

Articles de référence

Redonner tout son sens au verbe «soigner»

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/482499/redonner-tout-son-sens-au-verbe-soigner>

19 octobre 2016 | Gilbert Paquet - *Montréal* | [Santé](#)



Photo: Kataryzna Bialasiewicz Getty Images

L'invisibilité du proche aidant est le secret le mieux gardé de notre système. Récemment, je suis tombé sur un livre qui m'a fait du bien, qui m'a inspiré ce billet... et qui m'a réconcilié avec mon rôle de proche aidant : *L'homme sans fièvre*, de Claire Marin. Le proche aidant, c'est celui qui soigne, c'est celui qui, au sens propre, « *s'occupe avec attention de, a soin de* ». Plus que tout, c'est celui qui soigne sans guérir. La précision est essentielle.

Aux yeux de la médecine, soigner pour guérir va de soi, car pour elle, la guérison est la seule finalité du soin.

À ses yeux, celle de la réussite thérapeutique, de la performance, de l'efficacité, de la rentabilité économique, celle du taux de rendement et de la rotation de lits, ne pas guérir est un désaveu. Désaveu des capacités de la médecine, désaveu de l'omnipotence des médecins dans notre société, désaveu du pouvoir de l'industrie pharmaceutique et de celui de ses molécules. Quand on sait qu'au Québec, le budget de la santé se chiffre à plusieurs dizaines de milliards de dollars, on devine que ce désaveu ne doit pas être publicisé. Le contribuable risquerait alors de se demander, à bon droit, à quoi peuvent bien servir tous ces milliards... s'ils ne le guérissent pas.

Soigner sans guérir

Dans un contexte de médecine de la performance économique, le soin sans guérison n'a aucune valeur. Ce soin sans valeur, c'est celui des aînés, celui des handicapés physiques et mentaux, celui des malades chroniques. C'est le soin qui permet au malade de vivre avec sa maladie, tout simplement. C'est cette simplicité qui fait toute sa noblesse, et distingue le soin humanisé du soin technocratisé. C'est le soin artisanal, modeste, répété, attentionné, le soin sans *glamour* et souvent, sans satisfaction de réussite : parler, reconforter, masser, frictionner, soulager, laver, essayer, nourrir, habiller, consoler...

« *Voilà des gestes bien difficiles à répertorier dans l'inventaire technicisant d'un protocole de soin. Et pourtant... Cette humanité du soin relève d'abord de la relation humaine. Il s'appuie sur une certaine intuition de la relation à autrui, sur une sensibilité, une perception. [...] Toutes les formes (qu'épouse ce soin) semblent aujourd'hui condamnées à une relative invisibilité, ou sont évoquées au mieux avec une légère condescendance, reléguées tout en bas d'une hiérarchie implicite de soin.* » (*L'homme sans fièvre*, p. 11)

Le partenaire invisible

Cette invisibilité qu'évoque Claire Marin, c'est celle du proche aidant. Cette invisibilité, elle est le secret le mieux gardé de notre système de santé. Sans le proche aidant, ce système ne pourrait tout simplement pas fonctionner. Pourtant, aucun des soins dispensés par l'aidant n'est reconnu, salué ou rétribué. Chaque année, les proches aidants dispensent gratuitement des soins qui, autrement, coûteraient des milliards de dollars à la collectivité. Grâce à lui, ces soins non rétribués permettent à notre système de santé et à nos gouvernements d'épargner des millions en frais d'hospitalisation et de soins de longue durée, en établissement comme à domicile.

Dans son documentaire-choc *Partenaire invisible*, Sylvie Rosenthal illustre bien la réalité précaire et alarmante des proches aidants : abnégation de soi, isolement, épuisement, appauvrissement, maladie.

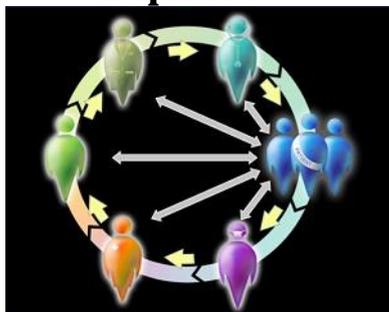
Guérir est un long processus, un processus incertain et coûteux, aussi bien pour celui qui souffre que pour celui qui accompagne. Réduire le soin à la guérison, faire de la guérison le seul horizon valable de la médecine, c'est passer à côté de ce qui fait l'humanité du soin.

Le manque d'humanité, n'est-ce pas ce qu'on reproche souvent à la médecine comme à notre système de santé ? Le reproche est justifié, mais nous pourrions aussi nous l'adresser, et ce faisant, nous offrir un petit examen de conscience collective

Le savoir du patient

<http://www.hinnovic.org/les-savoirs-experientiels-du-patient-source-premiere-dinnovation-en-sante/>

Les savoirs expérimentiels du patient : source première d'innovation en santé ?



Au Canada, une personne sur deux vit, au quotidien, avec au moins une maladie chronique.

Bien que ce chiffre illustre le défi considérable auquel doit faire face notre système de santé déjà à bout de souffle, l'équipe de la [Direction Collaboration et Partenariat Patient \(DCPP\)](#) de la faculté de médecine de l'Université de Montréal a décidé de le voir au contraire comme une source de créativité inattendue pour la transformation des milieux de soins de demain.

Imaginez l'ampleur et la richesse des savoirs expérimentiels accumulés par un patient hémophile qui a passé plus de 10h par semaine pendant plus de 30 ans (c'est à dire près de 15 000 heures) dans les milieux de soins, ou en tant qu'acteur de ses propres soins à domicile. Faites le même exercice avec un mari qui a accompagné sa femme atteinte de la maladie d'Alzheimer pendant plus de 10 ans à travers les dédales d'un système de santé complexe ainsi que dans son quotidien.

Alors que les professionnels de la santé sont les experts de la maladie, les patients et leurs proches sont les véritables experts de la vie avec la maladie.

Les membres de la DCPP ont alors choisi de permettre à ces deux univers qui cohabitent au quotidien de se rencontrer sur un terrain commun et de construire ensemble. Notre proposition : habiliter les patients à agir durablement sur les missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements en soins de santé en mobilisant la richesse des savoirs expérimentiels issus de leur vie avec la maladie et ceci, grâce à la création d'un partenariat de soins entre professionnels de la santé, gestionnaires et patients.

La créativité au service de l'amélioration continue

Mais par où commencer? Quels projets porteurs choisir? Nous avons choisi par exemple de matérialiser notre vision du partenariat de soins à travers les projets d'amélioration continue qui sont régulièrement mobilisés dans le réseau de la santé. La nature-même de cette démarche, basée sur le partage de l'expérience du processus de soins par les acteurs, nous a paru constituer le vecteur le plus approprié pour illustrer rapidement et concrètement la valeur ajoutée

de la contribution des patients à l'amélioration des soins de santé. De plus, comment ne pas profiter du fait que « les soins de santé » comptent parmi les rares domaines où le destinataire du service est aussi un acteur de la chaîne de valeur (le patient assumant ses propres soins).

Depuis 2010, plus de 30 équipes cliniques au sein de 18 établissements ont donc été accompagnées par la DCCP dans leur [démarche d'amélioration continue des soins](#) (ex : l'équipe de santé mentale au CHUM, l'équipe de gériatrie à l'hôpital Sacré-Cœur, etc.) et la contribution essentielle des patients fut reconnue unanimement. **Ce qui ressort le plus de cette première expérimentation du partenariat de soins au sein d'une démarche d'amélioration continue, c'est que les patients sont indiscutablement les mieux placés pour identifier les changements qui auront un véritable impact sur la qualité de leur expérience.**

Trois conditions pour un partenariat durable

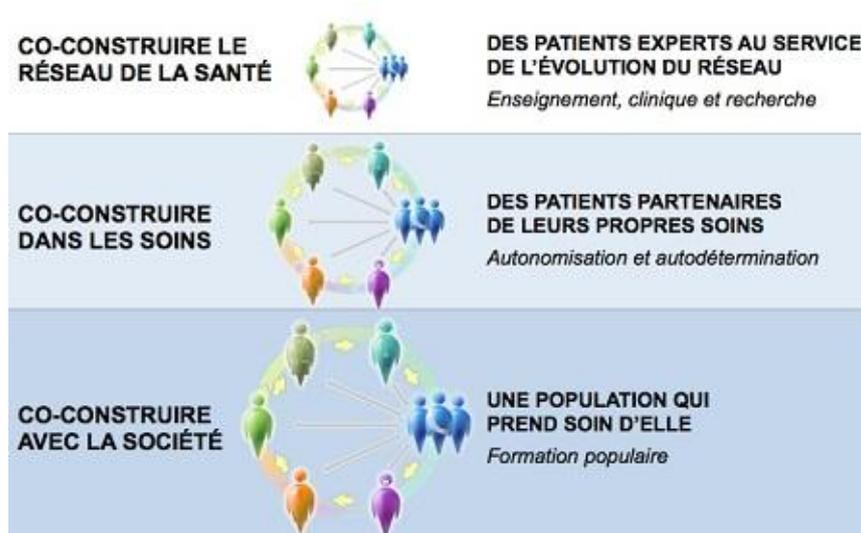
Vous vous demandez certainement comment il est possible que l'intégration du patient dans les décisions concernant ses traitements, ou encore, concernant les milieux de soins dans lesquels il vit au quotidien, puissent constituer une initiative avant-gardiste? Pourquoi, alors que toutes ces décisions concernant en finalité le patient et son projet de vie, les professionnels de santé ne travaillent-t-ils pas déjà en partenariat avec celui-ci et ses proches? Nous nous sommes posés les mêmes questions et avons alors travaillé sur l'identification des enjeux culturels, organisationnels et éducatifs à l'origine de cette situation paradoxale.

À ce jour, ces travaux nous ont permis d'identifier les 3 conditions gagnantes pour matérialiser la réalité du partenariat de soins :

L'ancrage d'une vision du partenariat dans les soins (intégrer la vision du partenariat de soins dans la planification stratégique et dans les valeurs de l'organisation afin de valoriser ces comportements de partenariat entre intervenants mais aussi avec les patients et leurs proches)

La consolidation d'une culture du partenariat dans l'organisation (habiliter les professionnels de la santé, les gestionnaires, les étudiants au partenariat de soins en développant leurs compétences de partenaires en santé (la DCCP a développé un référentiel de compétences en ce sens))

La structuration de l'engagement patient dans les processus (encadrer, formaliser et reconnaître la contribution des patients aux milieux de soins)



Schématiquement, nous avons donc deux cibles principales d'intervention : la culture (la tête) + les pratiques (les bras). **Pour y arriver, nous avons choisi d'incarner nous-mêmes cette vision du partenariat en constituant une équipe de travail composée de patients, de professionnels de la santé et de gestionnaires afin de pouvoir agir et construire ensemble les milieux de soins de demain.**

Nos projets futurs? L'habilitation au partenariat de soins d'un nombre encore plus important d'équipes cliniques à travers le Québec et le Canada, la création d'une École du Partenariat en Santé qui formera l'ensemble des partenaires en santé (cliniciens, gestionnaires, patients et proches), mais surtout l'initiation d'une réforme profonde de la formation des professionnels de la santé dans une perspective d'humanisation des soins (ce que nous avons déjà initié depuis deux ans avec la réforme du programme de médecine).

Une révolution est en marche. Construisons ensemble les milieux de soins de demain.

Santé mentale Le devoir du 9 octobre 2014

Ces proches aidants qu'on empêche d'aider

Ceux qui s'occupent d'un proche atteint d'une maladie mentale réclament plus de place

9 octobre 2014 | [Caroline Montpetit](#) | [Actualités en société](#)



Photo: Marjan Apostolovic

Aux premières loges des avancées de la maladie mentale de leurs proches, les aidants sont pourtant souvent carrément mis de côté par le système.

Aux prises avec un système qui leur laisse peu de place et de marge de manoeuvre, les proches aidants des personnes atteintes de maladie mentale demandent plus de souplesse dans l'interprétation des lois, et davantage d'encadrement pour leurs proches qui sortent de l'hôpital.

Lorsqu'il veut signaler une détérioration de l'état de santé de son fils schizophrène au médecin de celui-ci, Jean-Pierre Langelier doit laisser un message à la secrétaire ou à l'infirmière. Celle-ci rappelle alors le fils de M. Langelier pour fixer un rendez-vous plus tôt que prévu, souvent en prétextant un conflit d'horaire. C'est le moyen qu'il a trouvé pour contourner le règlement sur la confidentialité, qui prévoit que les informations sur le dossier de santé des adultes malades ne peuvent être transmises à un tiers, même s'il est apparenté, sans leur consentement.

Aux premières loges des avancées de la maladie mentale de leurs proches, les aidants sont pourtant souvent carrément mis de côté par le système, et réclament d'être davantage impliqués dans le processus de traitement de la personne qu'ils aident. Ils demandent une interprétation moins stricte de la loi sur la confidentialité, qui interdit aux médecins de leur transmettre des informations sur les traitements. Et ils souhaiteraient aussi que les juges aient une vision à plus long terme de la dangerosité de la personne souffrante, dans le cas où ils doivent obtenir de la cour un mandat d'ordonnance d'évaluation psychiatrique ou un mandat de traitement.

C'est ce que revendique Hélène Fradet, directrice de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, alors que débutait lundi la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales au Québec.

« C'est très souvent problématique pour les familles d'avoir recours à la loi d'exception pour faire évaluer un proche en période de désorganisation », dit-elle. L'évaluation de « la dangerosité est toujours reliée à l'immédiateté du danger », plaide-t-elle. Or, les proches de la personne atteinte voient l'évolution de la maladie de la personne, constatent qu'elle

commence à se réfugier dans un autre monde, ou à parler seule bien avant le point culminant de la crise. Selon Mme Fradet, plusieurs comportements dangereux pourraient être évités si l'on tenait davantage compte de leur témoignage. **« On peut s'interroger sur les témoignages de policiers qui racontent qu'ils vont s'investir en emmenant un malade à l'hôpital pour une évaluation, pour le retrouver 24 heures plus tard exactement dans la même situation », dit Mme Fradet.**

Pour faire soigner son fils schizophrène, qui refusait de reconnaître sa maladie, Jean-Pierre Langelier a dû avoir recours à quatre ordonnances d'évaluation psychiatrique, puis à une ordonnance de traitement. En clair, cela signifie que les policiers doivent aller chercher le malade chez lui pour le faire évaluer par un médecin. Et le combat ne s'arrête pas là. *« Il sortait de l'hôpital, et puis il ne prenait plus ses médicaments »*, raconte-t-il. Ce n'est d'ailleurs que lorsqu'il y a été obligé que le fils de M. Langelier a finalement accepté de prendre sa médication, sous peine d'être de nouveau confié aux policiers.

M. Langelier et sa femme sont allés chercher une ordonnance d'évaluation psychiatrique quelques mois après avoir constaté que la santé de leur fils se détériorait et qu'il sombrait dans la paranoïa. Mais l'expérience est extrêmement souffrante, tant pour les parents que pour le malade. « Il nous regardait et il disait : pourquoi vous avez fait ça ? », raconte M. Langelier.. M. Langelier croit d'ailleurs que c'est une des raisons qui fait que les proches attendent souvent très longtemps avant d'avoir recours à ces procédures.

Et selon le psychiatre Marc-André Roy, ces délais peuvent avoir une incidence majeure sur la santé des individus. *« L'application rigide de la loi mène à des conséquences dommageables pour la personne »*, dit-il. Car la non-reconnaissance du problème est un symptôme courant de certaines maladies psychiatriques, dont la schizophrénie. Dans ce cadre, il arrive aussi que la famille soit perçue avec méfiance par le malade, qui peut alors s'opposer à son implication. Pourtant, les études montrent que l'implication des proches auprès des personnes souffrant de problèmes de santé mentale a un impact positif important sur leur rétablissement.

Aussi, l'équipe du Dr Roy, à l'hôpital de l'Enfant-Jésus de la région de Québec, a-t-elle mis sur pied un comité de travail interdisciplinaire et intersectoriel qui vise à impliquer le plus de personnes possible dans le processus. *« On regarde comment on peut assouplir notre pensée et utiliser notre jugement »* pour travailler avec la loi, dit-il. Par exemple, la loi interdit aux médecins de divulguer des informations sur le traitement des personnes malades, mais elle leur autorise d'en recueillir auprès des proches. Selon le Dr Roy, si on s'applique à bien expliquer au malade les enjeux liés à l'implication de ses proches, on arrive beaucoup plus facilement à obtenir son consentement.

Mais l'approche des services de santé en cette manière varie considérablement d'un établissement à l'autre. *« Beaucoup de personnes sortent de l'hôpital après un séjour en psychiatrie sans qu'il y ait de suivi »*, raconte Mme Fradet. La famille apprend par exemple que le malade a reçu son congé de l'hôpital lorsqu'il se présente sur le pas de la porte...

Or, les proches aidants des personnes atteintes de maladie mentale sont souvent âgés, puisque ce sont des maladies qui se déclarent souvent au début de la vie adulte. Les membres du réseau de la Fédération des familles et amis de personnes atteintes de maladie mentale ont en moyenne 70 ans ! Et ils sont nombreux. « Nous recevons 60 000 demandes d'aide par année », dit Mme Fradet. La FFAPAMM lançait cette semaine sa campagne Avant de craquer, pour inviter les proches aidants à chercher de l'aide dans le milieu communautaire. La Fédération réclame aussi un meilleur suivi à la sortie de l'hôpital, tant sur le plan de l'hébergement que des soins infirmiers. « Ce n'est pas le rôle de la famille de donner la médication », dit Mme Fradet. « Moi, j'étais plus un époux. J'étais l'infirmier en chef, le gardien de sécurité, je surveillais si elle prenait sa médication. J'avais besoin d'aide », raconte Lord, l'un des proches aidants qui participe à cette campagne.

Maladies mentales: éviter de sombrer

<http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201510/27/01-4914454-maladies-mentales-eviter-de-somberer.php>



[Isabelle Dubé](#) La Presse

Elle n'est pas contagieuse, mais touche lourdement ceux qui vivent avec le malade, notamment en raison des préjugés de la société. Comment faire pour tenir le coup lorsqu'un de nos proches est atteint d'une maladie mentale ? Où trouver les ressources pour garder le moral et éviter à notre tour de sombrer ? Isabelle Dubé fait le point.

Selon un sondage mené par l'Association médicale canadienne en 2008, 50% des Canadiens n'avoueraient pas qu'un membre de leur famille a une maladie mentale, contrairement à 72% pour un cancer. Aujourd'hui, le combat contre les préjugés envers les personnes atteintes de problèmes de santé mentale est loin d'être terminé. La Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM) rêve que la stigmatisation cesse et que les aidants ne vivent plus la honte.

«Quand deux voitures de police et une ambulance débarquent chez toi, ce n'est pas discret, raconte Pierre*. Les voisins assistent à la scène et jugent. C'est comme une histoire de lépreux.» L'homme de 67 ans a un fils atteint de schizophrénie. Les préjugés de la société envers les personnes souffrant de maladie mentale, il les connaît. Depuis que son fils a reçu son diagnostic, il y a une dizaine d'années, Pierre a tout fait pour ne pas tomber dans l'autostigmatisation.

Christiane Trudel, de son côté, n'a pu y échapper. Son fils souffre aussi de schizophrénie. «Les préjugés sont tellement forts dans la société qu'on se les applique à soi-même. On se sent coupable, on cherche où on a fait l'erreur, on s'isole et on a honte.»

Lorsqu'elle a reçu le diagnostic de son fils, elle s'est effondrée. «Je ne voyais plus d'avenir pour lui, explique-t-elle. Ce qui m'a aidée, ce sont les groupes de soutien. Quand on est plus solide, c'est plus facile d'accompagner un proche.»

«Aujourd'hui, [mon fils] est un père de 34 ans qui s'occupe seul de ses deux filles et je suis très fière du chemin parcouru, je suis très fière de lui.»

Christiane Trudel

C'est Pierre qui a appelé les secours quand son fils a voulu se suicider pour une énième fois. Il n'a pas été impressionné par l'intervention policière. Selon lui, les ambulanciers étaient beaucoup mieux formés pour faire face à une personne souffrant de maladie mentale. «Débarquer avec leurs pistolets pour faire face à des crises de suicide, ce n'était peut-être pas la meilleure idée. Ils l'ont amené à l'hôpital armés. Ça encourage la stigmatisation. C'était il y a 10 ans. Maintenant, je crois que c'est mieux.»

Afin d'être bien outillé face à la maladie, Pierre est allé chercher de l'aide dès le départ. «Ça m'a aidé à comprendre la schizophrénie, à comprendre comment ça se passait dans sa tête, à comprendre son comportement. J'ai pu faire une distinction entre les crises de colère et les crises suicidaires.»

Aujourd'hui, son fils âgé de 36 ans vit seul en appartement et réussit à équilibrer son budget. «J'ai atteint mon but. Il s'adresse au centre de crise ou à la travailleuse sociale quand il en a besoin. Il

prend ses médicaments. Je suis fier de lui. Je suis aussi conscient que rien n'est jamais sûr à 100%.»

**À cause des préjugés, Pierre souhaitait taire son véritable nom.*

À éviter avec un proche atteint

Les personnes qui vivent ou s'occupent d'une personne atteinte d'une maladie mentale en ont lourd sur les épaules. Pour éviter de craquer, voici quelques points à éviter, selon Mélanie Tremblay, directrice générale de l'association OASIS santé mentale à Granby et vice-présidente de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM).

La prise en charge complète de la personne

«C'est un piège! Les proches ont l'impression que c'est de cette façon qu'ils auront du pouvoir sur la maladie: s'assurer que son loyer est payé, que l'épicerie est faite, qu'il prend ses médicaments. Mais ça désresponsabilise la personne atteinte.»

Affronter la personne

«Quand on parle à des gens qui sont psychotiques, qui ont des symptômes très présents, il faut éviter de dire: "Ce n'est pas vrai que tu entends des voix, ce n'est pas vrai qu'il y a quelqu'un qui est menaçant pour toi." Pour la personne qui est malade, c'est bien réel.»

Diagnostiquer son proche

«Avec internet, on a tendance à le faire, ça semble facile. Mais la maladie mentale est difficile à diagnostiquer. Le diagnostic n'est pas une fin en soi. Il faut tout d'abord s'assurer du bon fonctionnement au quotidien de la personne atteinte.»

Être enragé contre le système

«On veut impliquer la famille dans le traitement pour diminuer les risques de rechutes. Si le proche est enragé contre le psychiatre, par exemple, ou une autre personne-ressource, il risque d'être exclu du processus. Le système de santé ne peut pas répondre à tous les besoins. Il faut accepter de prendre ce qui est disponible.»

S'attendre à une guérison

«Certaines personnes me demandent: "Qu'est-ce qu'il faut que je fasse pour qu'il soit guéri?" Il n'y a pas de pilule miracle. La personne atteinte, tout comme le proche, doit apprendre à vivre avec la maladie.»

À éviter en tant que proche

- S'isoler.
- Se victimiser et s'apitoyer.
- Se sentir responsable de la maladie de son proche.

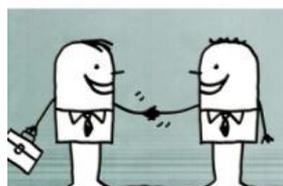
Où chercher de l'aide?

«Lorsqu'on apprend qu'un proche est atteint de maladie mentale, la détresse est élevée, soutient Christiane Trudel, présidente de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM) dans le Bas-Saint-Laurent. On ne peut pas rester seul avec ça. C'est important d'aller vers les organismes pour avoir du soutien et de l'information. Si on ne va pas chercher de l'aide, on peut finir par avoir soi-même des problèmes de santé mentale et physique. Plus on attend, plus la détresse et les problèmes augmentent.»

Le contrat psychologique en entreprise : **projection idéalisée des nouvelles relations de travail ou passage obligé pour un changement de paradigme socio-politique ?**

Transition vers le nouveau contrat psychologique

Posté par [Didier ERWOINE](#) le 06 02 12 dans [Côté RH](#) | [1 commentaire](#)



Du contrat formel...

Le contrat de travail spécifie toute une série d'obligations réciproques dans la relation employeur/travailleur (rémunération, horaires, traitement de l'information, confidentialité, ...). Mais tous ces devoirs sont généralement d'ordre pratico-pratique, juridique ou éthique.

Comme nous allons le découvrir, ces droits et devoirs ne recouvrent pas l'ensemble des attentes réciproques que peuvent entretenir l'employeur et le travailleur.

... au contrat psychologique

Lors d'un entretien de recrutement, le candidat doit « se vendre » (mettre en exergue des forces valorisables pour l'entreprise) et le recruteur doit valoriser la marque employeur (attractivité de l'entreprise). C'est le moment crucial où se joue une négociation tacite qui dépasse de loin toute clause contractuelle.

Le contrat psychologique se réfère aux attentes implicites réciproques qui sont sous-jacentes à la relation de travail. Il recouvre tout ce qui n'est généralement pas exprimé par écrit. Du côté de l'employeur, il peut s'agir d'une attente en matière de performance, d'implication personnelle, de temps de prestation et d'horaires, de résolution de problèmes, ... Pour le travailleur, il renvoie à une ambition personnelle, à une culture d'entreprise désirée, à une ambiance de travail propice, à l'autonomie, ...

Pour schématiser, le contrat de travail renvoie aux éléments rationnels, tandis que le **contrat psychologique fait référence au monde du ressenti.**

Il est à noter qu'un décalage peut survenir entre le contrat psychologique perçu et la réalité. En effet, les interlocuteurs en présence n'ont pas l'occasion de tout explorer lors de l'entretien, ni de se mettre d'accord de manière formelle sur leurs perceptions respectives. Par ailleurs, il existe des attentes inavouables (ex. ambition d'atteindre un haut niveau hiérarchique), et des besoins non exprimés voire non explorés par les intéressés eux-mêmes (ce n'est que par la suite, exposés à la réalité de terrain, qu'ils peuvent prendre conscience de certaines nécessités). Lorsqu'il y a « canif dans le contrat », la déception est au rendez-vous, et peut mener à la rupture de la relation de travail.

Par ailleurs, le contrat psychologique est en phase d'évoluer d'un « ancien » modèle à un « nouveau » modèle :

Caractéristiques de l'ancien contrat psychologique

Attentes de l'employeur vis-à-vis du travailleur :

- acceptation du travailleur de se former ponctuellement pour répondre à des besoins spécifiques
- rôle professionnel fixe
- obéissance et loyauté
- relation de travail contrôlante
- engagement contractuel
- obligation de moyens
- orientation-institution

Attentes du travailleur vis-à-vis de l'employeur :

- sécurité d'emploi
- responsabilité du management face au succès de l'entreprise
- ligne de démarcation nette entre vie professionnelle et vie privée
- stabilité du contexte professionnel (peu de changements)
- carrière uniforme

Caractéristiques du nouveau contrat psychologique

Attentes de l'employeur vis-à-vis du travailleur :

- démarche spontanée du travailleur de se former pour atteindre un meilleur niveau de performance, et pour s'auto-développer
- satisfaction rapide des besoins immédiats de l'organisation et rôle professionnel mouvant
- autonomie et initiatives
- co-responsabilité face au succès de l'entreprise
- engagement personnel et adhésion
- obligation de résultats
- orientation-client
- flexibilité

- carrière « patchwork »
- adaptabilité au changement
- frontière plus floue entre vie professionnelle et vie privée

Attentes du travailleur vis-à-vis de l'employeur :

- employabilité (= capacité à trouver un travail rapidement, par le maintien d'un haut niveau de compétences)
- contexte professionnel qui permet le développement des compétences (et donc l'employabilité)
- relation de travail basée sur la confiance
- participation accrue aux processus décisionnels

Quelles sont les implications concrètes du nouveau contrat psychologique pour le travailleur?

Pour le travailleur, le changement de paradigme aura pour conséquences principales :

- accommodation à une certaine instabilité et capacité à rebondir (résilience)
- nécessité de quitter sa zone de confort
- responsabilité accrue face aux résultats obtenus
- prise de décisions
- devoir d'appropriation du projet d'entreprise
- projet professionnel à définir et développer (et à moduler au besoin)
- déploiement d'une marque personnelle

Nouveau contrat psychologique, nouvelle gestion des ressources humaines ?

En matière RH, les défis sont nombreux :

En matière de marketing RH et recrutement :

Personne n'apprécie la publicité mensongère ou les promesses abstraites. La marque employeur a donc tout intérêt à s'objectiver (par des critères mesurables) et à s'affiner (par une réflexion sur les engagements que l'entreprise est prête à prendre pour les travailleurs).

Lors d'un entretien de recrutement, les composantes principales abordées sont généralement le parcours professionnel (réalisations passées), les compétences et la motivation. Mais qu'en est-il du climat professionnel apprécié ? des valeurs professionnelles ? des performances à venir ? du niveau d'autonomie ? ... Toutes ces zones d'ombre qui caractérisent justement le contrat psychologique mériteraient donc d'être clarifiées et mises à plat lors du recrutement.

Je vais encore un pas plus loin : dans quelle mesure certains éléments du contrat psychologique ne vont-ils pas être amenés à être tout simplement contractualisés (mis par écrit) ?

En matière de formation :

Le travailleur doit pouvoir se former, non seulement pour répondre aux besoins de l'entreprise, mais également pour assurer son employabilité, en ce compris pour des aspects parfois non liés directement à l'entreprise. Les besoins en formation vont donc certainement augmenter, et la gestion des formations sera davantage individualisée.

En matière d'évaluation :

Dans une relation de travail considérée à moins long terme, il devient nécessaire de mettre en place des feeds-backs plus fréquents.

Par ailleurs, le travailleur aura besoin de garder une trace de ses performances. L'implémentation et la gestion de portfolios individuels et/ou la validation formelle des compétences (éventuellement par un organisme extérieur) sont des pistes à envisager.

En matière de gestion du changement :

D'ordinaire, le changement a lieu sporadiquement, et se gère par « pics » de crise. Mais dans un monde qui évolue toujours plus vite, le changement devient permanent. Il y a donc lieu de l'encadrer d'une manière systématique et professionnelle.

En matière de bien-être au travail :

On en demande toujours davantage au travailleur. Les exigences et les attentes de l'employeur sont grandissantes. Cela risque de créer un climat de stress propice à l'épuisement professionnel. Une réflexion de fond n'est pas superflue quant à se fixer des limites raisonnables dans ce qui est demandé au travailleur.

En conclusion :

Les changements du monde socio-économique sont en passe de modifier la relation de travail. Employeur et travailleur doivent trouver de nouveaux compromis équilibrés. Et c'est aux RH que revient la responsabilité de trouver des solutions adaptées et créatives, compte tenu de cette nouvelle donne. Psychologue de formation et consultant RH au sein d'une administration locale, Didier ERWOINE élabore des solutions adaptées aux besoins de l'employeur : conseil organisationnel, outils de gestion des compétences, travail sur la cohérence des processus. Il vise essentiellement la croissance mutuelle de l'institution et de ses ressources humaines.

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la famille

Parlez, parlez, parlez!

<http://www.vac-acc.gc.ca/fournisseurs/sub.cfm?source=besoins/longueduree>

Qu'est-ce que le SSPT?

Le SSPT désigne une réaction psychologique à des événements traumatiques intenses, surtout lorsque la vie est menacée. Pour le personnel militaire, le traumatisme peut être lié à des opérations directes de combat, à une présence dans des zones de guerre dangereuses ou à une participation à des missions de maintien de la paix dans des conditions très éprouvantes et stressantes. Le SSPT peut toucher n'importe qui, quels que soient l'âge, le grade, le milieu culturel ou le sexe.

Le SSPT se caractérise par trois principaux groupes de problèmes pouvant être classés dans les catégories suivantes : l'intrusion, l'évitement et l'hyperéveil. Ces symptômes provoquent une détresse intense et peuvent donner lieu à des émotions telles que la culpabilité, la peur ou la colère. Ces symptômes affectent la capacité de la personne à fonctionner dans ses activités quotidiennes et auront donc un impact sur toute la famille.

Pour la plupart des gens, les symptômes disparaissent graduellement au fil du temps; néanmoins, pour des raisons qui ne sont pas encore claires, les symptômes persistent chez certaines personnes, qui peuvent continuer à en souffrir pendant des années. Il existe des traitements efficaces pouvant réduire les symptômes du SSPT de façon significative et améliorer les capacités à faire face à ce trouble. Si vos symptômes persistent ou s'aggravent, prenez des dispositions pour bénéficier d'une aide professionnelle. Un traitement précoce peut contribuer à éviter un stress de longue durée pour vous-même et votre famille et donne généralement lieu à de meilleurs résultats pour tous.

La voie du rétablissement nécessite de se renseigner sur la maladie, d'adopter des stratégies d'adaptation pour la personne qui a connu un traumatisme et la famille, d'avoir recours à une médication au besoin et à des services de consultation afin de réussir à gérer les symptômes et à composer, de façon efficace, avec les séquelles de l'expérience traumatique. Si vous demandez ou recevez de l'aide professionnelle et que vous êtes disposé à adopter une approche de résolution de problèmes face aux difficultés familiales qu'entraîne le SSPT, vous êtes sur la voie de la guérison.

Le rétablissement est une responsabilité partagée par la personne qui a connu un traumatisme, la famille et la collectivité des fournisseurs de services. Il est important de prendre conscience qu'une personne qui a connu un traumatisme connaît des changements physiques et psychologiques (des symptômes) qui rendent, au départ, le retour à la vie normale très difficile. Les réactions de la personne et les tentatives pour maîtriser ces changements entraînent souvent des comportements qui perturbent les membres de la famille. Ces derniers ne sont pas responsables de ces changements et sentent qu'ils ne sont plus maîtres de leurs émotions et de leur comportement; apprendre à vivre avec ces changements, de façon efficace, relève de leur responsabilité. Malgré la maladie, la personne peut toujours trouver des moyens de faire sa part en tant que conjoint ou parent. En même temps, la personne qui a connu un traumatisme aura besoin, pour se rétablir, de la patience, du soutien et de l'acceptation de sa famille et de ses amis.

Reconnaître les symptômes

Cette section fournit une brève explication des principaux symptômes présents chez les personnes ayant connu un traumatisme. Ce sont ces symptômes qui touchent directement ou indirectement les membres de la famille.

Les événements traumatiques ou un haut niveau de stress ressenti sur de longues périodes affectent les sentiments, le mode de penser et le comportement de la personne qui a connu un traumatisme. La section qui suit reprend ces trois niveaux d'impact dans le cadre de la description des symptômes associés au SSPT.

Les symptômes d'intrusion

Les souvenirs, les images, les odeurs, les bruits et les sensations associés à l'événement traumatique peuvent « envahir » la vie de la personne qui présente un SSPT. Il arrive que les sujets soient tellement habités par le souvenir de l'horreur vécue qu'ils éprouvent de la difficulté à se concentrer sur le moment présent. Ils déclarent être souvent envahis par des souvenirs pénibles de l'événement qu'ils souhaiteraient ne pas avoir. Ils peuvent faire des cauchemars liés au traumatisme ou à d'autres événements horribles; il arrive même qu'ils agissent pendant leur sommeil comme si le rêve était réel. Parfois, ils ont le sentiment d'assister à nouveau aux événements traumatisants; c'est ce que l'on appelle des « flashbacks », ou « reviviscence » de l'événement. Revivre ces situations douloureuses peut s'accompagner de réactions émotionnelles et physiques extrêmes telles que la peur, la frustration et la colère; la transpiration excessive, l'accélération du rythme cardiaque et la tension musculaire.

Des rappels environnementaux (des déclencheurs) jouent un rôle dans le déclenchement de ces souvenirs envahissants en rappelant une image, un bruit, une odeur ou un sentiment associé aux événements d'origine. Par exemple, un bruit intense peut être vécu comme un coup de feu ou une explosion de bombe.

Les symptômes d'intrusion

Souvenirs ou images pénibles de l'incident;

Cauchemars associés au traumatisme ou à d'autres événements horribles;

« Flashbacks » (reviviscence de l'événement);

Malaises ou sentiments de détresse suscités par un rappel de l'incident;

Symptômes physiques provoqués par un rappel de l'événement, tels que la transpiration, l'accélération du rythme cardiaque ou la tension musculaire.

Comment vos enfants peuvent-ils être affectés?

Les symptômes du SSPT exercent un stress supplémentaire sur le rôle de parent; la personne qui présente un SSPT voit sa capacité de répondre aux besoins des enfants rudement mise à l'épreuve. Les éléments qui suivent se veulent des pistes de réflexion structurées sur les besoins fondamentaux de vos enfants. Ainsi, demandez-vous s'il existe des situations, dans votre famille, qui vous empêchent de combler les besoins des enfants. Dressez une liste de ces exemples et parlez-en avec votre conjoint. Évaluez si des mesures s'imposent; notez la fréquence des événements similaires et les réactions de votre enfant. Le cas échéant, dressez un plan pour changer la situation. Lisez les idées proposées dans la section « Que pouvez-vous faire? » afin de vous aider à voir clair.

Besoins physiques :

Les perturbations dans la routine familiale qui peuvent avoir des incidences sur les besoins physiques des enfants comprennent :

les horaires des repas et la cantine scolaire;
les possibilités d'activité physique;
les horaires réguliers de sommeil.

Besoins psychologiques et émotionnels :

Les besoins psychologiques et émotionnels qui peuvent être réprimés à la suite de changements survenus dans votre situation comprennent :

**l'expression d'affection, les besoins de rapprochement;
la communication ouverte;
la structure et les habitudes à la maison;
la confiance et la sécurité;
le plaisir, les loisirs et la détente.**

Besoins sociaux :

Les traditions familiales et la participation aux activités communautaires qui peuvent être perturbées comprennent :

**recevoir les amis des enfants à la maison pour jouer, regarder des films, par exemple;
les activités familiales sociales comme les anniversaires, les promenades, les rituels de congé; la participation aux activités communautaires telles que les scouts ou les guides, la chorale, les clubs de jeunes.**

Besoins intellectuels :

Les possibilités de soutien et de stimulation sur le plan intellectuel qui peuvent être perturbées comprennent :

**la présence à l'école maternelle et à l'école;
la lecture aux enfants;
l'aide pour les devoirs;
les jeux de table et les passe-temps;
les visites à la bibliothèque, aux musées.**

Besoins spirituels :

Les valeurs familiales importantes qui peuvent être mises de côté comprennent :

**le partage, la disponibilité, l'équité dans la famille;
la participation à l'école du dimanche et aux services religieux;
l'aide aux personnes dans le besoin.**

Il n'y a pas de famille parfaite. Mettez en valeur ce que vous avez réussi à accomplir malgré le stress et les perturbations de la vie de famille. Souvenez-vous également que les enfants sont de nature assez souple, qu'ils peuvent s'adapter aux changements et qu'ils se sentent en sécurité quand ils savent que maman et papa ont la situation en main; n'oubliez pas que vous devez parler d'une même voix et agir ensemble pour résoudre les problèmes quotidiens.

Que pouvez-vous faire?

Les parents jouent un rôle de premier plan dans la satisfaction des besoins de leurs enfants et les aident à mieux gérer le stress dans leur vie en leur procurant un milieu de vie physique et émotionnel favorable. Voici, tout d'abord, quelques idées pour créer un milieu de vie favorable.

Accordez régulièrement à vos enfants toute votre attention et tout votre temps, même si ce n'est pas pour très longtemps. Jouez avec eux, faites-leur la lecture, faites des promenades ou d'autres activités agréables avec eux. Demandez-leur comment ils vont.

Recherchez le soutien de la famille et des amis. Répondez à certains besoins de vos enfants en vous occupant d'eux; sachez miser sur les relations positives qu'ils entretiennent avec d'autres parents, la famille, des amis ou des voisins.

Offrez un milieu sécurisant en maintenant les habitudes quotidiennes, dans la mesure du possible.

Toujours dans la mesure du possible, essayez de rétablir les traditions familiales qui existaient avant les événements à l'origine d'un SSPT; par exemple, avant de tomber malade, la personne ayant connu un traumatisme avait-elle l'habitude de préparer un déjeuner spécial aux crêpes, le dimanche? De lire des histoires aux enfants avant l'heure du coucher? De les aider à faire leurs devoirs?

Incitez les enfants à se concentrer sur ce qu'ils aiment et à participer à des activités parascolaires et communautaires.

En tant que parents, discutez ensemble de la façon dont vos enfants pourraient, sans le vouloir, déclencher des souvenirs d'intrusion (en claquant une porte par exemple, en criant, .. etc.). Discutez des moyens permettant de réduire les risques de tels incidents. Essayez différentes approches, parlez-en et redressez la situation, le cas échéant.

Prenez soin de vous. Pratiquez la pensée positive et l'autopersuasion. Apprenez à faire des exercices de relaxation musculaire et de respiration, et ayez recours à d'autres techniques pouvant vous aider à mieux composer avec la situation. Réduisez vos attentes. Trouvez des sources de soutien, faites des pauses, faites de la gymnastique, suivez un régime sain et maintenez un bon état de santé général. Continuez de voir le médecin. Communiquez avec votre unité locale de santé publique ou de santé mentale pour vous informer davantage sur la réduction du stress. En prenant soin de vous, vous serez mieux outillé pour aider vos enfants.

Demandez une aide professionnelle si vous êtes inquiet ou si vous vous sentez incapable de gérer les réactions et les comportements de votre enfant, ou si vous éprouvez des émotions intenses telles que la peur, la colère, la dépression, des problèmes au travail ou d'intimité, des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues.

Quoiqu'il arrive, souvenez-vous qu'il n'est jamais trop tard pour demander de l'aide pour vous-même et pour vos enfants.

Comprendre et répondre aux besoins psychologiques et émotionnels de vos enfants

Nous allons maintenant nous intéresser aux besoins psychologiques et émotionnels de vos enfants car, dans les familles qui connaissent un stress, c'est sur ce plan que les impacts les plus directs sont observés. C'est également à cette étape que les familles demanderont, selon toute probabilité, davantage de renseignements et de soutien. Nous essaierons d'adopter le point de vue de l'enfant, et nous vous encourageons à faire de même quand vous chercherez à aider votre enfant.

Lorsque l'on a diagnostiqué un SSPT chez un parent et que la situation a changé à la maison, les enfants en subissent les conséquences; un problème grave dans la famille ne saurait leur échapper. Ils sont perspicaces et ils savent reconnaître les changements

physiques ou émotionnels qui s'opèrent chez leurs parents; dans ce cas, ils tenteront de les expliquer et chercheront une solution. En même temps, ils peuvent, dépendant de l'âge, ne pas avoir les connaissances ni le vocabulaire leur permettant de bien saisir la situation. Il n'est alors pas surprenant qu'ils arrivent souvent à des conclusions telles que :

« Je suis méchant; je suis puni pour quelque chose que j'ai fait. »

« Je suis responsable; si je suis encore plus gentil, maman ou papa ira mieux. »

« J'ai peur; papa ou maman va peut-être mourir. »

« Je suis inquiet; je vais attraper cette maladie... comme une grippe. »

« Je suis confus; cette maladie est-elle héréditaire? »

« Je suis dans un étau; poser des questions à mes parents au sujet de ce qui se passe les gênera, aggravera la situation. »

« J'ai peur de demander de l'attention, du soutien, de l'affection. Puis-je encore être un enfant? »

« Je suis en colère; on ne s'occupe plus de moi. »

Dans leurs tentatives de comprendre une situation et de se l'expliquer, les enfants, sans l'aide d'un adulte, peuvent s'en faire inutilement et devenir confus.

Poirel M.-L., [Corin E.](#) (2011).

Revisiter la notion de traitement à partir de récits de personnes usagères, d'intervenants et de responsables de ressources alternatives en santé mentale : la question de la subjectivité.

Santé Mentale au Québec, XXXVI, 115-130.

Médecin de l'imaginaire

<http://www.medecinsdelimaginaire.com/lassociation/notre-equipe/>

Cardiff University study on the science of hallucinations

<http://www.bbc.com/news/uk-wales-south-east-wales-34508014>



Scientists at Cardiff University believe they can help explain why some people are prone to hallucinations. Researchers worked with colleagues at the University of Cambridge to study the predictive nature of the brain. They looked at the idea that hallucinations happen due to the brain's tendency to interpret the world using prior knowledge and predictions.

The study examined whether the brain creating this image of the world contributes to people's psychosis. Research published on Monday in the journal *Proceedings of the National Academy of Sciences* studied 18 people who suffered from very early signs of psychosis who had been referred to a mental health service run by the Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust.

'Broken' brain

They compared them to 16 healthy volunteers and asked them if they could make sense of vague black and white images. All of them were then shown the full colour original picture to improve the brain's ability to understand the ambiguous image. There was a larger performance improvement in people with early signs of psychosis compared to the healthy control group. The University of Cambridge's Naresh Subramaniam said: "These findings are important because, not only do they tell us that the emergence of key symptoms of mental illness can be understood in

terms of an altered balance in normal brain functions."Importantly, they also suggest that these symptoms and experiences do not reflect a 'broken' brain but rather one that is striving - in a very natural way - to make sense of incoming data that are ambiguous."

Picture perfect?



Look at the picture above, can you see anything?

Now look at the photograph below before taking another look. Scientists say it is likely that you can now make sense of it. It is the brain's ability to fill in the blanks that could help explain why some people suffer from hallucinations. One of the study's authors, Dr Christoph Teufel, from Cardiff University, said: "Vision is a constructive process - in other words, our brain makes up the world that we 'see'."It fills in the blanks, ignoring the things that don't quite fit, and presents to us an image of the world that has been edited and made to fit with what we expect."

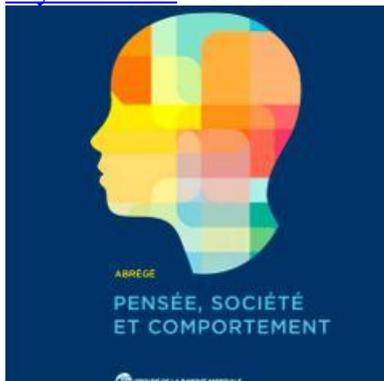
An example of this would be a person walking into their living room and identifying a fast-moving black shape as their cat, despite the fact the visual information was no more than a blur.

The sensory input was minimal and prior knowledge did the creative work. Prof Paul Fletcher of the University of Cambridge said: "Having a predictive brain is very useful - it makes us efficient and adept at creating a coherent picture of an ambiguous and complex world."But it also means that we are not very far away from perceiving things that aren't actually there, which is the definition of a hallucination."He added that "altered perceptual experiences" are not limited to people with mental illnesses, but have been seen in a milder form across the whole population.



La Banque mondiale veut mettre la psychologie sociale et cognitive à contribution

[Psychomédia](#) Publié le 31 octobre 2015



« Les politiques de développement ont besoin d'une refonte basée sur une compréhension plus réaliste de la façon dont les gens pensent et se comportent », déclare la *Banque mondiale* sur son site internet.

Le nouveau « *Rapport sur le développement dans le monde 2015 : pensée, société et comportement* » (1), fait valoir « comment une compréhension plus réaliste du comportement humain peut rendre les interventions de développement beaucoup plus efficace ».

La Banque mondiale veut mettre la psychologie sociale et cognitive à contribution. Publié le 31 octobre 2015 « "Les politiques de développement ont besoin d'une refonte basée sur une compréhension plus réaliste de la façon dont les gens pensent et se comportent" », déclare la Banque mondiale sur son site internet. Le nouveau « *Rapport sur le développement dans le monde 2015 : pensée, société et comportement* » (1), fait valoir « "comment une compréhension plus réaliste du comportement humain peut rendre les interventions de développement beaucoup plus efficace" ».

L'appui

Info-aidant

<http://www.lappui.org/info-aidant>

Des réponses au bout du fil

Gratuit et confidentiel, Info-aidant est un service téléphonique professionnel qui offre écoute, information et références aux proches aidants d'aînés.

Grâce à un accès téléphonique unique et aux conseillers du Réseau des Appuis présents dans tout le Québec, Info-aidant accompagne les aidants, leur entourage, les intervenants et les professionnels de la santé dans leurs recherches de ressources adaptées à leur situation.

Écoute. Des conseillers qualifiés sont présents pour soutenir les proches aidants par une approche d'écoute active.

Information. Grâce à un rigoureux programme de formation continue, les conseillers s'assurent de fournir en tout temps de l'information valide et pertinente.

Références. Au moyen de listes régulièrement mises à jour, les conseillers sont en mesure d'orienter les aidants ou les intervenants vers des ressources communautaires ou professionnelles qui pourront répondre adéquatement à leurs besoins.

« Pour toutes les fois où j'ai eu à chercher par moi-même et à faire des prouesses et des pirouettes pour obtenir des informations, je suis tellement heureuse que dorénavant les proches aidants aient une ligne bien à eux, qu'ils peuvent placer bien haut dans leur coffre à outils. » - Lucie Piché, proche aidante de son père depuis près de douze ans.

INFO-AIDANT

1 855 8 LAPPUI

1 855 852-7784

Écoute - Information - Références

L'Appui national

Au Québec, on estime à plus de 300 000 le nombre d'aidants d'aînés. Ces aidants éprouvent de la difficulté à concilier leur vie personnelle et professionnelle avec leur rôle d'aidant en raison de la lourdeur de leur tâche. Ces personnes connaissent mal les services à leur disposition et ne savent pas où s'adresser. Elles ont notamment besoin d'aide au quotidien, de reconnaissance de leur rôle, de répit à faible coût et d'être mieux informés.

Qu'est-ce qu'un proche aidant ?

Un proche aidant est une personne qui investit beaucoup de son temps, sans rémunération, à fournir des soins et du soutien régulier à domicile à des personnes âgées ayant une incapacité significative ou persistante, susceptible de compromettre leur maintien à domicile.

Quelle est la différence entre l'Appui national et l'Appui régional ?

L'Appui national soutient la mise sur pied d'un Appui dans chaque région du Québec. Il administre aussi la création d'une ligne nationale info-aidant et la création d'un portail web.

Il administre et attribue un fonds de 200 millions sur 10 ans créé en 2009 par le MFA et la famille Lucie et André Chagnon. Les Appuis régionaux agissent de concert avec les acteurs locaux pour identifier les priorités locales et bonifier l'offre de service, notamment par le développement de services d'information, de formation, de soutien psychosocial et de répit.

Qui finance l'Appui ?

À la suite d'une vaste consultation publique en 2007 sur les conditions de vie des aînés, le gouvernement du Québec a adopté la [Loi instituant le Fonds de soutien aux proches aidants des aînés](#), visant à créer un fonds totalisant 200 millions sur 10 ans. Ce fonds vise à soutenir les proches aidants qui fournissent, sans rémunération, des soins et du soutien régulier à des personnes âgées ayant une incapacité significative ou persistante susceptible de compromettre leur maintien à domicile. Le gouvernement du Québec est responsable de 150 millions, soit 15 millions par année provenant des revenus de la taxe sur les produits du tabac. Les 50 autres millions, soit 5 millions par année, proviennent d'une firme de la famille d'André et Lucie Chagnon, Sojecci II Itée.

Quels sont les services concrets offerts par l'Appui ?

Chaque région possède ses besoins spécifiques. C'est pourquoi les Appuis régionaux agissent de concert avec les acteurs locaux pour identifier les priorités locales et bonifier l'offre de service, notamment par le développement de services d'information, de formation, de soutien psychologique et de répit.

Comment intervenir auprès d'un collègue qui paraît déprimé ?

<http://journalmetro.com/plus/carrieres/872634/comment-intervenir-aupres-dun-collegue-qui-parait-deprime/>



Métro Chaque membre de l'équipe de travail peut jouer un rôle-clé dans le mieux-être de ses collègues.

Un collègue qui rayonnait semble s'éteindre un peu plus chaque semaine.

À l'habituel comment ça va?», il répond la formule automatique «très bien»... Comment intervenir alors qu'on n'est que camarades de travail?

Un sondage publié en 2007 par Ipsos Reid rapportait que presque un travailleur canadien sur cinq a déjà reçu un diagnostic de dépression. Si on y ajoute toutes les personnes dépressives qui n'ont jamais reçu de diagnostic, il est facile de conclure que nous avons tous côtoyé un collègue dépressif à un moment dans notre carrière. Les proches de personnes souffrant de dépression soulignent souvent leur sentiment d'impuissance, d'où l'importance de prendre le temps de voir ce qu'il est possible d'accomplir pour aider un collègue dont l'état semble se détériorer.

Faire une différence

Claude Chagnon, conseillère en ressources humaines pour Randstad Ingénierie, est convaincue que chaque membre de l'équipe de travail peut jouer un rôle-clé dans le mieux-être de ses collègues. «Si vous êtes proche de ce collègue, je préconiserais une approche directe, de préférence à l'extérieur du bureau. Par exemple, invitez la personne à dîner au restaurant du coin pour lui faire part de vos inquiétudes. Si vous mentionnez que vous ne faites pas ça pour vous interposer dans sa vie, mais simplement parce que vous tenez à elle, le message a de meilleures chances de passer. Informez-vous d'abord des mesures de soutien qui sont en place au sein de votre entreprise. De cette façon, vous pourrez guider la personne si elle est ouverte à votre aide.»

Il faut cependant éviter à tout prix d'être trop insistant pour éviter que votre collègue se ferme à la discussion. Et si vous ne connaissez pas beaucoup la personne qui semble aller de mal en pis, Claude Chagnon suggère d'identifier un collègue qui semble proche d'elle et de voir si lui se sent à l'aise d'intervenir.

Dans le cas où le collègue déprimé serait réfractaire à l'aide que vous tentez de lui offrir, Claude Chagnon croit que d'en parler à son superviseur devrait être envisagé seulement en tout dernier recours. «On ne sait pas si le superviseur est la cause du problème, c'est donc très délicat de l'impliquer dans ce processus. L'important, c'est de nous dire que notre intervention aura peut-être été le déclencheur qui poussera la personne à aller chercher de l'aide, même si on a l'impression que ça n'a rien changé.»

Discrétion et distance

Mais prudence reste le mot d'ordre: la discrétion est de mise pour ne pas envenimer la situation, qui pourrait dégénérer et devenir une affaire de bureau dont tout le monde parlera.

Enfin, si votre collègue décide de s'ouvrir à vous, il est important de vous présenter comme une oreille et non un service de psychothérapie. Récapitulez ce qu'il vous dit pour être certain d'avoir bien compris en vous abstenant de lui donner des conseils. Demandez-lui plutôt quelle forme pourrait prendre l'aide que vous lui offrez. Vous ferez certainement une différence dans la vie de cette personne.

L'accès aux services de psychothérapie au coeur de l'actualité

<http://racorsm.org/laces-aux-services-de-psychotherapie-au-coeur-de-lactualite>

	<p>14 juillet 2015. - L'accès aux services de psychothérapie est un enjeu important pour le système de santé au Québec. En effet, selon l'Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois datant de 2010, plus de la moitié des Québécoises et Québécois, ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale, auraient eu besoin d'une thérapie ou de counseling. Or, il est maintenant établi que la psychothérapie est efficace et souhaitable, associée ou non à un traitement pharmacologique, pour les personnes vivant des problèmes de santé mentale.</p>
---	--

En 2012, dans le rapport Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être avait alerté le gouvernement sur le faible taux de rétention de psychologues dans le réseau public et le déficit de psychologues à venir dans le réseau au cours des dix prochaines années si les conditions d'exercice de la profession n'étaient pas améliorées. Une des 5 grandes recommandations du rapport s'intitulait "Diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale en garantissant un accès équitable à des services de psychothérapie". Selon le Commissaire, "**le problème au Québec ne semble donc pas être la disponibilité des psychothérapeutes. Il réside plutôt dans l'accès inéquitable à ce type d'interventions: les personnes ayant un revenu élevé ou une assurance collective peuvent avoir recours à une psychothérapie dans le privé, alors que les autres doivent attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour y avoir accès dans le secteur public. De tels délais d'attente peuvent avoir des conséquences**

importantes pour la clientèle déjà vulnérable, dont le risque de chronicisation et le risque suicidaire".

LE RAPPORT D'APPRÉCIATION DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE «Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec»

En avril 2015, Le [Collectif pour l'accès à la psychothérapie](#) (CAP), avec son porte-parole David Levine (ex-PDG de l'Agence de Montréal), a présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux un [mémoire](#) sur les bénéfices d'un meilleur accès à la psychothérapie en mettant de l'avant des arguments économiques (mais demandant tout de même un investissement à court terme de 400 millions \$).

L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) avaient émis un [communiqué de presse](#) conjoint en appui au collectif pour réclamer le remboursement des traitements de psychothérapie au Québec. *«Les restrictions budgétaires actuelles ne doivent pas empêcher la mise en place de cette importante mesure. Les problèmes de santé mentale doivent être perçus au-delà de la dimension biologique et au-delà de la pharmacothérapie»*, explique Robert Théoret, responsable à l'action politique au RRASMQ. *«Il est temps d'offrir aux personnes de véritables choix de traitement. C'est une question de droits! **Si l'approche biomédicale est si efficace, comment cela se fait-il que les problèmes de santé mentale et le recours à la médication ne cessent d'augmenter?»***, interroge Doris Provencher, directrice générale de l'AGIDD-SMQ.

Au cours des derniers mois, les psychologues ont mené de multiples actions dans l'ensemble du Québec dans le cadre de la [campagne "Un psy n'est pas un luxe"](#). Plus de 250 psychologues du réseau de la santé et des services sociaux se sont réunis le 29 mai devant le bureau du ministre de la Santé Gaétan Barrette, à Brossard, pour dénoncer l'iniquité de l'accès à la psychothérapie au Québec. De plus, l'Ordre des psychologues a lancé une [pétition](#) à signer avant le 2 septembre 2015 sur le site de l'Assemblée Nationale pour un meilleur remboursement et une véritable reconnaissance des permis de pratique délivrés.

Communiqué de la Coalition pour l'accessibilité aux services des psychologues dans le réseau public québécois (CAPP)

Les organisations syndicales représentant les psychologues du réseau public de la santé et des services sociaux (l'APTS, la FP-CSN, la FSSS-CSN, le SQEES-FTQ et la CSQ) ont ainsi organisé une série de manifestations à travers le Québec pour l'accès aux soins psychologiques dans le réseau public de santé. Le 18 juin 2015, le RACOR en santé mentale a participé à un rassemblement devant le CHUM Notre-Dame dans le cadre des deux journées de mobilisation nationale contre l'abolition de la prime de rétention des psychologues dans le réseau public. *«L'austérité, en santé mentale, cela veut dire plus de gens en détresse! On entend moins parler des listes d'attente en santé mentale et pourtant elles sont bien réelles, tout comme leurs conséquences pour les personnes à la recherche d'aide. Le réseau public ne peut miser uniquement sur la médicalisation des problèmes de santé mentale; les services de psychologie doivent faire partie des réponses offertes. Ces coupes entraînent également un alourdissement pour les organismes communautaires qui n'ont pas les ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux demandes»*, expliquait la directrice générale du RACOR en santé mentale, Julie Nicolas.

La psychothérapie :

un meilleur accès pour tous par des services assurés

<http://capqc.ca/fr/articles/la-psychoth%C3%A9rapie-un-meilleur-acc%C3%A8s-pour-tous-par-des-services-assur%C3%A9s>

Quelques données sur les troubles mentaux courants et l'accès aux services de psychothérapie

Au Québec, près d'une personne sur cinq est atteinte de troubles mentaux. Parmi ceux-ci, les troubles anxieux touchent 10 % de la population et la dépression, 5 %. Ces troubles anxio-dépressifs touchent plus d'un million de gens de 12 ans et plus

Plus de 600 000 Québécois et Québécoises reçoivent un diagnostic de troubles anxieux ou de dépression chaque année. 75 % des problèmes de santé mentale se manifestent avant l'âge de 25 ans.

La prévalence annuelle des troubles anxieux et de dépression chez les jeunes de 12 à 24 ans est de 2 % à 7 %, soit plus de 50 000 personnes.

Les troubles mentaux représentent la première cause d'hospitalisation chez les jeunes de 14 à 25 ans.

Les troubles mentaux les plus fréquents chez les étudiants sont les troubles d'humeur et les troubles anxieux.

Moins de 15 % des jeunes hommes et environ 30 % des jeunes femmes souffrant de troubles mentaux recherchent de l'aide professionnelle.

Du point de vue économique, des études montrent que l'intervention précoce chez un jeune qui présente des troubles mentaux courants peut faire économiser plus de 280 000 \$ en soins au courant de sa vie.

Chez les 25-64 ans, la prévalence est beaucoup plus importante et peut atteindre plus de 12 % chez les 30 à 60 ans.

Au Québec, 30 % à 50 % des absences du travail pour invalidité de longue durée (plus de six mois) seraient attribuables à des troubles mentaux transitoires.

Les sources des données et renseignements offerts dans cette fiche sont répertoriées dans le mémoire du Collectif pour l'accès à la psychothérapie intitulé La psychothérapie : un meilleur accès pour tous par des services assurés

Au sujet de l'accès aux services de psychothérapie

Moins de 40 % des personnes ont pu consulter auprès de services dans les CLSC et ce, après un délai d'attente qui peut s'échelonner sur plus d'un an.

Plus de 3 % des 15 ans et plus, soit entre 200 000 et 250 000 personnes, ayant besoin de consulter n'ont pas pu le faire faute de moyens financiers.

En conclusion

Le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec a estimé récemment que : les services de type psychosocial, en particulier la psychothérapie, constituent des traitements efficaces des troubles mentaux courants et permettent de réduire les conséquences cliniques, fonctionnelles et sociales de ces troubles; l'accès à ces services comme alternatives au traitement pharmacologique est souhaité tant par les individus atteints de troubles mentaux et les personnes qui vivent des périodes de détresse psychologique que par les médecins; l'accès à la psychothérapie est un investissement rentable à long terme. Elle est plus économique que la médication, permet de réduire l'utilisation des autres services de

santé, permet de réduire l'absentéisme au travail et ainsi réduire les coûts qui y sont associés, pour les employeurs, les compagnies d'assurance et le gouvernement

Crise en santé publique

La surveillance de l'état de santé des Méganticois écope

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/455604/sante-publique-et-lac-megantic>

19 novembre 2015 |



Bien que les impacts de la tragédie de Lac-Mégantic se fassent toujours sentir dans la population, la Direction de santé publique de l'Estrie a été contrainte de se départir de deux experts qui travaillaient de façon spécifique sur ce dossier.

En janvier dernier, la Direction de santé publique de l'Estrie publiait une étude révélant que l'accident ferroviaire survenu à Lac-Mégantic en 2013 faisait encore souffrir la population : 95 % de Méganticois disaient avoir été touchés par la tragédie. On observait plus de dépressions, de troubles anxieux et de problèmes de consommation d'alcool. La directrice de la santé publique, la Dre Mélissa Généreux, s'en inquiétait. Pourtant, quelques semaines plus tard, elle mettait à pied le professionnel affecté à la surveillance de l'état de santé de la population de Lac-Mégantic.

Ce dernier a fait les frais d'une vague de compressions imposée à toutes les directions de santé publique régionales au printemps dernier, dont *Le Devoir* tente de cerner les impacts dans une série diffusée cette semaine.

En Estrie, la Direction de santé publique a dû couper 1,21 million sur un budget de 2,5 millions. « Ça représente 40 % de notre budget, ça a été toute une épreuve pour nous, tout un choc à absorber », soupire Mélissa Généreux en entrevue téléphonique. Avec son équipe, elle a tenté de faire les choix « qui allaient engager le moins de conséquences possible sur la population ». Mais elle devait couper quelque part. « Ce n'est pas parce qu'on s'est dit que les impacts étaient moins importants, mais quand vient le temps de choisir les postes, il y a toutes sortes de considérants, en matière d'ancienneté entre autres. »

L'enquête annuelle sur la population de Lac-Mégantic, qui est financée par un autre « petit budget protégé », sera maintenue. « Ce qui a été plus difficile, c'est que parallèlement à ça, on ne voulait pas surveiller juste une fois par année, on avait donc un agent de programmation, planification et recherche (APPR) — celui dont on a supprimé le poste —, qui se chargeait de faire des bulletins de surveillance périodiques. C'est lui qui prenait le crayon et qui faisait l'analyse de ces données. »

Il colligeait tout un éventail de données complémentaires et « assurait une certaine vigie de ce qui se passait sur le terrain, de ce qui nous était rapporté et qui ne paraît pas dans les chiffres », précise la directrice.

Pendant des mois, le dossier est resté en plan. On était trop occupés à « *rebâtir les murs et les fondations* » de la Direction de santé publique de l'Estrie, précise Mme Généreux. « *Ça nous a pris quelques mois à se réorganiser — je pense que c'est quand même compréhensible compte tenu de la taille des transformations qu'on a vécues —, mais là, on a choisi de le remettre parmi nos dossiers prioritaires.[...] J'ai bon espoir que, d'ici quelques semaines, on devrait réussir à relancer la machine.* »

Surveillance environnementale

En matière de surveillance environnementale, un budget spécial de rétablissement a permis, à la suite de la tragédie, d'engager un expert supplémentaire pour faire de la surveillance toxicologique, des analyses d'eau potable et des sols pour s'assurer qu'il n'y avait pas de risques pour la santé. Au fil du temps, ce budget a été amputé, au point où la Direction de santé publique a dû se départir de cet autre expert. Pourtant, il y a encore des « *enjeux de perception du risque* » dans la population. « *Pour nous, c'est quand même de la santé environnementale, parce qu'une partie de la tâche en santé environnementale, c'est de répondre aux préoccupations de la population. Quand il y a un risque, il faut informer la population, et quand il n'y en a pas, il faut informer les gens de l'absence de risque et les rassurer, parce que ça aussi, c'est un enjeu, ne serait-ce que sur le plan psychosocial, en raison du stress que ça génère.* » En février, les élus de la Ville de Lac-Mégantic avaient adopté une résolution demandant au gouvernement de « *maintenir les services de santé et sociaux au niveau actuel et de soutenir les recherches qui visent à suivre l'évolution de la situation et les initiatives pour le rétablissement de la population, et ce, tant et aussi longtemps que les besoins se feront sentir.* » La nouvelle administration municipale a décliné la demande d'entrevue du *Devoir*, affirmant qu'elle avait besoin de temps pour s'approprier les dossiers.

Devant le lot de décisions difficiles à prendre, la Dre Mélissa Généreux trouve tout de même la façon de rester positive, parlant « *de gains importants* » qui peuvent être faits grâce à l'intégration de son équipe à l'intérieur même du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS). « *On n'est plus à l'époque où on avait une équipe régionale très forte et qui visait à faire de grands développements à travers son équipe et certains partenaires. Je pense qu'il faut vraiment miser sur cette intégration en première et deuxième lignes pour avoir un souffle, un petit vent de fraîcheur et espérer avoir un petit développement en santé publique.* »

Le projet informatique : créer une application mobile pour les différents intervenants voulant suivre le développement psychologique des proches aidants et des personnes aidés, grâce à des exercices de projection.

L'objectif est de faciliter la communication dans le processus d'accompagnement en racontant de petites histoires (*storytelling*) en lien avec les images du jeu **55 ICÔNES**. Les histoires racontées issues des images choisies deviennent ainsi des courroies de transmission pour mieux comprendre l'état de santé psychologique et mentale des aidants et des personnes aidées. Les histoires peuvent servir d'exemples pour faciliter la discussion sur l'évolution de l'accompagnement pendant un suivi avec différents intervenants(es) (psychologue, psychiatre, médecin de famille, travailleur social, etc.). Transposer la relation d'aide en seulement 55 images abstraites permet de créer un dénominateur commun entre les professionnels de la santé ou les non-spécialistes.