

# ÉCHOS



## Bulletin d'informations

*De l'Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale – Rive-Sud*

### Un mot de la directrice

*Par Patricia Arnaud*

En mai dernier, s'est tenue notre assemblée générale annuelle précédée par un souper italien au Restaurant Miss Italia, temps propice d'échange des participants et ce dans la joie. Nous y avons présenté comme habituellement les résultats de l'année appuyés de notre Rapport annuel d'activités 2014-2015 ainsi que de nos états financiers. D'ailleurs, vous pouvez consulter notre rapport annuel sur notre site internet. L'assemblée générale est le moment choisi pour le remplacement des administrateurs sortants de charge. Cette année, trois administrateurs terminaient leur mandat et ont accepté généreusement de se représenter. Le conseil d'administration est donc complet avec sept représentants. Le comité exécutif est par conséquent composé à ce jour de : Guy Savoie (président); Chantal Boisclair (vice-présidente); Jacques Petit (secrétaire) et Pierre Daoust (trésorier).

Un nouveau dossier prend forme : la création d'un Comité spécial 35<sup>e</sup> anniversaire de l'APAMM-RS, en 2016. Ça s'en vient vite! Une équipe de trois administrateurs et de deux employées a été constituée afin de proposer des idées intéressantes pour promouvoir ces 35 ans. Très enthousiastes, ces cinq personnes ont suggéré différentes formules telles que : la conception d'une petite vidéo promotionnelle sur notre Association; la tenue d'un mini-colloque; la création d'un logo bien spécial pour le 35<sup>e</sup>, etc. Bien sûr que les coûts seront bien évalués à l'avance et justifiés afin de respecter notre budget et la pertinence du moyen. L'APAMM-RS vit comme tous les autres organismes de la région dans un climat d'austérité et d'incertitude financière. Pour ces raisons, nous serons doublement vigilants sur nos dépenses. N'ayez crainte!

Dans la présente édition du bulletin Échos, nous abordons la question des *hommes*. Ainsi vous pourrez lire deux articles sur le sujet : celui de cerner un peu plus les malaises des hommes au 21<sup>e</sup> siècle et le second de nommer partiellement les obstacles à l'implication de ceux-ci dans des activités d'entraide et de formation qui leur sont offertes. D'autres textes tout aussi intéressants les uns que les autres vous sont présentés, comme le regard de la maladie mentale selon diverses cultures. Vous serez possiblement touchés par le témoignage de Monique et en apprendrez d'avantage sur la mission de l'organisme Action Nouvelle Vie de Longueuil. Alors... bonne lecture!

### SOMMAIRE

MOT DE LA DIRECTRICE

Page 1

LE MALAISE DES HOMMES AU 21<sup>E</sup>  
SIÈCLE

Page 2

LES NOUVEAUTÉS POUR LES MEMBRES

Page 4

LES OBSTACLES À L'IMPLICATION DES  
HOMMES

Page 5

LE REGARD DE LA MALADIE MENTALE  
SELON DIVERSES CULTURES

Page 8

TÉMOIGNAGE D'UNE MEMBRE DE  
L'APAMM-RS

Page 10

CONNAISSEZ-VOUS L'ORGANISME  
ACTION NOUVELLE VIE?

Page 11

## LE MALAISE DES HOMMES AU 21<sup>E</sup> SIÈCLE : RÉFLEXION

Par Marie-Christine Dion, Conseillère en santé mentale et art-thérapeute

En mai dernier se tenait le Colloque Les VRAIS malaises des hommes au 21<sup>e</sup> siècle organisé par GPHM (Groupe de partage pour hommes de la Montérégie). Cette thématique m'a alors intriguée puis incitée à la réflexion. En effet, quelles sont les vrais malaises de la gent masculine moderne? Que vivent-ils en tant que *mâle*? C'est une réalité dont on ne parle pas beaucoup.



Lors de cette journée, les différents thèmes abordés furent les masques qu'ils portent, leur rôle de père, la communication, les émotions et les stéréotypes pour en nommer que quelques-uns. Certains avaient une vision plutôt négative, stéréotypée et caricaturale de l'homme québécois alors que d'autres, une vision plus positive et sensible.

Un élément qui influence particulièrement notre vision de l'homme est les médias. Et ce que nous pouvons constater est que lesdits médias ont tendance à projeter une certaine image de l'homme. Cette étude de Children Now (1999) révèle que selon les représentations masculines, ceux-ci seraient « violents et colériques, dominants et capables de résoudre tous les problèmes, drôles, sûrs d'eux et réussissant bien, athlétiques, ne pleurant jamais et ne laissant pas paraître leur faiblesse, surtout pas *sensibles* et obsédés par les

femmes ou les filles ». Cependant, les participants de cette même étude ont également affirmé avoir conscience de l'image projetée par les médias ainsi que de la discordance entre leur réalité, la réalité des hommes autour d'eux et celle des hommes de la télévision. D'ailleurs, un de leurs souhaits était que les médias représentent les modèles masculins comme étant créatifs, multidimensionnels et capables de surmonter les défis sans violence ni agression (Children Now, 1999 & Götz, 2008).

Depuis une vingtaine d'années, les mouvements caractérisant l'homme connaissent une réelle évolution. En effet, les hommes sont passés de macho : *homme qui se croit supérieur à la femme et le démontre dans ses agissements* à métrosexuel : *homme qui accorde une très grande importance à son apparence physique. Il aime bien paraître et le regard des autres est important* à übersexuel : *homme à l'apparence plus virile sans toutefois être macho mais qui soigne son apparence. Il a confiance en lui mais reste sympathique* à novocasual : *homme simple et naturel débarrassé de l'imposition de ces dictats. Il est viril, créatif, sensible, séducteur et charmant*. Ouf, difficile de ne pas être mélangé avec tout cela! Il est tout à fait compréhensible que certains hommes aient de la difficulté à s'y retrouver et à se définir. Ils sont coincés entre ces mouvements, les stéréotypes qui perdurent et ce qu'ils sont réellement (Nantel, 2010, Claudet, 2015 & Duval-Lévesque, 2014).

Bien que ce dernier modèle masculin, le novocasual, s'installerait tranquillement, des phrases clichées persistent. Pensons à l'expression *Sois un homme*. Aujourd'hui, qu'est-ce que cette phrase peut bien vouloir dire? CUT (2015) a d'ailleurs créé une vidéo (en anglais) où des individus de 5 à 50 ans décrivent en quelques mots leur définition. Ce qui ressort de cette vidéo est autant l'association positive ou négative à cette phrase. Pour plusieurs, cette expression est clichée, sexiste, dénigrante et insultante. Certains se questionnent sur sa signification. Pour un bon

pourcentage, cela représente la responsabilité, la force et la solidité. Est-ce une bonne chose ou encore une fois, un renforcement du stéréotype du mâle? Finalement, pour un autre groupe, cela signifiait d'être vrai avec soi-même, de faire confiance à ses instincts, de s'affirmer dans leurs croyances, de ne pas refouler ses sentiments mais de les accueillir. La vidéo peut être visionnée avec le lien suivant :

<https://www.youtube.com/watch?v=KYvWhzSKoc4>.

Au Colloque monsieur Yvan Phaneuf, tant qu'à lui, parlait justement de ces différents masques que les hommes portent. Ces masques cachent une partie de leur identité réelle, de leurs émotions et de leur sensibilité. Tout individu en porterait de manière plus ou moins consciente. Au cours de ses années de recherche sur le sujet, il a décelé trois types de masques. Dans un premier cas, il est question du masque d'anti-virilité où l'homme a été témoin des blessures de la gent masculine envers les femmes. Il est aussi connu sous le qualificatif de doux ou de bouffon. Puis, nous avons le masque d'anti-émotivité où avoir des émotions équivaut à être une fille. Il est aussi connu sous le qualificatif de superficiel et rationnel. Finalement, il y a le masque de dureté où l'homme a été humilié quand il était dans une période de vulnérabilité. Il est aussi connu sous le nom de l'infailible, l'insensible ou le dur.

Une réalité est que malgré tout l'homme reste influencé par le stéréotype d'être un *vrai* homme fort, stoïque (supporte la douleur avec courage) et invulnérable (Grisé, 2015). Puisqu'ils ont davantage tendance à endurer leur douleur autant émotionnelle que physique, ils sont moins enclins à consulter et quand ils le font, la gravité est souvent plus présente. De plus, ces demandes peuvent également être faites de manière implicite ou agressive, ce qui n'est généralement pas bien reçu auprès des professionnels. Les hommes en situation de vulnérabilité (notamment s'ils adhèrent au rôle traditionnel masculin) sont plus à risque de se suicider. En effet, au Québec, 80 % des personnes décédées par suicide sont des hommes (AQPS, 2013). Pour eux, les moments critiques

d'un possible passage à l'acte sont « une perte significative (emploi, argent, statut, rupture amoureuse, etc.), un événement vécu de façon honteuse ou une situation de violence conjugale et/ou familiale » (Bazinet, J., F. Roy, et B. Lavoie, 2011).

Ils sont également plus à risque de développer un abus de substances. Selon le Gouvernement du Canada (2013), le taux de consommation et d'abus de drogues chez l'homme canadien est environ deux fois plus élevé que chez la femme. La prévalence pour la consommation d'alcool à risque est également plus importante chez l'homme que chez la femme.

Heureusement, il existe des professionnels qui ont pour objectif d'aider ces hommes dans leur détresse, tout comme le psychologue, conférencier et formateur, monsieur Michel Grisé, qui utilise le langage imagé afin « d'augmenter la compréhension, de favoriser l'appropriation du message, de gagner du temps, de dégager un consensus, de créer la proximité, de stimuler la mémorisation et de mobiliser vers l'action » (Grisé, 2015). Le langage imagé est en fait l'utilisation d'analogies pour aider les hommes à mieux comprendre l'épuisement ou la dépression, etc. Un exemple d'analogie est celui des oiseaux malades qui cachent leurs symptômes à leurs prédateurs. Le lien avec l'être humain est qu'il a parfois tendance à cacher ses signes de dépression afin de ne pas montrer sa vulnérabilité.

De plus, plusieurs ressources existent ayant le mandat de venir en aide à la population masculine spécifiquement et ce, sur le territoire de la Montérégie. Premièrement, il y a le Groupe de partage pour hommes de la Montérégie ([www.gphm.ca](http://www.gphm.ca)) qui offre un groupe d'entraide. Il y a également l'organisme Entraide pour hommes de la Vallée-du-Richelieu/Longueuil qui offre du soutien et de l'aide thérapeutique pour les hommes violents, victimes de violence, atteints d'une maladie mentale ou en difficulté ([www.ehvr.org](http://www.ehvr.org)).

(Suite page 4)

Il existe aussi des ressources d'hébergement comme Le Halo pour les raccrocheurs scolaires de 18 à 35 ans ([www.maisondelapaix.org](http://www.maisondelapaix.org)) ou l'Hébergement La Casa Bernard-Hubert qui procure de l'hébergement à moyen-terme (6 mois) pour des hommes sans abri ou en difficulté ([www.la-casa-bernard-hubert.org](http://www.la-casa-bernard-hubert.org)) et Le Relais qui offre des logements transitoires (30 mois) pour les hommes en difficulté et sans abri, avec ou sans enfants ([www.la-casa-bernard-hubert.org](http://www.la-casa-bernard-hubert.org)). Pour ce

qui est de la désintoxication, on retrouve Le Pavillon l'Essence Ciel ([www.lesseenceciel.org](http://www.lesseenceciel.org)).

En terminant, la nature humaine a tendance à coller des étiquettes afin de mieux comprendre les choses. Pour ce qui est d'apposer une étiquette à un individu, cela est assez complexe et peut également avoir des répercussions négatives. Chaque homme est unique et il est important de l'accueillir dans son unicité afin qu'il puisse être lui-même sans tous ces stéréotypes et masques.



## NOUVEAU POUR LES MEMBRES

### Conférence en webdiffusion!

- Vous avez maintenant la possibilité de venir choisir et écouter une conférence en webdiffusion dans nos locaux selon vos disponibilités! Vous pouvez consulter la liste des conférences disponibles sur notre site web ([www.apammrs.org](http://www.apammrs.org)) ou vous pouvez nous appeler (450-766-0524).
- Les thèmes des conférences explorent plusieurs sujets qui touchent la santé mentale.
  - Les conférenciers sont des professionnels de la santé et/ou des pairs aidants.
  - Veuillez téléphoner afin de vous assurer des disponibilités de la salle. Inscription obligatoire au 450-766-0524

### Un nouveau livre disponible!

*La « schizophrénie » est une réalité alternative*, Yann Doornbos, Éditions Baudelaire, 2015

Petit rappel : tous nos membres ont accès à notre bibliothèque. Contactez notre secrétaire Denise Dorval afin de réserver un livre au 450-766-0524.

### Nouvelles conférences!

Le Chemin qui m'a conduit à la maladie mentale ... et celui qui m'en a sorti, Sylvain Tourangeau – 27 octobre 19h

Témoignage de Diane Riendeau, paire aidante famille – 19 novembre 19h

Veuillez noter que les conférences sont publiques. Inscription obligatoire au 450-766-0524

### Besoin de répit? Voici nos nouvelles activités!

Atelier Couponnage : Ne soyez plus jamais sans vos coupons! Venez partager vos coupons et vos découvertes tout en apprenant les règles du couponnage et les lois!

Atelier Confection cadeaux : Le temps des fêtes, c'est le moment parfait pour confectionner un cadeau à la main pour les gens que vous aimez!

Inscription obligatoire au 450-766-0524

## LES OBSTACLES À L'IMPLICATION DES HOMMES

*Par Patricia Arnaud, Directrice générale*

**E**n 2011 dans le cadre de mes études à la maîtrise, je rédigeais un travail universitaire sur le manque d'engagement des parents à assister à des activités éducatives, les aidants dans leur rôle parental, auprès d'un jeune touché par un trouble majeur de santé mentale. Il est vrai que déjà beaucoup de familles fréquentent l'APAMM-RS, mais si on considère que près de 20 % de la population serait un jour ou l'autre touché par un trouble de santé mentale, cela veut dire que nous pourrions avoir davantage de familles qui feraient appel à notre association. Aux fins de cet article, je vous rapporte ici la partie concernant principalement l'implication des hommes.

On sait pertinemment que la présence, la participation et l'engagement des familles auprès d'un jeune est un facteur positif à son développement, qu'il soit au plan personnel ou scolaire. Selon Gaudet & Devault (2001), l'implication des pères a un impact positif sur la vie des enfants. Un père qui est près affectivement de ses enfants fait en sorte que ces derniers ont plus de chances de réussir à l'école et de se sentir bien psychologiquement. Ils ont moins de symptômes dépressifs ou affectifs et de troubles de comportements. Or, dans un contexte de maladies mentales, les parents ont très souvent à adopter de nouvelles habiletés et apprentissages autour d'un monde qui leur est inconnu : la santé mentale. Comment obtenir des services de santé pour mon proche? Quel est mon rôle de parent? Comment agir et réagir avec lui? Comment prendre les bonnes attitudes? Et répondre aux interrogations des parents face à un avenir incertain.

Il faut dire que les interventions éducatives n'ont pas toujours existé. Les familles avaient des façons différentes de régler leurs problèmes avec leur

proche. Aujourd'hui, les services de santé et services sociaux dirigent ces familles vers des organismes comme le nôtre pour aider les personnes atteintes par l'entremise de leur famille à se rétablir. Disons alors que le problème du manque de participation des familles aux activités éducatives est présent que depuis une trentaine d'années ces services n'existent pas auparavant.



Plusieurs raisons expliquent le manque d'implication des familles en général. Survolons donc quelques exemples par catégories.

### Cinq catégories de facteurs

- a) Les raisons personnelles : le manque de temps, la maladie du parent lui-même, la rupture du couple, une situation financière difficile, un sentiment erroné d'autosuffisance avec des informations sur internet.
- b) Les raisons matérielles : services offerts trop éloignés du lieu de résidence du parent, horaires insatisfaisants, difficultés de transport.
- c) Les raisons sociales et familiales : les dysfonctions familiales, la maladie mentale dans la famille, autres enfants à s'occuper, les contraintes

(Suite page 6)

emploi/famille, le lien de confiance non établi avec l'éducateur, l'inconfort possible ressenti dans le groupe éducatif, la difficulté à recruter les pères, les différences de culture avec les communautés ethnoculturelles.

d) Les raisons psychologiques : la mauvaise compréhension du rôle parental, la mauvaise compréhension du rôle de l'association et de celui de l'intervenant, les peurs, la culpabilité de se juger comme un mauvais parent, le déni du problème de santé mentale du proche, la colère contre le proche, la surprotection du proche, le manque de motivation, la honte, les activités éducatives perçues comme trop exigeantes ou mal adaptées.

e) Les raisons sociologiques : la transformation de la famille et son manque de consensus, le manque d'implication et d'engagement généralisé dans notre société.

### Les pères

Il y a une certaine difficulté à recruter les pères. À titre d'exemple à l'APAMM-RS, notre clientèle est composée à peu près de 75 % de femmes et de 25 % d'hommes. Cette situation serait peut-être attribuable au fait que les hommes en général, sont moins enclins à demander de l'aide, surtout dans un contexte de services institutionnels et communautaires.

### D'après Gaudet et Devault (2001)

Selon ces deux auteurs, en général les intervenants sont davantage habitués à intervenir auprès des clientèles féminines et se sentiraient peu outillés pour répondre aux besoins des pères et sont quelquefois ambivalents par rapport au rôle et à l'importance de leur présence auprès de leurs enfants. Les publicités de recrutement seraient également peu adaptées à leurs besoins spécifiques. Ces publicités n'offriraient pas aux pères des activités répondant au niveau de la forme, du

contenu et des horaires. Tout en s'adressant aux familles et parents, ces publicités sembleraient attirer davantage une clientèle féminine.

Un autre facteur serait que les pères se sentiraient moins concernés par les questions d'éducation de leurs enfants, surtout dans un contexte où les parents sont séparés et n'ont pas une garde partagée. De plus, les hommes seraient en général peu sensibilisés à afficher leur vulnérabilité.

Les pères éprouveraient de la difficulté à prendre leur place et à bien définir leur rôle dans une société où les femmes sont omniprésentes auprès de leurs enfants même à un âge adulte. Ceux-ci auraient tendance à être plus isolés (à souvent s'isoler eux-mêmes) et vivraient davantage de problèmes de violence et de suicide. Ils auraient grandement besoin de soutien.

Des études américaines et canadiennes révèlent que les approches en intervention auprès des pères qui semblent le mieux fonctionner sont celles qui misent sur leurs forces, qui ne sont pas basées sur des contenus de cahiers d'activités prédéfinis et qui tentent de les rejoindre de manière plus informelle. Les pères s'impliqueraient dans les organismes familiaux lorsqu'il y a des réparations à faire, des activités spéciales de loisirs ou des activités de financement à organiser. Certains viennent aux ressources de façon informelle, pour échanger et prendre un café. Une fois qu'ils seraient en confiance, ils auraient tendance à retourner à l'organisme.

Les pères auraient avantage à développer une confiance par rapport à leurs compétences paternelles, ainsi qu'à leur identité de pères en s'éloignant du modèle paternel traditionnel. En même temps, de nombreux pères modernes pensent que pour être de *bons pères*, ils doivent agir comme de *bonnes mères*. Il serait important de

réfléchir avec eux sur ce qu'ils ont eu comme modèles et sur ce qu'ils veulent devenir en tant que père. Il y aurait donc des activités et réflexions à développer en ce sens.

Les hommes préféreraient une intervention non formelle et non stigmatisante de même qu'une atmosphère de camaraderie. Les groupes d'entraide pour hommes fonctionnent bien s'ils peuvent décider eux-mêmes des thèmes à aborder; de procéder au rappel des participants entre les rencontres; d'offrir un service de transport; et d'offrir un repas ou une collation.

Une ligne d'écoute serait un service bien adapté à la réalité des hommes. Ce type de service leur permettrait de communiquer et de briser l'isolement plus facilement parce qu'elle assure l'anonymat des usagers.

En conclusion, l'APAMM-RS a tenté ces dernières années de modifier son approche afin d'augmenter

la participation des hommes aux activités de groupe, sans grand résultat. Toutefois, nous restons ouverts à innover. Vos idées et suggestions seront les bienvenues!

### Référence

Gaudet, Judith et Devault, Annie. (2001). Comment intervenir auprès des pères? Le point de vue des intervenants psychosociaux. Dans *Intervention, Revue de l'ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, no 14, automne-hiver, pp 44-52. [www.unites.uqam.ca/grave/prospere/pages/pdf/Comment\\_intervenir\\_peres.pdf](http://www.unites.uqam.ca/grave/prospere/pages/pdf/Comment_intervenir_peres.pdf) (14 mars 2011).

« La plus grande gloire dans la vie ne réside pas dans le fait de ne jamais tomber, mais dans celui de se relever à chaque fois que nous tombons. »

- Nelson Mandela

## Pourquoi faire un don à l'APAMM-RS? Parce que nous avons besoin de vous!

- ❖ Parce que notre raison d'être est d'alléger la souffrance des familles et des proches de la personne atteinte de maladie mentale.
- ❖ Parce que l'APAMM-RS est un organisme UNIQUE.
- ❖ Parce que notre budget ne suffit pas à réaliser tous nos projets pour mieux vous servir.

### Prévenir et intervenir

Faire un don à l'APAMM-RS, c'est investir dans la vie des familles.

L'APAMM-RS est reconnue comme organisme de bienfaisance enregistré. À ce titre, les dons versés à l'APAMM-RS vous donnent droit à des crédits d'impôt.

## LE REGARD DE LA MALADIE MENTALE SELON DIVERSES CULTURES

Par Eilyn Miranda, Conseillère en santé mentale.

Pour beaucoup de personnes, le concept de maladie mentale est seulement interprété du point de vue qu'on connaît, et de la perspective de ce qui est accepté en tant que concept dans leur société. Par simple curiosité, j'ai demandé à quelqu'un (de notre société occidentale nord-américaine) de me donner son opinion sur le fait que, sous d'autres latitudes, on puisse avoir une vision différente de la maladie mentale et de ses traitements. Cette personne m'a répondu : « je comprends qu'ailleurs dans le monde on soit plus archaïques, moins développés, plus en retard... ». « Et si tu voyages à l'autre bout de la Terre et que tu poses la même question sur notre vision de la maladie mentale, accepterais-tu que pour eux nous soyons une société retardée, peu développée et avec des concepts bizarres? Imagine que tu vas dans une culture millénaire, qui existait bien avant qu'on soit un peuple... ». Mon interlocuteur a accepté qu'on peut être, pour le moins qu'on puisse dire, vu comme étant différent.



Que cela nous plaise ou non, on doit accepter que, tout comme n'importe quel autre concept, celui de *maladie mentale* est interprété selon le contexte culturel où l'on vit. Pour Julianne Lipson (RN, PhD. de l'University of California) « la culture est un système de symboles qui sont partagés, appris et transmis à travers des générations d'un groupe social ». La culture définit donc nos concepts, notre interprétation des événements de la vie, notre idée de ce qui est ou n'est pas une maladie mentale, selon le groupe social dans lequel nous vivons. L'interprétation qu'un groupe social donne à la maladie mentale déterminera comment on accepte un traitement, un système de santé ou de guérison. Cela déterminera aussi le lien entre maladie et magie ou religion, le sens qu'on donne à la maladie et la participation de la famille et la communauté dans la guérison. Si nous voulons traiter, rééduquer le patient et sa famille, resocialiser et réintégrer en

société, nous devons d'abord prendre le temps d'écouter ses propres concepts de maladie mentale, le sens que la culture spécifique du malade donne à sa maladie.

Par exemple, aux Pays-Bas pendant le 18<sup>e</sup> siècle, lorsqu'une famille avait un malade mental à charge, elle pouvait demander une aide économique aux autorités communales. Dans ce cas, il suffisait d'avoir une lettre d'appui d'un curé, de quelques voisins ou de quelqu'un d'important dans la communauté. Ce n'est qu'à la fin du 18<sup>e</sup> siècle qu'on demande une attestation d'un médecin. Dans une telle société et à cette époque, la famille devait prendre soin du malade et il était hospitalisé seulement en cas d'agitation extrême. S'il sortait de l'hôpital, on aidait la famille avec des aliments, puisqu'on considérait que le malade n'était pas capable de subvenir à ses besoins. Comme on peut voir, l'important était de le contrôler, de le retenir et de l'alimenter, plutôt que de le réhabiliter.

Suite à la Révolution française, la perception de la maladie mentale change en Europe en général. On considère qu'elle trouble l'ordre social et dès le début du 19<sup>e</sup> siècle, les malades commencent à être envoyés dans des asiles. La vision se focalise dans le but de protéger la société *en santé*, et on attribue aux médecins la capacité de distinguer entre la personne malade et la personne *normale*.

De nos jours, il y a des nuances culturelles qui affectent la vision de la santé mentale par certains peuples ou groupes sociaux. D'un autre côté, il y a des personnes de notre société occidentale qui sont attirées par des traitements hors de notre culture, parfois par curiosité, parfois par désespoir ou parce qu'elles veulent mettre toutes les chances de leur côté.

Ces possibilités de traitements mixtes (ayant un pied dans sa culture et l'autre dans une autre culture) sont beaucoup plus grandes dans les sociétés pluriculturelles comme les nôtres.

#### Quelques exemples de maladies mentales selon les cultures

Si l'on prend comme exemple les communautés latino-américaines et antillaises, on parle d'une maladie mentale appelée *ataque de nervios* (attaque de nerfs), une détresse qui se caractérise par le sentiment général d'être hors de contrôle. Les symptômes peuvent être de pleurer sans contrôle, trembler, une chaleur dans la poitrine qui monte à la tête. Elle a comme élément déclencheur un possible deuil, un conflit interpersonnel ou autres. En faisant référence au DMS-V, elle est comparable à une crise d'angoisse.

Au Mexique on parle de *susto*, en référence à une peur subite avec une intensité qui fait sortir l'âme du corps en causant une souffrance, la maladie et la mort. Cette maladie a comme symptômes des troubles de sommeil, des troubles d'appétit, un manque d'énergie pour faire des activités, la dévalorisation personnelle, des diarrhées, céphalées et autres. D'une certaine façon comparable au trouble dépressif majeur et au trouble par stress post-traumatique du DSM-V. Dans la médecine populaire, le traitement pour le *susto* consiste en des rituels pour faire revenir l'âme dans le corps et rétablir l'équilibre spirituel et corporel.

Dans des cultures amérindiennes, il y a la *maladie des esprits*, qui a comme symptômes : une sensation de danger et de faiblesse, des cauchemars, des évanouissements, de la peur, de l'anxiété, des hallucinations, aucune envie de manger, des pertes de conscience, des confusions, des suffocations.

Au début du 20<sup>e</sup> siècle, il y avait le *kitsumetsuki*, un diagnostic de maladie mentale très commun au Japon. Il consistait littéralement en l'état d'être possédé par un renard qui entre dans le corps du malade (une jeune femme), sous ses ongles ou au travers de ses seins. Comme symptômes, il y a les envies de manger du riz et des haricots rouges

sucrés, de l'agitation, de l'apathie, des convulsions violentes, de l'aversion pour le contact visuel.

Semblable à la psychose réactive brève (du DSM-IV), principalement en Afrique de l'Ouest et en Haïti, il y a la *bouffée délirante*. Elle est l'apparition violente et temporaire d'épisodes délirants chez une personne apparemment sans aucune maladie. Elle dure quelques semaines et pendant moins de six mois. Il y a la présence d'hallucinations et de délires fréquents, l'altération du jugement, des idées de persécution, de possession, des idées de grandeur, l'obsession par des thèmes mystiques ou érotiques et une grande instabilité d'humeur. Il y a des passages de phases d'euphorie intense aux phases de dépression profonde en quelques instants et aussi, un risque de suicide.

En Afrique de l'Ouest, au Nigeria, il y a le *ode ori* (chasseur de tête). Selon la description des guérisseurs traditionnels yoruba, Roa Makonjoula (Acte psychiatrique balouyage dinarica 75 (1987) 231-236 SAGE Publications Inc.), les symptômes sont les suivants : sensation qu'un être vivant rampe dans la tête et quelques fois dans d'autres parties du corps, des bruits dans les oreilles, des palpitations et d'autres plaintes somatiques.

#### Conclusion

Il est impossible de connaître toutes les variantes des concepts de maladie mentale qui existent selon toutes les cultures. Il est aussi faux de penser que chaque pays, nation ou groupe social a une seule culture. Il existe une diversité au sein d'une même culture. On ne peut pas prétendre, dans une société pluriculturelle, un système de santé pour chaque culture existante. On peut, par contre, être ouvert lorsqu'on écoute le malade et sa famille, prêter attention à leur concept de maladie mentale, quel sens on donne à la maladie et à partir de là, détecter des points de rencontre pour intéresser le malade à un traitement. On ne peut pas oublier non plus, qu'entre professionnel traitant et patient traité, il y a aussi une rencontre de cultures même si les deux sont du même pays. Il y a une influence de la culture familiale, l'histoire selon les âges de chacun, peut-être même une rencontre entre la culture urbaine et rurale, etc.

## Témoignage d'une membre de l'APAMM-RS

Du plus loin que je me souviens, ma fille Karine a toujours été différente de mes autres enfants. Aujourd'hui, après avoir suivi la formation sur le trouble de personnalité limite (TPL), je comprends qu'on ne peut intervenir avec une personne atteinte d'un TPL comme on le fait avec un enfant au comportement dit *normal*. Par contre, je l'ai ignoré pendant 30 ans et mon mari et moi avons fini par nous épuiser.

Un matin de décembre 2013, Karine m'a téléphoné en pleurant et voulait que j'aille la voir. Elle m'a annoncé qu'elle avait fraudé à son travail pour 14 000 \$, qu'elle devait aller se livrer à son employeur parce qu'ils avaient tout découvert. Elle était paniquée à l'idée de perdre sa fille de 6 ans. J'étais bouleversée, je pensais à ma petite-fille, et comme je ne voulais pas qu'elle perde sa maman, je suis allée à la banque, j'ai donné l'argent et elle a pu rembourser son employeur. Elle s'est séparée par la suite et je l'ai accueillie chez moi de décembre à juillet. Durant cette période, elle nous a menti à plusieurs reprises. Elle ne voulait pas travailler, ne voulait pas se chercher de logement, refusait de recevoir de l'aide sociale et nous manipulait en se mutilant. C'est à ce moment que nous avons reçu le diagnostic de TPL. Nous avons dû l'obliger à partir; décision qui a été terriblement difficile. Elle a vécu dans son ancien logement de juillet à décembre. De son propre choix, elle gardait le logement complètement vide et couchait par terre. Pendant des semaines, je me suis démenée à essayer de l'aider... sans succès. Elle a fini par être expulsée parce qu'elle ne payait pas le loyer.

Lorsqu'elle s'est retrouvée à la rue elle m'a suppliée de revenir à la maison. J'ai refusé et je lui ai donné le bottin des ressources de l'APAMM-RS. Les services sociaux lui ont trouvé un refuge à Montréal. Elle y habite présentement pour 14 semaines. Elle a dû faire plusieurs démarches avec l'aide des intervenants. Elle aura prochainement un logement à 25 % de son revenu et se cherche présentement un travail.

Ce que je peux dire de toute cette expérience qui a été très déchirante c'est que si je l'avais accueillie à nouveau chez moi, elle n'aurait fait aucune démarche. Maintenant, elle sait qu'elle ne peut plus nous manipuler. Elle sait aussi que si elle ne profite pas de l'aide qu'elle reçoit présentement, elle devra quitter dans 14 semaines et se retrouvera à la rue.

Je peux aussi affirmer que si je n'avais pas reçu la formation sur le trouble de la personnalité limite je n'aurais pas réussi un tel *exploit*. J'ai compris que je devais lâcher prise pour moi et aussi pour ma fille. Je ne lui rendais pas service du tout. Je sais maintenant qu'à long terme, il n'y aura que du positif qui en ressortira. Depuis ce temps-là, elle me téléphone à toutes les semaines et me tient au courant. Je ne crois pas qu'elle est *guérie* de son trouble de la personnalité mais elle prend ses responsabilités et assume les conséquences de ses gestes.

Merci à l'équipe de l'APAMM-RS qui nous a écoutés, conseillés et réconfortés par leurs précieux conseils.

*Monique M.*

## Connaissez-vous l'organisme ... Action Nouvelle Vie?



Interviewer : Gabrielle Racine, Conseillère en santé mentale

Interviewée : Cassandra Lafontant-Denis, Relationniste à Action Nouvelle Vie

### Historique de l'organisme Action Nouvelle Vie :

En 1993, c'est la mise sur pied de l'organisme et c'est l'année suivante qu'il y a les premières distributions de nourriture ainsi que les premiers paniers de Noël. En 1995, l'organisme ouvre sa propre boutique de vêtements neufs et usagés. Au fil des ans, Action Nouvelle Vie a mis sur pied plusieurs programmes dont *Bon départ* et *Retour à l'école*. Aujourd'hui, Action Nouvelle Vie compte quatre programmes à son actif soit : aide alimentaire, santé et éducation, aide vestimentaire et réinsertion. Parmi ces programmes, nous pouvons retrouver des ateliers pour les mères, de l'aide pour la rentrée scolaire des enfants et plus encore. Je vous invite à consulter le site internet [www.actionnouvellevie.com](http://www.actionnouvellevie.com) et cliquez sur le volet *En Action* afin de connaître tous les programmes.

### Quelle est la mission d'Action Nouvelle Vie?

Action Nouvelle Vie apporte une aide autant aux familles qu'aux individus touchés par la pauvreté. L'organisme vise « à répondre aux besoins essentiels, tout en focalisant sur la formation et la réinsertion sociale, et ce en collaboration avec d'autres partenaires à l'œuvre sur notre territoire d'intervention ».

### Qui peut avoir recours à vos services?

En fait, tous les résidents de la Rive-Sud sous le seuil de la pauvreté peuvent avoir accès à nos services. Cependant dans certains cas la personne peut être référée à un autre organisme (ex. celle-ci habite trop loin pour venir nous rencontrer, etc.)

Sur votre site, nous pouvons constater que vous avez quatre programmes soit : l'aide alimentaire, santé et éducation, aide vestimentaire et réinsertion. Comment la personne doit-elle s'y prendre pour accéder à un de ces programmes?

Tout d'abord, celle-ci peut nous téléphoner ou nous envoyer un courriel. Par la suite, la réceptionniste retournera l'appel dans le but de connaître plus spécifiquement les besoins de la famille. Et ainsi, elle pourra prendre rendez-vous pour une aide alimentaire ou sera redirigée vers un département, selon ses besoins.

### Quel est le programme le plus en demande?

L'aide alimentaire. Il y a le dépannage alimentaire et la banque alimentaire régulière. En ce qui concerne le dépannage alimentaire, il est accessible une fois par mois par personne, la demande doit être faite par téléphone la veille de la distribution après 17 h ou le matin même soit avant 9 h. La personne doit laisser un message vocal et elle sera rappelée afin d'évaluer sa situation financière. La distribution a lieu le mardi et le jeudi de 12 h 30 à 15 h. Pour ce qui est de la banque alimentaire régulière, la personne doit appeler afin de prendre rendez-vous avec une intervenante pour évaluer si elle ou sa famille est admissible à ce service. Elle aura à fournir le bail du logement, le relevé bancaire des trois derniers mois ainsi que d'autres documents selon sa situation. En fonction de sa situation financière ou celle de sa famille, celle-ci peut avoir accès à la banque à chaque semaine ou à toutes les deux semaines en payant un montant entre 10 \$ et 20 \$.

(Suite à la page 12)

« Action Nouvelle Vie est aujourd'hui reconnue pour sa contribution envers plus de **8 000 personnes** défavorisées **chaque mois** » [actionnouvellevie.com](http://actionnouvellevie.com)

## Quelques faits intéressants :

- À chaque année, plus de 14 500 paniers de nourriture sont distribués.
- À Noël, il y a 1 600 paniers de nourriture distribués en une journée.
- En 2014, il y a 25 mères qui ont bénéficié d'ateliers et 110 bébés ont été soutenus.

Source : actionnouvellevie.com

**Vous pouvez devenir membre de l'Association (par la poste ou en ligne sur notre site internet)**

Cotisation : 20 \$ par membre

35 \$ par famille (à une même adresse)

ASSOCIATION DES PARENTS  
ET AMIS DE LA PERSONNE  
ATTEINTE DE MALADIE MENTALE  
RIVE-SUD

10, boulevard Churchill, suite 206  
Greenfield Park, Québec, J4V 2L7  
Téléphone : 450.766.0524

Courriel : [info@apammrs.org](mailto:info@apammrs.org)Site web : [www.apammrs.org](http://www.apammrs.org)**Venez nous voir sur Facebook et cliquez j'aime!**

Centre intégré  
de santé et de  
services sociaux de  
la Montérégie-Centre

Québec

*L'APAMM-RS a pour mission de regrouper les membres de l'entourage d'une personne qui présente des manifestations cliniques reliées à un trouble majeur de santé mentale, de leur offrir une gamme de services de soutien et ce, afin de leur permettre d'actualiser leur potentiel.*

**ÉCHOS EST LE BULLETIN D'INFORMATIONS DE L'ASSOCIATION DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE  
ATTEINTE DE MALADIE MENTALE – RIVE-SUD (APAMM-RS)**

**Conseil d'administration**

Guy Savoie	président
Chantal Boisclair	vice-présidente
Jacques Petit	secrétaire
Pierre Daoust	trésorier
Iréné Chabot	administrateur
Ghislaine Pilon	administratrice
Micheline Bessette	administratrice

**Personnel**

Patricia Arnaud	directrice générale
Eilyn Miranda	intervenante psychosociale
Marie-Christine Dion	intervenante psychosociale et art-thérapeute
Linda Girard	intervenante psychosociale
Denise Dorval	secrétaire réceptionniste

Coordination du bulletin  
Patricia Arnaud

Chroniques et textes  
L'équipe du personnel

Photographies et illustrations  
Canstockphoto.com

Conception et réalisation du bulletin  
Gabrielle Racine

Révision de textes et correction  
L'équipe du personnel

DÉPÔT LÉGAL ISSN : 1703-0471

Bibliothèque nationale du Québec  
2<sup>e</sup> semestre 2015

**Merci à nos généreux donateurs!**