



DOSSIER SANTÉ MENTALE



« SI T'AS PAS LE BONHEUR, T'ES PAS HEUREUX! » – ENTREVUE AVEC YVON DESCHAMPS

Par **Catherine Chouinard** | Chargée de dossier Périnatalité, ASPQ
En collaboration avec **Marie-Claude Perreault** | Responsable des communications, ASPQ

Le présent Bulletin de santé publique traite des passages de la vie sous l'angle de la santé mentale et, pour faire le pont entre chacun des thèmes qu'il aborde, il nous a semblé intéressant de le débiter par un récit de vie afin d'en illustrer le propos. Ainsi, nous sommes allés à la rencontre de ce grand homme qu'est Yvon Deschamps. Pourquoi lui? Avec son grand rire si caractéristique, le principal intéressé a d'emblée posé la question : « Vous vous êtes dit « On va aller voir le plus fou de la gang? ».

→ suite page 3

SOMMAIRE

DANS CE NUMÉRO DU BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

Dossier : Santé mentale

« Si t'as pas le bonheur, t'es pas heureux! » – Entrevue avec Yvon Deschamps.....	p.1	Les enjeux psychologiques et sociaux de la transition à la parentalité chez l'homme.....	p.20
Pourquoi aborder la question du bien-être psychologique?.....	p.2	Cancer, fin de vie anticipée et santé mentale de la personne malade et de ses proches.....	p.23
La santé mentale, une richesse à cultiver.....	p.8	Stigmatisation liée au poids corporel: quoi? pourquoi? comment?.....	p.27
La promotion de la santé mentale et la prévention.....	p.11	Les dépendances : à tout âge, à tout moment.....	p.31
Le stress durant la grossesse: conséquences pour l'enfant et pour la mère.....	p.16		



POURQUOI **ABORDER** LA QUESTION DU **BIEN-ÊTRE** PSYCHOLOGIQUE ?

De sa naissance jusqu'à sa mort, l'humain traverse inévitablement plusieurs passages de vie qui ont une portée tantôt positive, tantôt négative sur son bien-être psychologique. Pour cette édition automnale du Bulletin de santé publique, nous avons décidé d'aborder un dossier peu exploité à ce jour dans cette publication : la santé mentale (vue sous l'angle des différentes transitions normales d'une vie). Qu'il soit question de l'adolescent qui cherche son identité, de la jeune femme qui se préoccupe quotidiennement de son poids, de la mère qui vient d'accoucher, de l'homme qui devient père, du travailleur qui prépare sa retraite, de la femme qui apprend qu'elle a le cancer ou du frère dont la sœur vient de mourir, etc., nous sommes tous appelés, à un moment ou à un autre de notre vie, à vivre des situations où notre bien-être psychologique est mis à l'épreuve.

Parce que l'Association souhaitait porter un regard très large sur ce dossier, cette édition présente des articles qui expliquent pourquoi nous sommes parfois si fragiles et quelles peuvent être les conséquences de cette fragilité sur notre bien-être psychologique. Est-il possible de se préparer à vivre ces moments difficiles et à surmonter ces obstacles qui, inévitablement, ponctueront notre existence? Quelles sont les ressources qui existent au Québec pour prévenir d'éventuels troubles psychologiques ou encore accompagner ceux et celles qui devront y faire face? Voilà des questions que nos collaborateurs aborderont dans ce numéro. **Bonne lecture!**

**UN GRAND MERCI À TOUS
CEUX ET CELLES QUI ONT
COLLABORÉ AU CONTENU
DE CE NUMÉRO!**

ONT PARTICIPÉ À LA RÉALISATION DE CE BULLETIN

Coordination

- Marie-Claude Perreault, ASPQ

Révision

- Marie-Claude Perreault, ASPQ

Collaborateurs

- Marleen Baker, Ph.D. Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille, Université du Québec à Trois-Rivières
- Réjean Carrier, M.S.S. Travailleur social, Maison Michel-Sarrazin
- Catherine Chouinard, Chargée de dossier Périnatalité, ASPQ
- Anne Échasseriau, Agente de liaison, Association canadienne pour la santé mentale-Division du Québec (ACSM-Division du Québec)
- Karine Gravel, M.Sc., Dt.P., Candidate au doctorat en nutrition, Université Laval
- Marthe Hamel, Chef du service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Michel L'Heureux, M.D., MBA. Directeur général, Maison Michel-Sarrazin. Professeur associé, Département de médecine familiale, Université Laval
- Carl Lacharité, Ph. D., Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille, Université du Québec à Trois-Rivières
- Simone Lemieux, Ph.D., Dt.P., et Véronique Provencher, Ph.D., Dt.P., Université Laval
- Renée Ouimet, Directrice, ACSM-Division du Québec
- Rodrigue Paré, Directeur, Maison Jean-Lapointe
- Stéphane Ruel, Agent de recherche et de planification socio-économique, Direction générale de la santé publique, MSSS
- Mai Thanh Tu, Chercheuse, Université de Montréal

Mise en page

- Gabriel Pelletier

Graphisme

- Studiométrique

Contribution financière

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



→ Suite « Si t'as pas le bonheur, t'es pas heureux! » – Entrevue avec Yvon Deschamps



CRÉDIT PHOTO : LAURENCE LABAT

La réponse est pourtant simple. Observateur sensible et impitoyable, Yvon Deschamps traque depuis quatre décennies nos travers sociaux, nos failles, nos grandeurs et nos faiblesses. À travers son œuvre et tout au cours de sa vie, il a osé plonger au cœur de la beauté, tout comme de l'adversité. Il dit de lui qu'il est « un gars peureux », qu'il a eu « de grandes peurs, de très grandes peurs ». Pourtant, pas un thème ne lui échappe : l'injustice, l'exploitation, l'amour, l'intolérance, le suicide, la parentalité, l'enfance, l'adolescence, les relations hommes-femmes, le deuil, la vieillesse. Cet éternel anxieux a le courage de faire face aux sujets qui l'angoissent.

L'ENFANCE

Né dans les années trente dans le quartier St-Henri à Montréal, Yvon Deschamps vient d'une famille modeste mais très

unie. Il éprouve une grande affection pour son père, un dessinateur industriel né avec un handicap au bras. À ce sujet, il dit en riant : « Ils le payaient moins cher, il n'avait rien qu'un bras ! ». La vie n'est pas facile pour les habitants de ce quartier durant la Deuxième Guerre mondiale. Pauvreté, exploitation et problème d'affirmation sont des réalités quotidiennes. Toutefois, l'enfant qu'il est alors n'en souffre pas outre mesure : « Du moment qu'on mange, qu'on est bien, qu'il y a du monde qui nous aime ». Son père offre une présence rassurante malgré la situation financière difficile qui l'amène à travailler de longues heures : « On ne le voyait pas beaucoup mais, quand il était là, il était très présent ». Le samedi, par exemple, les trois garçons Deschamps cuisinent avec lui en portant des chapeaux de chef et des tabliers confectionnés par leur mère.

Si la vie familiale se déroule sans trop d'embûches, la vie dans le quartier est parfois éprouvante : « Le problème, pour moi, c'était la religion, le fait qu'ils nous faisaient tout le temps peur avec n'importe quoi », explique M. Deschamps. Il dit d'ailleurs en avoir gardé des traces pour la vie. Il raconte également un épisode où il a été victime de menaces à caractère sexuel de la part d'un voisin, ce qui l'a incité à vouloir sortir de ce milieu difficile.

Comment un enfant qui a peur de « toute », qui a grandi dans une famille où l'on s'intéresse peu à l'art et où avoir une *bonne job steady* est LE critère de réussite a-t-il pu devenir l'un des artistes les plus marquants de notre époque ?

EXTRAIT DU MONOLOGUE LES UNIONS QUOSSA DONNE ? (1969) :

« Quand j'ai lâché l'école à treize ans mon vieux père était sur son lit de mort. Y m'dit : mon petit garçon j'peux pas te laisser d'héritage (j'm'en doutais un peu à vitesse qui buvait!), seulement avant de partir, j'veux t'dire que dans vie y'a deux choses qui comptent : une job steady pis un bon boss (...) Facque moi j'me sus t'en allé pour m'engager à shop. J'ai dit : c'que vous annoncez, c'tu une job steady ça? Y'ont dit oui. Ah ben j'ai dit vous, vous d'vez être un bon boss! »



LA VIE PROFESSIONNELLE

À seize ans, Yvon Deschamps quitte l'école : « Je n'avais aucune ambition, je prenais la vie comme elle venait ». Il travaille ensuite dans une banque mais juge rapidement que ce poste est trop ennuyeux pour poursuivre. Oisif pendant quelques mois, il décide finalement de suivre le conseil de son père et se met à la recherche d'un nouvel emploi. C'est au bureau de chômage qu'il aperçoit un poste de messenger à la discothèque de Radio-Canada. C'est le tout début de la télévision. « Là, c'est devenu intéressant ! Premièrement, ma patronne me vouvoyait. Tu sais, tu as 18 ans, tu te fais crier des noms tout le temps. Elle, elle m'appelait monsieur Deschamps ». Un jour sa patronne, dont la personnalité est à l'opposé du boss, le personnage de ses premiers monologues, lui donne des billets pour le théâtre. Ce spectacle sera ni plus ni moins une révélation : « Je n'avais aucune ambition mais, à l'entracte, j'ai dit à la personne avec qui j'étais : Je sais pourquoi j'avais le goût de rien faire, c'est parce que je ne savais pas que c'était ça que je voulais faire ! ».

Toujours avec l'aide de sa patronne, il commence une formation en art dramatique qui se donne tout près du quartier populaire où il habite, c'est-à-dire dans le chic Westmount. Son premier professeur de théâtre jouera un rôle déterminant dans sa vie qui, à partir de ce jour, changera rapidement. Tout un monde s'ouvre à lui. Bien qu'il ne possède pas le mode d'emploi pour y accéder, il se sent « comme aux vues ». Tranquillement, son réseau change. À Radio-Canada, il rencontre Gilles Latulippe à qui il propose de suivre des cours de théâtre avec lui.

Sur cet épisode de sa vie, il dit : « Il y a des gens qui n'ont pas beaucoup d'aptitudes et qui finissent par avoir d'immenses talents parce que c'est des travailleurs acharnés. Je l'ai pas moi, ça. Si c'est trop *tough*, je vais faire autre chose (grand éclat de rire) ». Le changement s'opère donc presque malgré lui, par un simple concours de circonstances. « Moi j'ai du plaisir à faire ce que je fais. On doit apprécier ce qu'on fait maintenant. Pas où ça va nous mener, parce qu'on ne sait pas où ça va nous mener. Où est-ce qu'on va ? On ne le sait pas ! » Cette capacité à vivre l'instant et à prendre les choses telles qu'elles se présentent semble être la grande force d'Yvon Deschamps. Pourtant, dit-il, ce n'était pas gagné d'avance. « Mettons que ça a pris du

temps ! Je pense que c'est avec les enfants (il a trois filles), parce qu'avec les enfants c'est là-là ! Y'ont besoin de toi, là : j'ai faim, j'ai soif, pis pas demain, pas dans une heure, là ! »

EXTRAIT DU MONOLOGUE QUOI, UN BÉBÉ ! (1979)

À moment donné l'doctor y dit à moé :

- Avez-vous l'aide à maison ? (...) Si vous avez pas d'aide, vous donnerez les boires de nuit.
- Ça boit la nuit, ça ?
- Ben oui, deux fois à peu près.
- Mais je travaille de jour !
- Justement, vous êtes pas là le jour, vous le ferez la nuit.
- Quand est-ce qu'on dort ?

Lorsqu'il débute sa carrière d'acteur, il cumule les petits rôles au théâtre et à la télévision sans obtenir de reconnaissance. Il lui arrive d'être découragé et de croire qu'il n'a pas le talent. « Moi j'avais un autre talent, mais je ne le savais pas. » Ainsi, pour lui, les choses se produisent au moment opportun, au gré des occasions et des rencontres. Ce fut le cas avec sa patronne de Radio-Canada qui lui a présenté son premier professeur de théâtre ou encore avec Paul Buissonneau¹, qui a été son maître pendant dix ans et qui, comme nous le verrons, lui a offert l'une des plus belles opportunités de sa vie.

Puisque sa carrière ne fonctionne pas aussi bien qu'il le souhaite, il se lance en affaires. Il ouvre un premier restaurant, puis un second quelques temps plus tard, mais fait rapidement faillite. Il se retrouve sans le sou. C'est alors que son ami Buissonneau lui offre de travailler avec lui au théâtre de Quat'sous. Il l'invite peu après à créer un spectacle, avec son groupe d'amis composé de Louise Forestier, Mouffe et Robert Charlebois : *l'Osstidcho!*. À partir de ce moment, tout change. Rappelons que le Québec de l'époque émerge alors d'une longue période de noirceur entretenue par l'Église catholique. Tout à coup arrivent ces jeunes, plutôt impertinents, qui proposent un spectacle éclaté et révolutionnaire aux accents surréalistes.

¹ Paul Buissonneau est acteur et metteur en scène. Fondateur et directeur artistique du théâtre de Quat'sous à Montréal de 1955 à 1989, le grand public l'a mieux connu grâce à son rôle de Piccolo à la télévision.



Un immense succès, un tournant pour le monde du spectacle et un véritable pied de nez à la peur et à la religion.

Yvon Deschamps, on s'en doute, ne prend pas la mesure de ce succès. « En fait, moi je ne m'en suis pas aperçu, moi je ne vois rien. Le phénomène, c'était Charlebois. » Cette difficulté à reconnaître ce qu'il vaut vraiment, il l'associe à sa mère : « Le fait que ma mère n'ait jamais aimé ce que je faisais, ça m'a toujours fait de la peine. Encore aujourd'hui. Jamais ma mère ne m'a dit que j'étais bon, jamais ma mère ne m'a dit qu'elle était fière ». Pourtant, un soir où il regarde la télévision avec elle, le déjà grand Gilles Vigneault parle de lui en affirmant qu'il faut voir *l'Osstidcho* et, surtout, entendre les monologues d'Yvon Deschamps.

LES MONOLOGUES

Ses premiers monologues s'inspirent directement de son enfance à St-Henri. St-Henri qui, à la fin des années quarante, est la zone la plus industrialisée du Canada et où les unions² sont plutôt mal vues par les employeurs. Sans le savoir, l'enfant observateur qu'il était avait tout enregistré, tout retenu de l'injustice et de l'absurdité de cette vie difficile.

Comme artiste, il n'a jamais peur de repousser les limites de l'acceptable, ni de mettre à l'épreuve la tolérance de ses spectateurs : « Moi, j'en ai fait des spectacles comparé à ce qui se fait en moyenne. Je me disais « Pourquoi j'en ferais un autre ? » Il faut qu'il y ait une raison. Faut aller plus loin, ou dans la forme, ou dans le fond. J'essayais, je me disais « Jusqu'où je peux les écœurer, jusqu'où je peux aller avant qu'ils se fâchent ? ». Mais pour un anxieux comme lui, la pression qu'il s'inflige est effrayante et chaque représentation lui fait peur. « Pourtant, se dit-il, c'est ça que j'ai écrit... faut vivre avec ce qu'on est. »

VIVRE EN COUPLE, FONDER UNE FAMILLE

Yvon Deschamps et sa femme, la chanteuse Judi Richards — de qui il parle avec énormément d'affection et de respect —, sont mariés depuis 44 ans. Ils ont cependant vécu une longue période de séparation, très douloureuse : « Épouvantable ! On n'est pas tellement bons, les hommes, avec le rejet. Il y en

a qui tuent leurs femmes ou qui tuent leurs enfants. On ne prend pas ça facilement. Moi je me suis contenté d'avoir de la peine, je n'ai pas fait mal à personne ». Malgré tout, il regrette, encore aujourd'hui, d'avoir été difficile à vivre pour son entourage durant cette période.

Selon Yvon Deschamps, cette situation était prévisible. Judi et lui se rencontrent alors qu'elle a 17 ans et que lui est au début de la trentaine. Native de Toronto, elle vient d'une famille d'artistes et, malgré son jeune âge, a une carrière de danseuse déjà bien installée avec le Ballet national. Après deux années à faire la navette entre deux villes, elle prend le risque de venir s'installer à Montréal, bien qu'elle n'y ait aucun contact. Pire, le couple n'a même pas d'appartement puisque lui vient de faire faillite : « Elle n'est pas venue pour mon argent, ni pour ma célébrité, elle est venue pour mon *body* ! ». Lorsqu'ils rencontrent des amis (dont Robert Charlebois, Clémence Desrochers ou Gilles Vigneault), la conversation se déroule en français, une langue qu'elle ne parle pas encore. Toutefois, il y a bien deux mots qu'elle arrive à saisir et qui reviennent régulièrement dans les échanges : *maudits anglais*. « Ça, a comprenait ça ! ». Un jour, celle qui deviendra chanteuse rencontre un arrangeur de son qui peut lui décrocher la lune. « Lui, il lui offre tout ce qu'elle veut dans vie : une job, chanter, de l'argent. Moi, j'ai rien. Juste l'amour... pis le *body* », confie-t-il en éclatant de rire. Cette rencontre survient à la veille de leur mariage et, bien que la cérémonie ait bien eu lieu, rien ne va plus. Elle le quitte quelques temps plus tard. Pour expliquer cette rupture, M. Deschamps nous précise dans ses mots qu'« Elle voulait être quelqu'un, faire sa vie. Elle avait besoin d'être toute seule. C'est une femme ben autonome ». Il se retrouve dévasté : « Mettons que mon spectacle de 1973, y'était pas drôle. C'est là que j'ai écrit *La Mort du boss*. Le personnage tuait son petit et se suicidait à la fin ». S'ensuivent quatre années de relation en dents de scie, où ils tous deux se retrouvent parfois : « Elle m'avait dit « Quand tu ne te sens pas bien, tu m'appelles. » Disons que j'en ai abusé ! Mais jamais je n'ai senti une hésitation de sa part ». Bien qu'un attachement profond les lie, ils ne sont capables ni d'être ensemble, ni de ne pas l'être. Fonder une famille se révèle alors la façon de se sortir de l'impasse : sans ce lien décisif, définitif, vivre ensemble ne leur paraît plus nécessaire.

² Syndicats



Pour Yvon Deschamps, il s'agit d'une paternité tardive puisqu'il a ses enfants dans la quarantaine et la cinquantaine. Cette nouvelle situation est déterminante puisque ces naissances lui permettent de calmer son anxiété et ses angoisses. Alors qu'il s'est toujours senti en manque de reconnaissance de la part de sa mère, il juge les enfants d'aujourd'hui plus chanceux : «Elles sont toutes petites, on commence à leur dire qu'elles sont belles, pis fines, pis intelligentes (...). Judy me dit tout le temps que ça n'a pas de bon sens. Nous autres on est parti de chez nous à 17-18 ans, pis eux autres, ils veulent juste être à maison».

LA VIEILLESSE

Être «vieux» (il a maintenant 76 ans) n'est pas un problème pour lui. Il s'étonne d'ailleurs de cette tendance sociale à refuser, ou même à nier la vieillesse. Il affirme tout de même qu'il s'agit du segment de la vie qui fait le plus peur : «Est-ce qu'on va être autonome jusqu'au bout?». Il raconte les dernières années de son père, devenu sénile en vieillissant. Celui-ci ne reconnaissait plus ses enfants, allant jusqu'à affirmer en souriant que jamais il n'en avait eu. Cette situation a peu peiné Yvon Deschamps, il la trouvait même rassurante : «Je dis toujours à mes enfants, si je pars par morceaux, je veux que la tête parte en premier. Je ne veux pas être conscient du reste». Il ajoute : «Mon père, moi j'étais heureux pour lui parce qu'il était content, il n'avait plus peur. Mourir, on n'aime pas ça, on ne s'habitue pas à ça».

« (...) Si on n'est pas vieux à 74 ans, quand est-ce qu'on va l'être? Moi je suis vieux, pis je suis de bonne humeur, pis tout fonctionne encore, pis j'aime ça! »

Un jour, une femme l'apostrophe dans la rue pour le semoncer de s'être lui-même traité de vieux, le soir précédent, à la télévision. Elle avait le même âge que lui et niait férocement cette affirmation. Il lui dit : «Oui, madame, vous êtes vieille!» et poursuit en disant «Faut accepter ça. Si on n'est pas vieux à 74 ans, quand est-ce qu'on va l'être? Moi je suis vieux, pis je suis de bonne humeur, pis tout fonctionne encore, pis j'aime ça!» Ceux qui refusent de vieillir se privent d'une belle part de leur vie, croit-il.

LE TRAVAIL SOCIAL

Pour conclure, nous abordons la question de ses engagements sociaux. Yvon Deschamps est un homme de causes. Il nous raconte d'ailleurs une anecdote savoureuse à ce sujet. Il y a plusieurs années, il a mis sur pied une fondation vouée aux personnes handicapées, sans vraiment savoir ce qui a motivé son choix. Ce n'est que plusieurs années plus tard, vers l'âge de cinquante ans, qu'il s'est aperçu que son père avait un handicap au bras, ce qui est probablement la source de cet engagement. Ainsi, durant plus de la moitié de sa vie, il n'a jamais remarqué la particularité de son père, bien qu'il ait été capable de concevoir les difficultés de sa condition.

Au cours de sa vie, Yvon Deschamps a soutenu plusieurs autres causes, dont notamment la pauvreté, les femmes en difficulté, les pays en voie de développement et, plus récemment, la maltraitance chez les aînés. Qu'est-ce qui motive ses actions? Quand il a commencé à écrire des monologues, il ne l'a pas fait pour faire rire les gens. Il se voyait plutôt comme un travailleur social : «Je me disais, si le monde est prêt à m'écouter, je vais leur parler de choses qui me touchent, que je trouve importantes socialement, politiquement, humainement». Pour lui, l'engagement social n'est qu'une suite logique à son parcours. Il se considère par ailleurs très chanceux que la célébrité lui ait permis d'avoir le choix car, comme il le dit si bien dit, «Y'en as-tu des causes?».

Enfin, Yvon Deschamps termine de nous livrer son histoire en citant ce qu'il considère avoir écrit de plus beau dans sa vie, une toute petite phrase qui résume à elle seule l'ensemble de cette entrevue : «*Sans le bonheur, t'es pas heureux.* «Faut être épais pour écrire ça, mais ça, c'est la base de *toutte!*».

EXTRAIT DU MONOLOGUE LE BONHEUR (1969)

Le p'tit, y'approche quatre ans. J'me dis que ce serait juste le bon âge pour qui connaisse le bonheur. Parce que j'ai peur que si y'attend trop vieux, y va avoir plusse de misère à s'habituer.



UN GRAND MERCI À MONSIEUR DESCHAMPS QUI, EN PLUS DE NOUS AVOIR ACCORDÉ DE SON PRÉCIEUX TEMPS, NOUS A INVITÉES À CASSER LA CROÛTE AVEC LUI À SON RESTAURANT DE LA PLACE DES ARTS, LE SEINGALT.

Le Seingalt

175 rue Ste-Catherine Ouest
Montréal, Québec H2X 1Y9
514 849-2119
<http://www.restaurantseingalt.com/>

CONFÉRENCE ANNUELLE 2011 DE L'ASPQ

REGARD SUR LA DISCRIMINATION ET LES PRÉJUGÉS À L'ÉGARD DU POIDS

Quand? Le 30 novembre 2011 | **Où?** À l'hôtel Fairmont le Reine Elizabeth de Montréal
[Consultez le programme détaillé de la conférence](#)

Inscrivez-vous rapidement à l'adresse :
<http://jasp.inspq.qc.ca/formulaire-dinscription.aspx>

Les personnes ayant un **surplus de poids** font face à des **préjugés** tenaces et vivent des situations discriminantes ayant des conséquences sur leur **santé physique et psychologique**. Quels sont les éléments qui permettent (ou favorisent) le maintien de ces préjugés? Comment les professionnels de la santé peuvent-ils contribuer à les réduire pour favoriser le mieux-être de ces personnes? Comment l'industrie de la mode et le milieu des médias peuvent-ils contribuer à la réduction de ces préjugés et de ces situations discriminantes?

À qui s'adresse cette conférence?

- Aux acteurs de la santé publique et communautaire
- Aux professionnels œuvrant dans les secteurs de la mode, de la publicité et des médias

Objectifs pour le participant :

- Décrire des situations et des comportements discriminatoires
- Reconnaître ses propres préjugés à l'égard du poids
- Comprendre l'influence des médias dans la construction et le maintien d'une norme sociale qui contribue aux préjugés à l'égard du poids
- Contribuer à la modification de la norme sociale à l'égard du poids

N'hésitez pas à communiquer avec nous à l'adresse suivante : cbayard@aspq.org
En espérant vous voir en grand nombre en novembre!

<http://www.aspq.org>



LA SANTÉ MENTALE, UNE RICHESSE À CULTIVER

Anne Échasseriau | Agente de liaison, Association canadienne pour la santé mentale-Division du Québec (ACSM-Division du Québec)
Renée Ouimet | Directrice, ACSM-Division du Québec

Voltaire conseillait de « cultiver son jardin intérieur » alors qu'aujourd'hui, nous pourrions parler de « cultiver sa santé mentale ». Mais est-ce bien à la portée de tous ? Heureusement, la réponse est « oui ». Avant d'énumérer différentes façons de prendre soin de la santé mentale, revoyons d'abord la définition de cette dernière.

LA SANTÉ MENTALE N'EST PAS LA MALADIE

Afin de contribuer à la diminution de la stigmatisation dont sont victimes les gens vivant avec une maladie mentale, nous avons choisi de ne plus parler de folie mais bien de problèmes de santé mentale ; de ne plus parler de départements de psychiatrie mais bien de départements de santé mentale. Les gens en sont venus à confondre les termes « santé mentale » et « maladie mentale ». Selon une enquête de Léger marketing, commandée par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) — Division du Québec, nous apprenons que pour 70 % de la population, le terme santé mentale évoque la maladie et la souffrance psychologique. Devant cette réalité, il est important de bien comprendre ce que nous voulons dire lorsque nous parlons de « santé mentale ».

Selon une enquête de Léger marketing, commandée par l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) — Division du Québec, nous apprenons que pour 70 % de la population, le terme santé mentale évoque la maladie et la souffrance psychologique.

La santé mentale favorise la qualité de vie des individus, des familles, des populations et des nations. Nous estimons que l'objectif essentiel des actions menées dans le domaine de la

santé mentale est d'améliorer le bien-être et le fonctionnement des populations, en mettant en évidence leurs points forts et leurs ressources, en accroissant leur résilience et en stimulant les facteurs de protection collectifs et individuels. Une personne atteinte de maladie mentale peut donc tout à fait posséder une bonne santé mentale, dans la mesure où elle est intégrée socialement, qu'elle a des conditions de vie adéquates, qu'elle est soutenue par son entourage et qu'elle développe des moyens pour améliorer son bien-être.



LA RECHERCHE D'UN ÉQUILIBRE

L'ACSM – Division du Québec définit la santé mentale comme un mouvement constant, une recherche d'équilibre entre différents aspects de sa vie : physique, mental, spirituel et émotif. Bien sûr, la vie est faite de hauts, de bas et de remises en question. Si un grand bonheur peut nous ébranler, un grand malheur peut nous submerger. Au cours de notre vie, nous som-



mes susceptibles d'être confrontés à des situations heureuses et malheureuses, de vivre des passages faciles et d'autres qui nous paraîtront insurmontables, de faire face à des maladies, à des pertes et à des deuils de toutes sortes. Ainsi, il est fort possible que notre santé mentale se heurte régulièrement à différents écueils.

Tel un funambule qui avance à l'aide de sa perche sur un fil étroit, notre existence, elle aussi en mouvement constant, nous pousse à rechercher sans cesse l'équilibre, même dans le déséquilibre. Pour notre part, ce sont les éléments stables et heureux de notre vie qui nous servent de perche et qui nous permettent de garder notre équilibre pour ne pas tomber dans le vide. Ce sont nos capacités à nous réajuster et à nous adapter qui nous permettent de mettre un pied devant l'autre, et non pas une attitude figée, statique. De plus, le fait de savoir qu'un filet de sécurité existe et qu'on peut y tomber, pour remonter sur le fil ensuite, nous met en confiance et rend la marche plus facile. Malgré les obstacles ou les difficultés, nous trouvons des moyens pour nous en sortir et continuons d'avancer en cherchant continuellement un «équilibre en déséquilibre».

QUE FAIRE POUR FAVORISER UNE BONNE SANTÉ MENTALE ?

La santé mentale est influencée par les conditions de vie, les valeurs collectives dominantes ainsi que les valeurs propres à chaque personne. Elle est donc à la fois une responsabilité collective et individuelle. De ce fait, quelles actions pouvons-nous mettre en place pour permettre d'avancer sur le fil ? Nous nous devons de créer des environnements sains et sécuritaires qui permettent de répondre aux besoins de base de chacun, tel l'accès à l'éducation, à l'information, aux soins de santé, à un revenu décent, etc. Les politiques sociales et les lois jouent un rôle dans le bien-être des communautés. Nous parlons alors de facteurs de protection et de développement permettant de favoriser ou de maintenir la santé mentale tout au long de la vie.

« ÊTRE BIEN DANS SA TÊTE ÇA REGARDE TOUT LE MONDE ! »

Selon Teresa Freire, professeure en psychologie à l'université de Minho (Braga, Portugal), le bonheur, c'est jeter des ponts entre des sentiments, des émotions, des perceptions, des actions, des valeurs, des forces, des comportements, des gens, des sociétés... Mais les ponts ne se jettent pas tout seuls, il faut les construire.



Comme pour la santé physique, nous pouvons prendre soin de la santé mentale en créant des environnements facilitant son maintien. Les municipalités peuvent favoriser l'accès à un environnement sain, les milieux de travail peuvent aider les travailleuses et travailleurs à trouver un sens à ce qu'ils font, les écoles peuvent favoriser le sentiment d'appartenance, des groupes peuvent lutter contre la discrimination, les centres d'accueil pour aînés peuvent créer un environnement stimulant, respectueux et sécuritaire, les individus peuvent être attentifs aux autres, s'ouvrir à la différence et ainsi favoriser la compréhension et l'harmonie, etc.



LES FACTEURS DE PROTECTION ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ MENTALE

IL NOUS EST POSSIBLE DE CONTRIBUER À L'ÉCHAFAUDAGE DES FACTEURS DE PROTECTION ET DE DÉVELOPPEMENT EN SANTÉ MENTALE, POUR SOI ET POUR LES AUTRES.

Nous pensons :

- À la construction de l'estime de soi, un « passeport pour la vie » selon Germain Duclos, psychologue. Elle se construit dans la sécurité, en développant un sentiment d'appartenance, tout en reconnaissant ses propres forces et difficultés et celles des autres. L'estime de soi se tisse, se fragilise et se retisse tout au long de la vie.
- À accepter l'aide des personnes autour de nous et à apporter son soutien aux autres.
- Au développement de sa capacité à comprendre et reconnaître ses émotions et celles des autres et de s'approprier les siennes.
- À la capacité d'adaptation (résilience), la capacité de faire face aux événements et de développer des stratégies pour réduire le stress, lorsque nécessaire.
- À maintenir de bonnes habitudes de vie comme rire, avoir du plaisir à manger des aliments variés, développer du plaisir à bouger, se donner du répit, avoir de la gratitude pour ce que l'on reçoit, savoir apprécier le moment présent, etc.

POURQUOI FAIRE LA PROMOTION DES FACTEURS DE PROTECTION ET DE DÉVELOPPEMENT EN SANTÉ MENTALE ?

Parce que la santé mentale est à la fois forte et fragile, qu'elle est une richesse individuelle et collective et que nous pouvons tous y contribuer. Nous avons tous un rôle à jouer **parce que...**^{1 2 3 4}

- Près d'un québécois sur 10 présente des troubles d'ordre psychologique ou mental (incluant la dépendance à une substance), les plus fréquents étant l'anxiété et la dépression.
- Près de 3 Québécois sur 10 affirment éprouver un stress quotidien élevé, ce qui représente la plus forte proportion au Canada.
- Chaque jour, au Canada, 500 000 personnes s'absentent de leur travail à cause de problèmes de santé mentale.
- Le suicide est plus répandu au Québec que dans les autres provinces canadiennes. Chaque jour, près de quatre Québécois se suicident.
- 20 à 25 % des consultations médicales auprès des médecins de famille seraient reliées à des problèmes de santé mentale, la dépression et l'anxiété étant les plus fréquents⁵.
- L'usage des antidépresseurs chez les adultes québécois augmente chaque année⁶.

Il nous est possible de réduire ces chiffres en améliorant l'environnement social, économique et de travail, en créant des solidarités, en développant une attention aux autres, en faisant mieux connaître les éléments du filet de sécurité. La santé mentale est comme un jardin que l'on se doit d'arroser et de désherber tout en acceptant que les légumes qui y poussent ne soient pas parfaits. Nous pouvons prendre soin de notre santé mentale et de celle des autres en se rappelant que chaque petit geste peut faire la différence.

1 Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses.

2 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). État de santé de la population québécoise : Quelques repères (2010).

3 Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Portrait chiffré, Québec, Institut de la statistique du Québec.

4 Statistique Canada, Division de la statistique sociale, du logement et des familles, Enquête sociale générale de 2003 sur l'engagement social, cycle 17 : un aperçu des résultats.

5 Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec. Rapport final — décembre 2008

6 Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec, janvier 2011



LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION

Marthe Hamel | Chef du service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Stéphane Ruel | Agent de recherche et de planification socio-économique, Direction générale de la santé publique, MSSS

CONTEXTE

La communauté scientifique s'accorde pour dire que la santé mentale d'une population est indispensable à sa santé globale et intimement liée à son développement économique, social et humain. Il est également démontré qu'intervenir en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux s'avère un investissement de premier choix pour réduire l'incidence des troubles mentaux et, par le fait même, les coûts importants pour notre système de santé et notre société inhérents à cette problématique.

Le contexte québécois est particulièrement propice pour agir sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire sur les facteurs et les conditions qui déterminent et influencent la santé globale d'une population incluant la santé mentale. Par déterminants de la santé, on entend principalement le niveau de revenu, les environnements sociaux et physiques, l'éducation, l'emploi, les habitudes de vie et la capacité d'adaptation personnelle, le patrimoine génétique, le sexe, la culture ainsi que les services sociaux et de santé.

La promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux et du suicide ont été retenues comme l'une des priorités ministérielles. Plusieurs dispositifs structurants, tels des lois, des systèmes de surveillance de l'état de santé, la diffusion d'orientations nationales et l'accès à l'expertise sont mis en place pour renforcer et réaffirmer la volonté d'agir sur les déterminants qui influencent la santé mentale.

Par ailleurs, les activités de promotion de la santé mentale ainsi que de prévention des troubles mentaux et du suicide proposées par le Programme national de santé publique (PNSP) sont reprises à l'intérieur du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens* (MSSS, 2005). Ce plan d'action prévoit de plus des activités d'information et de sensibilisation en santé mentale visant à réduire la stigmatisation et la discrimination engendrées par la maladie mentale.

*La Loi sur la santé publique (L.R.Q., chapitre S-2.2, 2001) est l'un des dispositifs majeurs qui accorde une place accrue aux fonctions de prévention et de promotion de la santé et reconnaît l'impact des politiques publiques sur la santé. Cette loi vise notamment la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général et prévoit notamment l'élaboration d'un programme national de santé publique. Les différentes mesures prévues au premier *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP, MSSS, 2003) sont principalement axées sur les problèmes de santé les plus importants, sur leurs déterminants et fondées sur les données probantes. Les objectifs du PNSP ciblent principalement l'amélioration de la santé, la réduction de problèmes de santé et psychosociaux ainsi que l'action positive sur les déterminants. Une mise à jour de ce programme a été réalisée en 2008 pour tenir compte des nouvelles connaissances et des nouveaux contextes dans lesquels évolue le PNSP.*

LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PRÉVENTION

Le PNSP propose une intervention globale en promotion de la santé mentale, en prévention des troubles mentaux et du suicide prenant en compte plusieurs déterminants. Les objectifs et activités qu'il propose en la matière se retrouvent à l'intérieur de deux domaines d'intervention :



- *le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale*

Ce domaine couvre différentes périodes de l'existence. Les interventions visent à prévenir les problèmes entourant la naissance, à favoriser le développement sain des enfants au cours de la petite enfance, à soutenir le développement des compétences personnelles et sociales des individus tout au long de leur vie et à favoriser leur participation à la vie sociale. Les interventions concernent enfin des problèmes psychosociaux qui freinent le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, et visent à en diminuer la prévalence;

- *le domaine de la santé en milieu de travail*

La présence importante des problèmes de santé mentale en milieu de travail amène en effet les intervenants de santé publique à se préoccuper davantage de ce phénomène. Ils s'intéressent aussi bien aux facteurs de risque qu'aux interventions préventives appropriées.

La mise à jour du programme, en 2008, identifie la santé mentale comme champ d'intervention en santé publique, champ en voie de consolidation. Elle réaffirme également la responsabilité populationnelle des instances locales comme levier d'action en promotion et en prévention. En ce sens, le centre de santé et de services sociaux (CSSS) est responsable d'assurer à la population locale l'accès à une gamme étendue de services et il doit agir en amont sur les déterminants de la santé, incluant les déterminants sociaux, en collaboration avec les autres acteurs du milieu (Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, article 100).

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* consacre un chapitre entier à la promotion et à la prévention en santé mentale (Intervenir dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé mentale) et s'inscrit en toute cohérence avec le PNSP.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION

Auprès des jeunes enfants et de leurs parents

Les activités de promotion et de prévention en santé mentale réalisées auprès des jeunes enfants et de leurs parents sont des interventions multidimensionnelles qui concernent différents aspects de la vie des enfants et de leurs parents. Il s'agit princi-

palement des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ces services visent à diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères qui vivent dans une situation qui les rend vulnérables, à favoriser le développement optimal des enfants et à améliorer les conditions de vie des familles. Les services intégrés comprennent deux composantes : l'accompagnement des familles qui s'effectue par un suivi individualisé, sous la forme de rencontres à domicile et d'activités éducatives pour les enfants, ainsi que la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être des familles par la réalisation de projets axés, par exemple, sur le logement ou sur la garde des enfants, qui mettent à contribution divers acteurs intersectoriels.



D'autres activités consistent au recours à des pratiques préventives par les cliniciens. Parmi les pratiques cliniques préventives recommandées, on retrouve : la recherche de cas et le counseling sur la consommation d'alcool auprès de femmes enceintes ; la recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance ; l'orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.

Enfin, concernant la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, on prévoit implanter l'Initiative des amis des bébés dans les services de maternité des CSSS et certains centres hospitaliers.

Auprès des enfants et des adolescents

L'organisation de campagnes de communication sociétales est prévue sur différents aspects de la santé mentale ou sur des déterminants et problèmes psychosociaux ayant un lien avec la santé mentale. Des campagnes de communication sont



organisées de façon périodique sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents, sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent, comme la violence et les agressions sexuelles, ou sur les problèmes de santé mentale.

C'est particulièrement par le biais d'École en santé, une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et prévenir les problèmes d'adaptation sociale, que s'effectuent la promotion et la prévention en santé mentale auprès des jeunes d'âge scolaire. Selon l'approche École en santé, il faut considérer simultanément les préoccupations relatives à l'éducation et à la santé, et inscrire les actions de promotion et de prévention au cœur du projet éducatif de l'école. Les facteurs sur lesquels il faut agir sont l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires ainsi que l'environnement scolaire, familial et communautaire. De plus, diverses interventions préventives des principaux problèmes psychosociaux s'ajoutent aux interventions de promotion, qu'il s'agisse notamment de la prévention des agressions sexuelles, de la violence dans les relations amoureuses, des toxicomanies ou du suicide. En ce qui concerne la prévention du suicide, des activités particulières sont d'ailleurs prévues (voir plus bas la description dans les activités qui s'adressent aux adultes et personnes âgées).

D'autres interventions qui visent les jeunes peuvent avoir des répercussions sur leur santé mentale. Il en va ainsi d'interventions qui sont axées sur la prévention des problèmes de consommation de drogues et d'alcool. Des interventions législatives et réglementaires sont ainsi destinées à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans tandis que d'autres visent à augmenter l'accessibilité aux traitements de substitution pour les usagers de substances psychotropes (par exemple, le traitement à la méthadone).

Auprès des adultes, des personnes âgées et de la population en général

Une campagne de sensibilisation est prévue pour informer le grand public et les professionnels de la santé sur les signes de la dépression ainsi que sur les activités et services en la matière. Le but d'une telle campagne est de promouvoir l'intervention la plus précoce possible dans le cas des troubles mentaux évitables.

Les activités de promotion et de prévention en santé mentale et en suicide auprès des adultes, des personnes âgées et de toute la population comprennent également :

- une intervention visant la diminution de la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques auprès des personnes âgées de 50 ans et plus ;
- le soutien à l'implantation des interventions visant la consommation contrôlée chez les buveurs, par exemple Alcochoix+ ;
- le soutien à l'élaboration et à l'application de politiques publiques ainsi que de mesures législatives et réglementaires visant la limitation des effets négatifs sur la santé des éléments suivants :
 - l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent ;
 - les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent ;
 - le soutien à l'élaboration et à l'application de mesures législatives et réglementaires visant la réduction de l'accessibilité aux armes à feu ;
- une intervention visant plus spécifiquement la prévention du suicide et incluant :
 - l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès ;
 - l'établissement des réseaux de sentinelles ;
 - des activités favorisant le traitement approprié du suicide dans les médias.
- Récemment, une intervention s'est ajoutée à celles déjà prévues au PNSP, soit l'élaboration de deux guides des bonnes pratiques en prévention du suicide, s'adressant aux gestionnaires et aux intervenants de CSSS dans le but de mieux les soutenir dans leur rôle auprès des personnes suicidaires et d'uniformiser davantage les pratiques.

D'autres interventions visent la prévention de problèmes qui peuvent menacer la santé mentale ou être associés à des troubles mentaux. On retrouve notamment les pratiques cliniques préventives axées sur la recherche de cas et le counselling relatifs à la consommation d'alcool, la violence conjugale et les agressions sexuelles, au dépistage de la dépression et à la prévention de la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.



En milieu de travail

Une attention particulière sera portée aux interventions réalisées en milieu de travail, considérant la présence importante de problèmes de santé mentale. Des projets d'expérimentation visant la prévention des problèmes de santé mentale seront réalisés. Ces projets s'accompagneront de la formation des intervenants en santé au travail sur les outils disponibles pour évaluer les situations à risque ainsi que leur validation.

LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES TROUBLES MENTAUX

Plusieurs indicateurs sur la santé mentale et sur les troubles mentaux font partie du Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population: ces indicateurs feront l'objet d'un suivi dans chacune des régions du Québec (état de santé mentale et détresse psychologique, perception de l'état de santé mentale, perception du stress dans la vie, stress au travail, suicide, troubles mentaux). De plus, un plan national thématique de surveillance portera sur le domaine Développement, adaptation et intégration sociale: ce plan thématique inclura la santé mentale et les troubles mentaux. Enfin, un projet d'exploitation des données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (cycle 1.2, Santé mentale et bien-être), qui inclura différents aspects de la santé mentale est en cours.

Par ailleurs, le MSSS et le Bureau du coroner sont partenaires dans un projet qui a comme objectif la mise sur pied d'une banque de données nationale sur les suicides. L'exploitation des données de cette banque permettra de documenter et de suivre l'évolution dans le temps et l'espace des principaux déterminants ou facteurs de risque du suicide et des grands indicateurs de morbidité, de mortalité et de consommation de soins et services de santé. Cette intervention étant capitale pour améliorer nos connaissances et être en mesure de développer des interventions aptes à contenir et voire même à réduire le suicide au Québec.

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DE PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX

Compte tenu de l'importance de la santé mentale et des troubles mentaux quand on examine le Portrait de santé de la population et du nombre relativement restreint d'activités qui y sont consacrées, si on compare à plusieurs aspects de la santé physique, il est impérieux de recourir à la recherche pour faire des avancées en ce qui concerne les connaissances des interventions efficaces en la matière. Le Programme national de santé publique identifie l'efficacité des interventions visant à renforcer les facteurs de protection des troubles anxieux et dépressifs et à faire diminuer les facteurs de risque de ces troubles comme avenue de recherche.

Dans cette optique, en 2008 l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a recensé plusieurs mesures démontrées efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Nombre de ces interventions sont déjà inscrites au PNSP et visent la période prénatale jusqu'à l'âge adulte. Les travaux de l'INSPQ ont également mis en relief des interventions prometteuses qui pourraient faire l'objet de projets pilotes ou déterminer des thèmes prioritaires de recherche en la matière.

L'INSPQ élabore actuellement un avis scientifique faisant état des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes, dont les femmes durant la période périnatale. Cet avis permettra d'évaluer les bénéfices et les limites du dépistage de la dépression auprès de la population générale d'adultes et auprès des femmes durant la période périnatale.





RÉGLEMENTATION, LÉGISLATION ET POLITIQUES PUBLIQUES AYANT UN IMPACT SUR LA SANTÉ MENTALE

Dans le cadre de l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, le ministre de la Santé et des Services sociaux est consulté lors de l'élaboration de lois et règlements qui pourraient avoir un impact important sur la santé et le bien-être de la population. Dans ce contexte, les aspects relatifs à la santé mentale sont considérés au même titre que les aspects de la santé physique. Il est à prévoir que, dans les mois et années qui viennent, des avis portant sur l'impact de projets de lois ou de règlements sur la santé mentale de la population pourraient être émis.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Des thèmes de formation relatifs aux activités déjà prévues au programme concernant la santé mentale, les troubles mentaux et le suicide sont actuellement en cours, notamment la formation des sentinelles et celle s'adressant aux professionnels des réseaux locaux de services qui interviennent auprès de personnes suicidaires et permet de développer les compétences liées au guide de bonnes pratiques en prévention du suicide. D'autres thèmes de formation concernant des interventions promotionnelles et préventives efficaces à mettre en œuvre ou à expérimenter sous forme de projets pilotes pourraient s'ajouter.



PERSPECTIVES

Il est à souhaiter que la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et du suicide occupent de plus en plus d'espace au sein du PNSP, dont la révision est prévue pour 2015, et du Plan d'action en santé mentale qui sera mis à jour au cours de la prochaine année. On s'attend à ce que les orientations ministérielles se préoccupent de plus en plus du maintien d'une santé mentale positive au sein de la population. Les interventions de promotion de la santé mentale et de prévention devront également recourir à des stratégies diversifiées de façon à cibler non seulement les individus mais également les environnements, qu'il s'agisse notamment de l'école, du milieu de travail ou de la communauté. On s'attend enfin à ce que certaines actions visent spécifiquement la réduction des inégalités sociales en matière de santé mentale de façon s'assurer que même les groupes les plus défavorisés socioéconomiquement jouissent d'un aussi bon état de santé mentale que les plus favorisés.

Références

- QUÉBEC. Loi sur la santé publique: LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 31 octobre 2004, Éditeur officiel du Québec, 43 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, gouvernement du Québec, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens, Québec, gouvernement du Québec, 96 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008, Québec, gouvernement du Québec, 103 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2008). Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Québec, gouvernement du Québec, 150 p.



LE STRESS DURANT LA GROSSESSE : CONSÉQUENCES POUR L'ENFANT ET POUR LA MÈRE

Mai Thanh Tu | Chercheuse, Université de Montréal



STRESSANT, LA GROSSESSE ?

Le corps montrait déjà quelques signes, le test de grossesse confirme le tout : la grossesse est bel et bien là et, pour les futurs parents, c'est toute une nouvelle ! Pour certains, l'évènement était attendu et c'est la joie qui se répand alors que, pour d'autres, la nouvelle est plutôt une surprise, un évènement non planifié qui peut nécessiter une réflexion plus profonde avant que la grossesse ne soit entièrement acceptée. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une étape remplie d'émotions et il est tout à fait normal de ressentir des moments de stress. Après tout, le stress survient lorsqu'une situation nouvelle ou

imprévisible se présente ou encore lorsqu'elle engendre un manque de contrôle ou menace l'intégrité de la personne.

Avec l'arrivée d'un premier enfant, les parents se posent souvent beaucoup de questions. Seront-ils à la hauteur des attentes ? Seront-ils de bons parents ? Comment se porte le bébé ? Comment se portent-ils, eux ? Le couple s'ajuste graduellement et se prépare à accueillir un nouveau membre dans la famille. Qu'il s'agisse ou non d'un premier enfant, certaines inquiétudes peuvent survenir concernant la réorganisation de la maison, la préparation des frères et sœurs à l'arrivée du bébé (surtout s'il s'agit d'une famille recomposée), la recherche d'un médecin ou d'une place à la garderie ou encore des inquiétudes d'ordre financier. Il faut considérer tout cela sans oublier également les changements physiologiques et les maux qui parfois envahissent le corps de la future mère et sur lesquels elle n'a pas de contrôle.

Les joies et les surprises qui accompagnent l'arrivée d'un nouvel enfant peuvent être un peu stressantes, bien qu'elles soient peu nuisibles pour la mère et son enfant. Cependant, certaines femmes vivent une période plus mouvementée¹ pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant, surtout lorsque la grossesse et l'accouchement ne se déroulent pas comme prévu. Dans ces cas de stress plus important, doit-on s'inquiéter des conséquences sur la santé de l'enfant ? Et qu'en est-il de celle de la mère ?

QUAND LE STRESS VA AU-DELÀ DES SIMPLES PRÉOCCUPATIONS QUOTIDIENNES

Qu'une femme ait à s'ajuster à sa nouvelle situation et que cela lui cause du stress, c'est tout à fait normal. Par contre, quand son stress devient excessif, allant jusqu'à nuire à ses activités ou même déclencher des troubles mentaux, il y a un

¹ Il est important de noter que ces problèmes ne sont pas présents uniquement pour les futures mères mais peuvent également survenir chez les futurs pères. Ceci sera décrit plus en détail dans un autre article dans ce bulletin.



problème. Ces troubles peuvent apparaître pour la première fois ou ressurgir après une période de latence (d'accalmie). Lorsqu'ils surviennent en période prénatale, l'enfant à naître devient alors plus vulnérable à différentes conditions physiques et psychologiques. Par exemple, les adultes qui ont été exposés à un stress prénatal important sont plus à risque de développer de l'asthme².

De façon générale, un stress excessif peut suivre d'un événement de vie difficile au niveau psychologique ou émotionnel et/ou de conditions physiques exigeantes telles que : conditions climatiques extrêmes, guerre, violence, abus, trauma, pauvreté, restrictions alimentaires, etc. De la même manière, les complications médicales durant la période périnatale peuvent être ressenties comme un stress physique par le fœtus et également comme un stress psychologique par la mère. Pour la mère, ce stress, jumelé à l'action des changements hormonaux et les bouleversements émotionnels qui suivent l'accouchement, peut déclencher certains troubles plus courants³, par exemple le blues, la dépression et la psychose postpartum. Il est donc primordial de réduire autant que possible les sources de stress durant la grossesse et la période périnatale afin de garder au minimum les risques de troubles mentaux.

TROUBLES DE SANTÉ MENTALE POUVANT AFFECTER LA MÈRE

Le blues postpartum, qui peut toucher 75 % des femmes⁴, survient la première semaine suivant la naissance de l'enfant et dure quelques jours. La mère ne semble ni particulièrement triste ni particulièrement joyeuse, mais est un peu irritable, pleure plus facilement, ressent davantage de tristesse qu'à l'habitude et peut parfois être confuse. La dépression postpartum, quant à elle, est une condition plus sévère qui peut affecter entre 10-15%⁵ des femmes dans les mois suivant la naissance de leur enfant. Ce n'est pas une condition qui est contrôlable par la mère. Il est donc important que l'entourage demeure attentif aux signes caractéristiques de la dépression

postpartum, par exemple un désintérêt envers les activités habituelles, une fatigue constante, un changement soudain de l'appétit, du poids corporel ou encore l'apparition de troubles du sommeil, de difficultés à prendre des décisions ou de pensées suicidaires. Des antidépresseurs sont souvent prescrits et certains types, à faible dose, permettent d'allaiter le bébé sans danger. Enfin, la psychose postpartum atteint moins de 1 %⁶ des femmes. Il s'agit d'une pathologie sévère qui comprend des hallucinations, de la paranoïa, une confusion extrême de même que des comportements irrationnels et incohérents. Le traitement nécessite une hospitalisation et un suivi médical rigoureux. Ces troubles peuvent se répéter lors des grossesses suivantes. D'autres troubles mentaux plus rares existent également, comme le stress post-traumatique suite à l'accouchement, notamment proche de l'endroit où l'accouchement a eu lieu, l'anxiété postpartum (peur, respiration et pulsation cardiaque accélérées) et le trouble obsessionnel-compulsif. Ce dernier se distingue par des idées intrusives nuisibles au bien-être de l'enfant ou encore un comportement d'évitement afin d'esquiver ces idées mais qui aurait pour conséquences d'éviter le bébé.



2 von Hertzen LC. (2002) Maternal stress and T-cell differentiation of the developing immune system: possible implications for the development of asthma and atopy. *J Allergy Clin Immunol.*;109(6):923-8.

3 Brummelte S, Galea LA. (2010) Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 30;34(5):766-76.

4 Beck CT. Postpartum Depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs* 2006;106(5):40-50.

5 Beck CT. Postpartum Depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs* 2006;106(5):40-50.

6 Beck CT. Postpartum Depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs* 2006;106(5):40-50.



IMPACT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE MATERNELLE CHEZ L'ENFANT

Les travaux du Dr. Jonathan Seckl, principalement effectués avec le modèle animal (pour une revue, voir Harris & Seckl, 2010) ont démontré que, dès le stade fœtal, il est primordial d'assurer un milieu de développement adéquat peu stressant afin d'éviter une exposition excessive aux glucocorticoïdes⁷ qui sont produites en réponse au stress. Ce phénomène, qu'on nomme « programmation fœtale des maladies adultes », entraîne plus de risques pour le fœtus d'avoir un petit poids à la naissance et de développer une maladie coronarienne. Il est possible que cette programmation soit liée à des changements au niveau génétique⁸. Cette hypothèse est issue des données montrant que la vulnérabilité aux maladies pourrait se transmettre à la génération suivante. C'est ce qu'on appelle les modifications épigénétiques. En conditions normales, suite à une exposition au stress, le niveau d'hormones de la mère change. Bien heureusement, le corps et le cerveau de la mère sont dotés d'un mécanisme d'adaptation qui protège le fœtus des variations importantes de niveaux d'hormones, tant durant la grossesse (Entringer et al., 2010) qu'après la naissance, lorsque la mère allaite (Tu et al., 2005). Cependant, lorsque le stress prénatal est considérable, le bébé à naître peut présenter, plusieurs années après, certains signes d'altération au niveau de l'humeur et du développement, avec parfois des changements dans le fonctionnement des glucocorticoïdes. Ceci a été démontré à plusieurs reprises dans les études utilisant le rat comme modèle.

En revanche, les études faites auprès des humains sont nettement moins nombreuses. Dans l'ensemble, tel que présenté dans l'article de recension des écrits rédigée par Glover et al. (2010), il semble qu'un stress prénatal excessif entraînerait des perturbations au niveau de l'humeur et du développement qui sont décelables autant durant l'enfance, ex. problèmes de comportements (Gutteling et al. 2005) ou de langage (King & Laplante, 2005), que durant l'adolescence, ex. des symptômes dépressifs (Van der Bergh, 2008), ou encore une fois rendu à l'âge adulte, ex. difficultés à effectuer un test de mémoire dans des conditions difficiles (Entringer et al. 2009). Bien que ces fonctions soient connues pour être fortement influencées par les glucocorticoïdes, les études peinent à démontrer

clairement que le fonctionnement des glucocorticoïdes soit directement atteint. Certains aspects sont perturbés, tels que les niveaux d'hormones en circulation en général, alors que la réaction des glucocorticoïdes à une situation stressante en particulier n'est pas différente des personnes qui n'ont pas été exposées au stress prénatal excessif. On sait que la capacité de réagir en présence d'une situation stressante est nécessaire à la survie et permet de s'adapter aux changements que la vie apporte. Ainsi, on peut déduire qu'il existe des mécanismes de protection méconnus dans le corps humain qui empêchent les conséquences néfastes majeures et permanentes suite à une exposition au stress durant le stade de développement critique qu'est la période prénatale. Ceci illustre la complexité et la beauté du corps humain qui, tout en rendant difficile l'interprétation des données de recherche, démontre qu'il existe plusieurs voies sur lesquelles on peut intervenir pour atténuer les effets néfastes du stress prénatal. En ce qui concerne les effets du stress et des troubles mentaux qui surviennent après la naissance (lors de la période postnatale), il semble que les conséquences chez l'enfant soient documentées mais, dans l'ensemble, l'étendue des problèmes pourrait être moins considérable que si l'exposition au stress s'était produite durant la période prénatale. En effet, un changement dans les niveaux circulant de cortisol ainsi que des troubles du langage et du comportement ont été rapportés (Ashman et al., 2002; Ashman et al 2008), mais ces troubles sont surtout liés à une exposition récurrente aux problèmes mentaux chez la mère, pendant plusieurs années, plutôt qu'à une exposition unique à un moment particulier durant la période postnatale (Gao et al. 2007). Ainsi, on considère la période postnatale comme une période durant laquelle l'enfant est sensible aux événements aversifs comme la dépression dans son entourage immédiat, mais ce n'est pas une période critique. Ceci permet à un parent ou des membres de la famille d'apporter du soutien à la mère et à l'enfant afin de grandement atténuer les effets néfastes du stress postnatal.

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE MATERNELLE ET CONSÉQUENCES POUR LA MÈRE

Les conséquences de problèmes de santé mentale chez la mère sont relativement directes. Changements dans l'humeur, dans

7 Glucocorticoïdes : hormones produites par les glandes surrénales qui jouent un rôle dans le contrôle du glucose. Suite à une exposition au stress, une quantité plus importante est produite en plus de la circulation normale de base (basale). Le glucocorticoïde le plus abondant chez l'humain est le cortisol.

8 Mathers JC, McKay JA. (2009) Epigenetics – potential contribution to fetal programming. *Adv Exp Med Biol.*;646:119-23.



les intérêts envers les activités usuelles, changements d'appétit, troubles du sommeil, etc. À long terme, la relation mère-enfant peut en être affectée. Elle peut perdre confiance en ses habiletés en tant que mère ou encore ressentir un sentiment de culpabilité non-justifié. Par contre, la mère est celle qui reçoit le plus directement les traitements lorsqu'un trouble mental se présente ou est décelé durant ou après la grossesse. Certains troubles passent inaperçus ou sont mal compris par l'entourage, ce qui nuit au bien-être de la mère, de l'enfant qu'elle porte et de ses proches. Ainsi, il est nécessaire de se fier à la contribution de l'entourage de la future mère ainsi que des personnes-ressources, médicales et paramédicales, qui interviennent régulièrement auprès d'elle durant la période périnatale. Certaines femmes sont particulièrement à risque, comme par exemple celles qui ont déjà eu un trouble mental, les mères monoparentales ou celles issues de groupes plus isolés telles que les femmes immigrantes nouvellement arrivées.

QUE POUVONS-NOUS FAIRE ?

Une des façons d'aider les femmes et leur famille durant la période périnatale consiste à leur offrir un vaste choix de ressources pouvant répondre au plus grand nombre de besoins possible. Au Québec, où l'on observe un accroissement des naissances depuis quelques années, plusieurs programmes sont déjà mis en place. (Bien que certains d'entre eux pourraient bénéficier d'une amélioration.) Il s'agit par exemple de l'accès rapide à un médecin pour les suivis de grossesse, les cours prénataux, l'aide alimentaire et le suivi périnatal additionnel offert aux mères vivant dans des conditions de pauvreté. Les retraits préventifs d'un travail potentiellement dangereux pour la grossesse, une réaffectation des tâches pour assurer des conditions de travail sécuritaires pour une femme enceinte, les congés de maternité et parentaux, l'accès à des milieux de garde subventionnés pour poupons et enfants en bas âge pour faciliter le retour au travail et la conciliation travail-famille sont également des moyens pouvant contribuer à la prévention du stress chez la mère et donc des problèmes de santé pouvant affecter le fœtus.

Références

- Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H, Yamada E, Wilkinson CW. Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Dev Psychopathol.* 2002 Spring;14(2):333-49.
- Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H. Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Dev Psychopathol.* 2008 Winter;20(1):55-77.
- Brunton PJ, Russell JA, Douglas AJ. (2008) Adaptive responses of the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during pregnancy and lactation. *Journal of Neuroendocrinology*, 20(6):764-76.
- Entringer S, Buss C, Shirtcliff EA, Cammack AL, Yim IS, Chicz-DeMet A, Sandman CA, Wadhwa PD. (2010) Attenuation of maternal psychophysiological stress responses and the maternal cortisol awakening response over the course of human pregnancy. *Stress*, 13(3):258-68.
- Glover V, O'Connor TG, O'Donnell K (2010) Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 35: 17-22.
- Gutteling BM, de Weerth C, Willemsen-Swinkels SH, Huizink AC, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. (2005) The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(1):41-51.
- Harris A, Seckl J. (2011) Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease. *Hormones & Behavior*, 59(3):279-89.
- King S, Laplante DP. (2005) The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development: Project Ice Storm. *Stress*. 8(1):35-45.
- Tu MT, Lupien SJ, Walker CD. (2005) Measuring stress responses in postpartum mothers: perspectives from studies in human and animal populations. *Stress*. 8(1):19-34
- Van Den Bergh, B.R., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S., Lagae, L., 2008. Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology* 33 536-535.



LES ENJEUX PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX DE LA TRANSITION À LA PARENTALITÉ CHEZ L'HOMME

Carl Lacharité | Ph.D.

Marleen Baker | Ph.D.

Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille | Université du Québec à Trois-Rivières

La naissance d'un enfant est devenue un événement institutionnel tout autant qu'un événement strictement familial. Ainsi, attendre et mettre au monde un enfant est étroitement lié à l'inscription des femmes et des enfants à l'intérieur d'un dispositif complexe de lois, de règlements et de procédures administratives et cliniques. On ne peut évidemment poser la question des enjeux psychologiques de la transition à la paternité chez l'homme sans s'interroger sur la place qu'occupe le père dans la constellation de relations sociales que ce dispositif institutionnel concentre. Devenir père doit être considéré comme étant une expérience psychique qui implique des transformations sur le plan personnel. Mais c'est aussi une expérience sociale qui implique l'inscription du père à l'intérieur d'une culture de la naissance où les « règles du jeu » sont établies souvent très loin de la vie quotidienne des familles. Les enjeux psychologiques pour l'homme sont donc inséparables des aspects sociaux et culturels de la naissance et de la parentalité.

L'EXPÉRIENCE PSYCHOLOGIQUE DU PÈRE

Dans cet ordre d'idée, la présence et la participation du père aux événements qui jalonnent la gestation de l'enfant, sa mise au monde et son arrivée dans la famille et la communauté jouent un rôle charnière dans le développement psychologique de l'homme lors de cette période de transition. À ce sujet, il faut souligner que, en fonction de la culture de la naissance dans laquelle le père est inséré, sa présence peut être activement souhaitée et attendue. Cette présence peut aussi, sous certains angles, être simplement acceptée ou tolérée et parfois même être interrogée et remise en question. Il en va de même pour sa participation. Celle-ci peut, à certains moments et dans certains contextes, être fortement décentrée et instrumentalisée ou, encore, être centrée et expérientielle. Cette diversité dans les choix qui s'offrent aux pères et les possibilités et obstacles qu'ils ont face à ces choix reposent sur le fait que plusieurs cultures de naissance se côtoient et coha-

bitent actuellement au Québec. Davis-Floyd (2001) a décrit divers modèles culturels de la naissance : le modèle technocratique qui est dominant dans la plupart des pays occidentaux et les modèles humanisant et holistique qui font contrepoids. La place du père dépend manifestement de la configuration culturelle dans laquelle il s'insère.



En fait, l'attribution d'une « expérience » de la naissance au père est apparue principalement en lien avec le rapport que les professionnels de la santé ont commencé à entretenir de manière formelle avec eux (au milieu du siècle dernier). L'expérience paternelle de la naissance est donc étroitement liée au discours professionnel sur le père, son rôle, ses émotions, etc. Ainsi, on a « pensé » et « parlé » le père bien avant qu'il ne se pense et ne se parle lui-même en rapport à la gestation et à l'accouchement de son enfant. Cette situation se poursuit encore aujourd'hui : la parole des pères autour de la naissance est entendue dans peu de lieux, à peu d'occasions et par peu d'auditoires (Lacharité, 2009).



LE RÔLE DU PÈRE EN LIEN AVEC LA MÈRE

L'expérience paternelle de la naissance peut se comprendre à travers l'idée de portage psychologique et social sous trois formes. La première forme est le portage de la mère (lorsque celle-ci est enceinte, lorsqu'elle accouche et lorsqu'elle allaite et s'occupe du nouveau-né). Le père adopte ici un rôle de figure d'attachement de la mère. Ce portage propulse la relation conjugale dans toute la complexité psychologique d'une relation d'attachement au sens strict. Cela signifie notamment que les représentations mentales du père à propos de la mère et de ses besoins, de même que les comportements de «caring» face à celle-ci, constituent les principaux éléments de ce portage. Il s'agit là d'une charge psychologique qui exige du père une forme particulière d'organisation mentale qui ressemble à celle qui caractérise le rôle de parent. Le père est donc appelé à jouer une fonction de protection auprès de la mère. S'il s'engage dans cette fonction, cela implique au moins quatre défis psychologiques :

1. le père doit orienter une partie de son attention vers les multiples signaux que la mère émet, consciemment et inconsciemment, et qui indiquent que la situation peut être inconfortable, stressante, voire dangereuse pour elle;
2. il doit développer un répertoire d'actions spécifiques qui servent à soutenir sa conjointe dans ces situations (se rapprocher, établir un contact physique, réconforter, écouter, etc.);
3. il doit apprendre à composer avec et à réguler des émotions intenses (joie, satisfaction, peur, anxiété, colère, peine) autant chez la mère que chez lui-même;
4. il doit développer une flexibilité de rôles, c'est-à-dire la capacité à partager son attention entre son rôle de protection envers sa conjointe en tant que mère, son rôle de partenaire sexuel auprès d'elle, son rôle de protection envers ses enfants plus vieux et les autres rôles sociaux qui charpentent sa vie (dans son réseau d'amis, au travail, etc.).

Il faut mentionner que c'est souvent le portage de la mère qui est priorisé (aux dépens des deux autres formes) à l'intérieur de la société et du dispositif de soins et de services en périnatalité.

LE RÔLE DU PÈRE EN LIEN AVEC SON ENFANT

Une seconde forme est le *portage de l'enfant*. Cette expérience psychologique débute bien avant la naissance de l'enfant chez la plupart des pères. Évidemment, contrairement à la mère qui, lors de la grossesse, porte l'enfant dans son corps, dans son esprit et dans ses relations sociales, le père doit concentrer ce portage dans son esprit et dans ses relations sociales. L'ancrage corporel n'est donc pas accessible au père lors de la grossesse et de l'accouchement¹. Ce dernier doit donc accorder une attention particulière à rendre psychologiquement présent son enfant lors de la période prénatale. Cela exige un travail mental pour insérer l'enfant à l'intérieur de la mosaïque des projets dans lesquels il investit temps et énergie. Pour certains hommes, ce travail peut être particulièrement exigeant. Les principaux signes qui permettent de reconnaître la présence de ce travail, lors de la période prénatale, sont :

- l'évocation mentale de l'enfant, c'est-à-dire de penser à lui, d'en rêver, et de faire des choses pour lui (rénover la chambre, etc.), mais aussi de s'intéresser et d'observer d'autres enfants autour de lui;
- l'évocation sociale de ce dernier, c'est-à-dire d'en parler spontanément avec les personnes autour de lui (incluant, en premier lieu, la mère), mais aussi d'interagir avec des enfants dans son entourage en cherchant à les connaître² (par exemple ses propres enfants plus âgés, des enfants de ses amis).

Ces éléments sont des précurseurs importants de l'engagement relationnel du père face à son enfant. Sous l'impulsion des travaux sur le rôle du père dans le développement du jeune enfant et sur l'engagement paternel, le dispositif de services périnataux commence à s'ouvrir à l'importance et aux enjeux de cette seconde forme de portage.

LE RÔLE DU PÈRE FACE À LUI-MÊME

La dernière forme est le *portage qui exige du père de se porter lui-même*; on pourrait dire aussi de se transporter. Il s'agit notamment de ce que le père fait avec lui-même au moment où il fait des choses pour la mère et l'enfant. Cette dernière

1 Certains pères vont toutefois «somatiser» cet ancrage corporel de leur enfant lors de la grossesse et de l'accouchement, produisant ainsi des manifestations physiologiques agissant comme un simulacre plus ou moins intense du portage corporel de l'enfant : nausées, problèmes gastriques, maux de dos, prise de poids, insomnie, etc. On emploie parfois l'expression «syndrome de la couvade» pour désigner ce phénomène.

2 Il faut distinguer ce type d'interaction du père avec des enfants (les siens en particulier) des interactions de nature fonctionnelle qu'il peut avoir avec eux.



forme de portage évoque également le travail identitaire que l'homme doit faire, tout au long de la période périnatale, dans son rapport non seulement aux femmes et aux enfants, mais aussi aux autres hommes. Ce portage est celui qui est le plus négligé par le dispositif de services périnataux et, par conséquent, par les pères eux-mêmes. Il est pourtant étroitement lié aux besoins des hommes lors de la période périnatale. À ce propos, Baker et coll. (2008) indiquent que les pères ont quatre besoins lors de cette période.

Un premier besoin est celui de *créer un lien précoce avec leur enfant*. Il ne s'agit pas ici d'un besoin de l'enfant pour son père, mais bien d'un besoin pour le père de tisser un lien avec un être qui le prolonge d'une certaine manière, dans lequel il se reconnaît lui-même et sur lequel il projette non seulement ses désirs et ses aspirations, mais également ses peurs et ses limites. Ce lien ne se construit pas dans l'abstrait, mais repose sur le portage de l'enfant qu'il réussit à faire et sur la nature du portage de la mère. Lors de la période prénatale, ce lien passe presque essentiellement par la relation que le père entretient avec la mère. Cet aspect triadique de la relation père-enfant demeure habituellement même après la naissance de ce dernier.

Un second besoin des pères est de *se sentir utiles et compétents*, en particulier à l'égard de la mère et de l'enfant. Pour plusieurs pères, il s'agit de la source principale de légitimité de leur participation à la grossesse et l'accouchement et du noyau central de leur expérience périnatale. Ce besoin de compétence ne s'exprime pas uniquement sous un mode instrumental (« être utile pour ma conjointe », « être compétent à contribuer à son bien-être et à celui de mon enfant »), mais aussi sur un mode identificatoire (« être utile et compétent *comme* ma conjointe qui porte notre enfant et le met au monde »).

Un autre besoin des pères est celui de *se sentir soutenus face aux défis personnels qu'ils rencontrent*. Ce besoin de soutien prend, comme pour les mères, de multiples formes : soutien informationnel ou cognitif pour leur permettre de comprendre les situations et les événements qu'ils rencontrent, soutien concret leur permettant d'être efficaces dans leurs différents rôles, sou-

tien socioémotionnel leur permettant de ne pas se sentir isolés et de composer avec les états de détresse et de peur.

Un dernier besoin des pères est celui de *disposer d'espaces et de temps pour exprimer leurs attentes, leurs désirs, leurs émotions, leurs aspirations, leurs préoccupations et leurs craintes*. Il s'agit probablement du besoin le moins bien reconnu. Il est notamment associé au fait que le rapport au temps dans les espaces institutionnels suit un schéma à l'intérieur duquel le temps des pères est excessivement comprimé et presque complètement subordonné au temps des mères. Ce besoin repose donc sur une nécessité de légitimation et de reconnaissance sociale de la présence et de la participation des pères dans ces espaces et moments institutionnels.

En conclusion, l'invitation sociale et institutionnelle qui est faite aux pères de s'impliquer activement lors de la période périnatale a des conséquences majeures :

- l'intensification de l'expérience émotionnelle, notamment liée aux besoins spécifiques des pères et à la nature de la réponse à ceux-ci et au rôle de figure d'attachement auprès de la mère et auprès de l'enfant ;
- la mise en branle d'un travail identitaire chez le père ;
- l'importance centrale du soutien social (informel et formel) au père ;
- la superposition de l'intensité vécue par la mère et le père.

Ne pas considérer ces conséquences peut entraîner l'isolement et l'enfermement du père, le laissant seul à donner du sens aux expériences qu'il vit et aussi provoquer une accentuation du risque de difficultés d'adaptation chez ce dernier.

Références

Baker, M., J.M. Miron, F. de Montigny et H. Boilard (2008). Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale. *Revue québécoise de psychologie*, 28, 11-31.

Davis-Floyd, R.E. (2001). Technocratic, humanistic, and holistic paradigms of birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.

Lacharité, C. (2009). L'expérience paternelle entourant la naissance sous l'angle du discours social. *Enfances, Familles, Générations*, 11, 1-10.



CANCER, FIN DE VIE ANTICIPÉE ET SANTÉ MENTALE DE LA PERSONNE MALADE ET DE SES PROCHES

Michel L'Heureux | M.D., MBA. Directeur général, Maison Michel-Sarrazin. Professeur associé, Département de médecine familiale, Université Laval
Réjean Carrier | M.S.S. Travailleur social, Maison Michel-Sarrazin



Le cancer est en soi un vecteur de stress important. À la suite d'un tel diagnostic, la personne concernée se trouve atteinte dans toutes les sphères de sa vie. Tant sur le plan personnel, social et professionnel que sur le plan familial, l'individu est amené à revoir son rôle, ses engagements et ses responsabilités et à s'interroger sur le sens de son existence. Un tel diagnostic peut perturber le cours normal de la vie et met la personne atteinte et ses proches¹ face à la réalité de la souffrance et de la mort. À travers toutes les étapes du diagnostic jusqu'au traitement et, lorsque la guérison n'est plus possible, il est parfois très difficile pour la personne atteinte de maintenir son équilibre psychologique et sa qualité de vie.

À la Maison Michel-Sarrazin, comme dans tous les milieux de soins palliatifs, l'approche thérapeutique et l'accompagnement prennent en compte la dimension psychosociale de la personne. Dans le présent propos, nous décrirons d'abord le concept de souffrance globale, tel que compris et appliqué en soins palliatifs. Nous aborderons ensuite les impacts psychosociaux de la maladie sur les proches et, enfin, nous énumérerons certains principes d'accompagnement et d'intervention pour prévenir ou

amenuiser les difficultés sur le plan psychosocial, tant auprès des personnes atteintes de cancer que de leurs proches.

CONCEPT DE SOUFFRANCE GLOBALE

Rendu à un certain stade de l'évolution d'un cancer, les chances de guérison s'amenuisent. Les conséquences de la maladie et la perspective de la mort à plus ou moins court terme entraînent une souffrance qui n'est pas seulement physique, mais qui comprend d'autres dimensions intriquées, le tout décrit depuis les années '60 par le Dr Cicely Saunders, pionnière en soins palliatifs, comme une souffrance globale (*total pain*).

La souffrance physique a trait à la douleur mais aussi à tous les symptômes somatiques et aux stigmates laissés par la maladie et les traitements : perte de cheveux, amputations, nausées, perte d'appétit, fatigue, diminution de l'autonomie fonctionnelle, perte de la fonction sexuelle, etc.

La souffrance sociale ou émotionnelle découle de la perte des rôles sociaux et familiaux traditionnels : perte ou changement d'emploi, impacts financiers, changement de rôle dans la famille qui, elle aussi, souffre de la situation. Il peut s'établir des difficultés de communication dans le couple ou avec les enfants, une résurgence de vieux conflits, voire une rupture des relations. Il en découle un risque réel de repli sur soi de la personne malade ou d'éloignement des bien-portants, d'où un isolement néfaste.

La souffrance psychologique touche aux pertes, aux peurs et à l'anxiété. Les symptômes physiques amènent inévitablement une altération de l'image corporelle et un sentiment de deuil envers la personne qui existait avant la maladie. Puis, il y a le deuil de devoir quitter les personnes aimées, la tristesse de

¹ Note : En soins palliatifs, on désigne par le terme « proche » toutes les personnes significatives que la personne malade choisit d'avoir auprès d'elle. Il peut s'agir du conjoint, des enfants, des autres membres de la famille ou d'amis. Dans le présent texte, les mots « famille » et « proches » sont utilisés de façon interchangeable. Certains de ces proches sont appelés à jouer un rôle prépondérant dans l'accompagnement, et ils sont souvent désignés dans la littérature comme des « aidants naturels », terme que nous retenons ici.



leur infliger de la peine en plus d'avoir le sentiment d'être un fardeau pour elles. Les peurs peuvent être nombreuses : avoir mal, perdre ses facultés, mourir étouffé, être abandonné... Ces pertes réelles ou anticipées et ces peurs peuvent générer une très grande anxiété.

Enfin, la souffrance spirituelle émerge du sentiment de finitude, de la recherche de sens devant la maladie et la souffrance. Ce sera peut-être l'occasion de relecture de sa vie pour en faire un bilan, qui pourra être source de sérénité ou de culpabilité et de désarroi. La question spirituelle ne se réduit pas à l'aspect religieux mais elle l'inclut. Les convictions religieuses peuvent être fortement remises en question par l'épreuve de la maladie mortelle ou être une source de force et de paix².

La personne malade affronte toute cette souffrance, d'ordre physique, psychologique, social et spirituel, par la mise en œuvre de divers mécanismes d'adaptation dont certains sont bien connus : refus, négation, colère, marchandage, repli sur soi, etc. Ces mécanismes aident à composer avec la réalité et à garder un certain équilibre.

Parfois, ces moyens ne suffisent plus. La détresse qui s'ensuit peut amener des pertes soutenues de qualité de vie et du fonctionnement, parfois même l'apparition de troubles mentaux. Les données scientifiques disponibles indiquent que :

50% des personnes atteintes de cancer présenteront des difficultés émotionnelles dites « normales » (sentiments courants et normaux de vulnérabilité, de tristesse et de peur) ;
30% vivront des difficultés d'adaptation nécessitant une intervention de type psychologique et émotionnel ;
20% développeront un trouble mental, les plus fréquents étant la dépression et les troubles anxieux, pouvant aussi inclure la panique, l'isolement social ainsi que la crise existentielle et spirituelle requérant d'emblée une intervention spécialisée.³

IMPACTS PSYCHOLOGIQUES DE LA MALADIE SUR LES PROCHES

Les aidants naturels et la famille composent souvent, pour la personne atteinte de cancer, le premier réseau de soutien pour affronter la maladie. Le cancer est une maladie qui n'affecte pas seulement un individu, mais tout son système interpersonnel. Il crée des peurs, fait vivre de l'incertitude, occasionne des changements de plans de vie, d'horaires et de routines, provoque des remises en question de valeurs, oblige à faire face à la maladie et à la finalité de la vie, impose de nombreuses autres transitions et transactions qui peuvent affecter l'équilibre du fonctionnement du réseau de soutien de la personne atteinte.⁴

Les proches qui jouent un rôle significatif d'aidant vivent divers paradoxes : ils s'investissent dans la relation et en même temps, se préparent à une séparation ; ils sont aidants et peuvent aussi avoir besoin d'aide ; ils souhaitent permettre à la personne malade de conserver sa place mais ils la prennent en même temps ; ils reçoivent les confidences mais auraient aussi besoin de se confier ; ils portent à la fois les angoisses de la personne malade et les leurs propres. Divers indices sont signes de souffrance chez les proches : incompréhension, solitude, appréhensions, sentiment d'impuissance, culpabilité, ambivalence, etc.

Pour s'ajuster, les proches vont aussi déployer leurs mécanismes d'adaptation avec plus ou moins de succès. On observera chez eux divers comportements : choisir de continuer ou renoncer, s'activer en mettant de côté la peine, faire semblant, se donner des moyens, de l'aide et du temps de ressourcement, garder espoir, prier, etc.

Enfin, les proches vont vivre un deuil après le décès. Plus on avance dans le processus de deuil, plus on prend conscience du vide laissé par la personne et de sa solitude. Le deuil, c'est un processus pour se remémorer l'autre, pour mieux comprendre sa tristesse et pour mieux s'ajuster au vide laissé par le défunt.

C'est souvent quelques semaines après le décès, alors que la vie autour de soi a repris son cours et que l'entraide s'estompe,

² Choteau, Bernadette. « La souffrance globale en fin de vie ». *Cahiers francophones de soins palliatifs* 2011, 10(2), p. 65-72.

³ « Vers des soins centrés sur la personne ». Rapport du Comité d'oncologie psychosociale. Direction de la lutte contre le cancer. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Mars 2011, 42 pages.

⁴ « Vers des soins centrés sur la personne ». Op.cit.



que l'absence de la personne décédée se fait le plus durement sentir. L'endeuillé est confronté aux clichés véhiculés par son entourage, comme «le temps arrange les choses», dans une société qui ne laisse pas beaucoup de place pour le chagrin. Certains se plongent dans le travail, dans l'action, ce qui laisse peu de place pour laisser émerger les souvenirs. La souffrance finit tôt ou tard par les rattraper. On ne peut passer à côté ni compresser le processus de deuil.

PRINCIPES D'ACCOMPAGNEMENT ET D'INTERVENTION EN SOINS PALLIATIFS

En soins palliatifs, le patient et ses proches constituent une entité de soins (*unit of care*) abordée d'une perspective systémique sur le plan psychosocial. On préconise une approche compréhensive globale et respectueuse des valeurs et des besoins de la personne, tenant compte autant de sa maladie que de son expérience subjective. La promotion de son autonomie, le respect de ses choix, sa participation active au processus de décision visent à lui permettre de reprendre un pouvoir personnel sur les différentes sphères de sa vie. C'est par l'interdisciplinarité que l'équipe réussit le mieux à répondre aux besoins complexes et diversifiés des personnes accompagnées, grâce à la complémentarité des expertises au service d'une cible commune.⁵



L'écoute des intervenants, professionnels ou bénévoles, contribue à soutenir les personnes dans l'épreuve vécue. C'est une écoute exigeante qui requiert d'être «présent en cœur et en esprit», en faisant le vide de ce qui encombre l'esprit et en éloignant de la sonnerie du «bipeur» ou du téléphone. La relation de confiance requise suppose au préalable de dire la vérité, de renseigner la personne sur ce qu'elle veut et peut entendre, au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie. De cette écoute découlera possiblement un véritable dialogue, une communication ouverte avec la personne, ses proches et les autres membres de l'équipe. La personne malade parle différemment aux membres de l'équipe qui prennent soin d'elle. Elle peut choisir un confident «privilegié» car chacun écoute différemment selon ce qu'il est ou selon le moment.⁶

Lorsqu'une personne malade et ses proches sont en choc à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, tout est émotion, tout s'écroule temporairement. L'intervenant doit simplement «être avec», ne pas raisonner, éviter les «il faut que»... devant un patient en négation, en colère, en marchandage, comprendre que la réalité et la «vérité» lui font très mal et que ces mécanismes lui offrent un certain répit. Il faut le respecter, lui donner du temps, éviter de le confronter.

L'intervention auprès des proches vise deux objectifs : les guider pour qu'ils accompagnent au mieux la personne malade et les aider à se préparer à la perte. Il faut s'ouvrir à leur langage, se rappeler que toute la famille a une histoire, offrir un cadre rassurant. La colère de la personne malade vise souvent les proches, qui peuvent se sentir agressés et répondre à leur tour par la colère. On les aide à comprendre ce que vit le patient et à dépasser cette colère. Des proches en négation ou en marchandage peuvent être ramenés délicatement à la réalité. Des proches absents ou qui visitent peu, parce que mal à l'aise avec la personne ou sa souffrance, contribuent à son isolement. On doit les encourager à être plus présents et les sensibiliser aux aspects positifs de leur présence attentive et compréhensive sur le déroulement de leur propre processus de deuil.

Le cheminement de la personne atteinte par la maladie est intimement lié au regard que porte son entourage. L'accompagnement est un défi demandant une ouverture à l'autre mais

⁵ Vers des soins centrés sur la personne. Op.cit.

⁶ Choteau, Bernadette. Op.cit.



avant tout à soi. Cette ouverture permet d'identifier l'impact de la détresse du malade et de ses proches sur soi, comme intervenant. Être émotionnellement affecté par le drame vécu par l'autre peut créer un biais dans la relation et ainsi empêcher une réelle rencontre, d'où un soutien déficient ou absent.

L'accompagnement invite à la reconnaissance de la détresse provoquée par la perspective de la fin de vie. Le fait d'être reconnu aide le malade et ses proches à retrouver les forces vitales nécessaires pour cheminer, développer des stratégies d'adaptation, apprendre à vivre avec la maladie. Un pouvoir récupéré aide à regagner un équilibre de vie et à faire face à sa finitude. Ceci suppose la création d'un lien avec la personne malade et ses proches, l'intention de ne pas changer l'autre et la croyance dans ses capacités de faire face.

CONCLUSION

Le cancer qui ne peut guérir et la mort annoncée provoquent une crise émotionnelle, psychologique voire spirituelle chez la personne malade et ses proches. Pour dépasser cette crise, ces derniers ont à reconnaître et vivre de nombreux renoncements :

renoncements au futur n'ayant plus d'avenir, au passé étant déjà vécu et à une partie du quotidien, n'étant plus capable d'accomplir certaines tâches ou devant abandonner des activités. Ces renoncements apparaissent nécessaires pour vivre au jour le jour, défi important qu'on ne peut prescrire.

Accorder du temps à la personne, l'écouter réellement, sans lui prescrire des comportements à adopter ou des façons d'être devant la mort, permet de l'aider à retrouver des points de repère lorsque la détresse est présente. L'accompagnement des personnes malades et des proches, quand la mort est annoncée, nécessite un espace nous invitant à nous différencier de l'autre. Cet espace permet de voir la personne atteinte dans sa globalité, dans son ensemble. Ceci suppose l'altérité, soit la reconnaissance de l'autre dans sa différence, pour créer une réelle rencontre.

En terminant, nous évoquerons un enseignement précieux de Thérèse Vanier, concernant la souffrance de la personne malade et de ses proches : il existe une forme de douleur qui ne pourra jamais être éradiquée, et c'est celle de la séparation de l'être aimé.⁷

⁷ Vanier, Thérèse. « Toute personne qui souffre a besoin d'être entendue et écoutée ». Revue Notre Dame 1995 (7), p. 17.

POUR APPRÉCIER LA VIE, JUSQU'À LA FIN...

La mission de la Maison Michel-Sarrazin vise l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer en fin de vie et de leurs proches, incluant le soutien dans le deuil. Cette mission repose sur des valeurs de dignité, de respect, de vérité, de compassion, de solidarité et de générosité. On y travaille aussi activement à ce qu'un jour, toutes les personnes en fin de vie d'une maladie bénéficient de soins palliatifs de qualité. Enfin, on y contribue à changer les mentalités face au soulagement de la souffrance, à l'accompagnement et la mort, chez les décideurs publics et la population en général.

Située à Québec, la Maison Michel-Sarrazin est un tout petit établissement privé de santé, sans but lucratif, qui compte 15 lits et un centre de jour de 50 places par semaine. Par ses services, son leadership, son expertise partagée, ses activités de formation et de recherche, ses publications, dont les Cahiers francophones de soins palliatifs, son rayonnement hors Québec, les retombées de son action sont multiples. De nombreux prix sont venus couronner, au fil des ans, l'excellence et l'innovation qui la caractérisent.

Première du genre au Canada,, la Maison Michel-Sarrazin a célébré en 2010 ses 25 ans d'existence, sous le thème 25 ANS DE VIES. Autant de vies touchées, autant de vies changées :

- Plus de 7 000 patients, incluant la clientèle du centre de jour
- Plus de 1 000 professionnels et employés
- Près de 100 000 membres de familles et amis proches qui les ont accompagnés
- Quelques milliers de personnes formées
- Plus de 1 200 bénévoles
- Plus d'un demi-million de donateurs



STIGMATISATION LIÉE AU POIDS CORPOREL : QUOI ? POURQUOI ? COMMENT ?

Karine Gravel | M.Sc., Dt.P., Candidate au doctorat en nutrition, Université Laval
En collaboration avec **Simone Lemieux**, Ph.D., Dt.P., et **Véronique Provencher**, Ph.D., Dt.P.



L'obésité est une problématique complexe et multifactorielle dont la prévalence a considérablement augmenté au cours des dernières années¹. Les personnes obèses sont fréquemment victimes de stigmatisation liée à leur poids corporel², référant aux attitudes et croyances négatives concernant le poids corporel et s'exprimant sous forme de stéréotypes, de préjugés et de traitements injustes à l'égard des personnes en surpoids ou obèses³. Cette stigmatisation peut se manifester par des commentaires verbaux inappropriés comme des moqueries, des insultes ou des remarques désobligeantes⁴, de l'exclusion sociale et des agressions physiques⁵. Elle peut également avoir des conséquences dommageables pour la santé psychologique et physiologique des personnes obèses, dont un risque accru de dépression et d'anxiété⁶. Les objectifs de cet article sont : 1) mieux comprendre le phénomène de la stigmatisation liée au poids corporel et ses conséquences; et 2) identifier des

stratégies visant à minimiser la stigmatisation liée au poids corporel afin d'en limiter les conséquences négatives auprès des personnes obèses.

Raisons et conséquences de la stigmatisation liée au poids corporel

POURQUOI LES PERSONNES OBÈSES SONT-ELLES STIGMATISÉES ?

Les personnes obèses sont fréquemment victimes de stigmatisation liée au poids corporel dans de nombreux aspects de leur vie quotidienne, notamment auprès de leur famille et de leurs amis, au travail et à l'école, de même que dans les environnements de soins⁷. Les résultats d'une enquête réalisée aux États-Unis et incluant 2962 répondants ont montré que la prévalence de la discrimination reliée au poids corporel a significativement augmenté de 66 % entre 1995-1996 et 2004-2006 et peut difficilement être justifiée par l'augmentation des niveaux d'obésité⁸. Les résultats d'une autre étude réalisée auprès de 47 patients ayant subi une chirurgie bariatrique suivie d'une perte de poids de 45 kg (100 lbs) ou davantage, ont montré que la majorité d'entre elles aurait préféré avoir un poids corporel normal accompagné d'un handicap majeur comme la surdité, la dyslexie, être aveugle ou avoir une jambe amputée plutôt que d'avoir une obésité massive (indice de masse corporelle (IMC) > 40 kg/m²)⁹. De plus, la totalité des participants de cette étude a rapporté qu'elle aurait préféré

1 Low S, Chin MC, Deurenberg-Yap M. Review on epidemic of obesity. Ann Acad Med Singapore. 2009 38 : 57-9.

2 Puhl R. Stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques. Diabetes Voice. 2009 54 : 25-8.

3 Idem.

4 The Obesity Society. Obesity, Bias, and Stigmatization. Consulté le 19 juillet 2011 : <http://www.obesity.org/resources-for/obesity-bias-and-stigmatization.htm>.

5 Puhl, *op. cit.* (note 2)

6 Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity : a review and update. Obesity (Silver Spring). 2009 17 : 941-64.

7 Idem.

8 Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. Obesity (Silver Spring). 2008 16 : 1129-34.

9 Rand CS, Macgregor AM. Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. Int J Obes. 1991 15 : 577-9.



avoir un poids corporel normal plutôt que d'avoir une obésité massive tout en étant multimillionnaire.

Fausses perceptions liées à l'obésité

Certaines raisons peuvent expliquer la présence de la stigmatisation liée au poids corporel, dont la perception des causes de l'obésité. Plusieurs personnes croient à tort qu'il est facile de contrôler son poids corporel, alors que des résultats de recherche ont montré que la majorité des personnes ayant suivi une diète amaigrissante n'arrive pas à maintenir le poids perdu à long terme¹⁰. L'obésité est une problématique multifactorielle, impliquant plusieurs facteurs qui influencent l'apport et la dépense énergétique. Si l'obésité est perçue comme une condition dont les causes sont facilement contrôlables par l'individu, les personnes obèses risquent davantage d'être tenues responsables de leur état et d'être stigmatisées. À l'inverse, les personnes obèses risquent d'être jugées moins sévèrement si les causes qui sont hors de leur contrôle, comme les prédispositions génétiques ou l'environnement, sont également reconnues dans l'équation. Ainsi, des programmes de prévention de l'obésité mettant uniquement l'accent sur les changements de comportements individuels, à défaut d'inclure aussi les changements à plus grande échelle dans les environnements sociaux et physiques, peuvent avoir comme effet d'accroître la stigmatisation liée au poids corporel¹¹⁻¹³.

Une représentation inadéquate dans les médias

La façon dont les personnes obèses sont représentées dans les différents médias peut également contribuer à favoriser et à maintenir la stigmatisation liée au poids corporel. Les personnes obèses sont souvent personnifiées comme étant paresseuses, dépourvues d'autodiscipline, peu attirantes ou étant

la cible de mauvaises plaisanteries¹⁴⁻¹⁷. Actuellement, aucune étude n'est disponible sur les effets de la stigmatisation liée au poids corporel dans les médias sur les attitudes et comportements du public à l'égard des personnes obèses¹⁸. Toutefois, la popularité des émissions télévisées, des films et des bandes dessinées reflétant la stigmatisation liée au poids corporel laisse croire que cette dernière est socialement acceptée¹⁹.

POURQUOI LA STIGMATISATION LIÉE AU POIDS CORPOREL EST-ELLE PRÉOCCUPANTE ?

La stigmatisation liée au poids corporel a des effets dommageables sur le bien-être émotionnel et psychologique ainsi que sur la qualité de vie des personnes obèses, se traduisant notamment par un risque accru de dépression, d'anxiété, ainsi que de pensées et comportements suicidaires²⁰. Les personnes obèses stigmatisées percevraient leur corps de façon plus négative²¹ et auraient une plus faible estime d'elles-mêmes²², comparativement aux personnes qui ne sont pas stigmatisées. Un questionnaire mesurant les perturbations de l'image corporelle et de la fonction psychosociale a été complété par 295 hommes et femmes de différentes ethnies²³. Les résultats ont montré que les participants dont l'image corporelle était la plus perturbée étaient davantage les femmes que les hommes, les femmes en surpoids plutôt que celles avec un poids considéré normal et les femmes blanches comparativement aux femmes africaines américaines. En outre, les femmes dont l'image corporelle était la plus perturbée voyaient leurs résultats associés à des niveaux plus élevés d'anxiété et de symptômes dépressifs. La figure 1 présente les conséquences psychologiques de la stigmatisation liée au poids corporel.

10 Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol*. 2007 62: 220-33.

11 Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*. 2010 100: 1019-28.

12 Saguy AC, Riley KW. Weighing both sides: morality, mortality, and framing contests over obesity. *J Health Polit Policy Law*. 2005 30: 869-921.

13 MacLean L, Edwards N, Garrard M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. Obesity stigma and public health planning. *Health Promot Int*. 2009 24: 88-93.

14 Puhl, *op. cit.* (note 2)

15 Puhl, Heuer, *op. cit.* (note 6)

16 Greenberg BS, Eastin M, Hofschire L, Lachlan K, Brownell KD. Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television. *Am J Public Health*. 2003 93: 1342-8.

17 Frank A, Kahan S. Re: 'The Light Look at a Heavy Problem' cartoon series. *Obes Rev*. 2010 11: 399; author reply 400.

18 Puhl, Heuer, *op. cit.* (note 6)

19 Puhl, *op. cit.* (note 2)

20 Puhl, *op. cit.* (note 2)

21 Puhl, *op. cit.* (note 2)

22 Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*. 2004 1: 155-67.

23 Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI. Measuring «negative body image»: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*. 2004 1: 363-72.

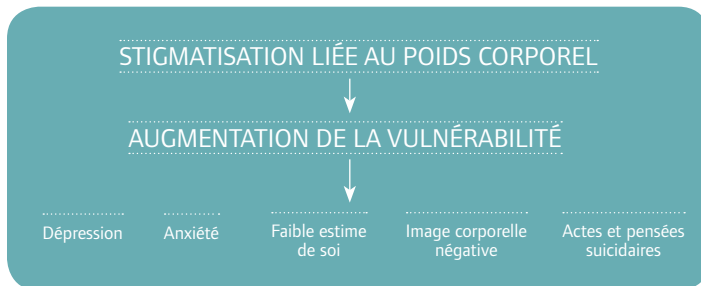


FIGURE 1. CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA STIGMATISATION LIÉE AU POIDS CORPOREL. CONTENU ADAPTÉ DE FRIEDMAN (2008)²⁴.

Des comportements alimentaires malsains

Certains comportements alimentaires malsains pouvant exacerber l'obésité peuvent résulter de la stigmatisation liée au poids corporel. Une étude réalisée aux États-Unis a évalué l'expérience en matière de stigmatisation liée au poids corporel de 2 449 femmes en surpoids ou obèses suivant une démarche de perte de poids et l'ensemble de stratégies qu'elles ont employées pour y faire face²⁵. Les résultats ont montré que lorsqu'elles étaient victimes de stigmatisation, 79 % des femmes ont réagi en mangeant davantage et 75 % d'entre elles ont refusé de poursuivre leurs efforts afin de perdre du poids.

Des conséquences dommageables sur la physiologie

La stigmatisation liée au poids corporel peut aussi avoir des conséquences négatives sur la santé physiologique des personnes obèses, notamment par la réduction de la pratique de l'activité physique. Les résultats d'une étude réalisée auprès de 100 femmes américaines ont montré que la stigmatisation liée au poids corporel affectait la motivation de ces femmes à être physiquement actives²⁶. Enfin, le recours aux services de santé par les personnes obèses peut être compromis afin d'éviter la stigmatisation liée au poids corporel. Les résultats d'une autre étude incluant 498 femmes en surpoids ou obèses ont montré que leur poids corporel était une barrière à se présenter à un examen de dépistage de routine puisqu'elles s'attendaient à recevoir des conseils non sollicités visant à leur faire perdre du poids²⁷.

24 Friedman R. *Weight Bias – The Need for Public Policy*. Rudd Center for Food Policy and Obesity Yale University ed, 2008.

25 Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity* (Silver Spring). 2006 14: 1802-15.

26 Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol*. 2008 13: 131-8.

27 Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes* (Lond). 2006 30: 147-55.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES – COMMENT MINIMISER LA STIGMATISATION LIÉE AU POIDS CORPOREL ?

Auprès de la population

Diverses recommandations ont été suggérées afin de minimiser la stigmatisation liée au poids corporel lors de la planification des programmes de santé publique²⁸. Parmi celles-ci, les communications destinées à la population en matière d'obésité devraient cibler des images et des messages positifs visant à accroître l'estime de soi plutôt que de stéréotyper, blâmer ou désinformer. L'évaluation des effets d'une intervention de santé publique sur la stigmatisation est aussi recommandée, notamment par la mesure de l'estime de soi ou de la perception de son image corporelle, avant et après une intervention auprès de personnes de poids variés²⁹.

Auprès des professionnels de la santé

Différentes stratégies visant à réduire la stigmatisation liée au poids corporel dans les environnements de soins, par l'entremise des professionnels de la santé, sont recommandées par *The Obesity Society*³⁰. Notamment, il peut être avantageux de considérer que les patients peuvent avoir vécu des expériences humiliantes avec d'autres professionnels de la santé concernant leur poids corporel, tout comme le fait de reconnaître que plusieurs patients ont tenté de perdre du poids à maintes reprises ou d'admettre la difficulté à entreprendre des changements de comportements liés aux habitudes de vie. Des résultats de recherche proposent aussi de communiquer avec empathie et sensibilité auprès des patients puisque certains termes employés peuvent être blessants et peuvent compromettre la qualité de la consultation³¹. En ce sens, une étude canadienne suggère de former les professionnels de la santé – infirmières, médecins, nutritionnistes, éducateurs et travailleurs sociaux – en les conscientisant à la stigmatisation liée au poids corporel et en les informant adéquatement à propos de l'obésité et des personnes obèses³².

28 MacLean, Edwards, Garrard, Sims-Jones, Clinton, Ashley, *op. cit.* (note 13)

29 Foster GD, Sherman S, Borradaile KE, Grundy KM, Vander Veur SS, Nachmani J, et al. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2008 121: e794-802.

30 The Obesity Society, *op. cit.* (note 4)

31 Puhl, *op. cit.* (note 2)

32 MacLean, Edwards, Garrard, Sims-Jones, Clinton, Ashley, *op. cit.* (note 13)



Auprès des médias

Auprès des médias, une description plus positive des personnes obèses a été proposée afin de défier les stéréotypes liés au poids corporel³³. Le *Rudd Center for Food Policy and Obesity* et *The Obesity Society* ont développé des lignes directrices afin de représenter adéquatement les personnes obèses dans les médias, notamment en proposant d'éviter les images qui mettent uniquement l'accent sur le surplus de poids des personnes obèses, en isolant certaines parties de leur corps³⁴. Concrètement, les images choisies devraient inclure des hommes et des femmes de tous les âges, d'apparences variées et occupant différentes carrières, activités et habitudes de vie. Des exemples sont présentés à la figure 2.



FIGURE 2. IMAGES REPRÉSENTANT ADÉQUATEMENT LES PERSONNES OBÈSES.
SOURCE : RUDD CENTER IMAGE GALLERY.

CONCLUSION

Les résultats des études présentées dans cet article ont montré que la perception des causes de l'obésité peut expliquer la présence de stigmatisation liée au poids corporel³⁵ qui a de nombreuses conséquences dommageables pour la santé psychologique³⁶ et physiologique^{37, 38} des personnes obèses. Plusieurs stratégies ont été proposées pour réduire la stigmatisation liée au poids corporel lors de l'élaboration de programmes de prévention de l'obésité^{39, 40}, auprès des professionnels de la santé dans leur pratique^{41, 42} et auprès des médias⁴³.

La stigmatisation liée au poids corporel est un thème de recherche complexe et encore peu exploré, alors que ses conséquences sont loin d'être négligeables⁴⁴. Une priorité de recherche devrait être mise sur l'évaluation de stratégies pour identifier une méthode optimale, ou un ensemble de méthodes, visant à diminuer les attitudes négatives à propos des personnes obèses dans différents milieux⁴⁵. À cet effet, le Réseau canadien en obésité⁴⁶ considère la stigmatisation liée au poids corporel dans ses orientations stratégiques, alors que la Charte québécoise pour image corporelle saine et diversifiée⁴⁷ vise notamment à promouvoir une diversité des formats corporels dans les secteurs de la mode, de la publicité et des médias. Parallèlement, des messages visant à sensibiliser la population à propos des causes de l'obésité et des effets de la stigmatisation liée au poids corporel auraient avantage à être intégrés aux programmes de prévention de l'obésité⁴⁸.

33 Puhl, *op. cit.* (note 2)

34 The Rudd Center for Food Policy & Obesity, The Obesity Society. Guidelines for the Portrayal of Obese Persons in the Media. Consulté le 13 juillet 2011 : http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/bias/media/MediaGuidelines_PortrayalObese.pdf.

35 Puhl, *op. cit.* (note 2)

36 Puhl, *op. cit.* (note 2)

37 Vartanian, Shaprow, *op. cit.* (note 26)

38 Amy, Aalborg, Lyons, Keranen, Barriers, *op. cit.* (note 27)

39 MacLean, Edwards, Garrard, Sims-Jones, Clinton, Ashley, *op. cit.* (note 13)

40 Foster, Sherman, Borradaile, Grundy, Vander Veur, Nachmani, et al., *op. cit.* (note 29)

41 Puhl, *op. cit.* (note 2)

42 The Obesity Society, *op. cit.* (note 4)

43 The Rudd Center for Food Policy & Obesity, *op. cit.* (note 34)

44 Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res.* 2008 23: 347-58.

45 Idem.

46 Canadian Obesity Network (CON). Consulté le 19 juillet 2011 : <http://www.obesitynetwork.ca/>.

47 Gouvernement du Québec. Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée. 2010. Consulté le 19 juillet 2011 : <http://www.scf.gouv.qc.ca/index.php?id=363>.

48 Puhl, Heuer, *op. cit.* (note 11)



LES DÉPENDANCES : À TOUT ÂGE, À TOUT MOMENT

Rodrigue Paré | Directeur, Maison Jean-Lapointe

Personne n'est à l'abri de développer une dépendance¹. Elles évoluent subtilement et ne se laissent apercevoir que lorsqu'elles sont déjà bien confortablement installées dans nos vies. La dépendance est inhérente à la condition humaine et, pour tout individu qui vit sur la planète « terre », il sera toujours plus facile de comptabiliser ses dépendances que les pénibles et rares détachements dont il peut se glorifier. Au fond, nous contrôlons peu de chose. Nous n'avons aucune emprise sur la température qu'il fera, n'avons pas choisi les parents qui allaient nous mettre au monde et ne déciderons pas de la date de notre départ pour un autre univers, encore plus incertain celui-là que la vie elle-même. Nous ne pouvons anticiper l'heure où un ordinateur flanchera, nous exposant à des désastres individuels ou collectifs, ni la perte d'un contrat lucratif ou la brusque fin d'une relation qui remplissait notre vie d'une joie sincère.

LE LIEN ENTRE LES DÉPENDANCES ET LA SANTÉ MENTALE

La plupart d'entre nous se sont adaptés à cet état de dépendance et ont appris à vivre sans trop s'en préoccuper dans la vie de tous les jours. Mais parfois, la tempête frappe et nous rappelle notre fragilité. Il est rare de pouvoir affirmer paisiblement que « la vie est un long fleuve tranquille ». Cette incertitude face à l'avenir et cette insécurité que nous partageons tous, à divers degrés, exigent que nous vivions en reconnaissant la vulnérabilité de cette existence dont le contrôle peut nous échapper à tout moment. Pour plusieurs, il est difficile de profiter de la vie et de trouver la paix d'esprit dans ces conditions. Ils pressentent constamment cette menace, génératrice d'anxiété et parfois d'angoisse, qui ne peut être apaisée sans le recours à des produits ou à des comportements qui ouvrent toute grande la porte à des dépendances plus lourdes et plus dévastatrices. Il existe un lien évident et fréquent entre les



dépendances et la santé mentale. De façon simple, on peut les diviser en deux catégories : les problèmes qui existaient avant la consommation et qui sont très souvent aggravés par cette dernière, les drogues et l'alcool servant d'auto-médication pour des problèmes de santé mentale qui, habituellement, n'ont pas été diagnostiqués ; les problèmes qui ont été déclenchés par la consommation de substances diverses et qui se résorbent plus facilement et peuvent disparaître ou diminuer lorsque la consommation est sous contrôle. Ces deux types de problèmes sont habituellement faciles à distinguer puisque, dans le premier cas, ces problèmes vont ressurgir et parfois même avec plus d'intensité lors de l'arrêt de la consommation. Cette distinction explique également pourquoi il est si difficile de traiter les problèmes de santé mentale sans que la personne ait tout d'abord cessé toute consommation problématique.

CONSOMMER POUR OUBLIER, POUR APAISER

Toutes les substances qu'un individu consomme ou encore tous les comportements qu'il adopte, malgré les conséquences négatives que cela entraîne dans sa vie, servent entre autres à calmer les angoisses inhérentes à la condition humaine. L'al-

¹ Dans le texte, les termes, alcool, drogues, médicaments, substances psychoactives et dépendances sont interchangeable et impliquent le même phénomène.



cool et les drogues font partie de la vie et, pour pouvoir en user judicieusement, vaut mieux les connaître et être conscient de ses propres vulnérabilités. Ces substances sont constamment présentes dans nos vies et peuvent être consommées dans des situations qui varient considérablement d'un individu à l'autre, tout dépendant des difficultés auxquelles il est confronté. Comme on peut le lire dans l'ouvrage *Drogues, savoir plus, risquer moins*², « On peut boire un verre d'alcool pour se détendre, pour le plaisir de goûter un bon vin, pour se sentir mieux ou surmonter un moment douloureux ou encore, parce qu'on est tout simplement devenu dépendant. On peut aussi abuser d'une substance pour atténuer une sensation de malaise, rechercher l'oubli d'une souffrance ou d'une réalité vécue comme insupportable ».

IMPACTS DES DÉPENDANCES

Même si la vie est imprévisible, on peut se prémunir d'un grand nombre de problèmes par la prudence et la prévention. Nous connaissons tous les bénéfices d'une vie bien organisée autour d'une saine alimentation, d'un bon équilibre « travail – loisirs » et d'un sommeil régulier. Nous connaissons l'effet positif des relations que nous entretenons avec nos enfants et l'importance du climat familial sur leur comportement éventuel et leur capacité d'assumer leur propre vie. Nous connaissons aussi le rôle d'un solide réseau social et d'amitiés sincères dans l'anticipation de sa capacité à faire face aux situations que la vie ne manquera pas de nous présenter. Il est tout aussi important de connaître le côté sombre de l'alcool, des drogues et des médicaments psychoactifs ainsi que les risques associés au jeu problématique et aux comportements qui peuvent déstabiliser la vie et amorcer le cycle de la dépendance. L'être humain est ainsi construit. Il apprend de ses expériences et répète les comportements qui lui procurent du plaisir et apaisent ses souffrances.

Dépendance au jeu, au sexe, consommation irrépessible d'alcool, de cocaïne ou de médicaments peuvent rapidement dérégler l'ensemble des activités de la vie humaine et les relations avec les autres. En même temps, ces dépendances contribuent parfois à aggraver des problèmes déjà existants ou à en développer de nouveaux qui sont, en fait, les consé-

quences directes de ces comportements. Peu importe les formes qu'elles prendront, les conséquences de la dépendance sont multiples et perturbent toutes les sphères de la vie. La détérioration des rapports humains est l'une des premières à être visible. À mesure que la consommation augmente et s'installe au cœur de la vie de la personne dépendante, les relations avec la famille immédiate et l'entourage s'étiolent et une tension s'installe, alimentant généralement le cycle de la dépendance. La santé physique et mentale sera affectée à son tour et les difficultés liées à l'emploi s'aggravent. À ce stade, la vie a peu de chance de revenir à la normale sans le recours à un traitement ou à une autre forme d'aide.

PERSONNES À RISQUES

La recherche nous montre qu'il existe des personnes et des groupes de personnes à risque ainsi que des périodes de la vie où les individus sont davantage vulnérables. Les personnes souffrant d'un problème de santé mentale font partie du groupe le plus évident, particulièrement celles qui souffrent de troubles anxieux (les crises de panique, les obsessions compulsives, la phobie sociale, l'anxiété généralisée, le syndrome de stress post-traumatique) et de troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires). Il y a également les utilisateurs des services de traitement des toxicomanies, chez qui le taux des troubles de l'humeur varie de 41 à 60% et où les troubles anxieux³ vacillent entre 33 à 43%. Les enfants des personnes qui souffrent d'alcoolisme ou de toxicomanies constituent également un groupe à risque important. Heureusement, il existe des facteurs de risques et des facteurs de protection⁴ qui permettent de traverser plus aisément les périodes de vulnérabilité. La connaissance du cycle des dépendances et ses causes constitue en soi un système de prévention suffisant permettant d'éviter un grand nombre de problèmes. Il est évidemment plus facile d'agir avant que les problèmes ne menacent l'intégrité de l'individu que lorsque ce dernier doit faire face à une dépendance qui a déjà envahi les domaines névralgiques de sa vie.

2 Centre québécois de lutte aux dépendances (2007). *Drogues, savoir plus, risquer moins*. Montréal. Éditions CQLD.

3 GRANT, B.F., F.S. STRINSON, D.A. DAWSON, P. CHOU, M.C. DUFOR, W. COMPTON, R.P. PICKERING et K. KAPLAN (2004).

Prevalence and Co-Occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders, *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, p. 807-816.

4 www.strategienationaleantidroque.gc.ca/parents/observe/risque-risk.html



QUAND ET POURQUOI SOMMES-NOUS SI FRAGILES ?

Plusieurs périodes de la vie présentent des risques pour un grand nombre de problèmes liés aux dépendances, comme par exemple le *passage de l'enfance à l'adolescence*. Il s'agit d'une période complexe où l'adolescent n'a pas encore atteint sa pleine maturité et où la consommation d'alcool ou de drogues peut interrompre les processus essentiels à son développement. Le début du secondaire constitue une étape cruciale de transition chez les jeunes adolescents. Comparativement à d'autres groupes d'âge, la quête d'identité, la découverte de soi, de son corps et de sa personnalité caractérisent le début de l'adolescence. Les jeunes sont alors facilement attirés par toute une gamme de comportements hors normes ou d'activités à risque tels que fumer, consommer de l'alcool et des drogues, faire de menus larcins, etc. Beaucoup de jeunes expérimentent également des difficultés lorsqu'ils passent du cadre protecteur de l'école primaire, où ils sont encadrés par un seul professeur et un nombre restreint de compagnons de classe, à celui du secondaire caractérisé par de grandes écoles où ils doivent s'intégrer et faire face à un nouvel environnement. Des études ont aussi démontré que les adolescents qui commencent à consommer tôt dans leur vie sont plus à risques de développer une dépendance, particulièrement au cours des dix années qui suivent l'âge de la première consommation⁵. Ces recherches ont permis de créer des programmes de prévention qui tentent de retarder le plus possible l'âge de l'initiation à ces produits. Il s'agit par exemple de séances d'informations sur les risques liés à l'usage de substances psychotropes et leurs conséquences, de l'implication des parents dans le maintien d'une communication ouverte et sécurisante et de l'observation de signes de détérioration du comportement de l'enfant. Ces changements peuvent se manifester par une dégradation du rendement scolaire, du groupe d'amis fréquenté, une perte d'intérêt pour les loisirs et les sports, en retrait de la vie familiale, etc. *Le passage de l'adolescence à l'âge adulte*, et le *passage de la carrière active à la retraite* sont également des périodes de vulnérabilité. En fait, la vie est remplie d'occasions de développer des dépendances, particulièrement lors de périodes ou d'événements qui déstabilisent l'individu, par des changements majeurs ou soudains auxquels il doit s'adapter. La perte d'un emploi, le décès, un divorce, la maladie ou encore une perte financière qui menace la retraite font partie de ces événements difficiles et douloureux que l'on

peut être tenté de soulager à l'aide de psychotropes, malgré les risques que cela comporte.

Aussi, plusieurs événements de la vie peuvent menacer la stabilité émotionnelle de l'individu : le décès d'un être cher qui entraîne un vide auquel il n'est pas préparé, une séparation qui met brusquement un terme à une relation importante, un accident, etc. L'alcool et les drogues ne sont pas des substances comme les autres puisqu'elles ont le potentiel d'engendrer des dépendances, et ce, même chez ceux et celles qui ne consomment pas nécessairement pour des raisons psychologiques ou émotionnelles. Chaque substance possède des propriétés toxico-manogènes plus ou moins importantes avec lesquelles il faut compter. Consommer de l'alcool fréquemment et en quantité est suffisant pour en devenir dépendant. Si un événement traumatisant vient s'ajouter à cette consommation, nous nous retrouvons dans une situation potentiellement dangereuse. Mentionnons aussi que certaines drogues, telles la cocaïne, les amphétamines et l'héroïne peuvent rapidement entraîner une très forte dépendance chez un individu vulnérable.



QUE POUVONS-NOUS FAIRE ?

Heureusement, il existe des solutions. Plusieurs centres d'aide et de traitement, tels la Maison Jean Lapointe, existent un peu partout au Québec. Ces organismes offrent habituellement une gamme de services qui comprennent la désintoxication médicale, le traitement, le support psychologique et le support à l'entourage ou encore des traitements plus ou moins longs

⁵ Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence. Ralph W. Hingson, ScD, MPH; Timothy Heeren, PhD; Michæl R. Winter, MPH. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:739-746.



ou intensifs, à l'interne ou à l'externe, dépendamment de la gravité des problématiques et du type de problèmes rencontrés. Il est parfois très difficile pour ces personnes de faire le premier pas et d'accepter qu'elles doivent recourir à une aide extérieure et, surtout, d'envisager qu'elles devront trouver les moyens de cesser une consommation qui est maintenant devenue une raison de vivre, ou de survivre. Elles doivent en parler, à une personne de confiance qui n'est pas trop impliquée émotionnellement dans la situation, par exemple un médecin ou un psychologue, et qui pourra écouter sans juger. C'est le premier pas et par ailleurs le plus difficile à franchir. Une autre solution consiste à s'adresser à une ressource spécialisée. Le plus simple est d'avoir recours à la ligne téléphonique *Drogue : aide et référence*, un service téléphonique gratuit, confidentiel et disponible 24 heures par jour, 7 jours sur 7. Il permet de connaître les ressources disponibles dans chaque région du Québec et d'obtenir des renseignements pertinents pour aider et être aidé.

VOICI QUELQUES INCONTOURNABLES
QUE VOUS POUVEZ CONSULTER
OU AVOIR À PORTÉE DE LA MAIN
LORSQUE LE BESOIN SE PRÉSENTE :

Livre :

« *Drogues, savoir plus, risquer moins* » : un livre grand public facile à consulter et qui résume le phénomène, présente les substances et les risques qu'elles représentent.

Sites internet :

www.dependances.gouv.qc.ca
<http://toxquebec.com/>
www.strategienationaleantidroque.gc.ca/
www.ccsa.ca/Fra
www.drogue-aidereference.qc.ca/
www.maisonjeanlapointe.org/



N'oubliez pas de visiter régulièrement le site Internet de l'ASPQ afin d'être tenus informés des nouveautés et du développement de nos projets ! **www.aspq.org**



NOTRE MISSION

Contribuer à la promotion, au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être / de la population québécoise à titre de ressource autonome de nature associative en santé publique. L'ASPQ entretient de plus des liens avec les communautés de santé publique québécoises, canadiennes et internationales.

NOTRE VISION

L'ASPQ SERA RECONNUE :

- pour sa capacité à mobiliser divers acteurs de la société
- pour l'influence de ses actions sur des enjeux de santé publique au Québec

Nos VALEURS

ÉQUITÉ, JUSTICE, SOLIDARITÉ

NOTRE PHILOSOPHIE D'ACTION

L'ASPQ :

- œuvre de façon complémentaire, multidisciplinaire et intersectorielle en regroupant différents acteurs de la société
- est un lieu d'expertise, de soutien, de collaboration, d'influence et de changement par la formation, l'information, la promotion et le développement d'approches novatrices en santé publique
- est un espace servant de forum et d'interface aux coalitions pour des actions et des prises de position au service de l'intérêt commun de la santé publique
- est un lieu d'échanges favorisant l'innovation autour d'enjeux qui mobilisent des gens issus de divers milieux

NOUS VOUS INVITONS À CONSULTER RÉGULIÈREMENT NOTRE SITE INTERNET :

WWW.ASPQ.ORG

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lucie Thibodeau, présidente
Sylvie Desjardins, vice-présidente
Jacinthe Arel, secrétaire
Lilianne Bertrand, trésorière
Marie-Andrée Comtois, administratrice
Céline Lemay, administratrice
Martin St-George, administrateur
Marc-Antoine St-Pierre, administrateur
Carmen Veillette-Boucher, administratrice

ASPQ

Lucie Granger
Directrice générale
Chantale Bayard
Chargée de projet PSMA par intérim
Catherine Chouinard
Chargée de dossiers périnatalité
Louise Courchesne
Comptabilité
Émilie Dansereau (en congé de maternité)
Chargée de dossiers Saines habitudes de vie
Martine Gagnon
Secrétaire-réceptionniste
Julie Paquette
Agente de bureau
Marie-Claude Perreault
Responsable des communications
et de la coordination d'événements
Yannick Prévost
Adjoint finances, comptabilité, administration
COALITION POIDS
Suzie Pellerin
Directrice
Marie-Pier Chénard
Analyste-rechercheur
Amélie Desrosiers
Responsable des communication
Anne-Marie Morel
Analyste-rechercheur
Marion Saucet
Analyste-rechercheur
Corinne Voyer (en congé de maternité)
Analyste-rechercheur
CQCT
Flory Doucas
Codirectrice et porte-parole
François Bélanger
Agent administratif
Heidi Rathjen
Cofondatrice et codirectrice

Vous n'êtes pas encore membre de l'ASPQ ? C'est le moment !



Nom et prénom :

Organisme :

Adresse : Code postal :

Ville :

Tél. : Fax :

Courriel :

Profession :

Champ(s) d'intérêt :

Nouveau membre :

Renouvellement :

MEMBRE INDIVIDUEL

Tarif régulier :

1 an 46 \$ 2 ans (-10%) 83 \$ 3 ans (-20%) 110 \$

Tarif réduit – Étudiant/retraité/bénévole / (joindre une preuve de votre statut)

1 an 12 \$ 2 ans (-10%) 21 \$ 3 ans (-20%) 29 \$

Adhésion conjointe – Les individus peuvent adhérer conjointement à l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et à l'Association canadienne de santé publique (ACSP) en une seule procédure d'inscription et pour une durée d'un an.

Visitez le site de l'ACSP à l'adresse suivante afin de télécharger le formulaire : / http://www.cpha.ca/uploads/provinces/join/aspq_f.pdf

Une fois qu'il est complété, veuillez le retourner directement à l'Association canadienne de santé publique en suivant les instructions inscrites dans le document.

MEMBRE INSTITUTIONNEL

Institution à vocation régionale, sous-régionale ou provinciale :

1 an 288 \$ 2 ans (-10%) 518 \$ 3 ans (-20%) 691 \$

Institution à vocation locale :

1 an 144 \$ 2 ans (-10%) 259 \$ 3 ans (-20%) 346 \$

Organisme sans but lucratif :

1 an 58 \$ 2 ans (-10%) 104 \$ 3 ans (-20%) 139 \$

Cochez une seule case sur ce formulaire – Somme ci jointe : _____ \$