un accident, un incendie, etc. Le trouble de stress post-traumatique est caractérisé par des réactions physiques ou psychologiques aiguës se prolongeant au-delà d'une durée de réactions normales (2 jours à 4 semaines).

3.2.10.1. Certaines caractéristiques associées³²

- Reviviscence continue de la scène traumatique (pensées ou cauchemars);
- Évitement volontaire ou non de tout ce qui pourrait rappeler le trauma;
- État d'hyper vigilance malgré l'absence de danger réel.

3.2.10.2. Quoi faire ou éviter de faire

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble anxieux;
- Promouvoir des changements positifs, comme l'exposition graduelle aux objets ou aux situations anxiogènes;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant à elle-même et non à un standard absolu);

- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période de stress;
- Éviter de blâmer la personne anxieuse pour ce qu'elle vit;
- Éviter de minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques;
- Éviter de forcer la personne anxieuse à faire des choses qu'elle craint;
- Éviter les comportements de soutien non constructifs, car ils peuvent contribuer au développement ou au maintien du trouble de stress post-traumatique: éviter d'encourager l'évitement systématique de tout ce qui est lié de près ou de loin avec l'événement traumatique;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;

31 MARCHAND, A. *Trouble de stress post-traumatique*, Association / Troubles anxieux du Québec (ATAQ), p. 1-4.

32 SERVICE DES COMMUNICATIONS ET AFFAIRES PUBLIQUES, INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS. 2009. *Les troubles de stress post-traumatique (TSPT)*.

- Se documenter sur le trouble de stress post-traumatique, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.2.10.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême³³

- Éviter de toucher la personne pour la rassurer;
- Parler doucement et calmement à la personne;
- Ne pas s'impatienter, ni se faire insistant pour que la personne se calme;
- Faire des phrases claires et courtes;
- Amener la personne dans un endroit tranquille;
- Encourager la personne à respirer tranquillement;
- Identifier ce qui peut rassurer la personne dans le moment présent, par exemple, téléphoner à un proche;
- Ne pas ridiculiser ou juger les réactions de la personne;
- Ne pas banaliser ou minimiser les malaises physiques de la personne;
- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Toujours prendre au sérieux les peurs de la personne;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Si la personne demeure dans un état d'anxiété extrême, n'hésitez pas à composer le 911.

3.2.11. Autre problématique liée : Syndrome de Diogène

Le Syndrome de Diogène, aussi connu sous le nom d'insalubrité morbide, est un comportement de négligence de l'hygiène corporelle et du milieu de vie. Il entraîne des conditions de vie insalubres en raison de la saleté ainsi que de l'accumulation d'objets ou de déchets. Cette problématique peut survenir chez tous les groupes d'âge, mais l'incidence serait supérieure chez les personnes âgées.^{34,35}

Bien que l'incidence annuelle du Syndrome de Diogène soit faible (0,5 pour 1 000 habitants âgés de 65 ans ou plus), il s'avère pertinent d'aborder cette problématique puisqu'elle peut survenir dans les coopératives d'habitation. Elle est non négligeable, car en plus de causer du tort à la personne elle-même, elle nuit à l'environnement immédiat, au voisinage. De plus, elle constitue un risque pour la santé et la sécurité de la personne, des visiteurs et des voisins.

3.2.11.1. Certaines caractéristiques associées³⁶

- Comportements de négligence de l'hygiène corporelle;
- Comportements de négligence du domicile;
- Syllogomanie correspondant à l'accumulation morbide (maladive) d'objets hétéroclites (journaux, aliments, excréments, etc.) ou d'un type précis d'objet;

33 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres. *op. cit.*

34 BEAUCHET, O., D. IMLER, L. CADET, P. BLANC et autres. 2002. « Le syndrome de Diogène du sujet âgé : forme clinique d'un dysfonctionnement frontal? À propos de quatre observations » dans *Revue Médicale Interne*, 23, p. 122-131.

35 ROBERGE, R. F. 1998. « Le syndrome Diogène, une entité gériatrique » dans *Canadian Family Physician*, 44, p. 812-817.

36 LÉON, V., K. RANNOU-DUBAS, J. BARRÉ et autres. 2003. *Un collectionnisme singulier : Le syndrome de Diogène*, Service de psychiatrie et de psychologie médicale CHU Angers. [En ligne]. psyfontevraud.free.fr/psyangevine/publications/diogene.htm.

- Dénî de la problématique, sans-gêne de ses conditions de vie;
- Isolement social et repli sur soi;
- Personne méfiante, distante, tendance à déformer la réalité;
- Refus de se faire aider.

3.2.11.2. Principaux risques associés à la coopérative d'habitation^{37 38}

- Risques biologiques :
 - Insectes (piqûres, allergies, infections);
 - Animaux (parasites, maladies).
- Risques chimiques :
 - Exposition à un agent toxique.
- Mauvaises odeurs :
 - Nuit à la qualité de vie des voisins.
- Conséquences psychologiques :
 - Perturbation de l'humeur;
 - Anxiété;
 - Perturbation du sommeil.
- Conséquences psychosociales :
 - Isolement social de la personne;
 - Génération de stress et d'insécurité chez le voisinage.

3.2.11.3. Quoi faire ou éviter de faire

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble anxieux;
- Promouvoir des changements positifs, comme l'exposition graduelle aux objets ou aux situations anxiogènes;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant à elle-même et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période de stress;
- Éviter de blâmer la personne anxieuse pour ce qu'elle vit;
- Éviter de minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques;
- Éviter de forcer la personne anxieuse à faire des choses qu'elle craint;
- Éviter les comportements de soutien non constructifs, car ils peuvent contribuer au développement ou au maintien du trouble de Syndrome de Diogène: par exemple, éviter d'accumuler des objets pour répondre au désir de la personne;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;

37 SAOUD, F., C. CALECA, J. PELLERIN et autres. 2003. *Le syndrome de Diogène existe-t-il?*, Rossel et Cie SA.

38 ROY, R. et P. AUGER. 2005. *Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique*, Institut national de santé publique du Québec, Bulletin d'information en santé mentale.

- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à joindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur le syndrome de Diogène, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.2.11.4. Quoi faire ou éviter de faire lorsque l'hygiène de la personne est négligée³⁹

- Observer la personne et repérer la source des mauvaises odeurs;
- Aborder directement le problème, par exemple, dire à la personne que son odeur vous incommode;
- Ne pas faire de commentaires désobligeants, par exemple « tu pues! »;
- Ne pas faire la morale, par exemple « ta mère ne t'a jamais dit qu'il fallait se laver? »;
- Ne pas généraliser, ne pas utiliser « jamais » ou « toujours », par exemple « tu pues toujours... tu ne te laves jamais... »;

- Évaluer si la personne semble en mesure de veiller à son hygiène personnelle. En cas contraire, le signaler à ses proches ou à son médecin, car une mauvaise hygiène inhabituelle peut être un indice d'une détérioration mentale.

3.2.11.5. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne est dans un état d'anxiété extrême⁴⁰

- Éviter de toucher la personne pour la rassurer;
- Parler doucement et calmement à la personne;
- Ne pas s'impatienter, ni se faire insistant pour que la personne se calme;
- Faire des phrases claires et courtes;
- Amener la personne dans un endroit tranquille;
- Encourager la personne à respirer tranquillement;
- Identifier ce qui peut rassurer la personne dans le moment présent, par exemple, téléphoner à un proche;
- Ne pas ridiculiser ou juger les réactions de la personne;
- Ne pas banaliser ou minimiser les malaises physiques de la personne;
- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Toujours prendre au sérieux les peurs de la personne;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Si la personne demeure dans un état d'anxiété extrême, n'hésitez pas à composer le 911.

³⁹ DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

⁴⁰ *Ibid.*

3.2.12. Références sur les troubles anxieux

Livres

- ANDRÉ, C. et P. LÉGERON. 2003. *La peur des autres: trac, timidité et phobie sociale*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- BRILLON, P. 2004. *Se relever d'un traumatisme: Réapprendre à vivre et à faire confiance: guide à l'intention des victimes*, Éditions Quebecor.
- EMERY, J.-L. 2000. *Surmontez vos peurs: Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*, Éditions Odile Jacob.
- GOUVERNEMENT DU CANADA, ANCIENS COMBATTANTS. 2001. Le syndrome du stress post-traumatique (SSPT) et le stress lié à la guerre, 30 p.
- LADOUCEUR, R. L. BÉLANGER et E. LÉGER. 2003. *Arrêter de vous faire du souci pour tout et pour rien*, Montréal, Éditions Odile Jacob.
- SAUTERAUD, A. 2000. *Je ne peux m'arrêter de laver, vérifier, compter : Mieux vivre avec un TOC-guide pour s'aider soi-même*, Éditions Odile Jacob.

Conférences

- AUGER, Édouard Dr. 2008. *Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ou le combat incessant contre soi-même*, Bibliothèque AstraZeneca des sciences de la santé.
- AUGER, Édouard Dr. 2007. *Les troubles anxieux: Lorsque l'anxiété fait peur*, Bibliothèque AstraZeneca des sciences de la santé.

3.3. TROUBLES DE L'HUMEUR

Les individus expérimentent une large gamme d'émotions au cours de leur vie. Les émotions viennent teinter leurs attitudes, leurs comportements et leur perception de l'environnement. En général, les personnes se sentent en contrôle de leurs émotions et de l'expression de celles-ci. Cependant, pour certaines, l'intensité de l'expérience émotionnelle prend une ampleur démesurée et devient problématique. Il peut alors s'agir d'un trouble de l'humeur. Il existe différents types de trouble de l'humeur. Nous porterons une attention plus particulière aux troubles dépressifs et aux troubles bipolaires.

3.3.1. Troubles dépressifs

3.3.1.1. Distinction entre déprime et dépression

Il est important de ne pas confondre déprime et dépression. Elles se distinguent par leur intensité et leur durée. La déprime fait référence à une réaction dépressive normale, liée à divers événements de la vie. Une personne qui fait une déprime réagit à des facteurs sociaux et psychologiques ponctuels. Pour citer des exemples, la déprime peut être liée à une séparation, à un deuil ou à une perte d'emploi qui engendre un état dépressif temporaire. Les symptômes dépressifs s'atténuent avec le temps. Malgré cet état, la personne éprouve encore du plaisir dans certaines activités.

En comparaison, la dépression, bien qu'elle puisse puiser son origine dans un événement précis, persiste dans le temps. Les symptômes ne s'atténuent pas, mais persistent ou s'accroissent. La dépression ne réfère pas à un état ponctuel et passager. L'état dépressif se généralise aux différentes sphères de vie de la personne. Les causes peuvent être de nature biologique, génétique ou psychosociale. Un facteur de stress peut précipiter l'épisode dépressif. La dépression est une maladie et doit être traitée adéquatement. Il s'agit d'un état émotionnel dont la personne n'est pas capable de se sortir seule.

3.3.1.2. Dépression majeure

La dépression majeure est le trouble de l'humeur le plus fréquemment rencontré. En effet, la prévalence

chez les Canadiennes et les Canadiens de 15 ans ou plus était évaluée à 4,8 % en 2002, selon Statistique Canada. La prévalence réelle est certainement plus élevée que ce nombre, car la maladie est sous-diagnostiquée et sous-traitée. Il est estimé que 12 % de la population vivra un épisode de dépression majeure au cours de sa vie. Les femmes sont plus à risque d'être atteintes. Le ratio homme/femme est évalué à 1 : 2.^{41 42}

3.3.1.3. Certaines caractéristiques associées à la dépression majeure

- Humeur dépressive presque tous les jours sur une longue période de temps;
- Tristesse et pleurs;
- Sentiment de culpabilité et de désespoir;
- Baisse d'énergie, fatigue;
- Difficultés de concentration et de décision;
- Irritabilité;
- Perturbation du sommeil (insomnie ou hypersomnie);
- Changements dans les habitudes alimentaires (perte ou gain de poids);
- Perte d'intérêt pour les activités habituellement appréciées (loisir, travail, etc.);
- Ralentissement ou agitation psychomoteur;
- Perte de libido;
- Idées de mort ou suicidaires;

41 STATISTIQUE CANADA. 2004. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.2, Santé mentale et bien-être.*

42 DAVIDSON, J. R. T. et S. E. MELTZER-BRODY. 1999. « The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breath and depth of the problem? » dans *Journal of clinical psychiatry*, 60, suppl. 7, p. 4-9.

- Comportements de négligence de l'habillement et de l'hygiène corporelle.

3.3.1.4. Trucs pour faciliter la communication avec une personne dépressive

- Parler doucement et d'un ton calme;
- Parler d'un sujet à la fois: il est possible que la personne éprouve des difficultés de concentration;
- Faire preuve de patience: il est possible que la personne ait besoin de temps pour réagir;
- Ne pas blâmer la personne pour ce qu'elle vit;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Si la communication est rompue, reprendre la communication en abordant un sujet routinier.

3.3.1.5. Quoi faire ou éviter de faire⁴³

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble dépressif;
- Éviter de questionner la personne sur ce qui la déprime;
- Ne pas faire de reproches sur l'expression des sentiments de la personne;
- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Ne pas faire sentir à la personne que vous voulez qu'elle « se secoue » et qu'elle se prenne en main: la dépression n'est pas un manque de volonté, mais bien une maladie;

- Respecter ses limites personnelles, pour ne pas tomber malade (ne pas trop en faire);
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à joindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur la dépression, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.3.1.6. Quoi faire ou éviter de faire lorsque l'hygiène de la personne est négligée⁴⁴

- Observer la personne et repérer la source des mauvaises odeurs;
- Aborder directement le problème, par exemple, dire à la personne que son odeur vous incommode;
- Ne pas faire de commentaires désobligeants, par exemple « tu pues! »;
- Ne pas faire la morale, par exemple « ta mère ne t'a jamais dit qu'il fallait se laver? »;
- Ne pas généraliser, ne pas utiliser « jamais » ou « toujours », par exemple « tu pues toujours... tu ne te laves jamais... »;

43 CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. 1999. *La dépression: Guide à l'intention des personnes déprimées et de leur famille.*

44 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

- Évaluer si la personne semble en mesure de veiller à son hygiène personnelle. En cas contraire, le signaler à ses proches ou à son médecin, car une mauvaise hygiène inhabituelle peut être un indice d'une détérioration mentale.

3.3.1.7. Quoi faire lorsque la personne souhaite arrêter sa médication

La personne présentant un trouble mental, par exemple un trouble de l'humeur, peut voir son état se stabiliser. Cette stabilisation est positive, car la personne se sent mieux physiquement, psychologiquement et retrouve un fonctionnement de plus en plus normal. Elle ne vit plus, au quotidien, les impacts négatifs de la problématique de santé mentale. Cependant, le risque est que, constatant l'amélioration de son état, la personne répète avec insistance qu'elle n'est plus malade et donc qu'elle souhaite arrêter sa médication.

La négation de la maladie peut aussi survenir en raison d'une situation qui est difficile à accepter par la personne. Elle peut éprouver des difficultés à accepter sa réalité et donc il se peut qu'elle nie le fait qu'elle soit malade. Voici un exemple de ce que vous pourriez répondre à la personne qui vous dit « Je ne suis plus malade! »:

« C'est vrai que tu n'es pas malade actuellement. Les médicaments te sont prescrits pour t'empêcher de l'être. Tu te brosses les dents tous les jours pour prévenir la carie, pas parce que tu as mal aux dents. C'est la même chose. Tu as accepté de prendre tes médicaments pour venir habiter chez

nous. Tu prends tes médicaments ou je t'aide à te chercher une chambre ailleurs. »⁴⁵

3.3.1.8. Références sur la dépression

Livres

- GIASSON, S. 1999. *À l'ombre d'un doute: De la dépression à l'équilibre*, Novalis.
- LANGLOIS, R. 2007. *Ces maux qui dérangent. Vivre et côtoyer la dépression, la maniaque-dépression et les troubles de santé mentale*, Éditions Le Dauphin Blanc.
- LEBLANC, J. et autres. 1996. *Démystifier les maladies mentales: Dépression et troubles affectifs cycliques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- MC KEON, P. 1991. *La dépression et les troubles de l'humeur*, Éditions Stanké.

Vidéos

- LAMONTAGNE, Y., B. BEXTON, C. VANIER et C. BAUR. 1996. *La dépression*, Production Sogestalt.
- LATRAVERSE, L. 1999. *Sortir de l'ombre: Vaincre la dépression*, TVA.
- ZONE-LIBRE. 2003. *Le journal d'un fou: La dépression*, Radio Canada.

3.3.2. Troubles bipolaires⁴⁶

La proportion de la population souffrant d'un trouble bipolaire est estimée à près de 4 %. Ces troubles sont caractérisés par des variations de l'humeur importantes. Nous vivons tous des périodes d'excitation et de déprime qui sont « normales ». Par contre, les variations de l'humeur des troubles bipolaires prennent des dimensions démesurées dans leur intensité et leur durée. Elles nuisent de manière significative au fonctionnement normal de la personne sur différentes sphères.

Les troubles bipolaires présentent des périodes de dépression et de manie pouvant varier de quelques jours à quelques mois. Il existe trois types de cycles :

- Long : Phases de dépression et phases de manie d'une durée de quelques mois chacune;
- Court : Par année, un minimum de quatre cycles dépression et manie d'une durée de quelques semaines chacun;
- Mixte : Dans la même journée, présence de symptômes de dépression et de manie.

Il existe différents types de troubles bipolaires qui se distinguent par leurs symptômes. Les divers types sont :^{47 48}

- Trouble bipolaire 1 : Alternance des phases de dépression majeure et de manie;
- Trouble bipolaire 2 : Alternance des phases de dépression majeure et d'hypomanie (forme atténuée de la manie; la durée des symptômes est plus courte, soit

de quatre jours comparativement à un minimum d'une semaine et les symptômes n'entraînent pas de diminution significative du fonctionnement normal de la personne, contrairement aux symptômes de la phase maniaque);

- Phase mixte: Les phases de dépression et de manie ont lieu en même temps ou une à la suite de l'autre plusieurs fois dans la même journée;
- Cyclothymie: Petits cycles rapides, courts et peu intenses.

3.3.2.1. Phase dépressive

3.3.2.1.1. Certaines caractéristiques associées à la phase dépressive

- Humeur déprimée;
- Perte d'intérêt pour les activités habituellement appréciées;
- Perturbation de l'alimentation (perte ou gain de poids);
- Perturbation du sommeil (insomnie ou hypersomnie);
- Perte d'énergie;
- Difficultés de concentration;
- Idées de mort ou suicidaires;
- Sentiment de culpabilité;
- Sentiment de dévalorisation;
- Comportements de négligence de l'habillement et de l'hygiène corporelle.

⁴⁶ BEXTON, B. *Les troubles bipolaires*. Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ ELI LILLY CANADA INC. *Qu'est-ce que le trouble bipolaire?*, p. 5.

3.3.2.1.2. *Trucs pour faciliter la communication avec une personne en phase dépressive*

- Parler doucement et d'un ton calme;
- Parler d'un sujet à la fois: il est possible que la personne éprouve des difficultés de concentration;
- Faire preuve de patience: il est possible que la personne ait besoin de temps pour réagir;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Ne pas blâmer la personne pour ce qu'elle vit;
- Si la communication est rompue, reprendre la communication en abordant un sujet routinier.

3.3.2.1.3. *Quoi faire ou éviter de faire, face à une personne en phase dépressive*

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble bipolaire;
- Éviter de questionner la personne sur ce qui la déprime;
- Ne pas faire de reproches sur l'expression des sentiments de la personne;
- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Ne pas faire sentir à la personne que vous voulez qu'elle « se secoue » et qu'elle se prenne en main: la dépression n'est pas un manque de volonté, mais bien une maladie;
- Respecter ses limites personnelles, pour ne pas tomber malade (ne pas trop en faire);
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;

- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur les troubles bipolaires et sur la phase dépressive, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.3.2.1.4. *Quoi faire ou éviter de faire lorsque l'hygiène de la personne est négligée*^{49,50}

- Observer la personne et repérer la source des mauvaises odeurs;
- Aborder directement le problème, par exemple, dire à la personne que son odeur vous incommode;
- Ne pas faire de commentaires désobligeants, par exemple « tu pues! »;
- Ne pas faire la morale, par exemple « ta mère ne t'a jamais dit qu'il fallait se laver? »;
- Ne pas généraliser, ne pas utiliser « jamais » ou « toujours », par exemple « tu pues toujours... tu ne te laves jamais... »;
- Évaluer si la personne semble en mesure de veiller à son hygiène personnelle. En cas contraire, le signaler à ses proches ou à son médecin, car une

49 CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. 1999, *op. cit.*

50 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

mauvaise hygiène inhabituelle peut être un indice d'une détérioration mentale.

3.3.2.1.5. *Quoi faire lorsque la personne souhaite arrêter sa médication*

La personne présentant un trouble mental, par exemple un trouble de l'humeur, peut voir son état se stabiliser. Cette stabilisation est positive, car la personne se sent mieux physiquement, psychologiquement et retrouve un fonctionnement de plus en plus normal. Elle ne vit plus, au quotidien, les impacts négatifs de la problématique de santé mentale. Cependant, le risque est que constatant l'amélioration de son état, la personne répète avec insistance qu'elle n'est plus malade et donc qu'elle souhaite arrêter sa médication.

La négation de la maladie peut aussi survenir en raison d'une situation qui est difficile à accepter par la personne. Elle peut éprouver des difficultés à accepter sa réalité et donc il se peut qu'elle nie le fait qu'elle soit malade.

Voici un exemple de ce que vous pourriez répondre à la personne qui vous dit « Je ne suis plus malade! » :

« C'est vrai que tu n'es pas malade actuellement. Les médicaments te sont prescrits pour t'empêcher de l'être. Tu te brosses les dents tous les jours pour prévenir la carie, pas parce que tu as mal aux dents. C'est la même chose. Tu as accepté de prendre tes médicaments pour venir habiter chez nous. Tu prends tes médicaments ou je t'aide à te chercher une chambre ailleurs. »⁵¹

3.3.2.2. Phase de manie

3.3.2.2.1. *Certaines caractéristiques associées à la phase de manie*

- Difficultés de jugement;
- Idées de grandeur;
- Sentiment exagéré d'estime de soi;
- Diminution du besoin de sommeil;
- Accélération du débit verbal;
- Accélération de l'activité mentale;
- Accélération de l'activité physique;
- Symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, agitation, désorganisation de la pensée, manque de motivation ou d'initiative, retrait social, manque de réponse émotionnelle, manque de spontanéité);
- Comportements financiers à risque (augmentation des dépenses);
- Comportements sexuels inhabituels ou à risque.

3.3.2.2.2. *Les caractéristiques associées à la phase d'hypomanie*⁵²

Ce sont des symptômes de manie, mais de plus faible intensité et moins graves. Les personnes en hypomanie se sentent heureuses et énergiques, mais leur fonctionnement dans les diverses sphères de leur vie n'est pas perturbé.

51 FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE, *op. cit.*, p. 15

52 CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *Le trouble bipolaire*, Fiche d'information en santé mentale.

3.3.2.2.3. *Trucs pour faciliter la communication avec une personne en phase de manie*

- Éviter d'argumenter, ne pas essayer de raisonner la personne, car son jugement est souvent altéré;
- Parler d'un sujet à la fois;
- Avoir des conversations brèves;
- Diminuer les stimulations, parler dans un endroit calme;
- Faire preuve de patience;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Éviter de parler d'émotions.

3.3.2.2.4. *Quoi faire ou éviter de faire, face à une personne en phase de manie*

- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par son trouble bipolaire;
- Ne pas répondre systématiquement à toutes les demandes de la personne;
- Ne pas vous laisser embarquer dans l'euphorie ou dans les attentes irréalistes de la personne;
- Encourager la personne à s'éloigner des situations trop stimulantes;
- Lorsque la personne est stable, établir un plan d'action afin de prévenir des dangers liés à certains de ses comportements : par exemple vous remettre sa carte de débit lorsqu'elle vit des symptômes de manie;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;

- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur les troubles bipolaires et sur la phase de manie, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.3.2.2.5. *Quoi faire lorsque la personne souhaite arrêter sa médication*

La personne présentant un trouble mental, par exemple un trouble de l'humeur, peut voir son état se stabiliser. Cette stabilisation est positive, car la personne se sent mieux physiquement, psychologiquement et retrouve un fonctionnement de plus en plus normal. Elle ne vit plus, au quotidien, les impacts négatifs de la problématique de santé mentale. Cependant, le risque est que constatant l'amélioration de son état, la personne répète avec insistance qu'elle n'est plus malade et donc qu'elle souhaite arrêter sa médication.

La négation de la maladie peut aussi survenir en raison d'une situation qui est difficile à accepter par la personne. Elle peut éprouver des difficultés à accepter sa réalité et donc il se peut qu'elle nie le fait qu'elle soit malade.

Voici un exemple de ce que vous pourriez répondre à la personne qui vous dit « Je ne suis plus malade! »:

« C'est vrai que tu n'es pas malade actuellement. Les médicaments te sont prescrits pour t'empêcher de l'être. Tu te brosses les dents tous les jours pour prévenir la carie, pas parce que tu as mal aux dents. C'est la même chose. Tu as accepté de prendre tes médicaments pour venir habiter chez nous. Tu prends tes médicaments ou je t'aide à te chercher une chambre ailleurs. »⁵³

3.3.2.2.6. *Quoi faire en cas de rechute ou de crise*

- Vérifier la prise de médicaments avec la personne;
- Signaler la rechute ou la crise aux proches de la personne (avec son consentement);
- Si la personne est suivie par un médecin, l'encourager à le consulter;
- Si la personne est suivie par un médecin et ne veut pas aller le consulter directement, mais vous autorise à communiquer avec lui, l'informer de son état;
- Mettre en place les stratégies du plan d'action, si préalablement discutées;
- En cas d'urgence, composer le 911.

3.3.2.2.7. *Quoi faire pour se préparer à la survenue éventuelle d'une rechute ou d'une crise*

Les possibilités de rechute ou de crise sont parfois inévitables et peuvent survenir à l'improviste. La meilleure façon de faire face à une rechute ou à une crise est de s'y préparer en prévoyant les mesures

à prendre en cas de pareille situation. Voici les éléments qu'il est intéressant de clarifier avec la personne lorsque son état est stable:

- Si une situation de crise survient, avec quelle personne de son entourage souhaite-t-elle que vous communiquiez?
- Si son état se détériore, vérifiez si la personne vous autorise à l'amener à l'hôpital et, si c'est le cas, à quel hôpital?
- Si la personne n'est plus en état de prendre des décisions concernant son traitement, à qui accepte-t-elle de s'en remettre?

3.3.2.2.8. *Références sur les troubles bipolaires*

Livres

- FILTEAU, M.-J. et J. Beaulieu. 2008. *Le trouble bipolaire pour ceux qui en souffrent et leurs proches*, Éditions La Semaine.
- LANGLOIS, R. 2007. *Ces maux qui dérangent. Vivre et côtoyer la dépression, la maniaque-dépression et les troubles de santé mentale*, Éditions Le Dauphin Blanc.
- LANGLOIS, R. 2004. *Le fragile équilibre: Témoignage et réflexions sur la maniaque-dépression et sur la santé mentale*, Éditions Le Dauphin Blanc.
- LEBLANC, J. et autres. 1996. *Démystifier les maladies mentales: Les dépressions et les troubles affectifs cycliques*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

- MC KEON, P. 1991. *La dépression et les troubles de l'humeur*, Éditions Stanké.
- PERSONNEL DE LA CLINIQUE DES TROUBLES BIPOLAIRES. 2000. *Le trouble bipolaire, guide d'informations*, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- THÉRIAULT, C. et L. CHAMBERLAIN-THÉRIAULT. 1984. *Les hauts et les bas de la maniaco-dépression*, Éditions Léméac.

Roman

- STEEL, D. 1998. *Un rayon de lumière*, Club France Loisir.

Vidéo

- LAMONTAGNE, Y., B. BEXTON, C. VANIER et C. BAUR. 1996. *La dépression* Production Sogestalt.

3.4. SCHIZOPHRÉNIE^{54 55}

La schizophrénie est une maladie affectant le cerveau. Elle se manifeste par des perturbations des fonctions mentales. Effectivement, elle affecte la façon de penser, les sentiments, les sensations et les habiletés relationnelles de la personne. Selon les statistiques, il est estimé que 1 % de la population est atteint de schizophrénie. Au Québec, il y aurait donc environ 75 000 personnes touchées. Cette maladie affecte autant les femmes que les hommes. Cependant, une différence de manifestation de la maladie selon le sexe a été remarquée. Chez les hommes, le premier épisode de schizophrénie survient vers la fin de l'adolescence ou le début de l'âge adulte, alors que chez les femmes, il survient généralement quelques années plus tard.

Les premiers signes précurseurs de cette maladie sont souvent des troubles cognitifs:

- Troubles d'attention, de concentration, manque de tolérance à l'effort;
- Pertes de mémoire;
- Troubles des fonctions exécutives: difficultés à conceptualiser les gestes nécessaires pour exécuter une tâche.

54 CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. 2009. *La schizophrénie: Guide à l'intention des personnes atteintes de schizophrénie et de leur famille*, Fiche d'information en santé mentale.

55 SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE. [En ligne]. [<http://www.schizophrénie.qc.ca/FR/Quoi.html>]. [Consulté le 20 juillet 2010].

3.4.1. Mythes sur la schizophrénie

MYTHE

Les personnes atteintes de schizophrénie sont dangereuses; elles commettent un nombre élevé de crimes.⁵⁶

RÉALITÉ

Une personne n'est pas dangereuse ou criminelle parce qu'elle est atteinte de schizophrénie. Selon le professeur Joyal, environ 10 % des personnes schizoéphrènes peuvent être violentes. Cependant, plus de la moitié d'entre elles ne le sont pas en raison de la maladie, mais plutôt parce qu'elles ont d'autres troubles comorbides. Pour l'autre moitié, l'acte violent commis coïnciderait avec une phase de délire de persécution paranoïde. Cependant, une personne qui prend sa médication de manière régulière telle que prescrite fonctionne généralement bien, son état est stable. Elle ne représente pas un danger.

MYTHE

La schizophrénie est une maladie de l'âme et un manque de volonté.⁵⁷

RÉALITÉ

La schizophrénie est une maladie du cerveau. Ce n'est pas une maladie de l'âme, mais bien une maladie caractérisée par des variations sur le plan du fonctionnement physique et biologique de la personne. En effet, il y aurait un ralentissement du fonctionnement

de la région des lobes frontaux du cerveau et une augmentation du neurotransmetteur « dopamine » chez les personnes atteintes de schizophrénie. Le manque de volonté ne cause pas la schizophrénie. Les causes sont multiples. Selon les études, il existerait une vulnérabilité biologique et une possibilité de transmission génétique.

⁵⁶ PINSONNAULT, P., *op. cit.*

⁵⁷ SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE. 2009. Qu'est-ce que la schizophrénie?, [En ligne], [www.schizophrenie.qc.ca/quest-ce-que-la-schizophrenie.html]

3.4.2. Symptômes de la schizophrénie

Les principaux symptômes associés à la schizophrénie sont divisés en deux grandes catégories : les symptômes positifs et les symptômes négatifs. Les symptômes appelés positifs se rapportent aux symptômes qui n'existaient pas antérieurement et qui s'ajoutent à la personnalité de la personne. Ce sont des manifestations au-delà des fonctions mentales normales, au-delà de ce qui est attendu. Il s'agit d'ajouts.

3.4.2.1. Certains symptômes positifs^{58 59}

- Hallucinations;
- Délires;
- Langage incohérent;
- Agissements inhabituels;
- Préoccupations exagérées;
- Agitation.

Les symptômes dits négatifs font référence à un manque ou à une absence des manifestations qui sont attendues chez une personne ayant des fonctions mentales normales. Il s'agit d'une sous-utilisation des fonctions mentales. Ces symptômes sont surtout observables au cours des phases aiguës de la maladie et diffèrent d'une personne à l'autre.

3.4.2.2. Certains symptômes négatifs^{60 61}

- Peu d'expression des émotions, visage fixe;
- Discours monotone, difficulté de conversation;
- Isolement social et repli sur soi;
- Dysfonctionnement social ou professionnel;
- Diminution de l'énergie.

3.4.2.3. Autres symptômes⁶²

- Perturbation du sommeil;
- Automutilation;
- Altération de l'odorat et du goût;
- Hostilité, méfiance;
- Hypersensibilité au bruit et à la lumière;
- Accélération ou ralentissement des pensées;
- Négligence de l'habillement ou de l'hygiène corporelle.

58 FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE, *op. cit.*, p. 3-10.

59 FONDATION DES MALADIES MENTALES. 2009. *La schizophrénie, définition – symptômes – Qui en est atteint – Causes – Prévenir et soigner – Ressources.*

60 FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE, *op. cit.*, p. 3, 11-14.

61 FONDATION DES MALADIES MENTALES, *op. cit.*

62 *Ibid.*

3.4.3. **Quoi faire ou éviter de faire**

- Soutenir la personne;
- Faire preuve d'écoute;
- Parler à la personne calmement, clairement et de façon directe;
- Ne jamais parler, en présence de la personne, comme si elle n'était pas là. Elle est habituellement consciente de ce qui se passe autour d'elle, même si elle ne semble pas écouter;
- Éviter de créer des contextes stressant, car le stress intense peut engendrer une rechute :
 - Éviter les relations humaines empreintes d'hostilité;
 - Éviter les relations humaines intenses et conflictuelles;
 - Éviter les pressions de l'entourage;
 - Éviter les tensions au travail;
 - Éviter les milieux de travail compétitifs où il y a une forte demande de performance;
 - Au besoin, aider à diminuer le stress en dégageant temporairement la personne de ses responsabilités;
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période de stress;
- Considérer la personne telle qu'elle est, croire en son potentiel et l'aider à se définir autrement que par la schizophrénie;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Ne pas culpabiliser la personne pour ce qu'elle vit;
- Faire preuve de patience;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Responsabiliser la personne, l'encourager à prendre ses propres décisions afin d'augmenter son indépendance et sa confiance en elle;
- Respecter ses capacités décisionnelles;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à joindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur la schizophrénie, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.4.4. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne a des hallucinations⁶³

- Éviter de poser trop de questions;
- Éviter de toucher la personne elle-même ou ses objets personnels;
- Repérer les sources de stimulation qui pourraient générer du stress chez la personne, par exemple la télévision, et éteindre ces sources de stimulation;
- Ne pas ignorer la personne ou ses comportements;
- Parler doucement, calmement et une personne à la fois;
- Nommer à la personne vos observations, par exemple « vos mains tremblent... »;
- Dire à la personne que vous reconnaissez la réalité de son expérience sensorielle, soit ce qu'elle voit et entend, mais que cela ne fait pas partie de votre réalité;
- Ne pas faire semblant de voir ou d'entendre ce qui fait partie des hallucinations de la personne;
- Ne pas tenter de prouver à la personne que ce qu'elle entend et voit ne sont que des hallucinations;
- Aider la personne à garder un contact avec la réalité en parlant avec elle et en lui demandant quelles sont ses attentes envers vous.

3.4.5. Quoi faire ou éviter de faire lorsque l'hygiène de la personne est négligée

- Observer la personne et repérer la source des mauvaises odeurs;
- Aborder directement le problème, par exemple, dire à la personne que son odeur vous incommode;
- Ne pas faire de commentaires désobligeants, par exemple « tu pues! »;
- Ne pas faire la morale, par exemple « ta mère ne t'a jamais dit qu'il fallait se laver? »;
- Ne pas généraliser, ne pas utiliser « jamais » ou « toujours », par exemple « tu pues toujours... tu ne te laves jamais... »;
- Évaluer si la personne semble en mesure de veiller à son hygiène personnelle. En cas contraire, le signaler à ses proches ou à son médecin, car une mauvaise hygiène inhabituelle peut être un indice d'une détérioration mentale.

3.4.6. Quoi faire lorsque la personne souhaite arrêter sa médication

La personne présentant un trouble mental, par exemple la schizophrénie, peut voir leur état se stabiliser. Cette stabilisation est positive, car la personne se sent mieux physiquement, psychologiquement et retrouve un fonctionnement de plus en plus normal. Elle ne vit plus, au quotidien, les impacts négatifs de la problématique de santé mentale. Cependant, le risque est que constatant l'amélioration de son état, la personne répète avec insistance qu'elle n'est plus malade et donc qu'elle souhaite arrêter sa médication.

La négation de la maladie peut aussi survenir en raison d'une situation qui est difficile à accepter par la personne. Elle peut éprouver des difficultés à accepter sa réalité et donc il se peut qu'elle nie le fait qu'elle soit malade.

Voici un exemple de ce que vous pourriez répondre à la personne qui vous dit « Je ne suis plus malade! »:

«C'est vrai que tu n'es pas malade actuellement. Les médicaments te sont prescrits pour t'empêcher de l'être. Tu te brosses les dents tous les jours pour prévenir la carie, pas parce que tu as mal aux dents. C'est la même chose. Tu as accepté de prendre tes médicaments pour venir habiter chez nous. Tu prends tes médicaments ou je t'aide à te chercher une chambre ailleurs.»⁶⁴

3.4.7. Quoi faire pour se préparer à la survenue éventuelle d'une rechute ou d'une crise

Les possibilités de rechute ou de crise sont parfois inévitables et peuvent survenir à l'improviste. La meilleure façon de faire face à une rechute ou une crise est de s'y préparer en prévoyant les mesures à prendre en cas de pareille situation. Voici les éléments qu'il est intéressant de clarifier avec la personne lorsque son état est stable:

- Si une situation de crise survient, avec quelle personne de son entourage souhaite-t-elle que vous communiquiez?
- Si son état se détériore, vérifiez si la personne vous autorise à l'amener à l'hôpital et, si c'est le cas, à quel hôpital?
- Si la personne n'est plus en état de prendre des décisions concernant son traitement, à qui accepte-t-elle de s'en remettre?

3.4.8. Comment reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute ou d'une crise

- Repli sur soi, isolement social;
- Méfiance face à ses proches;
- Refus de participer aux activités sociales;
- Sommeil perturbé;
- Fatigue et somnolence diurne;
- Négligence de l'hygiène corporelle;
- Négligence de l'entretien du milieu de vie;
- Absence de manifestations d'émotions (affect neutre);
- Pleurs excessifs ou incapacité de pleurer;
- Rire à des moments inappropriés.

3.4.9. Quoi faire en cas de rechute ou de crise

- Vérifier la prise de médicaments avec la personne;
- Signaler la rechute ou la crise aux proches de la personne (avec son consentement);
- Si la personne est suivie par un médecin, l'encourager à le consulter;
- Si la personne est suivie par un médecin et ne veut pas aller le consulter directement, mais autorise que vous communiquiez avec lui, l'informer de son état;
- Mettre en place les stratégies du plan d'action, si préalablement discutées;
- En cas d'urgence, composer le 911.

3.4.10. Références sur la schizophrénie

Livres

- CAILLOUX-COHEN, S. et L. VIGNEAULT. 1997. *Aller-retour au pays de la folie*, Éditions de l'homme.
- FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (FFAPAMM). 2005. *La schizophrénie: description des symptômes et modèle de comportement à domicile*, 24 p.
- LALONDE, P. et autres. 1995. *Démystifier la santé mentale: La schizophrénie*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.
- LÉVESQUE, Diane. 1998. *Un long parcours dans l'épreuve... espoir de guérison*, Édition La Plume d'Oie.
- MUESER, K. T. et S. GINGERICH. 2001. *Vivre avec la schizophrénie: un recueil d'information et d'exercices destiné aux familles*, FFAPAMM.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE SCHIZOPHRÉNIE. 2003. *Apprendre à connaître la schizophrénie: Une leueur d'espoir*, 3^e Édition révisée. 261 p.

Film

- HOWARD, R. 2001. *Un homme d'exception* (traduction de *A Beautiful Mind*), inspiré de l'histoire vraie de John Nash.

3.5. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ⁶⁵

Un trouble de la personnalité est caractérisé par des conduites qui sont rigides et déviantes de celles attendues dans la culture de la personne. Ce mode persiste dans le temps. Habituellement le trouble apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il est source de souffrance pour la personne et il nuit à son fonctionnement normal en affectant différentes sphères de sa vie.

Il est important de faire la distinction entre les traits de personnalité et le trouble de la personnalité. Tout individu a divers traits de personnalité. Par exemple, certaines personnes se croient meilleures que les autres, d'autres aiment garder leur maison propre et leur garde-robe bien ordonnée, etc. Tout individu a des traits qui le caractérisent. Lorsque les traits deviennent un mode général stable dans le temps, mal adapté, envahissant, teintant les pensées et comportements de la personne dans divers contextes et nuisant au fonctionnement normal de la personne, il peut s'agir d'un trouble de la personnalité. Ce dernier influence la manière que la personne perçoit et entre en relation avec son environnement et peut entraîner des difficultés importantes d'adaptation. Finalement, le trouble de la personnalité peut entraîner une détresse importante chez l'individu.

Le *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux – Révision IV (DSM-IV)* définit dix troubles de la personnalité: paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, limite, histrionique, narcissique, dépendante, obsessionnelle-compulsive et évitante. Dans le cadre de cet outil de référence, nous avons décidé, à la suite d'une exploration de terrain, de nous attarder au trouble de personnalité limite. Nous aborderons également les troubles de personnalité paranoïaque, antisociale, histrionique, narcissique et évitante.

65 ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Les troubles de la personnalité*, p. 1.

3.5.1. Trouble de personnalité limite⁶⁶

Le trouble de personnalité limite se caractérise principalement par un mode de fonctionnement général marqué d'impulsivité et d'instabilité sur le plan des relations interpersonnelles, de l'image de soi et de l'humeur. Il se manifeste dans des contextes variés. En effet, il affecte le fonctionnement normal de la personne sur les plans social, professionnel, etc. Ce trouble apparaît au début de l'âge adulte. Son incidence est estimée à 2 % dans la population générale.

3.5.1.1. Mythes sur le trouble de personnalité limite⁶⁷

MYTHE

Le trouble de personnalité limite est une maladie héréditaire.

RÉALITÉ

Les facteurs associés au développement du trouble de personnalité limite sont de nature variée. Parmi ceux-ci, il y a le tempérament de la personne, les expériences vécues au cours de l'enfance ainsi que les influences de l'environnement.

MYTHE

Les personnes présentant un trouble de personnalité limite sont démunies, sans volonté et incapables de se débrouiller.

RÉALITÉ

Les personnes présentant un trouble de personnalité limite ont un bon potentiel à développer leurs compétences. Elles sont aptes à prendre leurs responsabilités et à faire des apprentissages si leur environnement les soutient. Un environnement favorisant l'autonomie et la responsabilisation est un facteur de réussite.

3.5.1.2. Certaines caractéristiques associées⁶⁸

- Peur de l'abandon;
- Relations instables et intenses : difficultés à investir les proches, à contrôler ses émotions et à gérer ses impulsions;
- Perturbation de l'identité : image de soi instable ou indistincte;
- Impulsivité;
- Comportements suicidaires ou autodestructeurs: automutilation, autoagressivité récurrente, les comportements peuvent être déclenchés par des menaces de séparation, des menaces de rejet ou si la personne est forcée à prendre des responsabilités qu'elle ne veut pas prendre;
- Instabilité affective (instabilité émotionnelle, réactivité extrême de la personne au stress);

66 VILLENEUVE, É. 2001. « Suicide et trouble de personnalité limite (TPL) L'expérience d'une clinique spécialisée, le Faubourg St-Jean » dans *Revue le Vis-à-vis*, vol. 11, n° 2.

67 DROLET, S., A. SIMARD et E. VILLENEUVE. 2005. *Au cœur du trouble de personnalité limite, Guide à l'intention des familles*, Centre de traitement Le Faubourg St-Jean, Centre hospitalier Robert-Giffard affilié à l'Université Laval, p. 6-7.

68 GUNDERSON, J. G. 2006. *Le TPL... en bref! Introduction au trouble de personnalité limite, diagnostic, origine, évolution et traitement*, The Borderline Personality Disorder Resource Centre, p. 4-5.

- Sentiment chronique de vide (état associé à la solitude et à un grand besoin affectif);
- Colère (peut être engendrée par des perceptions erronées);
- Distorsion de la réalité (sentiment d'être dépersonnalisé ou que le monde est irréal);
- Émotions très intenses: découragement, impuissance, colère, angoisse, peur, etc.

3.5.1.3. L'automutilation

Lorsque l'automutilation s'inscrit dans un trouble de personnalité limite, les causes peuvent être multiples:

- Se libérer d'une tension émotionnelle trop intense;
- Rendre sa souffrance concrète et ainsi sentir qu'elle est contrôlable;
- Se punir;
- Susciter des réactions chez l'entourage : recevoir de l'attention, « étirer » les limites, etc.

3.5.1.3.1. Stratégies pour aider la personne qui s'automutile ou pour vous aider si vous êtes témoin d'automutilation

- Composer le 911 si vous jugez que la personne a besoin de soins médicaux;
- Valider la souffrance que ressent la personne, sans valider ses actes;
- Ne pas réagir en dramatisant les actes posés, car cela risquerait d'augmenter l'intensité des émotions;
- Ne pas ignorer l'acte de la personne;

- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Responsabiliser la personne en l'encourageant à prendre conscience des conséquences sur elle et sur son entourage.

3.5.1.4. Quoi faire ou éviter de faire⁶⁹

Les personnes présentant un trouble de personnalité limite sont très sensibles à leur environnement et peuvent vivre une peur intense d'abandon. Elles réagissent et craignent fortement la séparation et le rejet. La perception de leur environnement étant parfois erronée, elles peuvent croire qu'une séparation survient parce qu'elles sont « méchantes ». Il faut donc être vigilant dans notre discours et nos comportements afin de ne pas faire vivre du rejet à la personne présentant un trouble de personnalité limite. Ainsi nous évitons d'attiser les symptômes dont elle souffre.

- Traiter la personne en adulte, ne pas l'infantiliser;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant avec sa situation générale et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période plus difficile;
- Responsabiliser la personne, l'aider à prendre conscience que ses comportements ou ses propos ont des

69 DROLET, S., A. SIMARD et E. VILLENEUVE, *op. cit.*, p. 1-9.

- conséquences sur elle-même et sur ses proches;
- Encourager le pouvoir d’agir de la personne en la laissant prendre, le plus possible, les décisions qui la concernent;
 - Soutenir la personne dans les démarches qu’elle entreprend;
 - Reconnaître les compétences et les efforts de la personne;
 - Croire au potentiel de la personne;
 - Respecter le rythme de la personne;
 - Faire preuve d’empathie envers les difficultés vécues;
 - Faire preuve d’une bonne écoute;
 - Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
 - Accepter l’autre avec ses forces et ses limites;
 - Fixer des objectifs de participation réalistes;
 - Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
 - Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
 - Ne pas s’improviser thérapeute;
 - Encourager la personne à joindre des groupes sociaux et d’entraide;
 - Se documenter sur le trouble de personnalité limite, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.5.1.5. Quoi faire lorsque la personne manipule ses proches⁷⁰

Certaines personnes utilisent les autres comme des « marionnettes ». Elles tentent de faire faire à leur entourage les choses qu’elles désirent, afin d’en tirer profit. Le fait d’avoir des intentions manipulatrices n’est pas un symptôme d’un trouble mental, mais est plutôt considéré comme un élément de la personnalité. Les traits de la personnalité sont généralement bien ancrés et donc leur modification est un travail de longue haleine. Pour ce faire, il faut amener la personne à être consciente de ses comportements et lui faire comprendre que sa maladie ne l’excuse pas. Un autre élément important est qu’il ne faut pas renforcer les comportements de la personne. Si elle manipule pour avoir des faveurs et qu’elle atteint ses objectifs, elle comprendra que c’est en manipulant qu’elle obtient ce qu’elle veut et continuera d’adopter ces comportements.

3.5.2. Trouble de personnalité paranoïaque

Le trouble de personnalité paranoïaque se caractérise par une méfiance et des soupçons envers les autres. La personne souffrant de ce trouble interprète les intentions des autres comme étant malveillantes. Cet état et ces manifestations sont envahissants et continuels.

3.5.2.1. Certaines caractéristiques associées⁷¹

- Doutes constants de la fidélité et de la loyauté de ses proches;
- Réticence à se confier, car la personne a le sentiment que l'information qu'elle communique sera utilisée contre elle;
- Sentiment que les autres cherchent à l'exploiter, à la tromper, à lui nuire;
- Interprétation des dires et des événements anodins du quotidien comme camouflant des significations humiliantes ou menaçantes à son égard;
- Difficultés à pardonner, car la personne est rancunière;
- Possibilité de réaction de colère ou d'agressivité si la personne croit que sa réputation est attaquée.

Il ne faut pas confondre les symptômes paranoïaques associés à d'autres maladies, comme un délire paranoïaque, avec les symptômes du trouble de personnalité. Ce dernier se distingue par son intensité et sa persistance dans le temps. Il ne s'agit pas de symptômes passagers, mais bien d'un mode de fonctionnement se manifestant dans divers contextes.

3.5.2.2. Quoi faire ou éviter de faire⁷²

- Traiter la personne en adulte, ne pas l'infantiliser;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant avec sa situation générale et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période plus difficile;
- Responsabiliser la personne, l'aider à prendre conscience que ses comportements ou ses propos ont des conséquences sur elle-même et sur ses proches;
- Encourager le pouvoir d'agir de la personne en la laissant prendre, le plus possible, les décisions qui la concernent;
- Soutenir la personne dans les démarches qu'elle entreprend;
- Reconnaître les compétences et les efforts de la personne;
- Croire au potentiel de la personne;
- Respecter le rythme de la personne;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;

71 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *op. cit.*

72 DROLET, S., A. SIMARD et E. VILLENEUVE, *op. cit.* p. 7.

- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur le trouble de personnalité paranoïaque, pour mieux comprendre ce que vit la personne.
- Ne pas banaliser ou minimiser la détresse vécue par la personne;
- Lorsque la personne se plaint ou porte des accusations sur d'autres, lui dire que vous n'êtes pas à l'aise d'entendre ses propos et préférez changer de sujet;
- Aider la personne à garder un contact avec la réalité en parlant avec elle et en lui demandant quelles sont ses attentes envers vous;
- Ne pas s'improviser thérapeute.

3.5.2.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne déforme la réalité⁷³

- Éviter de poser trop de questions;
- Nommer à la personne vos observations, par exemple « j'entends du doute par rapport à vos voisins... »;
- Dire à la personne que vous comprenez sa réalité, ce qu'elle dit, sans que ce soit votre réalité et sans toutefois l'approuver;
- Si vous devez parler de la situation de la personne avec une autre personne, le faire en sa présence;
- Ne pas laisser sous-entendre à la personne que vous avez parlé de sa situation avec quelqu'un d'autre;
- Ne pas faire semblant que vous pensez que ses idées sont vraies, par exemple en lui disant « c'est vrai, on dirait que votre voisin vous observe... »;
- Ne pas renforcer les idées de la personne en lui proposant, par exemple, d'engager un détective;
- Ne pas argumenter pour essayer de prouver à la personne que ses idées sont fausses;
- Ne pas contredire ou ridiculiser la personne;

3.5.3. Trouble de personnalité antisociale

La personne qui présente un trouble de personnalité antisociale est animée par un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui. Elle a tendance à tromper et à manipuler. De plus, elle se conforme difficilement aux normes de la société.

3.5.3.1. Certaines caractéristiques associées⁷⁴

- Absence de remords : la personne est indifférente ou justifie ses comportements ou son attitude après avoir blessé, maltraité ou volé autrui;
- Difficultés à se conformer aux normes sociales: les normes déterminant les comportements légaux;
- Irresponsabilité qui persiste dans le temps: difficultés à garder un emploi, à veiller à ses obligations financières, etc.;
- Mépris pour sa sécurité ou celle des autres;
- Agressivité ou irritabilité;
- Impulsivité;
- Tendance à mentir, à tromper ou à escroquer, par profit ou par plaisir.

Le trouble de personnalité antisociale est parfois associé à la présence d'autres troubles: troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles liés à une substance, troubles de somatisation, problématiques de dépendance et d'autres troubles du contrôle des impulsions.

3.5.3.2. Quoi faire ou éviter de faire⁷⁵

- Traiter la personne en adulte, ne pas l'infantiliser;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant avec sa situation générale et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période plus difficile;
- Responsabiliser la personne, l'aider à prendre conscience que ses comportements ou ses propos ont des conséquences sur elle-même et sur ses proches;
- Encourager le pouvoir d'agir de la personne en la laissant prendre, le plus possible, les décisions qui la concernent;
- Soutenir la personne dans les démarches qu'elle entreprend;
- Reconnaître les compétences et les efforts de la personne;
- Croire au potentiel de la personne;
- Respecter le rythme de la personne;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;

⁷⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *op. cit.*

⁷⁵ DROLET, S., A. SIMARD et E. VILLENEUVE, *op. cit.* p. 1.

- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur le trouble de personnalité antisociale, pour mieux comprendre ce que vit la personne.
- Ne pas tolérer les propos et les gestes agressifs;
- Ne pas se mettre en danger inutilement;
- Si les comportements agressifs persistent, quitter les lieux et composer le 911.

3.5.3.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne manifeste de l'agressivité ⁷⁶

- Garder une distance d'au moins la longueur d'un bras et demi en tout temps;
- Éviter de toucher la personne;
- Ne pas tourner le dos à la personne;
- Établir et garder un contact visuel avec la personne;
- Repérer la sortie afin de pouvoir quitter les lieux rapidement si la situation se détériore;
- Éviter tout ce qui pourrait amplifier l'agressivité, par exemple la musique ou les bruits forts;
- Ne pas défier ou contredire la personne;
- Nommer la situation et les gestes agressifs, par exemple « tu es en train de crier après moi et tu me menaces avec une chaise! »;

76 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

3.5.4. Trouble de personnalité histrionique

Le trouble de personnalité histrionique se caractérise par un mode général de quête d'attention et de réponses émotionnelles excessives. Ces caractéristiques se manifestent dans la manière qu'a la personne d'entrer en contact avec autrui et dans sa façon de s'exprimer. Ce mode de fonctionnement global se manifeste dans divers contextes. Ce trouble de personnalité est plus fréquent chez les femmes.

3.5.4.1. Certaines caractéristiques associées^{77 78 79}

- Présence de comportements de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante lors des interactions avec autrui;
- Inconfort ressenti par la personne lorsqu'elle n'est pas le centre d'attention;
- Expression émotionnelle superficielle et fluctuante;
- Utilisation de son aspect physique pour attirer l'attention;
- Exagération, dramatisation et théâtralisme de l'expression émotionnelle;
- Sentiment que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité;
- Manière de parler très subjective et pauvre en détails.

3.5.4.2. Quoi faire ou éviter de faire⁸⁰

- Traiter la personne en adulte, ne pas l'infantiliser;
- Ne pas contredire ou ridiculiser la personne;
- Ne pas inciter la personne à exagérer ou à dramatiser, par exemple ne pas dire « c'est vrai, c'est la pire situation que j'ai entendu de toute ma vie... »;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant avec sa situation générale et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période plus difficile;
- Responsabiliser la personne, l'aider à prendre conscience que ses comportements ou ses propos ont des conséquences sur elle-même et sur ses proches;
- Encourager le pouvoir d'agir de la personne en la laissant prendre, le plus possible, les décisions qui la concernent;
- Soutenir la personne dans les démarches qu'elle entreprend;
- Reconnaître les compétences et les efforts de la personne;
- Croire au potentiel de la personne;
- Respecter le rythme de la personne;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;

77 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *op. cit.*

78 DEBRAY, Q. et D. NOLLET. 2004. *Les personnalités pathologiques, Approche cognitive et thérapeutique*, collection Médecine et psychothérapie, Masson, 186 p.

79 GREBOT, E. 2002. *Repères en psychopathologie*, Presses Universitaires de Grenoble, 264 p.

80 DROLET, S., A. SIMARD et E. VILLENEUVE, *op. cit.*, p. 1.

- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur le trouble de personnalité histrionique, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.5.5. Trouble de personnalité narcissique

De façon générale, ce trouble est une manière de fonctionner psychologiquement très ancrée dans la personnalité. Elle s'exprime par des fantaisies de comportements grandioses, par le besoin d'être admiré et par le manque d'empathie. Il s'exprime à l'intérieur de différents contextes, et ce, de façon si exagérée qu'il nuit au fonctionnement normal de la personne dans diverses sphères de sa vie. Ce trouble de personnalité est plus fréquent chez les hommes.

3.5.5.1. Certaines caractéristiques associées⁸¹

- Sentiment grandiose de sa propre importance: surestime ses réalisations, ses compétences et ses capacités, souhaite être reconnu comme supérieur aux autres;
- Fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal;
- Sentiment d'être unique, spécial, ne pouvant être compris que par des personnes comme lui : de niveau supérieur;
- Besoin excessif d'être admiré;
- Sentiment que tout lui est dû et qu'il devrait jouir d'un traitement spécial de par son unicité;
- Vision utilitaire des autres. Il les exploite et les utilise pour son profit, pour parvenir à ses fins;
- Peu d'empathie;
- Impression que les autres l'envient;
- Air hautain et arrogant.

81 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *op. cit.*

3.5.5.2. Quoi faire ou éviter de faire⁸²

- Traiter la personne en adulte, ne pas l'infantiliser;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant avec sa situation générale et non à un standard absolu);
- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période plus difficile;
- Responsabiliser la personne, l'aider à prendre conscience que ses comportements ou ses propos ont des conséquences sur elle-même et sur ses proches;
- Encourager le pouvoir d'agir de la personne en la laissant prendre, le plus possible, les décisions qui la concernent;
- Soutenir la personne dans les démarches qu'elle entreprend;
- Reconnaître les compétences et les efforts de la personne;
- Croire au potentiel de la personne;
- Respecter le rythme de la personne;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;

- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur le trouble de personnalité narcissique, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.5.5.3. Quoi faire ou éviter de faire lorsque la personne manifeste des idées de grandeurs quant à sa valeur, son pouvoir, son identité, etc.⁸³

- Nommer à la personne vos observations, par exemple « Vous me parlez de grands projets aujourd'hui, vous parlez beaucoup, au point où je ne peux plus parler... »;
- Dire à la personne que vous comprenez ce qu'elle dit, ses perceptions, sans toutefois approuver;
- Ne pas argumenter pour essayer de prouver à la personne que ses idées sont fausses et absurdes;
- Ne pas contredire ou ridiculiser la personne;
- Ne pas faire semblant que vous pensez que ses idées sont vraies;
- Ne pas inciter la personne à croire que ses idées sont vraies;
- Lorsque la personne s'accroche à ses idées de grandeur, lui dire que vous n'êtes pas à l'aise avec la discussion et que vous préférez changer de sujet.

82 DROLET, S., A. SIMARD et E. VILLENEUVE, *op. cit.*, p. 1.

83 DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

3.5.6. Trouble de personnalité évitante

Le trouble de personnalité évitante se caractérise par un mode général d'inhibition sociale, du sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui. Ces manifestations se produisent dans des contextes variés.

3.5.6.1. Certaines caractéristiques associées⁸⁴

- Perception de soi comme étant une personne socialement incompétente;
- Perception de soi comme étant sans attrait et inférieure aux autres;
- Évitement des activités sociales et professionnelles, impliquant des contacts importants avec autrui, par peur d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté;
- Évitement des situations sociales et des implications personnelles avec autrui par crainte d'être rejeté;
- Évitement de prise de risques personnels ou d'engagement dans de nouvelles activités par peur de ressentir de l'embarras;
- Inhibition dans les nouvelles situations interpersonnelles en raison d'un sentiment de ne pas être à la hauteur;
- Grande réserve dans les relations intimes, car la personne a peur d'être exposée à la honte et au ridicule.

Tel que constaté, ce trouble de personnalité se manifeste énormément par l'évitement des situations que la personne considère comme étant menaçantes. Ainsi, le degré d'anxiété que peut ressentir la personne

reste supportable. Cependant, le fait de se replier sur soi et d'éviter les situations sociales, personnelles et professionnelles coupe la personne de belles occasions et nuit à son fonctionnement normal.

3.5.6.2. Quoi faire ou éviter de faire⁸⁵

- Traiter la personne en adulte, ne pas l'infantiliser;
- Valoriser les efforts faits et renforcer le moindre progrès (évaluer la situation de la personne en la comparant avec sa situation générale et non à un standard absolu);
- Favoriser l'intégration progressive aux activités sociales;
- Proposer à la personne de participer à des activités, sans se faire insistant;
- Renforcer toute participation à une activité;
- Ne pas forcer la personne à faire des choses qu'elle craint;
- Se permettre de commenter positivement la personne, par exemple sur son apparence;

84 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *op. cit.*

85 DROLET, S., A. SIMARD et E. VILLENEUVE, *op. cit.*, p. 1.

- Réduire ses attentes envers la personne lorsqu'elle vit une période plus difficile;
- Responsabiliser la personne, l'aider à prendre conscience que ses comportements ou ses propos ont des conséquences sur elle-même et sur ses proches;
- Encourager le pouvoir d'agir de la personne en la laissant prendre, le plus possible, les décisions qui la concernent;
- Soutenir la personne dans les démarches qu'elle entreprend;
- Reconnaître les compétences et les efforts de la personne;
- Croire au potentiel de la personne;
- Respecter le rythme de la personne;
- Faire preuve d'empathie envers les difficultés vécues;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Respecter les capacités et les intérêts de chacun;
- Accepter l'autre avec ses forces et ses limites;
- Fixer des objectifs de participation réalistes;
- Respecter ses limites personnelles, se protéger pour ne pas tomber malade;
- Encourager la personne à se faire aider par des professionnels;
- Ne pas s'improviser thérapeute;
- Encourager la personne à rejoindre des groupes sociaux et d'entraide;
- Se documenter sur le trouble de personnalité évitante, pour mieux comprendre ce que vit la personne.

3.5.7. Références sur les troubles de la personnalité

Livres

- D'AUTEUIL, S. et C. LAFOND. 2006. *Vivre avec un proche impulsif, intense, instable*, Éditions Bayard.
- DEBIGARE, J. 2010. *Les troubles de la personnalité*, 3^e éd., Éditeur Quebecor.
- LELORD, F. et C. ANDRÉ. 1996. *Comment gérer les personnalités difficiles*, Odile Jacob.

Roman

LABRÈCHE, M.-S. 2000. *Borderline*, Éditions Boréal.

Film

- CHAMBERLAND, L. 2008. *Borderline*, d'après les œuvres de Marie-Sissi Labrèche.

3.6. IDÉES SUICIDAIRES

Malheureusement, il arrive que des personnes présentant ou non une problématique de santé mentale se sentent désespérées à un point tel qu'elles pensent au suicide. Toute personne ayant des idées noires ou qui menace de se suicider doit être prise au sérieux, car il s'agit d'un appel à l'aide, d'un signal d'alarme.

De façon générale, le suicide et les comportements suicidaires sont liés à une interaction complexe entre divers facteurs sociaux et individuels ou à des événements circonstanciels. Parmi ces facteurs, on retrouve l'état physique ou mental, les problèmes d'adaptation et certaines caractéristiques du milieu socioéconomique. Ainsi, des études québécoises ont démontré qu'il existait un lien entre « la présence d'idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide, d'une part, et l'indice de détresse psychologique ainsi que certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques de l'individu, d'autre part ».⁸⁶

Personne n'est à l'abri d'idées ou de comportements suicidaires. Ils surviennent lorsqu'une personne vivant des difficultés ou des moments de crise ne trouve plus de solutions pour atténuer ses souffrances. Il est normal pour tout individu de vivre des situations difficiles au cours de sa vie. Le plus souvent, ces situations de crise entraînent un déséquilibre qui amène la personne

à apporter des changements dans sa vie, à s'adapter à la situation et à trouver des solutions.⁸⁷ Or, certaines personnes sont moins bien outillées pour affronter des situations problématiques.

La crise suit un processus. La personne qui vit une crise passe d'un état d'équilibre, à un état de vulnérabilité, puis à un état de déséquilibre intense. Ainsi, l'état de crise comporte trois phases:

- L'état d'équilibre physique et psychologique;
- L'état de vulnérabilité qui apparaît lorsque l'équilibre est rompu par un obstacle quelconque. Généralement, l'organisme répondra par un ensemble de comportements qui lui permettra de conserver l'équilibre. L'état de vulnérabilité se manifeste donc lorsque la personne a épuisé son répertoire de solutions habituelles;
- L'état de crise peut survenir lorsque la personne est confrontée à des obstacles supplémentaires⁸⁸.

Mentionnons toutefois que la personne peut retrouver l'équilibre lorsqu'elle trouve une solution à son problème, évitant ainsi l'apparition de crise. Il peut y avoir autant d'éléments déclencheurs que d'individus. Par le fait même, les façons de se sortir d'une crise sont variées et personnelles à chacun.

Plusieurs raisons peuvent pousser une personne à développer des idées ou à adopter un comportement

86 Nanhou, V., C. Fournier et Audet, N., INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. 2010. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec: un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social*, Zoom santé, Santé et bien-être, numéro 20, janvier, p. 1-2.

87 TEL-JEUNES. *Informe-toi: Idées suicidaires*, [En ligne], [<http://teljeunes.com/informe-toi/idees-suicidaires/qu-est-ce-que-c-est>]

88 CENTRE D'ÉCOUTE DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL (UQAM). *Concept de crise et processus suicidaire*, [En ligne], [<http://www.ecoute.uqam.ca/suicide4.html>]

suicidaire. Il y a autant de raisons, qu'il y a d'individus. Le seuil de tolérance aux événements et à la souffrance est différent pour chaque personne. Voici tout de même quelques facteurs de risques.

Facteurs de risque:

- Tentative de suicide dans le passé;
- Problème de santé mentale (dépression, maladie bipolaire, schizophrénie, etc.);
- Dépendance à l'alcool ou à la drogue;
- Victime de violence, d'abus physique ou sexuel;
- Histoire de suicide dans la famille;
- Stresseurs (échecs scolaires, pertes, deuils);
- Maladie physique chronique;
- Questionnement sur l'orientation sexuelle.

À l'inverse, des circonstances peuvent faire en sorte qu'une personne sera moins à risque d'avoir des pensées suicidaires, ce sont des facteurs de protection. En voici quelques-uns:

Facteurs de protection:

- Soutien et suivi thérapeutique pour les problèmes de santé mentale, d'abus de substance ou d'abus physique ou sexuel;
- Relations familiales et sociales satisfaisantes;
- Habilités de résolution de problèmes et de conflits;
- Estime de soi et optimisme;
- Réussite scolaire et intégration positive à l'école;
- Saines habitudes.⁸⁹

3.6.1. Quoi faire ou éviter de faire lorsqu'une personne a des idées suicidaires⁹⁰

- Rester calme et parler doucement;
- Faire preuve d'empathie;
- Faire preuve d'une bonne écoute;
- Rester attentif aux paroles, gestes et émotions de la personne;
- Ne jamais ignorer les propos suicidaires, toujours prendre la personne au sérieux;
- Ne pas banaliser ou minimiser les propos de la personne;
- Ne pas tenter de dédramatiser la situation par l'humour;
- Ne pas faire sentir à la personne que vous voulez qu'elle « se secoue » et qu'elle se prenne en main : son état n'est pas dû à un manque de volonté;
- Ne pas promettre à la personne que vous garderez secret toutes ses confidences et que vous ne demanderez pas d'aide : vous devrez demander de l'aide et dévoiler des confidences si vous soupçonnez qu'il y a un danger réel pour la personne;
- Encourager fortement, voir insister pour que la personne communique avec son médecin ou une aide spécialisée, par exemple dans un centre de prévention du suicide, au 1 866 277-3553 (1 866 APPELLE).

⁸⁹ TEL-JEUNES, *op. cit.*

⁹⁰ DUMAS, P., C. HUOT, J. MOISAN, et autres, *op. cit.*

3.6.2. Quoi faire lorsqu'il y a un danger pour la personne⁹¹

- Rester calme;
- Insister en douceur pour que la personne consulte son médecin ou se rende à l'urgence d'un hôpital :
 - Si la personne refuse: si possible, communiquez avec un médecin afin qu'il consulte la personne à domicile. Si une hospitalisation se révèle nécessaire, le médecin rédigera une attestation à cet effet;
- S'il y a urgence, il peut être nécessaire de téléphoner à la police, afin de faire hospitaliser la personne.



VOS LIMITES
PERSONNELLES

4

4.1. GÉRER LE STRESS

Les difficultés vécues par un proche ou par un voisin présentant un trouble mental peuvent avoir un impact sur vous. La réalité que vit la personne lui appartient et ne doit pas devenir la vôtre. Cependant, il se peut qu'elle engendre du stress, par exemple, lorsque la personne vit une situation de crise. Le stress peut entraîner :

- Perturbation du sommeil;
- Épuisement;
- Irritabilité constante.

4.2. MOYENS AIDANT À PRÉVENIR LE STRESS^{92 93 94}

- Identifier quelles sont vos limites personnelles, des limites saines;
- Accepter vos limites personnelles et le fait qu'il est impossible que vous puissiez gérer toutes les difficultés que vit la personne présentant un trouble mental;
- Respecter vos limites personnelles;
- Exprimer vos limites à l'autre;
- Prendre la responsabilité de vos comportements, ne pas prendre la responsabilité des comportements de l'autre;
- S'investir dans sa propre vie; ce geste peut, par ricochet, encourager l'autre à s'investir dans la sienne;
- Favoriser des contacts courts et fréquents avec la personne, si sa compagnie vous épuise;
- Être à l'écoute de vos indices corporels, par exemple vos sensations de fatigue;
- Conserver du temps pour vous reposer;
- Conserver du temps pour des activités sociales et pour des activités sportives que vous aimez;
- Entretenir votre réseau social et éviter de vous isoler;
- Partager avec une personne de confiance, qui a une bonne écoute et qui est sensible à ce que vous vivez;
- Joindre des groupes sociaux et d'entraide, au besoin;
- Communiquer avec des ressources spécialisées en

92 *Ibid.*

93 DROLET, S., A. SIMARD et E. VILLENEUVE, *op. cit.*

94 PERECOWICZ, T. 2006. *Qu'est-ce que la trouble de la personnalité*, Association les amis de la santé mentale.

santé mentale, pour obtenir de l'information et du soutien, au besoin. Par exemple :

- Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de la maladie mentale

Coordonnées: Téléphone: 514 524-7131
Site Internet: www.aqpamm.ca

- Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale

Coordonnées: Téléphone: 1 800 323-0474
Site Internet: www.ffapamm.qc.ca

- Avoir recours à une aide professionnelle, au besoin;
- Participer à des loisirs qui favorisent la détente;
- Avoir recours à des méthodes de détente, par exemple, des techniques de relaxation:⁹⁵
 - Un exemple de technique de relaxation est la respiration diaphragmatique ou abdominale. Cette technique de relaxation favorise l'apaisement des symptômes physiques liés au stress. Lorsque vous êtes stressé, votre manière de respirer se voit souvent modifiée: vous respirez du thorax plutôt que du bas-ventre et ne remplissez pas d'air la totalité de vos poumons. Cela peut causer des impressions de serrement à la poitrine et une sensation de souffle court. Cette technique de relaxation, - la respiration diaphragmatique ou abdominale - favorise la détente en :
 - Diminuant le rythme de la respiration;
 - Augmentant l'amplitude de la respiration;
 - Diminuant la tension musculaire;
 - Favorisant une meilleure oxygénation.

4.2.1. Voici comment faire la respiration diaphragmatique

- Dans un premier temps, prenez conscience de votre respiration normale :
 - Mettre une main sur le thorax et l'autre sur le bas-ventre;
 - Respirer normalement.
- Vous remarquerez que lorsque vous respirez, votre thorax bouge et le bas ventre ne bouge pas. Ce devrait être le contraire.
- Refaites le même exercice de respiration, mais cette fois-ci, essayez que le thorax ne bouge pas. Seul votre abdomen devrait bouger:
 - Mettre une main sur le thorax et l'autre sur le bas-ventre;
 - Respirer par le nez afin de favoriser une respiration lente;
 - Respirer en imaginant que votre ventre est un ballon qui gonfle lorsque vous inspirez et dégonfle lorsque vous expirez.
- Répéter l'exercice 10 fois (10 inspirations et 10 expirations).

Il est préférable de commencer à pratiquer cette technique de respiration dans des endroits calmes et lorsque vous êtes reposé. Graduellement, vous maîtriserez la technique et pourrez l'utiliser en situation de stress.

⁹⁵ JACOBSON, E. 1938. *Progressive relaxation*, Chicago, University of Chicago Press.

4.3. VOUS ÊTES RESPONSABLE DE VOUS, L'AUTRE DE LUI^{96 97}

De bonnes intentions se cachent derrière vos actions visant à aider l'autre. Cependant, il peut arriver qu'en souhaitant l'aider, on lui nuise. Par exemple, il faut éviter le plus possible de « faire à la place de l'autre ». En effet, ce n'est pas toujours aidant de faire pour la personne ce qu'elle est en mesure de faire elle-même. Il est préférable de la laisser faire les tâches et démarches pour lesquelles elle a les capacités. Cela favorise l'autonomie de la personne et l'aide à se responsabiliser. Vous pouvez toutefois proposer à la personne de l'accompagner dans ses démarches. Cela aura un effet rassurant pour la personne et progressivement, vous pourrez la laisser « voler de ses propres ailes ».

68

De plus, le principal acteur de changement est la personne elle-même. Elle est au cœur de sa situation. Il ne revient pas aux proches de faire tous les efforts pour améliorer la situation de la personne. Elle doit, elle-même, développer la volonté de s'aider et de changer sa vie. Il est souhaitable que vous puissiez être à ses côtés et l'accompagner dans son cheminement. Toutefois, il est préférable, le plus possible, de ne pas prendre sur vos épaules tous ses comportements et attitudes. Tout en restant aimant et attentif à l'autre, il est important de garder une certaine distance psychologique: vous êtes vous et l'autre est l'autre. Ainsi, vous préviendrez de vous épuiser physiquement et psychologiquement.

96 CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, 1999, *op. cit.*

97 PERECOWICZ, T., *op. cit.*



A teal-tinted photograph of a person sitting at a desk, writing in a notebook with a pen. The person's face is partially visible in profile, looking down at the notebook. The background is blurred, showing what appears to be another person sitting at a desk. The overall scene suggests a professional or academic setting.

RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE

5

5.1. SERVICES (ÉTABLISSEMENTS) DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Téléphone:

Région de Québec: 418 644-4545

Région de Montréal: 514 644-4545

Ailleurs au Québec: 1 877 644-4545

Répertoire des organismes communautaires, organisé par régions sociosanitaires: www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/

Site Internet d'information en santé mentale
www.masantementale.gouv.qc.ca

Mission:

- Offrir des services de santé et des services sociaux de première ligne (services de premier contact globaux et continus offerts aux personnes et aux populations);
- Offrir des services préventifs ou curatifs;
- S'assurer que les personnes qui requièrent des soins les reçoivent.

5.2. TABLES RÉGIONALES D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les tables régionales d'organismes communautaires sont des regroupements, en régions administratives, d'organismes communautaires. Il y a un total de 16 regroupements. Ce sont tous des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Vous trouverez ci-après la liste de ces tables régionales ainsi que leurs coordonnées. Ainsi, vous pourrez consulter le répertoire d'organismes communautaires de votre région.

(tableau - page suivante)

Région	Nom de la TROC	Adresse
1. Bas Saint-Laurent	TROC-Bas Saint-Laurent	170, rue Saint-Germain Ouest C.P. 1537 Rimouski (Québec) G5L 8M4
2. Saguenay-Lac Saint-Jean	TROC-02	605, rue Saint-Paul, bureau 100 Chicoutimi (Québec) G7J 3Z4
3. Québec	ROC-03	1577, 3 ^e avenue Québec (Québec) G1L 2Y4
4. Mauricie, Centre-du-Québec	TROC-CQ-M	1060, rue Saint-François Xavier Bureau 300 C.P. 1480 Trois-Rivières (Québec) G9A 1R8
5. Estrie	ROC de l'Estrie	45, rue des Abénaquis Sherbrooke (Québec) J1H 1H1
6. Montréal	RIOCM	753, av. du Mont-Royal Est Montréal (Québec) H2J 1W8
7. Outaouais	TROCAO	109, rue Wright Bureau 213 Gatineau (Québec) J8X 2G7
8. Abitibi- Témiscamingue	CROC-AT	34, rue Gamble Est, bureau 103 Rouyn-Noranda (Québec) J9X 3B7
9. Côte-Nord	TROC Côte-Nord	764, rue Bossé Baie-Comeau (Québec) G5C 1L6

Téléphone	Courriel	Site Web
418 722-0621	info@trocbssl.org	www.trocbssl.org
418 696-0469 1 866 444-0469	info@troc02.org	www.troc02.org
418 524-7111	info@troc03.com	www.roc03.com
819 371-5957	info@troccqm.org	www.troccqm.org
819 823-4131	rocestrie@rocestrie.org	www.rocestrie.org
514 277-1118	info@riocm.ca	www.riocm.ca
819 568-9986	info@trocao.org	www.trocao.org
819 797-3822	crocat@tlb.sympatico.ca	www.crocat.ca
418 295-2429 1 888 909-4629	Troc09@globetrotter.net	

Région	Nom de la TROC	Adresse
10. Nord du Québec	TROC-10	223, place Quévillon Lebel-sur-Quévillon (Québec) J0Y 1X0
11. Gaspésie- Îles de la Madeleine	ROC-GÎM	C. P. 6152 Gaspé (Québec) G4X 2R7
12. Chaudière-Appalaches	TROCCA	5935, rue St-Georges Bureau 202 Lévis (Québec) G6V 4K8
13. Laval	CDC de Laval	1450, rue Pie X Bureau 215 Laval (Québec) H7V 3C1
14. Lanaudière	TROCL	25, rue Saint-Louis Saint-Esprit (Québec) J0K 2L0
15. Laurentides	ROCL	342, rue Parent Saint-Jérôme (Québec) J7Z 2A2
16. Montérégie	TROC Montérégie	39, Saint-Jacques Bureau 206 St-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 2J6

Téléphone	Courriel	Site Web
819 755-2592	Troc10.lebel@lino.com	www.troc10.org
418 368-2904	info@rocgim.org	www.rocgim.org
418 833-5334	trocca@trocca.com	www.trocca.com
450 978-2388	info@ cdclaval.qc.ca	www.cdclaval.qc.ca
450 839-6085 1 866 839-6085	trocl@trocl.org	www.trocl.org
450 438-8005	info@roclaurentides.com	www.roclaurentides.com
450 347-4110 450 347-3269	trocmon@videotron.ca	www.trocmon.org

5.3. RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

Association québécoise de prévention du suicide

Téléphone : 1 866 277-3553

(Votre appel sera dirigé vers le centre de prévention du suicide de votre région)

Site Internet: www.aqps.info

(Vous y trouverez une liste, organisée par région, des centres de prévention du suicide)

Mission:

Œuvrer au développement de la prévention du suicide

Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires

Téléphone:

Région de Montréal: 514 738-4873

Ailleurs au Québec: 1 866 738-4873

Site Internet: www.revivre.org

Mission:

Regrouper les meilleures expertises et ressources pour venir en aide adéquatement et efficacement aux personnes atteintes de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires, à leurs proches, aux professionnels de la santé et aux organismes communautaires concernés.

Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale

Téléphone: 514 524-7131

Site Internet: www.aqpamm.ca

Mission:

- Accueillir les familles et leur offrir un soutien émotif;
 - Offrir des services d'information et d'éducation;
 - Sensibiliser le grand public pour vaincre les préjugés.
-

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Téléphone: 418 523-4190

Site Internet : www.aqrp-sm.org

Mission:

- Rassembler toutes les personnes concernées par la réadaptation psychosociale de celles et ceux qui sont affectés par des troubles mentaux graves;
 - Diffuser et promouvoir les valeurs, les principes et les pratiques qui favorisent la réadaptation psychosociale, le rétablissement, la participation et l'intégration des personnes dans la communauté.
-

Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)

Téléphone: 1 800 323-0474

Site Internet: www.avantdecraquer.com

Mission:

Regrouper, représenter et soutenir les associations de familles et amis de la personne atteinte d'un trouble mental

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

Téléphone: 1 877 523-7919

Site Internet: www.rasmq.com

Mission:

- Offrir des formations et de l'information auprès des membres et de la population;
- Promouvoir et développer la philosophie alternative en santé mentale.

5.4. RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE AU CANADA

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale

Téléphone: 613 237-2144 (323)

Site Internet: www.camimh.ca

Mission:

L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale est une alliance d'organisations pour la santé mentale composée de fournisseurs de soins de santé, ainsi que de personnes atteintes de maladie mentale et de leur famille. Le mandat de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale fait partie du programme national de sorte que les personnes souffrant de maladie mentale et leur famille ont accès à des soins et du soutien qui soient adéquats.

Association canadienne pour la santé mentale

Site Internet: www.cmha.ca

Mission:

- Favoriser la résilience et le rétablissement des personnes présentant un trouble mental.
 - Il existe des filiales dans la plupart des régions du Québec.
-

Fondation des jeunes en tête

Téléphone: 514 529-1000

Site Internet: www.fondationjeunesentete.org

Mission:

- Aider partout au Québec, les adolescents en détresse ou en voie de l'être.

Répertoire des maladies mentales:

www.fondationjeunesentete.org/fr/repertoire_des_maladies_mentales

Réseau national pour la santé mentale

Téléphone: 1 888 406-4663

Site Internet: www.nnmh.ca

Mission:

Fournir plaidoyer, éducation, expertise et ressources pour améliorer la santé et le bien-être des consommateurs et survivants du système de santé mentale canadien.

5.5. OUTILS EN SANTÉ MENTALE

Formation de l'organisme La Boussole

La Boussole est un organisme communautaire de Québec offrant des services aux proches des personnes présentant un trouble mental. La mission de La Boussole consiste à atténuer et prévenir les effets de la maladie mentale sur la vie des proches en leur offrant du soutien, de l'accompagnement, du répit et une multitude de services.

Cet organisme offre une formation qui se nomme « l'homme qui parlait aux autos ». Il s'agit d'un atelier novateur pour guider dans le choix de conduites et d'attitudes à adopter avec une personne présentant un trouble mental.

Vidéo « Le rétablissement par le logement autonome », par Philippe Chaumette

Cette réalisation expose un modèle novateur de soutien au logement pour les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale; le programme « Clés en main ». Ce dernier est une approche alternative de soutien au logement résultant d'une réflexion collective menée dans les quartiers centraux de la ville de Québec. La présentation relate des témoignages, informe et sensibilise sur les troubles mentaux dans le milieu de l'habitation.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur cette page Internet: www.laboussole.ca/homme-qui-parlait-aux-autos.html

Coordonnées:

Téléphone: 418 523-1502

Courriel: laboussole@bellnet.ca

Vidéo « Des aidesurs de mal pris », par Philippe Chaumette, 2007

Le documentaire sous format DVD « Des aidesurs de mal pris » illustre le parcours de personnes présentant une problématique de santé mentale, de toxicomanie ou de judiciarisation. Elle traduit le vécu des personnes, leur réalité, les obstacles qu'elles peuvent rencontrer et la forte résilience dont elles font preuve.

Il est possible de commander ce DVD auprès du programme d'encadrement clinique et d'hébergement (Pech).

Coordonnées :

210, boul. Charest Est, suite 100
Québec (Québec) G1K 3H1

Téléphone : 418 523-2820

Courriel : pech@qc.aira.com

Site Internet : www.infopech.org

Vidéo « Le rétablissement », par Luc Vigneault

Cette présentation porte sur le rétablissement en santé mentale. Elle a été réalisée par Luc Vigneault, ex-psychiatrisé, usager et directeur général de l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (APUR). Elle est sous format DVD et d'une durée de 20 minutes.

Vous pouvez vous procurer ce DVD auprès de l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (APUR).

Coordonnées :

Téléphone : 418 634-0248 - 1 877 634-0248

Courriels : apur@apurquebec.org

Site Internet : www.apurquebec.org

LOI P-38

6



QU'EST-CE QUE LA LOI P-38.001?

Il s'agit de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

En général, une personne ne peut être hospitalisée contre son gré. Le seul critère justifiant une hospitalisation temporaire sans le consentement de la personne est, selon le Code civil, la dangerosité.

L'utilisation de la Loi P-38 est une solution de dernier recours. La personne doit présenter un danger pour elle-même ou pour une autre personne. Si ses comportements sont dérangeants plutôt que dangereux, toutes solutions autres que l'hospitalisation doivent être envisagées.

Dans un premier temps, lorsque vous observez d'importantes modifications tant sur le plan comportemental que celui de l'attitude chez une personne vous pouvez:⁹⁸

- Rester calme;
- Amener la personne dans un endroit calme;
- Éviter toute stimulation, par exemple fermer la télévision et la radio;
- Proposer à la personne qu'elle communique avec son médecin;
- Offrir à la personne de l'accompagner chez son médecin;

- Si la personne n'a pas de médecin, lui demander si elle est prête à aller consulter;
- Offrir à la personne de l'accompagner à l'hôpital de son choix;
- Proposer à la personne qu'elle communique avec un proche en qui elle a confiance, qui pourrait l'accompagner à l'hôpital de son choix.

Il est important d'éviter le plus possible « de faire à la place de » la personne. C'est préférable d'encourager la personne à faire elle-même ses démarches. Toutefois, vous pouvez offrir de l'accompagner, ce qui peut avoir un effet rassurant. Agir ainsi favorisera l'autonomie de la personne et le respect de sa dignité, tout en pouvant l'aider à se responsabiliser.

Il faut tenter d'obtenir le consentement et la collaboration de la personne afin qu'elle soit conduite dans un établissement où son état psychologique pourra être évalué. La majorité du temps, la personne acceptera de s'impliquer dans une démarche d'aide. Cependant, il se peut qu'elle refuse toute aide malgré vos tentatives. Si tel est le cas et que vous jugez qu'il y a un danger pour la personne elle-même ou pour autrui, vous devez appeler les policiers. Ces derniers utiliseront la Loi P-38, ce qui concrètement signifie que la personne sera accompagnée à l'hôpital, malgré son non-consentement, pour une période maximum de 72 heures, sans autorisation du Tribunal et sans devoir y subir d'évaluation psychiatrique, ni de traitement.^{99 100}

98 GAGNÉ, D. 1996. *Vivre avec une personne qui souffre d'un trouble de santé mentale, Guide pratique à l'intention des familles*, Québec, Association des parents et amis du malade mental de Granby et région, Québec, 117 p.

99 DESROCHERS, P., J. LAUZON, M. DION et autres. 2009. *Guide pratique sur les droits en santé mentale, réponses aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*, Gouvernement du Québec, 131 p.

100 LA BOUSSOLE. 2009. *Soutien à la gestion de crise, Les procédures pouvant mener à une requête pour une garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique*, La Boussole, Aide aux proches d'une personne atteinte de maladie mentale.

Le mot « danger » fait référence à « ce qui représente une menace, ce qui expose à un accident ». L'application de la Loi P-38 est nécessaire lorsque la sécurité ou la vie d'autrui est menacée. Si vous jugez qu'il y a un danger pour la personne elle-même ou pour autrui, n'hésitez pas à appeler les policiers.¹⁰¹

Une ressource spécialisée en santé mentale peut vous aider à faire la distinction entre ce qui constitue un danger sujet à l'application de la Loi P-38 et ce qui ne constitue pas un danger.

Pour de plus amples renseignements sur cette loi, vous pouvez consulter le site Internet officiel de Publications Québec, à : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca.

Vous pouvez consulter et commander en ligne le *Guide pratique sur les droits en santé mentale. Réponse aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*, à cette adresse : www.msss.gouv.qc.ca.



**MOT DE
LA FIN**

7



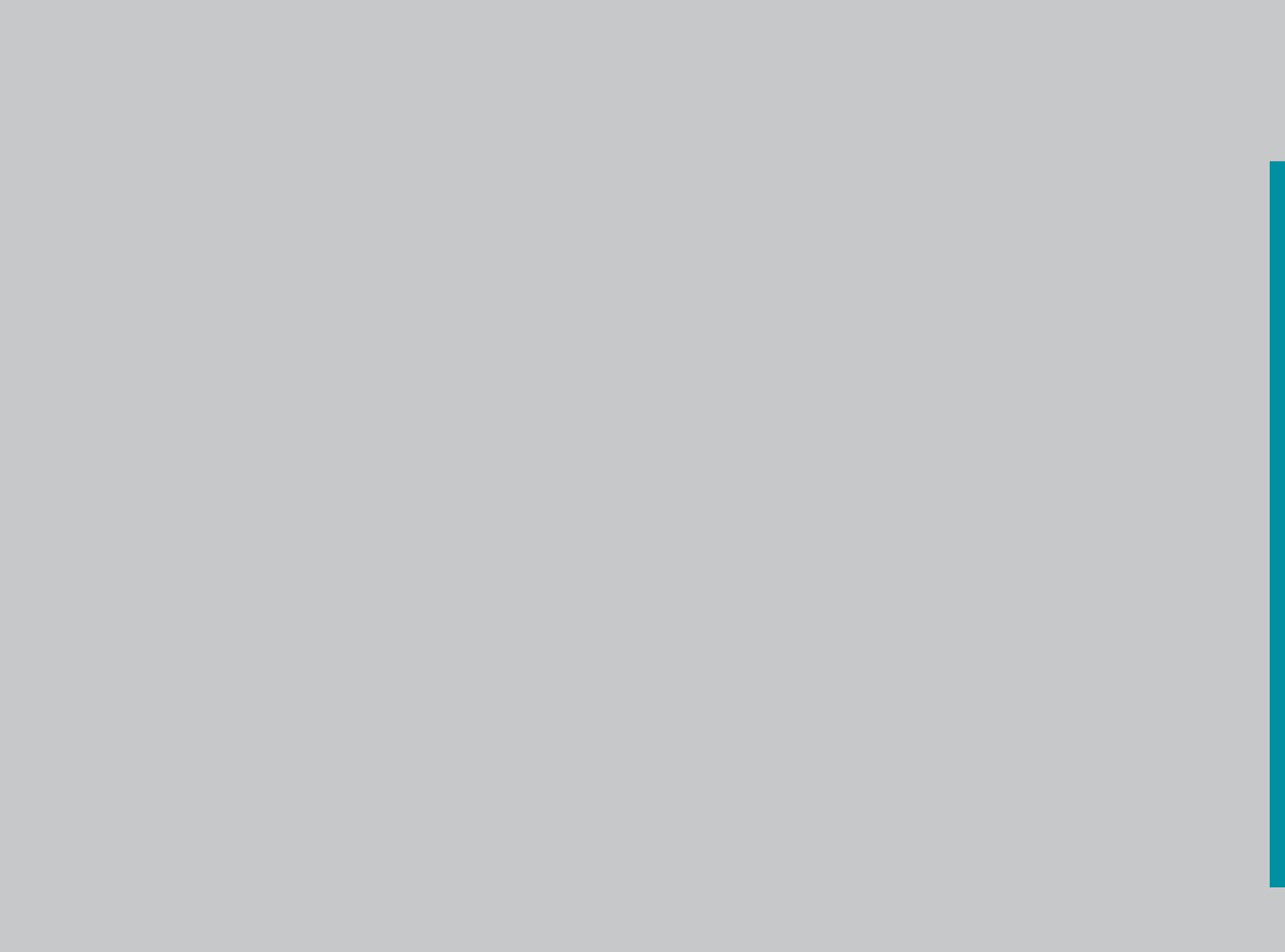


« Je me sens soulagé, car maintenant je suis mieux informé et mieux outillé au sujet de la santé mentale. Je conserverai précieusement ce guide que je consulterai au besoin. », dit M. Jules.

Toute personne a besoin d'une qualité de vie et mérite le respect de sa dignité. Démystifier la santé mentale et informer la population à ce sujet contribue au bien-être de tous. En effet, les répercussions sont positives tant sur la personne présentant une problématique de santé mentale que sur son entourage.

« De mon côté, je suis soulagée parce que je sais que mon voisin M. Jules comprend mieux ma réalité. J'ai le sentiment qu'il m'accepte comme je suis et je me sens en sécurité. », confie Mme Violette.

Surtout, ne restez pas seul dans vos questionnements, de multiples ressources en santé mentale sont disponibles pour vous soutenir et soutenir votre voisin, frère, sœur, parent, ami, etc. Vous vous en porterez mieux et vos relations s'en porteront mieux également.





CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE
DES COOPÉRATIVES D'HABITATION

T 418 648-6758
SF 1 800 667-9386
F 418 648-8580
C info@cqch.qc.ca

WWW.COOPERATIVEHABITATION.COOP