

L'INTERMISSION

HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES

VOLUME 8 NUMÉRO 1 • 2009



Unité 406
un aménagement
sécuritaire pour tous

L'Hôpital Rivière-des-Prairies, situé dans le nord-est de l'île de Montréal, est un centre hospitalier de soins psychiatriques, d'enseignement et de recherche, affilié à l'Université de Montréal. L'Hôpital offre des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie à une clientèle d'enfants et d'adolescents. Il offre également des services surspécialisés à une clientèle d'enfants, d'adolescents et d'adultes présentant des pathologies psychiatriques ou de sévères problèmes adaptatifs associés à une déficience intellectuelle, à un trouble envahissant du développement ou à un autre trouble neurodéveloppemental complexe.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale
du Québec
ISSN : 1705-4575

Les opinions émises dans L'Inter-mission n'engagent en rien le Conseil d'administration de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

L'Inter-mission est publié 4 fois l'an par le Service des communications de l'Hôpital Rivière-des-Prairies 7070, boul. Perras Montréal (Québec) H1E 1A4 514 323-7260 poste 2088 www.hrdp.qc.ca

RÉDACTRICE EN CHEF
Johanne Gagnon

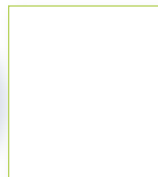
RÉDACTEURS
Stéphane Trépanier
Jessica Lambert-Fandal

COLLABORATION À LA RÉDACTION
Line Bellavance
Ginette Chaput
Dominique Côté
Isabelle Hudon
Chantal Provost

RÉVISION LINGUISTIQUE
France Beaudoin

CONCEPTION GRAPHIQUE
Johane Roy

IMPRESSION
Imprimerie Héon & Nadeau Itée



SOMMAIRE

Arrivée du plan thérapeutique infirmier (PTI)	4
Tableau de l'agrément	7
L'unité 406 : un aménagement sécuritaire	8
Place aux stages	10
Partageons notre savoir	13
Bienvenue chez nous	14
Fondation	15
Livre'S	19
Une neurotypique au pays des autistes	20
Conduites suicidaires : facteurs de protection	23
La recherche dans un hôpital surspécialisé	27
Mélimélo	30

ÉDITORIAL

johanne.gagnon.hrdp@ssss.gouv.qc.ca

JOHANNE GAGNON

COORDONNATRICE DES COMMUNICATIONS ET DU PARTENARIAT



L'Hôpital Rivière-des-Prairies obtient un agrément de trois ans sans condition. Pour un établissement de troisième ligne comme le nôtre, ce n'est pas peu! C'est d'ailleurs un honneur que l'on se doit de célébrer, car un agrément sans condition, c'est la confirmation par une équipe d'experts-évaluateurs que nous offrons des soins et des services surspécialisés, de qualité et sécuritaires.

Notre centre hospitalier croit au processus d'évaluation de l'agrément, et ce, depuis 34 ans. C'est en 1975 que l'Hôpital adhère à cette méthode de validation de la qualité de ses soins et services. À l'époque, il s'agissait d'une démarche volontaire; ce n'est que depuis 2002 que les établissements de santé ont l'obligation d'y adhérer. En 34 ans, vous pouvez imaginer que les programmes d'évaluation ont été modifiés plus d'une fois! En 2008, l'HRDP était un des tout premiers (sinon le premier...) établissements à être évalués selon le programme Omentum. Nouveau programme, nouvelle méthode, nouvelle terminologie, nouvelle codification... Enfin bref, nouveau défi de taille pour les équipes d'amélioration continue! Bravo aux membres de ces équipes qui se sont appropriés ce nouveau programme. Il aura fallu un grand déploiement d'énergie certes, mais aussi et surtout une volonté de maintenir à un haut niveau les standards de qualité de notre offre de service.

Plus spécifiquement, le rapport d'Agrément Canada confirme non seulement le respect des pratiques organisationnelles requises (POR), mais confère à l'Hôpital Rivière-des-Prairies une pratique exemplaire au niveau de l'intégration de la recherche dans l'approche clinique. Les visiteurs d'Agrément Canada ont pu constater que les praticiens et les chercheurs de l'établissement collaborent de manière intégrée et systématique.

Avant de vous laisser à votre lecture, j'ajouterais ceci : la critique nous permet d'avancer et en ce sens, elle a sa raison d'être. La célébration nous permet de nous centrer sur nos réalisations et nous motive à continuer d'avancer et en ce sens, elle a également sa raison d'être.

Si vous avez envie de célébrer avec nous, je vous invite à prendre connaissance du tableau des résultats comparatifs des taux de conformité au niveau national que vous trouverez à la page 7. Bonne lecture et prenez le temps de vous célébrer!



STÉPHANE TRÉPANIÉ

Ce n'est pas un poisson d'avril. Le 1^{er} avril 2009, le plan thérapeutique infirmier deviendra un outil incontournable pour tous les établissements de santé du Québec; l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en ayant fait une norme professionnelle obligatoire. Si plusieurs ont encore une vague idée de ce que cela implique, et sans doute quelques réserves, à l'HRDP tout a été mis en œuvre pour s'assurer que le PTI soit connu de tous et devienne la pierre angulaire de la pratique des soins infirmiers qui s'exerce selon les règles de l'art. Une obligation à laquelle l'Hôpital se prête de bonne grâce, puisqu'elle vient officialiser la contribution du professionnalisme de son personnel infirmier spécialisé en lui donnant une visibilité qui lui faisait parfois défaut. Portrait d'une implantation réussie en compagnie de Nathalie Maltais, conseillère clinicienne spécialisée à la Direction des soins infirmiers.

Arrivée du plan thérapeutique infirmier (PTI)

La meilleure façon de laisser la trace de son professionnalisme

« Au début, j'étais sceptique parce que je suis avant tout une infirmière de terrain. Je me disais que ça enlèverait du temps clinique, que ça alourdirait la tâche des infirmières, que c'était un ajout de papier, etc. Mais maintenant, je suis tout à fait enthousiaste. J'y crois vraiment. C'est une nouvelle norme de documentation des soins infirmiers qui permet enfin de laisser la trace de ses décisions cliniques. Avec le PTI, on veut que l'infirmière se positionne par rapport à son autonomie professionnelle, son jugement clinique et ses compétences distinctes

des autres professionnels. C'est la reconnaissance du rôle de l'infirmière qui est en jeu... » avance Nathalie Maltais, convaincue du bienfondé de l'initiative provinciale.

Un outil pour le patient, les autres et pour... soi

La note d'évolution demeure le meilleur outil pour faire le compte rendu détaillé des résultats observés. Elle demeure incontournable et indispensable. Le plan thérapeutique infirmier ne vient donc pas s'y substituer, mais s'y joindre afin de préciser les hypothèses émises par

l'infirmière et les motifs qui ont orienté ses interventions. Avec le PTI, on entre dans la logique qui justifie les actions posées et les décisions prises. Surtout, sa forme oblige à réfléchir tout haut et à écrire noir sur blanc ses intentions cliniques afin que l'infirmière qui prendra la relève et les autres professionnels impliqués soient bien informés.

C'est un outil de concertation qui facilite le suivi professionnel d'une situation. Nathalie Maltais précise : *« Le PTI c'est pour le ici et maintenant, le primordial et le crucial. Ce ne sont pas tous les problèmes du*

patient qui se retrouvent au PTI. Ce sont ceux qui sont jugés prioritaires, l'outil servant à les identifier clairement d'un rapide coup d'œil. Avec le PTI, l'infirmière pourra mieux collaborer au plan d'intervention. Par exemple, si je trouve qu'un jeune est anxieux, je l'indique, j'explore les raisons de son anxiété et je décris les stratégies d'intervention utilisées. C'est comme une table des matières à laquelle on peut se référer à tout moment. Avant on avait le plan de soins. C'était très global, un peu comme une recette que l'on suit systématiquement. Mais dans le PTI, le plan est précis et individualisé. »

Complémentaire au plan d'intervention, il aide à structurer « les agirs » de l'infirmière et à refléter sa contribution. Souvent, prise dans le feu de l'action, l'infirmière ne réalise pas tout ce qu'elle accomplit instinctivement. Davantage axée sur les actions que sur les mots, son expertise est parfois silencieuse. Le PTI tend pour ainsi dire un miroir en direction de sa conscience professionnelle pour que les autres entendent clairement sa pensée clinique.

Une obligation légale soutenue par l'OIIQ

En 2006, le Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec décide de rendre obligatoire la documentation du plan thérapeutique infirmier. Il adopte donc officiellement la norme suivante : *L'infirmière consigne au dossier de chaque*

client, dans un outil de documentation distinct, le plan thérapeutique infirmier qu'elle détermine ainsi que les ajustements qu'elle y apporte selon l'évolution clinique du patient et l'efficacité des soins et des traitements qu'il reçoit.

Cette norme découle de trois activités qui sont réservées à l'infirmière selon la Loi sur les infirmières et infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8). Ces activités consistent à :

- 1 Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- 2 Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- 3 Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.

Grâce au PTI, on s'assure que ces activités réservées bénéficient du soutien que seul un outil reconnu peut procurer. L'application du PTI est effective à compter du 1^{er} avril 2009. Il sera également intégré à la formation des infirmières dès septembre 2009 et inclus dans l'examen professionnel. Il ne s'agit donc pas d'un formulaire facultatif ou d'un projet passager. Le PTI est là pour s'implanter solidement et rester. Aussi bien s'en faire un ami et l'appivoiser comme il se doit.

La nécessité d'une solide formation

On n'introduit pas un changement de cette ampleur sans l'accompagner d'un train de mesures destinées à favoriser l'apprentissage optimal du nouvel outil. Le succès de l'opération est nécessairement assujéti aux conditions favorables dans lesquelles les infirmières pourront s'approprier le PTI. À cet égard, l'Hôpital Rivière-des-Prairies n'a pas hésité à investir. La Direction des soins infirmiers a mis l'accent sur la formation et offert à l'ensemble des infirmières sept heures de cours. De septembre à novembre 2008, cinq sessions ont donc été organisées et pas moins de 90 infirmières en ont bénéficié. Une session de trois heures de formation est également prévue pour assurer la pérennité des acquis. Nathalie Maltais est aussi très présente sur le terrain, directement impliquée auprès des infirmières et du personnel d'encadrement afin de répondre aux interrogations qui inévitablement surgissent au quotidien : « *Je chapeaute toute l'opération. Je rencontre les différentes unités, je fais des PTI avec les gens et je demeure disponible pour toute demande. En parallèle, 20 agents multiplicateurs, ayant assisté à la formation donnée par l'OIIQ, sont présents dans l'ensemble des unités de l'Hôpital. Ces infirmières ne sont pas qu'initiales aux normes du PTI. Elles ont en outre reçu une formation en « coaching » qui les prépare à mieux transmettre*

L'infirmière consigne au dossier de chaque client, dans un outil de documentation distinct, le plan thérapeutique infirmier qu'elle détermine ainsi que les ajustements qu'elle y apporte selon l'évolution clinique du patient et l'efficacité des soins et des traitements qu'il reçoit.


leurs connaissances ». Un petit plus qui ajoute de l'huile dans l'engrenage du changement.

Le site Internet de l'OIIQ constitue d'ailleurs une excellente ressource documentaire pour qui souhaite bien maîtriser l'emploi du PTI. Sous l'onglet PTI, on retrouve de la documentation en ligne, du matériel didactique audiovisuel et une foire aux questions. La conseillère de l'Ordre entretient aussi un lien étroit avec Nathalie Maltais qui, tout au long du processus, assurera un suivi méthodique de l'intégration du PTI dans la pratique des soins infirmiers. Bref, tout est en place pour que l'opération PTI se passe en douceur.

Un outil particulièrement utile en pédopsychiatrie

Si le PTI s'applique pour l'ensemble des champs de pratique de la profession, il convient particulièrement à la pédopsychiatrie. « Les soins en santé mentale ne sont pas aussi quantifiables et tranchés au couteau que les soins physiques. D'où la nécessité d'employer des outils comme le PTI à l'HRDP » précise Nathalie Maltais. « C'est d'autant plus important que ça permet, puisque les champs de pratique s'entrecroisent en santé mentale, de rendre compte du jugement clinique spécifiquement infirmier. Nous sommes de moins en moins des exécutants.

Il faut dire aux autres ce que l'on fait, parler précisément de la démarche dans laquelle nos interventions s'inscrivent. Ça reflète l'évolution des connaissances scientifiques qui modifie conséquemment la pratique infirmière. Nous avons de plus en plus de tâches ciblées et de moins en moins de tâches connexes. Dans une conjoncture de pénurie de professionnels, les tâches non cliniques sont tout simplement appelées à disparaître. Dans ce contexte, l'infirmière doit être capable de performer et d'asseoir son jugement clinique sur quelque chose. Le PTI lui en donne pour ainsi dire l'occasion. Dans le réseau de la santé, nous avons plus que jamais besoin de l'expertise unique des infirmières. Le PTI vient officialiser cette évidence. »

Bien évaluer la condition physique et mentale d'un patient exige désormais de l'infirmière l'emploi de mots justes et d'outils modernes de concertation. « Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément » écrivait Nicolas Boileau-Despréaux*. À sa façon, c'est un peu l'invitation que lance le PTI aux infirmières. 

*Écrivain français 1636-1711

Le site Internet de l'OIIQ met à la disposition des infirmières, sous la rubrique PTI, une documentation en ligne très complète concernant le plan thérapeutique infirmier.

On y retrouve des documents d'information, de formation et d'évaluation, des présentations audiovisuelles et une vaste foire aux questions.

Vous pouvez y accéder à l'adresse suivante : <http://www.oiiq.org/infirmieres/plan/index.asp>

Un site Web à connaître



UN AGRÉMENT **SANS CONDITION** ET UNE MENTION DE **PRATIQUE EXEMPLAIRE** POUR L'**HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES!**

Tel que mentionné dans l'éditorial, voici deux tableaux comparatifs des taux de conformité de notre établissement aux taux de conformité national.

ANALYSE SELON LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ

Dimensions de la qualité	Taux de conformité de l'Hôpital	Taux de conformité national
Accent sur la population	97	90
Accessibilité	85	93
Sécurité	89	85
Milieu de travail	98	91
Services centrés sur le client	95	91
Continuité des services	83	91
Efficacité	91	84
Efficiency	100	91

ANALYSE SELON LES NORMES

Section de norme	Taux de conformité de l'Hôpital	Taux de conformité national
Gouvernance	89	88
Organisme proactif et attentionné	94	86
Prévention et contrôle des infections	82	91
Gestion des médicaments	97	91
Services de santé mentale	92	77

ENCORE BRAVO À TOUS LES EMPLOYÉS DE L'HRDP!



Le 406 est une unité d'hospitalisation de courte et de moyenne durée.

Les patients qui y sont admis peuvent présenter des comportements dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. Accueillant une clientèle en rupture de fonctionnement, l'unité 406 a subi depuis sa création plusieurs transformations afin d'assurer la sécurité de ses patients et de son personnel.

Un travail de longue haleine, qui a nécessité la participation de plusieurs acteurs du milieu.

Unité 406

Un aménagement sécuritaire pour tous



L'Hôpital Rivière-des-Prairies offre des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie à une clientèle présentant des pathologies psychiatriques ou de sévères problèmes adaptatifs. Communément appelée le 406, l'unité du Programme des troubles neurodéveloppementaux accueille des adultes qui présentent des problèmes psychiatriques et une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) associé à un trouble grave du comportement.

Les services offerts au sein de l'unité visent à stabiliser et améliorer le tableau clinique du patient pour qu'il puisse réintégrer son milieu de vie le plus rapidement possible. Dispensés pour une période de courte et de moyenne durée, les services d'évaluation diagnostique, de consultation et de traitement visent à résorber la crise, à modifier le comportement et à stabiliser l'état des personnes admises. Les intervenants

de l'unité 406 travaillent en étroite collaboration avec leurs partenaires : les familles des patients, les représentants légaux, les centres hospitaliers, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et la Clinique de psychiatrie pour adultes avec déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement, composant ainsi une équipe interdisciplinaire.

Avant d'être admis à l'unité 406, un patient est normalement rencontré et évalué. Dans le cas où une hospitalisation est nécessaire, ce dernier est référé à l'unité 406 où une équipe de coordination détermine sa condition clinique et ses besoins. Il est ensuite admis dans l'un des cinq modules le plus approprié en considérant les caractéristiques de sa rupture de fonctionnement et des symptômes aggravants.

Un patient en état de crise peut avoir des comportements agressifs et violents dirigés

envers lui-même ou les autres. Les mesures de sécurité sont donc importantes et ont nécessité au sein de l'unité 406 des aménagements particuliers. « *Nous avons réalisé rapidement que des aménagements devaient être effectués afin d'assurer la sécurité de nos patients et de nos équipes de travail. Une des premières actions a été de diminuer le nombre de patients de chaque groupe. Plusieurs phases de rénovation ont eu lieu et ont permis à l'unité d'aménager des espaces beaucoup plus sécuritaires et adaptés à notre clientèle* » mentionne Éric Gauthier, chef de l'unité 406.


Le mobilier tel que les bureaux, les tables et les chaises a été fixé au sol afin d'éviter qu'il ne soit utilisé comme projectile. Des cache-calorifères aux portes d'acier, en passant par des recouvrements en acier inoxydable pour les toilettes ou des systèmes d'alarme aux portes, tout a été adapté pour assurer la sécurité au sein de l'unité de soins. Des miroirs convexes ont aussi été installés à des endroits stratégiques pour permettre aux intervenants de mieux repérer les patients. Dans les cuisines, les comptoirs ont été remplacés par des îlots, permettant à un intervenant de se déplacer rapidement en cas d'urgence. Dernièrement, un bureau a été construit dans un des groupes afin de permettre aux intervenants de remplir leurs dossiers sans être interrompus par les patients. Pour assurer sa sécurité, le personnel a aussi dû ajuster ses méthodes de travail. Chaque employé est maintenant tenu de porter un bouton d'alerte qui lui permet de déclencher une alarme dans les groupes environnants et au Service de la sécurité lorsqu'un patient se retrouve dans une situation qui nécessite un soutien immédiat.

Julie Brunet comprend bien l'importance de la sécurité au travail. Conseillère cadre chargée de projet de la Direction des services administratifs, elle a chapeauté la dernière étape de rénovation de l'unité 406. Pour elle, la sécurité est cruciale pour les patients et pour le personnel. Le défi dans ce genre d'aménagement est de prévoir les impacts que les transformations apportées auront dans le milieu de vie. Il est donc important d'aller sur place pour rencontrer les intervenants et bien saisir leur demande. Mme Brunet et son équipe ont comme mot d'ordre de prioriser l'aspect sécuritaire et de faire des choix en conséquence. L'utilisation des matériaux qui résistent au vandalisme et au bris en est un exemple.

Outils cliniques innovateurs

En plus des nombreux travaux d'aménagement, l'unité 406 se démarque aussi par l'utilisation d'outils cliniques novateurs qui contribuent à prévenir les comportements agressifs des patients. Avant l'admission d'un patient à l'unité 406, une collecte d'informations est réalisée en vue d'évaluer le comportement de ce dernier. Envoyé à l'organisme demandeur qui désire faire hospitaliser un patient à l'unité, ce questionnaire donne des informations sur ses comportements violents, favorisant ainsi la préparation d'un plan d'action efficace et la mise en place de mesures sécuritaires adaptées à sa situation clinique. L'OPP (outil personnalisé de prévention) permet pour sa part au personnel d'évaluer la présence de signes précurseurs d'une désorganisation chez le patient tout en précisant la nature de l'intervention à appliquer pour le pacifier. Installé dans le poste infirmier de chaque groupe, un tableau d'indicateurs visuels sur le niveau de dangerosité des patients est bien en vue.

Respectant la confidentialité, ce tableau est codifié (code Oméga) et permet au personnel, à son arrivée dans le groupe, de retracer le comportement de chaque patient au cours des 24 dernières heures et d'adapter ses interventions.

Selon Éric Gauthier, « *les améliorations apportées au sein de l'unité n'auraient pas été possibles sans la participation du milieu* ». Suite aux expériences sur le terrain, aux nouvelles normes en matière de sécurité, l'ensemble des situations vécues à l'HRDP et surtout grâce à l'expérience du personnel qui interagit chaque jour auprès de la clientèle, de nombreuses recommandations ont été retenues et continuent de l'être. Le comité paritaire a aussi contribué à la réalisation de ces aménagements. Ses propositions et son regard sur les travaux et les plans d'aménagement ont été plus que bénéfiques. Soucieux de la sécurité au sein de cette unité, les membres de ce comité se sont penchés sur la question et ont proposé des mesures de sécurité qui ont contribué à améliorer la qualité de vie des patients et les conditions de travail du personnel, rendant ce milieu de vie agréable pour tous. 





DES SÉMINAIRES POUR PSYCHOLOGUES AVERTIS

Il y a deux ans, Terry Zaloum, coordonnatrice du regroupement des psychologues à l'HRDP, remet au goût du jour une pratique de jadis : les séminaires de formation pour les stagiaires en psychologie. Une formule abandonnée il y a une dizaine d'années par un concours de circonstances et reprise récemment sous une forme renouvelée. Après un humble départ, trois présentations en 2007-2008, la formule a littéralement explosé de popularité cette année en multipliant par sept les rencontres prévues au programme. Un menu diversifié propose pas moins de 20 séminaires en 2008-2009, tous plus intéressants les uns que les autres. Petite exploration du concept en compagnie de Terry Zaloum et de sa collaboratrice de tous les instants, Marlène Deom, psychologue et superviseuse au Programme de pédo-psychiatrie.

Des troubles anxieux et du syndrome de Gilles de la Tourette, jusqu'aux troubles envahissants du développement en passant par l'évaluation neuropsychologique des troubles de l'apprentissage et la connaissance des techniques projectives, le programme de séminaires destinés aux stagiaires en psychologie de l'HRDP ratisse plutôt large. Et pourquoi pas? Car il n'y a sans doute pas meilleur moyen de sensibiliser cette brillante jeunesse, curieuse des mystères du cerveau, à l'éventail des problématiques et des approches théoriques que la profession couvre. Une opportunité d'autant précieuse que la surspécialisation des stages confine souvent l'étudiant à sa stricte sphère d'activité. Un danger que la programmation des séminaires tente de repousser.

Gouter à tout

« L'objectif initial est d'exposer les jeunes à tout ce que la psychologie peut leur offrir ici. C'est ce qui rend le programme si riche et polyvalent. Ça permet aussi aux psychologues d'explorer une réalité dans laquelle ils ne baignent pas. Moi-même je suis allée au séminaire sur les troubles neurodéveloppementaux et j'ai été agréablement surprise de découvrir des choses que je ne connaissais toujours pas, malgré ma dizaine d'années d'expérience à l'Hôpital. On ne veut pas juste aborder une partie ou un créneau de la psychologie. On souhaite vraiment couvrir de multiples aspects de la profession. On touche aux troubles neurodéveloppementaux, à la neuro-psychologie, la neuropsychiatrie et à la pédopsychiatrie » de préciser Marlène Deom. Cela permet une ouverture sur les autres champs de pratique, les différentes approches, les champs théoriques, la comorbidité, etc. Tous les lieux de stage n'offrent pas une telle diversité. Dans un contexte où l'étudiant se doit d'acquérir des expertises complémentaires, les séminaires constituent une excellente façon de répondre aux normes de l'Ordre des psychologues à cet égard.

On se bouscule au portillon

« On a sollicité tous les psychologues de l'Hôpital en pensant en recruter un ou deux de plus que l'année dernière. On a été surpris de la réponse. On a tout juste eu assez de places disponibles pour contenir tous les gens qui voulaient faire une présentation. Et ceux qui donnent les séminaires aiment beaucoup leur expérience. Ça nous permet de communiquer notre passion de notre travail, ce qu'on aime faire, ce qu'on connaît et ce qu'on maîtrise bien » explique Terry Zaloum. En fait, c'est toute la communauté des psychologues de l'HRDP qui en profite, car au-delà de la quinzaine de stagiaires qui assistent prioritairement aux présentations, l'évènement est ouvert aux psychologues de l'établissement, mais aussi à ceux des établissements faisant partie du consortium d'internats de l'Université de Montréal. Une occasion d'échange élargie qui donne lieu à des rencontres enrichissantes.

On compte 20 séminaires répartis entre le 25 septembre 2008 et le 28 mai 2009. Ils ont lieu le jeudi et accueillent en moyenne une douzaine de participants. Les stagiaires ont l'obligation de s'inscrire à un minimum de 12 séminaires. « Jusqu'à maintenant, les évaluations au sortir des séminaires sont très positives. Parfois, on trouve les participants un peu timides. Ils écoutent attentivement, mais pourraient être plus actifs. Quand c'est théorique, ils sont

davantage conformes au cadre universitaire où ils écoutent une présentation magistrale. Mais quand on amène des cas cliniques, ça les stimule et ils participent davantage » raconte Mme Zaloum.

Une tradition qui est là pour rester

« On a parlé des séminaires dans nos réunions professionnelles. On voulait être certain que les psychologues étaient d'accord, car ça représente une surcharge pour eux. Ils nous ont confirmé que le principe était largement accepté et qu'ils y tenaient. De plus, on a eu l'aval des directions. Je pense que tout le monde est prêt à recommencer. On a une bonne formule. Nous ne sommes pas encore rendus à l'étape du bilan, mais on peut déjà penser à aller chercher d'autres contenus avec d'autres formateurs en alternance. Peut-être même de considérer la transmission de certains séminaires par visioconférence. Nous avons eu une demande à cet effet à laquelle nous n'avons malheureusement pu répondre. C'est tout de même envisageable, même si, car je présente moi-même deux séminaires, ça peut être très stressant » d'ajouter en riant Mme Zaloum.

Des bénéfices collatéraux

L'acquisition de nouvelles connaissances n'est pas l'unique avantage de la programmation. Elle permet également de briser l'isolement de l'étudiant qui, la plupart du temps, se retrouve le seul de sa race dans la clinique qui l'accueille. Et comme l'édifice est vaste, les rencontres de corridors peuvent être rares. « *Les séminaires donnent des prétextes aux étudiants pour se croiser, se rencontrer et échanger sur leurs expériences de stage. Ça favorise une vie étudiante. Il y en a beaucoup qui nous ont confié avoir créé des liens entre eux à partir de nos rencontres* » confirme Mme Zaloum, visiblement satisfaite de contribuer aussi aux rapports qui se tissent entre ces cliniciens en devenir au corpus déjà bien garni.

CONFÉRENCIERS	THÉMATIQUES	DATES
Caroline Berthiaume	Troubles anxieux- modèles étiologiques, facteurs de risque et de protection	25 sept. 2008
Monique Létourneau	Troubles de personnalité	9 oct. 2008
Bogdan Balan	Matériel d'évaluation - Clinique des troubles de l'humeur Cas clinique	16 oct. 2008
Karine Chartrand	Syndrome Gilles de la Tourette - dépistage et évolution, enfance et scolaire	13 nov. 2008
Jocelyne Kéroack	Introduction à l'intervention auprès des clients au Programme TN	6 nov. 2008
Terry Zaloum	Thérapie par le jeu – partie I, théorie	20 nov. 2008
Terry Zaloum	Thérapie par le jeu – partie II, cadre et technique	4 déc. 2008
Marie-Julie Béliveau	Petite enfance – évaluation des très jeunes enfants	18 déc. 2008
Caroline Simard et François Behrer	Syndrome d'Asperger- cas clinique, intervention clinique DI TED	29 jan. 2009
Stéphanie Caillé	Déficiência intellectuelle - neuropsychologie	5 fév. 2009
Danielle Doiron	Aspects transférentiels et contre-transférentiels dans la psychothérapie des patients limites/narcissiques (partie I, théorie)	12 fév. 2009
Danielle Doiron	Aspects transférentiels et contre-transférentiels dans la psychothérapie des patients limites/narcissiques (partie I, théorie)	26 fév. 2009
Monique Létourneau	Interprétation du dessin	5 mars 2009
Raphaëlle Noël et Marlène Déom	Techniques projectives – interprétation – analyse qualitative et quantitative	19 mars 2009
Bruno Gauthier	Évaluation neuropsychologique des troubles de l'apprentissage	2 avril 2009
Raphaëlle Noël et Marlène Déom	Techniques projectives – interprétation – analyse qualitative et quantitative	16 avril 2009
Danielle Doiron	Aspects transférentiels et contre-transférentiels dans la psychothérapie des patients limites/narcissiques (partie II, clinique)	30 avril 2009
Danielle Doiron	Aspects transférentiels et contre-transférentiels dans la psychothérapie des patients limites/narcissiques (partie II, clinique)	14 mai 2009
Catie-Anne Gagnon	Évaluation et intervention auprès de la clientèle TED	21 mai 2009
Paule Morin et Dominique Côté	Évaluation de la psychose infantile	28 mai 2009

LE 38^e CONGRÈS DE L'EUROPEAN ASSOCIATION FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPY (EABCT)

Le Congrès international des thérapies cognitives et comportementales organisé par l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapy (EABCT) a lieu annuellement. En 2008, il se tenait à Helsinki du 10 au 13 septembre. En plus de profiter du dépaysement qu'implique la visite d'un pays scandinave, ce congrès est une occasion de rencontrer des chercheurs internationaux et de partager de nouvelles connaissances sur l'évaluation et le traitement des troubles de santé mentale à l'aide de l'approche cognitive comportementale.

Lors des symposiums et de la présentation d'affiches, de nombreux sujets ont été abordés : entre autres le traitement des troubles alimentaires et compulsifs et l'utilisation de la thérapie cognitive et comportementale avec les techniques de réalité virtuelle. Le symposium sur la psychose et la schizophrénie a notamment permis d'enrichir nos connaissances sur l'intervention auprès des personnes présentant un trouble psychotique. Ce symposium a souligné l'importance de la restructuration cognitive, de la psychoéducation et de l'enseignement de stratégies pour faire face aux symptômes persistants chez les personnes psychotiques résistantes au traitement pharmacologique et celles présentant une dangerosité élevée. En somme, en ce qui concerne les personnes souffrant d'un trouble psychotique, on retient que les suivis thérapeutiques à long terme sont plus efficaces que les thérapies brèves.



De plus, les résultats sont meilleurs si l'intervention est menée par des intervenants spécialisés plutôt que conduite par des personnes moins expérimentées.

En collaboration avec l'Université du Québec à Montréal, la Clinique d'intervention précoce (CIP) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies a eu l'occasion d'exposer une affiche sur l'évaluation des enfants psychotiques. Présentée par Dominique Côté, Paule Morin, Marie-Claude Guay, Luc Reid et Louise Cossette, et s'appuyant sur les données probantes, elle rendait compte du profil des enfants psychotiques dirigés à la Clinique d'intervention précoce. La présentation mettait l'accent sur l'importance d'évaluer la symptomatologie, les difficultés développementales et les facteurs de risque environnementaux associés à la démarche de dépistage des troubles psychotiques chez l'enfant. L'objectif était de fournir des indices aux cliniciens qui évaluent les enfants ayant ce type de symptomatologie et de souligner l'importance du soutien dans le développement affectif, cognitif et social de cette clientèle. Le sujet a suscité beaucoup d'intérêt et nous espérons prochainement rédiger un article à paraître dans une revue scientifique.

Enfin, cette rencontre nous aura permis de nouer des liens avec les chercheurs de l'Université de Lausanne et de jeter les bases d'une éventuelle collaboration pour améliorer les traitements offerts aux jeunes de la Clinique d'intervention précoce de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.



La Direction des services administratifs accueille un homme-orchestre

Pierre Lefebvre est coordonnateur à la DSA depuis le 12 janvier 2009. Il arrive à l'HRDP fort d'une remarquable expertise en sécurité acquise sur près de 30 ans. Entre autres, il a été officier d'état-major provincial aux mesures d'urgence à l'Ambulance St-Jean (il demeure directeur de la Division de Valleyfield), directeur du Service d'incendie des municipalités de la Grande-Île (lors de la crise du verglas) et de St-Télesphore, chef d'incendie et des mesures d'urgence à l'équipe d'interven-

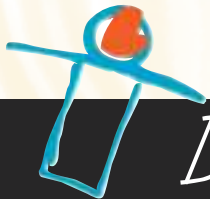
*Coordonnateur des mesures d'urgence et des services de sécurité, d'accueil, de messagerie, de télécommunication, de stationnement, de buanderie et d'hygiène/salubrité.

tion tactique chez Rolls-Royce aérospatiale, responsable du dossier des mesures d'urgence à la Commission scolaire de la Vallée-des-Tisserands, ambassadeur régional à la sécurité civile de la Montérégie Ouest, aide de camp du lieutenant-gouverneur du Québec pendant 10 ans (spécialiste du protocole et de l'organisation de la sécurité des dignitaires), en plus de mener une carrière militaire en parallèle en tant qu'officier de marine et policier militaire. Technicien en communication navale, il a suivi au fil du temps de nombreuses formations en environnement, mesures d'urgence, gestion des matières dangereuses, etc. Impliqué dans le prix du Duc d'Édimbourg, son engagement auprès des jeunes ne s'est jamais démenti. Bourreau de travail doté d'une insatiable curiosité, M. Lefebvre aura de nombreux défis à relever si l'on se fie à son titre*; celui lié à l'application du plan des mesures d'urgence n'étant pas le moindre. Nous lui souhaitons la bienvenue et la meilleure des chances dans ses nouvelles fonctions parmi nous.

« Aider la Fondation, en donnant ou en étant bénévole, c'est poser un geste pour transformer l'avenir de milliers d'enfants. »

Les trois marraines de la Fondation, Sylvie Lauzon, Sophie Prigent et Patricia Paquin

Dans le cadre de la Semaine nationale de la santé mentale, la Fondation les petits trésors, en collaboration avec Métrocom, organise sa deuxième collecte de fonds auprès des usagers du métro de Montréal.



Devenez **BÉNÉVOLES** À LA FONDATION LES PETITS TRÉSORS
du 6 au 9 mai 2009, de 6 h 30 à 9 h 30 et de 15 h 30 à 18 h 30

Inscrivez-vous en ligne sur le lien <http://petitstresors.orangetango.com/inscription>

Vous pouvez obtenir plus d'information sur notre site Internet au

<http://petitstresors.orangetango.com>

ou en communiquant avec nous au **514 323-7234 option 3**

Au plaisir de vous revoir dans le métro...



Crédit photo : Marie-Claude Hamel

Isabelle Hudon

Présidente du conseil d'administration
Fondation les petits trésors
Présidente
Marketel

Un mot de la présidente du conseil d'administration de la fondation



BONJOUR,

AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, DES CHANGEMENTS IMPORTANTS ONT EU LIEU À LA FONDATION LES PETITS TRÉSORS : LA NOUVELLE CAMPAGNE DE FINANCEMENT DE LA FONDATION, SOUS LA PRÉSIDENTE DE M. THIERRY VANDAL, PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL D'HYDRO-QUÉBEC, AYANT POUR THÈME « POUR DES TÊTES EN SANTÉ »; L'ENGAGEMENT DE NOUVEAUX MEMBRES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION; ET L'ARRIVÉE D'UNE NOUVELLE DIRECTRICE GÉNÉRALE. DES CHANGEMENTS QUI S'INSCRIVENT DANS NOTRE VOLONTÉ DE CONSOLIDER LA POSITION DE LA FONDATION DANS LE PAYSAGE QUÉBÉCOIS.

DEPUIS TROIS ANS, SOUS LA GOUVERNE DE M. ANDRÉ VACHON, L'ÉQUIPE A OPÉRÉ UN CHANGEMENT DE CAP MAJEUR. LA FONDATION A CHANGÉ D'IMAGE ET ANCRÉ SON POSITIONNEMENT AUPRÈS DE CERTAINES CLIENTÈLES CIBLES.

LA PHASE DEUX DE CE VIRAGE COMMANDE MAINTENANT QUE LA FONDATION ASSURE UNE PRÉSENCE ACTIVE AUPRÈS DE LA POPULATION ET QU'ELLE RENFORCE SA NOTORIÉTÉ. LE MILIEU DE LA PHILANTHROPIE EST TRÈS CONCURRENTIEL ET DANS LE CONTEXTE ÉCONOMIQUE ACTUEL, LE POSITIONNEMENT ET LA VISIBILITÉ DEVIENNENT DES ENJEUX DE TAILLE QUI DOIVENT ÊTRE RELEVÉS POUR ASSURER LA PÉRENNITÉ DE LA FONDATION.

MME CHANTAL PROVOST, DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA FONDATION DEPUIS LE 20 OCTOBRE DERNIER, A REÇU LE MANDAT DE GUIDER SON ÉQUIPE AFIN DE RELEVER CE DÉFI.

J'EN PROFITE POUR RÉITÉRER L'ENGAGEMENT DE TOUS LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION À LA CAUSE DES PETITS TRÉSORS. SOYEZ ASSURÉS QUE NOUS CONTINUERONS À METTRE LES EFFORTS NÉCESSAIRES POUR QUE LA FONDATION LES PETITS TRÉSORS PRENNE TOUTE LA PLACE QUI LUI REVIENT ET APPORTE UN SOUTIEN CONSTANT À L'ÉQUIPE DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES.

LES OBJECTIFS DE LA FONDATION EN 2009

CHANTAL PROVOST
DIRECTRICE GÉNÉRALE

Sensibiliser, faire connaître et reconnaître les difficultés des petits trésors pour briser les tabous et accepter la différence. Offrir un message d'espoir destiné aux petits trésors et à leur famille. Voilà l'objectif de la Fondation les petits trésors pour les prochaines années.

Pour atteindre cet objectif, la Fondation compte mettre sur pied différentes activités pour occuper l'espace public et rejoindre la population. *Les Grandes conférences les petits trésors* s'inscrivent dans cette démarche. C'est une nouvelle série d'activités destinées au grand public qui visent à parler d'une problématique de santé mentale. Pour la première conférence qui s'est tenue le 4 février dernier au Complexe Desjardins, Mme Sylvie Lauzon, journaliste et marraine de la Fondation, a animé une table ronde sur la prévention du suicide (pour plus de détails concernant cette grande première, lisez le texte « *Les grandes conférences les petits trésors* » à la page 17).

Nous travaillons également à remodeler le site Internet de la Fondation afin de le rendre plus interactif, plus informationnel et d'y offrir un lieu d'échanges pour la communauté. Un lieu virtuel de solidarité où les espoirs seront permis.

La Semaine nationale de la santé mentale qui aura lieu du 4 au 9 mai est un moment privilégié où plusieurs activités seront organisées par la Fondation. Le coup d'envoi sera donné avec le « Show » les petits trésors, un spectacle de variétés animé par Normand Brathwaite le 6 mai prochain au Monument-National. De plus, les employés de l'Hôpital Rivière-des-Prairies bénéficient d'une prévente en communiquant au 514 871-2224. Visitez le site de la Fondation pour tous les détails sur nos activités!

www.petitstresors.ca.

En tant que partenaire philanthropique de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, la Fondation les petits trésors mettra tout en œuvre pour relever ses nouveaux défis.

Sophie Prigent, marraine de la Fondation les petits trésors, pose en compagnie d'Alexandra Piché pour la remise officielle d'un don de 1 526 \$. Cet argent a été recueilli dans le cadre d'un spectacle organisé par Mlle Piché au profit de la Fondation.



UNE BELLE INITIATIVE

La preuve en est que la jeunesse d'aujourd'hui est sensibilisée à la cause de la santé mentale chez les enfants : la Fondation a eu l'heureuse surprise de recevoir un courriel d'une adolescente de 16 ans avec un projet tout à fait unique.

Mademoiselle Alexandra Piché désirait organiser un spectacle au profit de la Fondation les petits trésors. Conscientisée à cette cause parce que son cousin est autiste, Mlle Piché a relevé le défi que représentait son projet.

Elle a réuni plus de 30 bénévoles, monté un spectacle de variétés pour Noël, vendu des billets, fait la promotion de l'activité et recherché des commanditaires. Elle a même communiqué avec plusieurs personnalités afin de leur demander d'enregistrer un court clip d'encouragement pour l'occasion. Mlle Piché a donc eu le plaisir de rencontrer Patricia Paquin, marraine de la Fondation, et Éric Salvail, animateur bien connu, qui ont accepté d'enregistrer un message à l'intention des spectateurs.

Après un automne d'organisation, de négociations et d'efforts, elle présentait finalement son spectacle le 5 décembre dernier à l'auditorium de la polyvalente André-Laurendeau à Longueuil. Avec toute la détermination dont elle a fait preuve pour faire de ce projet une réussite, Mlle Piché a ainsi récolté 1 526 \$ pour la Fondation les petits trésors.

En janvier dernier, la Fondation recevait Mlle Piché dans ses bureaux pour la remise officielle du chèque. À cette occasion, nous avons réussi à faire coïncider cet événement avec la visite de Sophie Prigent, marraine de la Fondation. C'est donc ici même à l'Hôpital Rivière-des-Prairies que Mme Prigent recevait le don de Mlle Piché au nom de la Fondation.

Une histoire extraordinaire d'engagement et de dévouement. La Fondation remercie chaleureusement Alexandra Piché pour cette merveilleuse initiative et pour tous les efforts déployés dans ce projet!



CRÉDIT PHOTO : STÉPHANE TRÉPANIÉ



Le public était au rendez-vous et écoutait avec attention les échanges portant sur la prévention du suicide chez les jeunes.

Sylvie Lauzon, journaliste et marraine de la Fondation, animait cette première table ronde sur la santé mentale en compagnie de mesdames Hélène et Sylvie Fortin, de la Fondation André Dédé Fortin, du Dr Jean-Jacques Breton, pédopsychiatre, et Mme Lyne Desrosiers, ergothérapeute, tous deux à l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

LES « GRANDES CONFÉRENCES LES PETITS TRÉSORS »

Le 4 février dernier, sur la Grande place du Complexe Desjardins, la Fondation les petits trésors présentait la première « grande conférence les petits trésors ». Le public était invité à assister gratuitement à cet événement portant sur la prévention du suicide chez les jeunes.

L'objectif de cette activité était de sensibiliser la population aux différentes problématiques de santé mentale. Dans cette optique, la Fondation a profité de la Semaine de prévention du suicide pour inviter des professionnels de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, le Dr Jean-Jacques Breton et Mme Lyne Desrosiers, à venir échanger sur la prévention du suicide chez les jeunes avec mesdames Hélène et Sylvie Fortin de la Fondation André Dédé Fortin.

Sous forme de table ronde animée par Sylvie Lauzon, marraine de la Fondation, les invités répondaient aux différentes questions portant sur les sujets suivants : les moyens de prévention du suicide chez les jeunes; les facteurs de protection; l'importance de demander de l'aide; les tabous entourant le suicide et les maladies mentales; l'impact d'un suicide sur les proches; et comment, à travers l'image d'André Dédé Fortin, aider à prévenir le suicide chez les jeunes.

Le passage à l'acte suicidaire est souvent le résultat malheureux de problèmes de santé mentale. Un adolescent qui vit une dépression profonde est beaucoup plus à risque de poser ce geste fatal. Au Québec, un enfant sur six souffre d'un trouble mental, ce qui représente 230 000 jeunes. Malgré cela, le sujet demeure tabou. Mais si l'on souhaite comprendre la maladie, il faut oser en parler!

« En proposant une activité comme les grandes conférences les petits trésors, la Fondation souhaite ouvrir le dialogue sur les problématiques de santé mentale, souligne Sylvie Lauzon, marraine de la Fondation les petits trésors et animatrice de cette table ronde. La santé mentale, ça ne touche pas seulement la personne qui en souffre, mais aussi tous ses proches. C'est pourquoi, si l'on veut comprendre la maladie, il faut s'informer et ne pas avoir peur d'en parler ouvertement. »

Ces échanges ont permis de mettre en lumière une façon novatrice de prévenir le suicide chez les jeunes : en prenant en compte non seulement les facteurs de risque, qui peuvent amener un jeune au suicide, mais aussi les facteurs de protection qui, en les renforçant, peuvent aider ce même jeune à éviter de poser un geste fatal.

Les facteurs de protection sont en quelque sorte des défenses psychologiques naturelles qui aident le jeune à faire face à un stress intense, contribuant ainsi à diminuer ou à éviter les idées suicidaires. On parle entre autres de spiritualité, de raisons de vivre et de la façon d'aborder les problèmes; la spiritualité étant définie

comme une vie intérieure ou la recherche de sens plutôt que comme la pratique religieuse. D'autres facteurs de protection sont davantage liés au plan familial, soit le degré d'attachement avec les parents, le sentiment d'appartenance à la famille, les valeurs et même les bonnes habitudes de vie.

Cette grande première marquait le début d'une longue série de conférences grand public afin de démystifier la santé mentale et de sensibiliser le public à ces problématiques. Un immense merci à nos précieux partenaires dans ce projet, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et la Fondation André Dédé Fortin.

Surveillez notre site au

www.petitstresors.ca

pour connaître

les dates de nos futures « grandes conférences les petits trésors ».

LA FONDATION REÇOIT UN DON



En décembre dernier, Michel Martin, directeur aux affaires publiques à la Fondation Ultramar, remettait un don de 5 000 \$ à Chantal Provost, directrice de la Fondation les petits trésors, afin de soutenir la cause de la santé mentale des enfants et des adolescents au Québec.

Nous remercions chaleureusement la Fondation Ultramar pour sa contribution.



Quand le corps fait à sa tête

LE SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Voici mon coup de cœur du mois de novembre 2008 : « *Quand le corps fait à sa tête : le syndrome de Gilles de la Tourette* », écrit par Julie Leclerc, psychologue au Programme des troubles neurodéveloppementaux de l'HRDP, en collaboration avec Jacques Forget et Kieron P. O'Connor, publié aux Éditions MultiMondes.

Je me présente, Ginette Chaput, coordonnatrice des services aux membres de l'Association québécoise du syndrome de la Tourette (AQST). Je travaille à l'AQST depuis deux ans et demi et je suis la maman de trois beaux enfants, dont un est atteint du syndrome de la Tourette (SGT). De là ma passion pour le SGT.

J'ai eu le bonheur de lire le livre de Julie Leclerc. À ma grande surprise, j'ai dévoré cet ouvrage en une seule fin de semaine. Bien entendu, cette fin de semaine là j'avais congé d'enfants!

Ce que j'ai le plus aimé de ce livre ce sont les témoignages de jeunes et d'adultes atteints du syndrome, ainsi que les pistes et les stratégies d'intervention pro-

posées. Ces dernières m'ont vivement intéressée, car elles sont venues enrichir mon vécu quotidien auprès d'un enfant atteint du syndrome. Ce livre est devenu un véritable ouvrage de référence que je consulte autant à la maison que pour mon travail. Madame Leclerc décrit d'ailleurs très bien le syndrome, ses manifestations, les traitements pharmaceutiques et thérapeutiques. De plus, on retrouve à la fin du livre une section particulièrement utile pour les parents qui se veut un véritable bottin de ressources.

Je dis bravo à Julie Leclerc pour le merveilleux cadeau qu'elle nous fait, c'est-à-dire écrire un livre en français sur l'ensemble des connaissances concernant le syndrome de la Tourette.

Je recommande ce livre à ceux et celles qui veulent tout savoir sur le SGT.

Ginette Chaput

*coordonnatrice des services
aux membres de
l'Association québécoise
du syndrome de la Tourette (AQST)*



**Quand le corps
fait à sa tête :
le syndrome de Gilles
de la Tourette**
Leclerc, Julie
Forget, Jacques
O'Connor, Kieron P
Québec,
Éditions MultiMondes,
2008, xv, 159 p.

Pour cette chronique, l'Inter-Mission invite un jeune, un membre du personnel ou un parent à découvrir un livre de la Bibliothèque de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à le commenter. Les ouvrages cités dans cette rubrique sont donc tous disponibles à la Bibliothèque de l'HRDP.

Caroline Simard est une « *neurotypique* ». C'est ainsi que les autistes de haut niveau et les gens qui présentent le syndrome d'Asperger désignent les humains sans trouble neurodéveloppemental. Car si ces patients éprouvent de réelles difficultés à socialiser, s'organiser et à fonctionner dans notre monde majoritaire, ils n'en sont pas moins remarquablement intelligents, créatifs et parfaitement « *normaux* » de leur point de vue. Vive la différence! Sauf que la vie en société se charge impitoyablement de leur rappeler leur marginalité. C'est alors que Caroline Simard entre en jeu. Psychologue au Programme des troubles neurodéveloppementaux de l'HRDP*, elle les aide à fonctionner au milieu de nous, les gens dits normaux. Rencontre avec une intervenante engagée qui ne cache ni sa fascination ni son estime pour sa clientèle originale.

UNE NEUROTYPIQUE au pays des autistes

Au départ, Caroline Simard ne se destinait pas à une carrière auprès des autistes. Elle s'intéresse plutôt à la santé mentale des enfants. C'est toutefois le Programme des troubles neurodéveloppementaux qui, le premier, lui propose un poste de psychologue auprès des adultes Asperger. Elle l'accepte... en attendant que le Programme de pédopsychiatrie lui fasse signe. Mais elle se fait prendre à son propre jeu et se découvre une passion pour ces femmes et ces hommes attachants au profil particulier. Depuis, elle ne veut plus les quitter. Une véritable révélation.



* Mme Simard œuvre à la Clinique de psychiatrie pour adulte avec déficience intellectuelle/trouble envahissant du développement (CPA D/ITED), intégrée au Programme des troubles neurodéveloppementaux de l'HRDP. La clinique offre des services d'évaluation et d'intervention psychiatrique aux adultes présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble envahissant du développement avec des symptômes sévères associés qui mènent à des ruptures de fonctionnement dans leur vie quotidienne. Mme Simard se consacre exclusivement à la clientèle TED sans retard intellectuel, à l'intérieur d'une équipe qui lui est exclusivement dédiée.

Lorsque Caroline Simard parle de ses clients, elle les évoque avec une admiration et une tendresse évi- dentes : « *Les patients Asperger sont souvent d'une intelligence supérieure, 130/140 de QI. Ils sont vifs, pleins de connaissances, mais surtout, ils sont extrêmement honnêtes, francs, et ils disent toujours ce qu'ils pensent, peu importe si c'est très déstabilisant. L'échange est simplifié. J'apprécie. Ils sont aussi très sensibles et ils vivent une souffrance qui me touche énormément* ». De malheureux magni- fiques qui lui confient leurs histoires troublantes.

Soigner les blessures de la marginalité

Tous les jours, Caroline Simard accueille leur détresse : « *De par leurs particularités, les Asperger et les au- tistes de haut niveau ont des pro- blèmes d'habiletés sociales et d'organisation. Ça les rend vulnéra- bles. Malgré leur grande intelli- gence, ils ont du mal à s'insérer socialement et sont sujets à la dé- pression et à l'anxiété, leurs princi- paux motifs de consultation. Lors des phases de la vie, lorsque des changements majeurs surviennent, ils montrent des problèmes d'adap- tation. Plusieurs consultent lors de transitions scolaires difficiles ou quand leurs démarches d'emploi piétinent. Beaucoup sont victimes de violence, de harcèlement, d'abus. Ils nous racontent des his- toires d'horreur. Ils atteignent donc l'âge adulte avec une accumulation d'expériences négatives qui les amène à être méfiants envers les au-*

tres ». Dès lors, Caroline entre en ac- tion et s'emploie à reconstruire une confiance durement éprouvée.

Caroline Simard agit un peu comme une guide-conseil auprès d'autistes qui n'ont d'autres choix que de vivre, pour le meilleur et pour le pire, dans une société peuplée de neurotypiques. Elle utilise la gestion émotionnelle et la remédiation co- gnitive dans ses interventions. Ce n'est pas une mince tâche, car il n'est pas rare que les autistes de haut niveau et les Asperger présen- tent des biais cognitifs de longue date. Avec leur bagage d'échecs, ils ont souvent le sentiment d'impuis- sance bien enraciné.

L'enfer c'est les autres, à moins que...

Mme Simard évoque l'exemple d'un patient dans la quarantaine. À l'instar de nombreux autistes, ses rapports avec les autres étaient diffi- ciles. En dépit de son Asperger, il avait réussi à se tailler une place en- viable dans la société. Il occupait un bon emploi, possédait une coquette maison et conduisait une voiture ré- cente. Tout ça malgré un défaut de langage et des particularités phy- siques évidentes. Il est tout de même entré dans le bureau de la psychologue sa révolte sous le bras, réclamant qu'on le guérisse de sa maladie dans le but avoué de trou- ver une compagne. Le chemin conduisant à la gent féminine étant pour lui pavé d'échecs.

Mme Simard se souvient très bien de la première rencontre : « *Il est ar- rivé en colère. Il frappait sur le bu- reau en disant qu'il ne voulait plus*

être un autiste et qu'il fallait que je lui enlève ça. J'ai décidé d'être hon- nête avec lui. Je lui ai d'abord dit que son comportement pouvait faire peur. Ça l'a surpris. Ce n'était pas son intention. Il s'est assis. On a laissé l'autisme de côté et on a plu- tôt discuté de ses forces et de ses difficultés. On a identifié les compor- tements qui, malgré sa bonne vo- lonté, lui causaient du tort. On a fixé des objectifs ensemble. Je l'ai convaincu qu'avant d'avoir une amoureuse, il fallait probablement apprendre à mieux communiquer avec les gens en général. Il avait l'habitude d'aborder directement les femmes dans la rue en leur disant « bonjour madame, vous êtes très jolie ». C'était stéréotypé et intimi- dant. Je l'ai amené à voir que cette façon de faire était inappropriée et suscitait le rejet. À la place, il a com- mencé à rencontrer des gens dans le cadre d'activités de loisirs ». Une façon de tester ses compétences so- ciales dans un contexte approprié. Il a réussi à changer plusieurs com- portements. Il n'a pas encore d'amoureuse, mais il a fait des ren- contres et entretenu des relations sur quelques semaines. Maintenant, il n'interprète plus automatique- ment l'impossibilité d'une relation comme étant un rejet personnel. Cet homme autrefois aigri montre désormais une quiétude qu'on ne lui connaissait pas. Il accepte son autisme et une confiance toute neuve commence à s'imposer. Les mauvaises expériences du passé cèdent tranquillement la place à celles plus gratifiantes qu'il addi- tionne au présent. « Il a l'air

Pour en savoir davantage sur la Clinique de psychiatrie pour adulte avec déficience intellectuelle/ trouble envahissant du développement (CPA DI/TED), nous vous invitons à visiter le site Internet de l'Hôpital Rivière-des-Prairies à l'adresse suivante: www.hrdp.qc.ca


épanoui et il va faire, je crois, une belle vie d'artiste heureux » de conclure Caroline Simard. Elle y aura grandement contribué.

Humilité et respect comme outils d'intervention

Ce n'est pas parce qu'on est autiste que cette différence justifie l'infantilisation dont ils sont communément l'objet. En ce sens, la psychologue considère l'humilité comme une attitude indispensable pour gagner leur confiance et ensuite amorcer un processus thérapeutique efficace : « J'ai rencontré un patient qui avait reçu beaucoup de services au cours de sa vie. Il m'a

carrément confrontée d'entrée de jeu : si vous êtes venue me dire que vous êtes la grande spécialiste des autistes, je vous le dis tout de suite, ça ne marchera pas. J'en ai marre des gens qui veulent m'imposer un moule. Le message était clair. Avant tout, il avait besoin qu'on écoute son histoire personnelle, qu'on le reconnaisse individuellement. Ce n'est qu'après cette étape initiale que les changements peuvent s'amorcer et s'installer. Fondamentalement, les autistes sont profondément honnêtes et ils exigent qu'on le soit avec eux. Sinon, une attitude le moindrement

condescendante peut venir détruire une relation thérapeutique assez vite merci » constate Mme Simard.

Soucieux des petits détails, le patient autiste remarquera les signes de considération. Ainsi, pour inscrire d'entrée de jeu dans la relation thérapeutique le respect qu'elle leur porte, Caroline Simard a adopté le vouvoiement avec tous ses patients, peu importe leur âge. Un détail qui leur témoigne son estime. 

ASPERGER ET AUTISTE DE HAUT NIVEAU

Les Asperger et autistes de haut niveau se ressemblent sans être identiques. Ils sont tous deux classés dans la catégorie des troubles envahissants du développement, sans déficience intellectuelle. Cependant, en gros, les Asperger n'ont pas de retard de langage et aucun retard développemental avant l'âge de 36 mois. Pour leur part, les autistes de haut niveau présentent par définition un retard de langage. Les deux ne présentent aucun retard intellectuel.



qui est le plus ... expressif

L'expression faciale est souvent un mystère pour l'autiste. Son visage demeure couramment impassible en dépit de l'émotion ressentie et il a du mal à interpréter les traits animés d'autrui. Une caractéristique utile au poker, mais handicapante dans la vie de tous les jours. Alors, certains d'entre eux, conscients de l'importance que cela revêt dans la communication avec les neurotypiques, s'entraînent à être démonstratifs. Devant le miroir, ils s'exercent à froncer les sourcils, à sourire, à reproduire les expressions courantes des gens qui les entourent. Et force est d'admettre qu'ils sont parfois d'excellents imitateurs, selon ce qu'a observé Caroline Simard : « Il y a des gens qui ont vécu seuls avec leur autisme toute leur vie. Des gens avec peu de soutien de leur famille, qui n'ont pas bien été accompagnés et qui ont reçu des diagnostics tard à l'âge adulte. Ils ont tellement eu à se débrouiller seuls que certains ont dû développer eux-mêmes leurs compétences sur le tas. J'ai un patient qui a appris à reproduire les expressions faciales. Il s'était énormément pratiqué devant la glace, pour sauver sa peau. Et il a réussi à développer de très bonnes habiletés. Pour ceux qui ne le connaissent pas, sa maîtrise était devenue assez subtile pour les confondre. Les gens ne pouvaient pas nécessairement détecter qu'ils étaient en présence d'un autiste ». Force est de constater que la capacité d'adaptation des autistes de haut niveau et des Asperger n'a rien à envier à celle des autres.

Dans la lutte contre la dépression et les conduites suicidaires chez les jeunes, le concept des facteurs de risque est bien connu et largement documenté.

C'est généralement sur eux que se porte naturellement l'attention des intervenants. Mais il existe un envers positif à la médaille, que l'on commence à peine à étudier sous l'angle de l'intervention. Il s'agit des facteurs de protection.

Selon une toute nouvelle recherche effectuée à la Clinique des troubles de l'humeur (CTH) de l'HRDP, ils auraient des vertus qui, sans être insoupçonnées, suscitent un intérêt certain et laissent entrevoir des résultats encourageants.

Notamment, ils contribueraient à réduire les risques de rechute et de récurrence associés à la dépression et aux idéations suicidaires. Portrait d'un espoir clinique en compagnie du Dr Jean-Jacques Breton, professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, pédopsychiatre, chercheur et responsable de la CTH, et de Réal Labelle Ph.D., professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, psychologue et chercheur à la CTH.

DÉPRESSION ET CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ LES JEUNES FACTEURS DE RISQUE / FACTEURS DE PROTECTION Les deux côtés d'une même bataille

« Au départ, peut-être étions-nous, à cause de notre formation, trop ancrés dans le modèle médical classique centré sur les facteurs de risque pour prévoir nos résultats. Mais on réalise que l'influence des facteurs de protection sur l'évolution des problèmes présentés par les jeunes dépressifs et suicidaires est plus grande qu'on ne l'avait anticipée à l'origine. C'est une façon de voir et de comprendre qui pourra sans doute être intégrée de plus en plus à des approches thérapeutiques » annonce avec enthousiasme le Dr Breton. Une façon de penser et de faire qui commence déjà à faire école chez les professionnels de la CTH.

Le rapport de force des facteurs

De fait, les facteurs de risque et de protection sont indissociables. Un peu comme le rapport d'opposition entre le yin et le yang dans la philosophie orientale; l'un ne va pas sans l'autre. Mais traditionnellement, compte tenu probablement de la menace de mort qui plane au-dessus du patient suicidaire, l'intervention ciblait surtout les facteurs de risque. « Spontanément, ce sont des facteurs de risque dont on s'occupe. La dépression, le désespoir, la dysfonction familiale. C'est tout un entraînement que d'intégrer graduellement les facteurs de protection dans la pratique

médicale » d'expliquer le Dr Breton. Dans ce contexte, peut-être a-t-on négligé d'attribuer aux facteurs de protection le mérite qui leur revenait. « À la lumière des dernières données, il convient de leur porter une attention accrue dans l'évaluation d'un patient et l'élaboration d'un plan de traitement adapté. Car fort d'une meilleure connaissance des facteurs de protection, c'est l'équilibre entre les deux types de facteurs antinomiques qui soudainement apparaît potentiellement modifiable » précise le Dr Labelle.

Les facteurs de protection se caractérisent donc par leur capacité à faire contrepoids



aux facteurs de risque. Précisons que le terme « facteur de risque » recouvre en fait deux catégories de facteurs, soit les situations de risque et les facteurs individuels de vulnérabilité qui, ensemble, modulent dans le sens négatif la réponse de la personne à un stress. Le développement des jeunes est ainsi régi par l'interaction constante entre facteurs de risque et de protection. L'équipe de la CTH s'emploie donc actuellement à mettre sur la balance quelques-uns de ces facteurs afin d'établir leur poids d'influence. Une tâche de longue haleine.

Sept écoles, cinq facteurs et une recherche clinique de pointe

Une étude financée par les Instituts de recherche en santé du Canada et réalisée en 2006-2007 a porté sur trois variables ayant chacune fait l'objet d'un questionnaire distribué auprès de 263 adolescents, 120 filles et 163 garçons, de sept écoles de la région de Montréal. Les facteurs de protection retenus pour la recherche, sur les 19 généralement identifiés dans la littérature, sont les raisons de vivre, la spiritualité et les stratégies productives de « coping »¹. Les chercheurs s'intéressent également à deux autres variables qui, sans avoir été l'objet d'un questionnaire distribué dans les écoles échantillonnées, sont systématiquement prises en compte dans les évaluations effectuées à la Clinique des troubles de l'humeur de l'HRDP. Il s'agit des habitudes de vie et des valeurs. Même si l'exploration est jeune, ses premiers échos laissent entendre que la route empruntée pointe dans la bonne direction.

Un peu de spiritualité pour ne pas perdre pied

Le Dr Breton se dit encouragé entre autres par l'impact positif de la spiritualité² sur les conduites suicidaires, qu'il ne faut surtout pas confondre avec la religiosité : « *la spiritualité, c'est une intuition de recherche, inspirée des études sociologiques de Francine Gratton auprès de jeunes Québécois décédés par suicide qui montraient qu'ils avaient un mal de vivre qu'elle décrit très bien. Nous avons émis l'hypothèse que leur spiritualité, particulièrement sous l'angle de la recherche de sens et de but dans la vie, n'était peut-être pas suffisamment développée. Les gens sont orientés sur les produits de consommation et le matérialisme* ». Il y a eu beaucoup d'études sur la pratique religieuse, mais très peu sur la spiritualité. Lorsque l'on traite des jeunes perturbés où cet aspect est déficitaire, on peut l'intégrer dans une approche globale. « *On ne fait pas directement d'atelier sur la spiritualité, mais on va tenir compte des composantes de ce concept dans nos interventions, comme dans la thérapie dialectique comportementale³, au même titre que d'autres aspects qui se doivent d'être traités chez les jeunes qui ont des cognitions dysfonctionnelles. Par exemple, un module de la thérapie dialectique comportementale appelé Centration est lié à la vie intérieure du jeune. Il aborde la découverte de soi, la capacité de réfléchir et de voir d'autres dimensions à un problème. Une centration sur sa vie intérieure. Bref, on élargit le champ de nos interventions en considérant la protection manquante et on essaie de la développer. Par exemple l'espoir en l'avenir, le sentiment d'appartenir à un ensemble, la capacité de revenir sur soi, de chercher le sens de sa vie, etc.* » explique le Dr Labelle.

De bonnes habitudes de vie contre la dépression et le suicide

À cause de l'importance de ce facteur de protection dans la vie de tous les jours, on cible de façon particulière les habitudes de vie. On fait prendre conscience aux jeunes qu'ils ont de mauvaises habitudes de vie et on leur explique qu'il y a un lien entre celles-ci et l'apparition du trouble dépressif ou du trouble bipolaire. Sylvie Raymond, infirmière à la CTH, peut alors réaliser une intervention psychoéducatrice de quelques semaines pour les jeunes chez qui les habitudes de vie sont inadéquates. Des jeunes qui ne marchent pas, qui se couchent tard, qui consomment des substances, qui naviguent plusieurs heures sur Internet, avec peu de socialisation, d'activités de loisirs, qui passent beaucoup de temps devant les écrans de télé, jeux vidéo, d'ordinateur, etc.

Tablet sur les forces d'Amélie

« *Il y a l'exemple d'Amélie (nom fictif). Chez elle, l'échelle de spiritualité était assez élevée et, dans les stratégies productives de coping, elle accordait beaucoup d'importance au fait de travailler fort. Je me souviens du traitement de cette adolescente. Elle s'était mise effectivement à travailler très fort sur ses problèmes. Elle avait aussi de l'espoir en l'avenir. Elle a été hospitalisée, traitée, et elle a évolué très rapidement. En l'espace de quatre mois, il y a eu rémission de l'épisode dépressif* » rapporte le Dr Breton. Dans ce cas, la contribution des facteurs de protection à l'évolution clinique était indéniable.

Cependant, précise le Dr Breton « *Tous ne progressent pas aussi bien. Alors, dans les cas difficiles, on peut désormais retourner aux résultats des tests pour essayer de voir si on ne pourrait pas mieux comprendre l'évolution en fonction des résultats initiaux* ». Une piste à explorer quand l'issue d'un traitement ne répond pas aux attentes.

L'informatique à la rescousse du neurone

Les Drs Breton et Labelle et toute l'équipe se retrouvent actuellement avec une masse considérable de données qui n'a pas livré encore tous ses secrets. Un portrait général se dessine, mais l'analyse fine de l'étude se fera dans une seconde étape que le Dr Breton espère proche. « On prévoit informatiser l'ensemble des données. On l'a déjà fait pour un petit échantillon de 30 jeunes filles de la clinique, dans le cadre d'une thèse de doctorat. Ces résultats ont été comparés à ceux de jeunes filles évaluées en milieu scolaire. On observe déjà des différences très importantes dans les variables de protection. Les scores liés aux facteurs de protection sont beaucoup moins élevés en clinique. Mais il y a beaucoup plus à faire. On a donc fait une demande de subvention cet automne pour entre autres informatiser toutes les données, jeune par jeune, dans le cadre d'un vaste projet de recherche clinique en collaboration avec l'Université McGill et l'Institut Douglas ainsi que l'Institut Philippe Pinel. Nous pourrions ainsi étudier les relations entre les différentes variables. Ça nous permettrait, si on a une question, d'aller dans la banque de données, de faire des croisements et de trouver des réponses. Par exemple, nous pourrions étudier le lien entre un score de spiritualité élevé, l'intensité de la dépression et du désespoir, en fonction de la durée de l'intervention. Les possibilités sont immenses » anticipe le Dr Labelle.

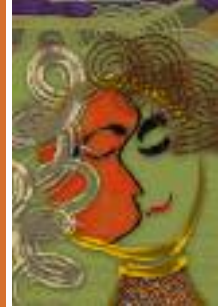
Les anticorps psychiques

À l'instar du corps humain qui développe ses défenses, l'esprit aurait donc aussi en quelque sorte ses propres « anticorps », les facteurs de protection, qui, dans les moments difficiles, l'aideraient à se protéger contre l'envie de mourir et la dépression. Des alliés du désir de vivre qui, en opposition aux facteurs de risque, stimuleraient

les défenses naturelles psychiques d'un individu lors d'un événement de vie stressant, réduisant du même coup sa vulnérabilité face à la dépression et aux idéations suicidaires. Un peu comme le ferait un système immunitaire en bonne santé. « C'est d'autant plus important que la dépression est une maladie chronique. Quand on fait un épisode dépressif, on est à risque d'en faire un deuxième. Dès qu'on évalue un jeune, on est soucieux de prévenir un autre épisode, il faut les outiller » de conclure le pédopsychiatre responsable de la clinique. Et c'est justement l'espoir que suscite cette démarche de recherche... à surveiller. 🌱

- 1 Le coping est l'ensemble des stratégies positives et négatives utilisées par une personne pour faire face à une situation.
- 2 Le concept de spiritualité est différent du concept de religiosité et il existe plusieurs définitions de la spiritualité. Celle utilisée par la CTH est la suivante : un état de bien-être résultant d'un ensemble de croyances, d'une recherche de sens et de but dans la vie, du dépassement de soi et d'un sentiment de liens avec les autres et la nature.
- 3 La thérapie comportementale dialectique (TCD) développée par Marsha M. Linehan est un programme de prise en charge et de traitement pour les personnes atteintes de troubles mentaux complexes et difficiles à traiter (ici l'adolescent dépressif et suicidaire présentant des traits de personnalité limite). La TCD est fondée sur l'approche cognitivo-comportementale traditionnelle axée sur des stratégies de changement et la philosophie bouddhiste axée sur des stratégies d'acceptation. Ce programme utilisant différents contextes thérapeutiques (groupal, individuel, téléphonique et de supervision) mise sur l'apprentissage de compétences pour aider le patient à mieux faire face à ses difficultés et sur la validation inhérente des réponses émotionnelles, comportementales et cognitives du patient qui sont reconnues comme adéquates dans le contexte immédiat. En validant, le thérapeute encourage le patient à se faire confiance et à développer une sécurité de base.

Une clinique centrée sur l'humeur des jeunes



Les troubles de l'humeur de l'enfant et de l'adolescent comprennent deux catégories : les troubles dépressifs et les troubles bipolaires, ces derniers impliquant une alternance rapide ou une mixité de symptômes dépressifs et maniaques ou hypomaniaques. Les troubles de l'humeur, coexistant ou non avec des traits de personnalité borderline, touchent 5 % des enfants de 6 à 11 ans et 15 à 20 % des adolescents(es).

Une équipe aux multiples compétences

Chercheurs cliniciens

J. J. BRETON, *pédopsychiatre*

J.M. GUILÉ, *pédopsychiatre*

R. LABELLE, *psychologue*

Équipe multidisciplinaire

S. RAYMOND, *infirmière*

S. PLAMONDON, *travailleuse sociale*

M. MEHRAMOOZ, *travailleuse sociale*

B. BALAN, *psychologue*

T. ZALOUM, *psychologue*

L. DESROSIERS, *ergothérapeute*

D. LEBLOND, *ergothérapeute*

P. VEILLETTE, *secrétaire*

L'équipe compte également sur la contribution de plusieurs étudiants de deuxième ou troisième cycle ainsi que des stagiaires dans les différentes disciplines représentées à la CTH.

Principaux facteurs de risque

Dimension individuelle

- évènements de vie stressants
- déficit en sérotonine
- anomalies de volume de certaines parties du cerveau chez les personnes déprimées
- cognitions dysfonctionnelles
- stratégies non productives de coping
- déficit dans la résolution de problèmes
- troubles mentaux
- détresse prolongée
- abus d'alcool et de drogues
- problème d'orientation sexuelle
- crise existentielle

Dimension familiale

- violence ou abus au sein de la famille
- antécédents familiaux de suicide ou de troubles mentaux
- instabilité familiale
- conflits familiaux
- perte ou séparation

Dimension sociale

- isolement et aliénation sociale
- absence de liens significatifs avec autrui

Principaux facteurs de protection

Dimension individuelle

- tempérament facile
- estime de soi
- optimisme
- raisons de vivre
- réussite scolaire
- stratégies productives de coping
- habitudes de vie saines
- compétences personnelles
- spiritualité et religiosité
- valeurs (famille, amis, études, travail, entraide, réussite)

Dimension familiale

- attachement positif avec parent
- relations familiales chaleureuses
- adultes présentant un modèle d'ajustement sain
- sentiment d'appartenance à la famille

Dimension sociale

- relations interpersonnelles saines
- soutien social
- engagement au sein de la communauté
- sentiment d'acceptation par les amis



Au fil du temps, le Service de recherche à l'HRDP est devenu une locomotive. Petit train va loin et... deviendra grand. Impossible pour l'Hôpital de fixer l'horizon sans y discerner la large route que la recherche entend y tracer.

Désormais, le destin du Service de la recherche et celui de l'HRDP sont intimement liés. Mais ce mariage de raison en est aussi un d'amour qui a donné lieu à une famille nombreuse de projets de recherche et d'alliances fructueuses entre chercheurs, cliniciens et milieu d'enseignement. C'est de cette réalité dont nous vous parlerons à partir d'aujourd'hui, à tous les numéros de l'Inter-Mission. Parce que la recherche à l'HRDP est de ces histoires qui méritent d'être racontées, ne serait-ce que pour donner un aperçu du meilleur qui attend nos jeunes patients. Aujourd'hui, nous nous introduisons dans l'antichambre du Service de recherche en compagnie du Dr Roger Godbout, son fervent responsable.

L'indispensable

CONTRIBUTION DE LA RECHERCHE



DANS UN HÔPITAL SURSPÉCIALISÉ

Chaque jour, nous comprenons mieux ce qui se passe en eux. La maxime illustre parfaitement la raison d'être du Service de la recherche. Cette quête incessante de compréhension, toute consacrée à ce qui se passe dans les jeunes cerveaux, c'est d'abord le Service de la recherche de l'HRDP qui la mène...

en étroite complicité avec les acteurs de l'Hôpital. Bien qu'elle occupe une place importante à l'HRDP, la recherche s'efforce de toujours bâtir des ponts solides et permanents avec les cliniciens, ses indispensables alliés qui lui apportent l'éclairage nécessaire pour confronter ses hypothèses à la réalité praticopra-

tique du terrain et des humains qui la composent. Une complicité de plus en plus inscrite dans les structures de l'établissement, mais aussi et surtout présente jusque dans la façon de penser des intervenants et médecins, tous programmes confondus. De cet arrimage est née une culture d'établissement.

Un trio au service de la science et du patient

Cette volonté d'entrelacer serrées la recherche et l'intervention clinique se manifeste dès le départ dans la façon dont les cliniques sont conçues, explique Roger Godbout : « *Chaque clinique spécialisée et surspécialisée de l'Hôpital, ou presque, présente actuellement des activités de recherche. Pour chacune d'elles, on souhaite appliquer un même modèle, apte à souder les liens entre les activités cliniques et de recherche. Pour ce faire, on aimerait que la planification des activités d'une clinique se fasse systématiquement autour d'un triumvirat composé d'un médecin responsable, d'un chercheur de carrière et d'un clinicien chevronné qui aura obtenu un diplôme universitaire d'études supérieures. Une même personne peut toutefois porter plusieurs chapeaux à la fois, l'important étant que les trois rôles soient représentés au sein d'une même équipe. On a déjà de nombreux exemples de cette façon de faire à l'Hôpital. Et ça fonctionne très bien. De plus, ça sert admirablement ce qui est devenu un maître mot : le transfert des connaissances. En d'autres termes, comment les chercheurs peuvent-ils partager les connaissances qu'ils ont acquises et développées et comment peuvent-ils aussi apprendre des cliniciens. Car le transfert des connaissances est un échange à deux voies ».*

De solides assises sur lesquelles échafauder l'avenir

Le Service de la recherche relève de la Direction générale. Le docteur Godbout et son équipe sont donc redevables directement envers la plus haute instance de l'organisation après le conseil d'admini-

stration. Cela témoigne de l'appui de l'Hôpital envers la recherche. L'oreille attentive du directeur général n'est jamais très loin. « *C'est avec M. Michel Lapointe que je discute des projets, des développements et des orientations du Service de recherche. On établit ensemble une stratégie et on l'applique* » confirme Roger Godbout.

Le service bénéficie également de l'apport du Centre de recherche Fernand-Seguin (CRFS) qui regroupe les chercheurs de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, de l'Institut



Philippe-Pinel de Montréal et de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Un organisme parapluie d'envergure qui, tout en préservant l'autonomie des trois organismes partenaires, permet d'élargir considérablement la portée de projets communs, de regrouper les forces vives en santé mentale et de partager du savoir-faire de pointe. Le Dr Godbout siège aux comités de direction et de gestion du CRFS. Un prolifique couloir de communication est donc bien

implanté. Mais il y a davantage qui se profile à l'horizon.

Un rêve de chercheur à portée de vue

« *Il y a sur la table à dessin un projet d'institut universitaire en santé mentale associé à l'Université de Montréal. Il s'agirait d'un institut de type réseau regroupant plusieurs hôpitaux qui se consacrent à la santé mentale. Une structure formelle d'envergure pour échanger à grande échelle, entre spécialistes, sur la recherche, l'enseignement et les soins en santé mentale. Les hôpitaux du CRFS y figureraient, avec l'ajout d'autres établissements. Un peu comme il en existe déjà à Québec dans le réseau de l'Université Laval et à Montréal avec l'Université McGill. On n'est pas parvenu aussi vite qu'eux au fil d'arrivée, même si ça fait longtemps que ça se parle, parce que contrairement aux deux autres milieux, nous avons le désir de créer un réseau plutôt qu'une seule institution. C'est nécessairement plus complexe et long comme processus. Le Centre Fernand-Seguin pourrait facilement être le catalyseur de la recherche dans ce nouvel institut universitaire* » de préciser le Dr Godbout. Une évolution naturelle qui permettrait d'aller encore plus loin dans le réseautage de ces cerveaux qui justement se passionnent à l'étudier. Un dossier ambitieux auquel l'HRDP participe de plain-pied en étant à l'avant-scène du projet.

Des réalisations enviables pour un menu milieu

Toutes proportions gardées, l'Hôpital Rivière-des-Prairies est devenu un joueur prolifique sur la scène scientifique. Pour l'exercice 2007-2008, ses chercheurs ont été à l'origine de la publication de huit

chapitres et monographies, de 29 articles spécialisés et ils ont prononcé au moins 80 conférences scientifiques. En 2007-2008, le Service de recherche a aussi été particulièrement actif dans la formation de la relève en encadrant 66 étudiants de maîtrise, doctorat et post doctorat. Et c'est sans compter l'organisation de colloques sur les conduites suicidaires chez les jeunes et sur les troubles du sommeil, en plus de nombreuses interventions médiatiques sollicitées à cause de l'expertise spécialisée développée ici. Bref, le train commence à ressembler à un TGV, selon ce qu'observe Roger Godbout : « *La recherche à l'Hôpital a monté en flèche depuis 8 ou 9 ans. Notre performance en articles publiés, en subventions octroyées, en étudiants gradués, en stagiaires reçus et en expertises réclamées augmente constamment. Au point où, comme une petite auto qui roule au maximum, j'ai parfois l'impression que le véhicule vibre un peu. Je crois qu'après avoir assez grossi, nous sommes rendus à l'étape d'attacher les morceaux plus serrés et de travailler sur ce qu'on a construit avant de développer davantage. Je cherche des éléments stabilisants. Le CRFS et l'éventuel Institut universitaire en santé mentale en sont d'excellents, heureusement* ».

Un savoir de pointe à dimension humaine

Le caractère unique de l'Hôpital Rivière-des-Prairies tient sans doute beaucoup à sa capacité à faire cohabiter sous un même toit la science la plus avancée et les relations humaines les plus conviviales. Un virage scientifique qui s'est pris il y a déjà longtemps, en préservant le principe de proximité entre pairs. Un état de fait que le responsable de la recherche juge très

avantageux : « *On veut des pratiques de pointe en recherche, en clinique et en enseignement. Ça nous prend donc des outils de pointe, des concepts de pointe et des machines de pointe pour demeurer à la fine pointe, partout et tout le temps. On souhaite donc être perméables à tout ce qui se passe, notamment au niveau international. Mais ça n'empêche pas que dans cet hôpital, les gens se croisent encore dans le corridor en se disant bonjour. C'est encore possible de parler directement à une personne au téléphone. Dans certaines grosses structures, ça ne se fait plus, c'est devenu impersonnel, les gens ne se connaissent plus et ne se parlent que par formulaires interposés. Ici, c'est enthousiasmant. On est proche entre nous. Dans les assemblées de chercheurs, on peut jaser facilement, sans cérémonie. L'Hôpital a adopté une structure légère qui ne sacrifie rien à la rigueur, mais qui demeure vraiment très agréable à vivre. L'administration, les directions de programme, la Direction du développement organisationnel et de la gestion des ressources humaines, tous collaborent* ». Et c'est peut-être le secret du succès : miser sur le capital humain et entretenir des liens cordiaux qui transcendent la hiérarchie. Ici, les gros cerveaux n'ont pas pour autant la grosse tête et tout le monde y gagne!

Pour en connaître davantage sur le Service de recherche de l'HRDP, consulter la liste complète de ses chercheurs ou accéder à l'inventaire des projets de recherche contenu dans le rapport annuel 2007-2008, nous vous invitons à visiter le site Internet de l'Hôpital à : www.hrdp.qc.ca



La garde rapprochée du Service de recherche de l'HRDP

ROGER GODBOUT

chef du Service de
recherche de l'HRDP

CHRISTIANE GRAVEL

adjointe administrative
à la recherche et coordonnatrice
de l'enseignement professionnel

MARIE ST-GEORGES

coordonnatrice de projets

CLAUDE BERTHIAUME

statisticien

CAROLE DALCOURT

secrétaire

NICOLE SMOLLA

chercheuse employée de l'Hôpital

LISE BERGERON

chercheuse employée de l'Hôpital

12 AUTRES CHERCHEURS,

LEURS ASSISTANTS ET LEURS

STAGIAIRES DE RECHERCHE

LES CLINIENS



Le défi
Ici ça marche

L'HRDP REMPORTE LA PALME



Pour une seconde année consécutive, l'Hôpital Rivière-des-Prairies remporte les grands honneurs de l'amicale compétition qui l'oppose aux marcheurs de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et de l'Institut Douglas. Au prorata, le personnel de l'HRDP s'est distingué, tant par sa large participation collective que pour les kilomètres parcourus. Bons joueurs, les représentants des

établissements compétiteurs se sont déplacés pour offrir au vainqueur les plaques commémoratives qui lui reviennent. L'histoire ne dit cependant pas s'ils ont fait le trajet à pied... On reconnaît sur la photo MM. François Massé, chef du Service de santé et de sécurité de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, et Michel Gauvin, conseiller en gestion des ressources humaines, santé et

sécurité du travail à l'Institut Douglas, qui encadrent M. Denis Lessard, conseiller en santé et sécurité du travail à l'HRDP. Si l'on se fie aux 18 plaquettes qui ornent le trophée en jeu, la compétition n'en serait qu'à ses premiers pas. Rendez-vous donc à l'automne 2009 pour la prochaine édition de l'évènement!



TOUT EN NUANCE

Les jeunes de l'hôpital de jour l'Ouverture et de l'unité d'admission de l'HRDP ont fièrement exposé leurs oeuvres le 18 décembre dernier. Aquarelles et acryliques sur toiles montées en ont mis plein les yeux aux visiteurs. Une démonstration de talent fort appréciée. Bravo aux artistes et à leurs muses, l'art thérapeute France Bergeron et l'éducatrice Sylvie Bourdon

Une précieuse collaboration pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille

En novembre dernier, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Pointe-de-l'Île et l'Hôpital Rivière-des-Prairies signaient une entente de service pour les enfants et les adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale et habitant sur le territoire de la Pointe-de-l'Île.

Déoulant directement du Plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux qui vise, entre autres, l'amélioration de l'accessibilité des services dans la communauté pour les jeunes ayant des troubles de santé mentale, cette alliance permettra « à ces derniers ainsi qu'à leur famille de compter sur des services de qualité, facilement accessibles et près de chez eux », a expliqué madame Lucie Thibault, directrice administrative du Programme de pédopsychiatrie de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

« Les enfants, les jeunes et leurs parents seront gagnants, car grâce à cette collaboration, le suivi cli-

nique à apporter lors d'un transfert entre les deux établissements sera plus efficace et ne comprendra pas de discontinuité » spécifie Stéphane Rousseau, directeur des services généraux à la jeunesse et à la famille au CSSS de la Pointe-de-l'Île

Ayant comme objectif d'arrimer les services entre les deux établissements, cette entente permettra de référer un enfant ou un adolescent d'un établissement à l'autre, lorsque sa santé le requiert. Ainsi, les CLSC de Mercier-Est/Anjou, de Rivière-des-Prairies et de Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est seront la « porte d'entrée » pour les enfants et les jeunes ayant des problèmes de santé mentale. Les CLSC évalueront les besoins des jeunes patients, leur offriront des services et les référeront, au besoin, à l'Hôpital Rivière-des-Prairies pour des services spécialisés et surspécialisés en pédopsychiatrie.

Les directeurs généraux de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île, entourés de leur équipe respective.



LE CECOM PRÉSENTE...

Le premier lien, théorie de l'attachement... un entretien avec Blaise Pierrehumbert



**La consultation auprès des migrants
et des réfugiés...**

un entretien avec Rachid Bennegadi

(Vidéo, 23 minutes)

Rachid Bennegadi, psychiatre et anthropologue, œuvre au Centre Françoise-Minkowska à Paris.

Dans cet entretien, le docteur Bennegadi propose d'abord un éloquent survol historique des liens qui se sont tissés entre la psychiatrie et l'anthropologie depuis Marie-Rose Moro en passant par Foucault, Fannon, Devereux et Nathan. Il enchaîne en décrivant l'approche clinique adoptée au Centre Minkowska, qui met l'accent sur la place de la représentation culturelle, de la santé et de la maladie mentale. Cette approche a pour but de favoriser l'accès aux soins, malgré l'obstacle que constitue souvent la langue, dans le respect de la culture du patient et de celle du thé-

rapeute. Le docteur Bennegadi aborde également le grand défi que représente le soin aux enfants, voire aux petits-enfants, des migrants et des réfugiés.

La consultation auprès des migrants et des réfugiés... un entretien avec Rachid Bennegadi apporte des réponses concrètes et des pistes de réflexion aux professionnels en santé mentale qui doivent relever quotidiennement le défi d'intervenir auprès de clients issus de communautés culturelles diverses.

Production : CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale (CNASM), Lorquin, France, 2008.



**Urgences psychiatriques :
installer la culture de coopération.**
SUZANNE LAMARRE, R.D.



**Deux vidéos et un guide d'accompagnement
pour promouvoir une nouvelle approche dans
les situations d'urgence psychiatrique et de crise.**

Dans les urgences psychiatriques, on présume que l'évaluation de la maladie psychiatrique et son traitement suffisent pour répondre à la demande. Cependant, un traitement qui ignore la problématique relationnelle risque d'augmenter les demandes de services. Devant ce constat, Suzanne Lamarre, psychiatre, professeure au Département de psychiatrie de l'Université McGill et directrice du Service d'urgences psychiatriques et de crise du Centre hospitalier de St. Mary à Montréal, propose un nouveau modèle d'intervention et de gestion basé sur la coopération et sur l'importance de l'aspect relationnel.

Urgences psychiatriques : installer la culture de coopération est un outil de sensibilisation et de formation à cette approche de coopération. Il comprend un entretien de

31 minutes avec Suzanne Lamarre, qui expose les grands principes de son approche, une illustration clinique de 24 minutes d'une intervention auprès d'une famille en crise et un guide d'accompagnement de 22 pages. Le guide reprend les bases théoriques et les principales caractéristiques de l'approche; il offre également des tableaux récapitulatifs utiles comme aide-mémoire.

Urgences psychiatriques : installer la culture de coopération s'adresse à tout intervenant appelé à jouer un rôle en situation de crise ou d'urgence psychiatrique.

Production du CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et du Centre hospitalier de St. Mary à Montréal, 2009.

Le premier lien

théorie de l'attachement...
un entretien avec Blaise Pierrehumbert



(Vidéo, 35 minutes)

Blaise Pierrehumbert est psychologue, chercheur et professeur au Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Lausanne.

Dans cet entretien, le professeur Pierrehumbert nous présente d'abord un historique du développement de la théorie de l'attachement. Il aborde ensuite les concepts associés à cette théorie dans une perspective clinique : attachement versus dépendance, acceptation de « la part de l'autre », importance du processus narratif et du partage des émotions, résilience, etc. Puis, il décrit les différents types d'attachement observés en clinique et termine sur une note optimiste, affirmant qu'il n'est jamais trop tard pour intervenir quand il s'agit du rétablissement de la confiance en soi. Un optimisme basé entre autres sur la possibilité de favoriser l'existence de multiples lieux d'attachement qui pourront constituer un enrichissement et un facteur de résilience pour l'enfant.

Le premier lien, théorie de l'attachement... un entretien avec Blaise Pierrehumbert est un document à voir par toute personne qui s'intéresse et souhaite mieux comprendre le développement humain à partir du lien particulier qui unit mère et enfant.

Production : CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale (CNASM), Lorquin, France, 2008.

TOUS LES DOCUMENTS PRODUITS OU DISTRIBUÉS PAR LE CECOM SONT RÉPERTORIÉS
SUR LA PAGE WEB DU CECOM SUR LE SITE INTERNET DE L'HRDP : WWW.HRDP.QC.CA

ILS SONT AUSSI DISPONIBLES POUR LE PRÊT À LA BIBLIOTHÈQUE DE L'HÔPITAL.

VOUS DÉSIREZ PLUS D'INFORMATION SUR NOS DOCUMENTS? N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER : 514 328-3503