



Ailleurs et Autrement

Le Journal de l'Alternative en santé mentale
Édition 2018

www.iaunehistoire.com

Dans ce numéro

Page 2

Ailleurs et Autrement: un autre regard sur de la santé mentale

- Notre vision de la santé mentale
- À la source de l'Alternative
- Quelques approches et pratiques alternatives

Page 5

Dossier

Notre santé mentale est affectée quand...

- Ouverture de dossier
- Pauvreté et santé mentale
- Coming out-témoignage
- La violence du système-témoignage
- Mieux-être au travail: il reste du travail!
- Santé mentale des jeunes
- Lettre à nos représentantEs

Page 13

Des droits toujours à défendre...

- Médias, santé mentale et stigmatisation
- P38 : Un nouvel outil pour défendre les droits!
- Quand il faut un diagnostic pour manger...
- Concernant ma médication, j'ai le droit...

Page 16

Il y a une ressource alternative près de chez vous!

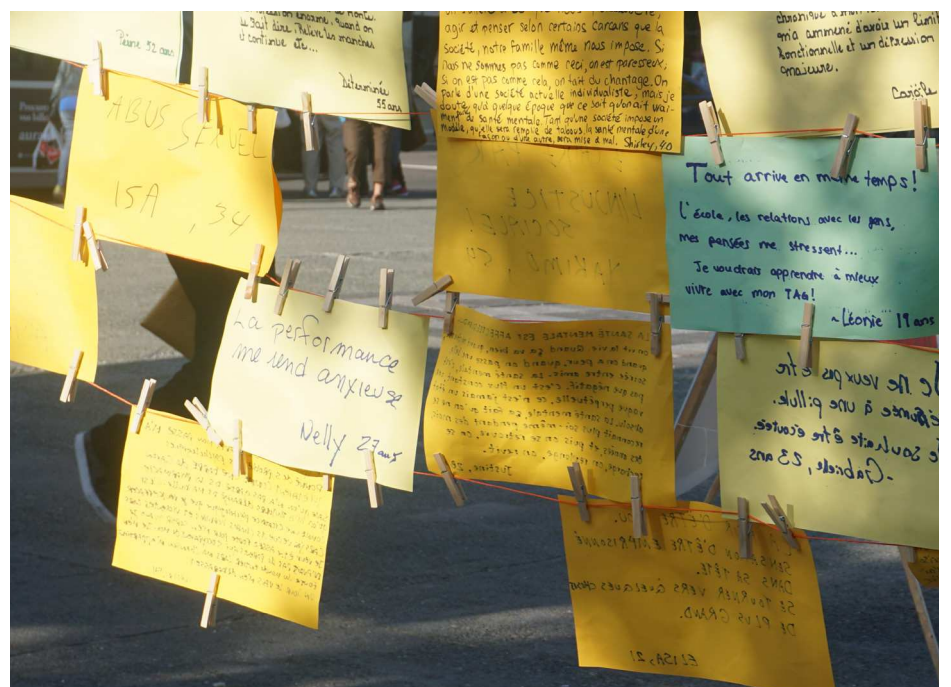
Les inégalités sociales ne sont pas une maladie

ÉDITORIAL- Encore une fois, nous traversons le bal électoral avec les promesses qui tombent à foison : réinvestissement dans les services publics, baisse d'impôt pour les familles, meilleure conciliation travail-famille et quoi d'autre ? Une chose est sûre, en période électorale, le bien-être des citoyens et des citoyennes devient le premier sujet de discussion et de préoccupation de nos candidatEs. Améliorer le revenu disponible, financer adéquatement le soutien scolaire, donner accès à l'emploi, prévenir les violences envers l'enfance... Tant de projets de société stimulants, et qui bénéficieront à la santé mentale du plus grand nombre !

Or, une fois ces élections passées, à quoi assisterons-nous ? À l'habituelle stratégie du repli : on découvrira un mystérieux trou dans le budget, on devra se serrer la ceinture et revenir à la routine habituelle : le tout à l'économie, la réduction des dépenses dans les programmes sociaux et les services publics. Or, qui fait les frais de ces mesures drastiques et nuisibles ? Les citoyens et citoyennes les plus vulnérables, ceux qui n'ont pas la marge de manœuvre pour éponger une hausse de loyer ou de tarifs, une perte d'emploi ou un séjour prolongé à l'hôpital. Ce sont ceux et celles qui n'ont pas de congés de maladie payés ni de marge de manœuvre pour s'absenter afin de prendre soin d'un proche malade.

En toile de fond de ces réalités, on observe une hausse des diagnostics et de prescription de médication pour des problèmes de santé mentale. Assistons-nous, en Occident, à une épidémie de problèmes de santé mentale? Ou la société serait-elle de plus en plus génératrice de souffrances psychiques, souffrances auxquelles on peine à répondre dans un climat où on demande à l'humain d'être de plus en plus performant, autonome et adaptable aux bouleversements ?

En mai dernier, une enquête de la Financière Sun Life rendait public que 49% des Canadiens sondés avaient déjà vécu un problème de santé mentale. Ce chiffre, qui dépasse de beaucoup les estimations de l'Institut de la statistique du Québec qui annonçait, en 2016, que 24 % des Québécois et 33% des Québécoises déclaraient avoir un niveau élevé de détresse



raient avoir un niveau élevé de détresse psychologique (ISQ, 2016).

Stress et précarité

Or, ces souffrances d'ordre mental n'arrivent pas de nulle part: il y a un lien fort entre le stress, la précarité et la santé mentale. Ce lien, documenté depuis longtemps, est tel que l'Organisation mondiale de la santé - OMS, organe de l'ONU- en appelle à des actions structurelles sur la santé mentale mondiale: des actions qui s'attaqueraient aux déterminants sociaux de la santé !

Mais de quoi parle-t-on, au juste, quand on évoque les déterminants sociaux de la santé? On parle d'abord de pauvreté et d'exclusion, mais également de violence, de harcèlement et d'intimidation. On s'intéresse aux environnements physiques et naturels, à la place de la culture et des loisirs, à l'accès au transport et aux services publics. On porte le regard sur toutes les structures sociales qui font en sorte de protéger ou non les personnes contre les aléas de la vie.

Or, alors qu'un consensus fort existe quant à l'importance du rôle des conditions de vie sur la santé mentale des hommes et des femmes, on constate que le regard médical, lui, s'obstine à rechercher dans le cerveau et les gènes la source des « troubles mentaux »... C'est bien pratique, pour les personnes en situation de pouvoir, que de

pouvoir blâmer la détresse psychologique sur la génétique d'une personne... ou sur le débalancement chimique de son cerveau... Dans ces situations, le patron abuseur, le parent violent ou le propriétaire négligent n'ont que faire de leurs responsabilités face au mieux-être des personnes se retrouvant temporairement sous leur pouvoir!

Mais cette négligence face aux personnes en situation de précarité n'est pas que l'apanage des chefs de bureau ou des conjoints violents... nous pourrions évoquer que nos éluEs, également, manquent à leur devoir de travailler au mieux-être des Québécois et Québécoises. Pourquoi attendre que les problèmes de santé mentale s'aggravent? Pourquoi ne pas agir dès maintenant sur les conditions de vie et l'environnement de la personne ? Les inégalités sociales ne sont pas une maladie chronique : nos éluEs ont le devoir d'agir pour changer les choses.

Le Journal *Ailleurs et autrement* est produit par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) depuis maintenant six ans, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale (OMS). Au Québec, cette journée du 10 octobre est aussi célébrée comme la *Journée de l'Alternative en santé mentale*, qui vise à sensibiliser la population à la vision critique en santé mentale et aux alternatives existantes dans la communauté.



L'Alternative en santé mentale :

Ailleurs, Autrement, avec un autre regard

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et ses ressources membres posent un autre regard sur la santé mentale en général, sur les personnes qui ont un vécu en santé mentale, sur leur cheminement et sur les traitements offerts en psychiatrie. Ils oeuvrent à faire vivre et à imaginer des espaces autres que l'hôpital pour vivre et traverser une crise. Imaginer des lieux où l'on peut cheminer à son rythme sans se sentir jugé ou encadré par un quelconque programme. Imaginer un organisme dans lequel l'étiquette du diagnostic ne colle pas. Imaginer des endroits où l'on est accueilli comme dans une famille et où l'on valorise l'expérience de la santé mentale comme un savoir. Imaginer des valeurs humaines de solidarité et d'entraide plus efficaces qu'un traitement pharmacologique. Imaginer des espaces démocratiques où l'on met l'accent sur la participation de chacun et chacune à la vie collective de l'organisme.

L'Alternative se caractérise également par la valorisation et la mise en pratique d'une vision critique en santé mentale, qui conçoit l'approche biomédicale comme une *culture particulière* encadrant la santé mentale, et non la seule vision possible. La vision critique s'intéresse également aux conditions de pratique des intervenants du réseau de la santé, au sens des pratiques et aux dynamiques de pouvoir qui teintent la nature des soins prodigués.

L'Alternative en santé mentale...

L'**Alternative**, c'est d'abord et avant tout une philosophie, une vision du monde, un « autre » regard porté sur la santé mentale et sur les personnes qui vivent ou qui ont vécu un problème de santé mentale.

L'**Alternative**, c'est également une attitude commune de respect des personnes usagères, de leur histoire personnelle et de leur réalité à travers une vision positive et non pathologique de la santé mentale.

L'**Alternative** repose sur la croyance que la solidarité entre les individus et la participation à une communauté contribuent au mieux-être. Elle croit également que toute communauté possède un potentiel actualisant pour les personnes.

L'**Alternative** remet en question la culture biomédicale de la santé mentale, qui considère surtout la maladie plutôt que la santé. Elle demeure critique face aux savoirs médicaux, aux modèles de réadaptation et aux traitements utilisés en psychiatrie.

L'**Alternative** questionne la culture sociale qui met l'emphasis sur la performance et la productivité des individus. Elle inscrit ses actions dans le mouvement communautaire autonome.

(extrait du site www.rrasmq.com)

Notre vision de la santé mentale

La santé mentale est un état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, qui se caractérise par un niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu.

La santé mentale est influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels et des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne.

La santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement.

Notre vision de la santé mentale est positive et dynamique. Les états de détresse et de déséquilibres sont considérés comme normaux et font partie de l'existence humaine. Les moments de vulnérabilité et de souffrance sont perçus comme des expériences d'enrichissement à travers lesquelles la personne peut se développer et grandir.

(extrait du site www.rrasmq.com)



Dans ce Journal...

Vous trouverez des oeuvres recueillies auprès des artistes qui fréquentent les ressources alternatives en santé mentale. En effet, plusieurs ressources alternatives proposent des lieux de créativité et d'expression (écriture, peinture, céramique, théâtre, etc.) à leurs membres, dans des démarches d'art-thérapie. Dans ce journal, vous pourrez donc découvrir quelques peintures et poèmes donnant un aperçu du talent des personnes qui fréquentent ces ressources. Les oeuvres choisies par le comité de rédaction s'articulent autour du thème de notre campagne de la Journée de l'Alternative en santé mentale «J'ai une histoire. Pourquoi en faire une maladie?». Merci à tous ces artistes pour leurs généreuses contributions !

Vous trouverez donc, en ces pages, les oeuvres de:

Denise Lapointe, *Le mystère de la vie*, en page 3;
Andrée Lepage, *Le déploiement des papillons*, en page 4;
Le comité des Intelligences citoyennes, en page 4;
Lucie Laroque, *Turbulence*, en page 6;
Sonia Verreault, *Cette partie de moi*, en page 9.



Le mystère de la vie, par Denise Lapointe

À la source de l'Alternative

Le mouvement alternatif québécois en santé mentale s'est historiquement inspiré de plusieurs courants de remise en question. Une première influence provient du courant de l'antipsychiatrie qui a débuté en Europe et en Amérique du Nord durant les années 1950 et 1960, remettant en cause les fondements de la psychiatrie dite « moderne ». Porté surtout par des professionnels de la santé, il remettait en question la biopsychiatrie, c'est-à-dire les pratiques psychiatriques basées seulement sur le modèle médical. Une deuxième influence découle directement du mouvement américain de défense de droits des personnes psychiatisées appelé le mouvement des **survivors**. Composés et portés principalement par les personnes ayant connu la psychiatrie, les groupes rattachés à ce mouvement dénonçaient fortement les abus du système psychiatrique sur les individus.

Enfin, une troisième influence du mouvement alternatif appartient au mouvement communautaire québécois qui s'est développé par l'émergence de plusieurs groupes sociaux tels que les groupes des femmes, d'éducation populaire, de défense de droits individuels et collectifs, des jeunes, etc. Au Québec, les débuts de la désinstitutionnalisation ont été initiés par la sortie du livre *Les fous crient au secours* (1961) écrit par Jean-Charles Pagé, un ex-patient de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu qui dénonçait les conditions de vie intolérables et inhumaines dans les asiles. Ensuite, en 1962, une Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques a déclenché une remise en question majeure du

bienfait des asiles. Dès lors, la responsabilité de la prise en charge des problèmes de santé mentale est passée de l'autorité des communautés religieuses vers celles des médecins psychiatres.

Cependant, cette période qui correspond à l'arrivée massive d'ex-psychiatisés dans la communauté a été marquée par le manque de ressources, de soutien social et de structures d'accueil adéquates mis à la disposition des personnes dans leur communauté. Progressivement, le modèle des asiles a été remplacé par le modèle des cliniques externes de psychiatrie. En effet, l'avènement de la psychiatrie sociale ou communautaire dans les années 1970 et le développement du modèle des cliniques externes de psychiatrie dans les années 1990 a eu pour effet de reproduire le modèle médical jusque dans la communauté.

Cette vision médicale des soins et services repose, entre autres, sur l'autorité du médecin psychiatre dans le rôle de l'expert, le recours presque exclusif à la médication comme traitement et l'hospitalisation à répétition par manque de soutien adéquat dans la communauté. Vers la fin des années 1970, au Québec, c'est en quelque sorte dû à l'échec, mais aussi à la remise en question d'une psychiatrie sociale qui se voulait tournée vers la communauté, que sont nés le besoin et le désir de chercher ailleurs et autrement des moyens pour répondre à la souffrance émotionnelle. C'est ainsi que les premières ressources ont apparu.

L'ÉMERGENCE D'UN AILLEURS ET D'UN AUTREMENT

La philosophie alternative du RRASMQ a émergé d'un partage de vision entre des groupes d'entraide porteurs de la défense de droits formés de personnes ayant connu la psychiatrie et des ressources proposant différentes formes de traitement alternatif. Ces groupes contestaient tous l'enfermement psychiatrique et l'enfermement chimique comme réponse à la souffrance. Dès 1983, les ressources alternatives vont se multiplier dans l'ensemble du Québec et le fait de se regrouper entre ressources différentes et de créer des alliances va solidariser le mouvement alternatif et faire progressivement émerger un sentiment d'identité et d'appartenance autour d'une vision alternative et d'un partage de valeurs communes.

Même si de nombreux efforts ont été consentis dans l'amélioration de la qualité des services en santé mentale, le mode de pensée médical est encore et toujours largement dominant en psychiatrie. Les ressources alternatives sur le terrain et le Regroupement travaillent à stimuler la réflexion et à organiser l'action de façon soutenue afin d'occuper un rôle majeur de « contre-poids » et à porter une vision plus positive et appropriée de la santé mentale.

(extraits libres du Manifeste du RRASMQ)

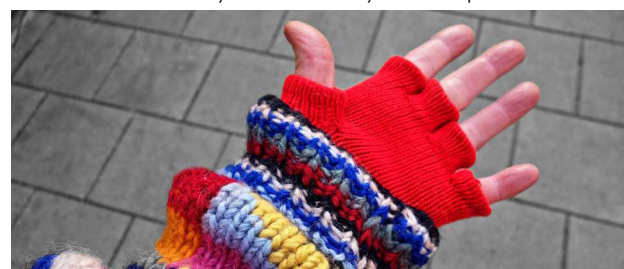
Quelques approches et pratiques alternatives

ACCUEILLIR... HUMAINEMENT, SANS JUGER ET SANS DIAGNOSTIQUER

L'accueil est le premier geste qu'on peut poser face à une personne qui est dans un état de souffrance, d'anxiété, de malaise, d'agitation extrême ou au contraire de dépression profonde. Accueillir, c'est d'abord être là quand tout chavire, pleinement, parfois sans comprendre tout-à-fait. C'est prendre le temps d'écouter attentivement ce que la personne a à dire de sa situation, saisir ce qu'elle ressent, entendre ce qui la trouble. C'est prendre le temps d'écouter les causes du mal de l'âme, sans contention ni prescription, contrairement aux manières institutionnelles rappelle Suzie Durocher, une militante de longue date pour le respect des personnes usagères.

Accueillir, c'est refuser de poser un jugement moral sur les comportements même si ceux-ci peuvent nous choquer ou nous ébranler. C'est refuser de se réfugier

dans la recherche d'un diagnostic dont l'effet néfaste est de fournir une « définition toute faite » de ce que la personne est censée ressentir et une sorte de « kit » sur la façon de se comporter. C'est considérer l'autre devant soi, à égalité, comme un être humain et comme un citoyen, une citoyenne à part entière.



VIVRE LA CRISE SANS HOSPITALISATION ET Y TROUVER UN SENS

La crise est un moment dans la vie d'une personne, un moment de grande souffrance et qui peut prendre

différentes formes : tristesse, angoisse, peur, agitation, perturbation... En général, la personne seule ou accompagnée d'un proche se présente à l'urgence d'un hôpital ou y est amenée contre sa volonté.

Mais il existe d'autres façons d'accueillir une personne en crise. À la Bouffée d'Air du KRTB (Rivière-du-Loup, Bas-St-Laurent) comme son nom l'indique, la personne est certaine d'avoir le temps de reprendre son souffle. La personne souffrante ou en détresse qui cogne à leur porte est assurée d'un accueil immédiat et chaleureux. Pendant l'accueil, on prend le temps nécessaire pour bien cerner les besoins de la personne. On se fait un devoir d'impliquer la personne dans la résolution de la crise et aussi du déroulement de son propre séjour. Chacun a une façon différente de vivre sa détresse et d'y trouver des réponses. Et la crise peut être un moment opportun pour remettre en question des dynamiques souffrantes et d'amener des changements durables dans sa vie.



Quelques approches et pratiques alternatives (suite)

S'ENTRAIDER ENTRE PERSONNES AYANT UN VÉCU COMMUN

L'entraide c'est une forme d'aide libre, naturelle, c'est une pratique citoyenne parce qu'elle vient de personnes qui ont vécu quelque chose et qui veulent utiliser leur expérience pour aider les autres. Cette expérience-là, lorsque les personnes ont l'occasion de l'utiliser pour aider d'autres personnes avec un vécu similaire, devient des acquis de sagesse. Un groupe d'entraide, c'est un lieu, un espace où on donne l'occasion que ces acquis de sagesse puissent être mis à contribution. (...) C'est le plus bel endroit pour une prise de risque parce que les autres sont là et les autres ne te regardent pas en se demandant « Est-ce que tu vas te casser le cou ? Ils espèrent au contraire que ça va réussir!¹ »

AVOIR ACCÈS À DES « TRAITEMENTS » ALTERNATIFS

Quand ça ne va pas... sommes-nous vraiment condamnés à n'avoir comme traitement que le désormais parcours classique : urgence lors de la crise + hospitalisation/enfermement dans un département de psychiatrie + médication et approche biomédicale ? Pour certains, l'expérience psychiatrique participe à un dédoublement de la souffrance plutôt qu'à un parcours vers un mieux-être.

Face à ce constat, diverses ressources ont mis de l'avant des approches alternatives de traitement en santé mentale hors de l'hôpital, hors de la psychiatrie, hors de la seule médication. Ces groupes sont en général des lieux accueillants où les gens sont reconnus dans leur dimension profondément humaine, un lieu qui crée et travaille les liens, qui accorde une attention à la singularité de la personne, qui permet de vivre l'expérience d'un travail sur soi en profondeur et... de se reconnecter au monde commun. Les «traitements» proposés sont divers: thérapie par la parole, groupes de discussion, art-thérapie... et permettent à la personne de cheminer à son rythme



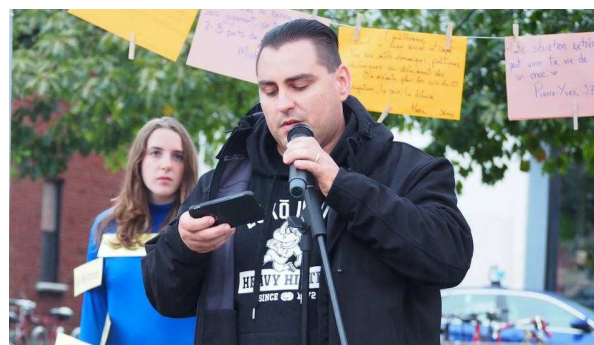
TENIR COMPTE DES FEMMES SOUFFRANTES... EN TANT QUE FEMMES

Parmi les différentes approches de « traitement », l'Entre-Deux, hébergement pour femmes en Montérégie, a développé des pratiques basées sur la reconnaissance de la condition particulière des femmes ayant des problèmes de santé mentale, sur des pratiques féministes. Comme femme, la plupart d'entre nous avons été blessées dans notre estime, chacune à notre façon. On a vécu des discriminations diverses. Notre risque est plus élevé d'être en dépression dans notre vie. Il est donc important de se retrouver comme femme et entre femmes, afin de se renforcer, d'explorer notre potentiel, d'apprendre à se faire confiance et à se solidariser entre nous.



LA GESTION AUTONOME DE LA MÉDICATION : REDONNER LE POUVOIR À LA PERSONNE

La Gestion autonome de la médication (GAM) est une démarche de réflexion et d'actions que mènent les personnes afin de se rapprocher d'une médication qui leur convient et qui s'intègre dans un processus plus large d'amélioration de leur qualité de vie. La GAM aide les personnes à répondre à des questions telles que : « Pourquoi elles prennent des médicaments ? Depuis combien de temps ? Qu'est-ce qu'elles prennent ? Quels sont les effets secondaires ? Et est-ce qu'aujourd'hui ça répond toujours à leurs besoins ? », et ce, afin qu'elles puissent en discuter avec leurs médecins. Pour en savoir plus sur la GAM: www.rrasmq.com/GAM



LA PARTICIPATION CITOYENNE

Les ressources alternatives en santé mentale stimule l'apprentissage à la participation démocratique, à une vision critique et à la mobilisation. « Notre devoir est d'être des organisations citoyennes et démocratiques et de permettre aux participantEs d'y prendre la place qui leur revient, de faire entendre leur voix, leurs préoccupations et de générer une société plus égalitaire et inclusive. ». DiscriminéEs, stigmatiséEs, internéEs, considéréEs longtemps comme citoyenNEs de seconde zone, les personnes peuvent, par la participation à la ressource et dans leur communauté, développer leur citoyenneté à part entière. Elles sont présentes sur les comités, le conseil d'administration et dans

les assemblées. Elles font des représentations et organisent des activités. Elles partagent leurs vécus et dénoncent les situations injustes, participant du même coup à la transformation de notre société.

LES GROUPES D'ENTENDEURS DE VOIX

Les groupes d'entendeurs de voix se développent de plus en plus au Québec, sous l'impulsion de plusieurs groupes qui souhaitent accueillir autrement l'expérience de l'entente de voix. Les groupes d'entendeurs de voix, qui travaillent sur le modèle des groupes d'entraide, permettent aux personnes d'appivoiser leurs voix afin que celles-ci ne soient pas incapacitantes.



Création du comité Intelligences citoyennes du RRASMQ, novembre 2017

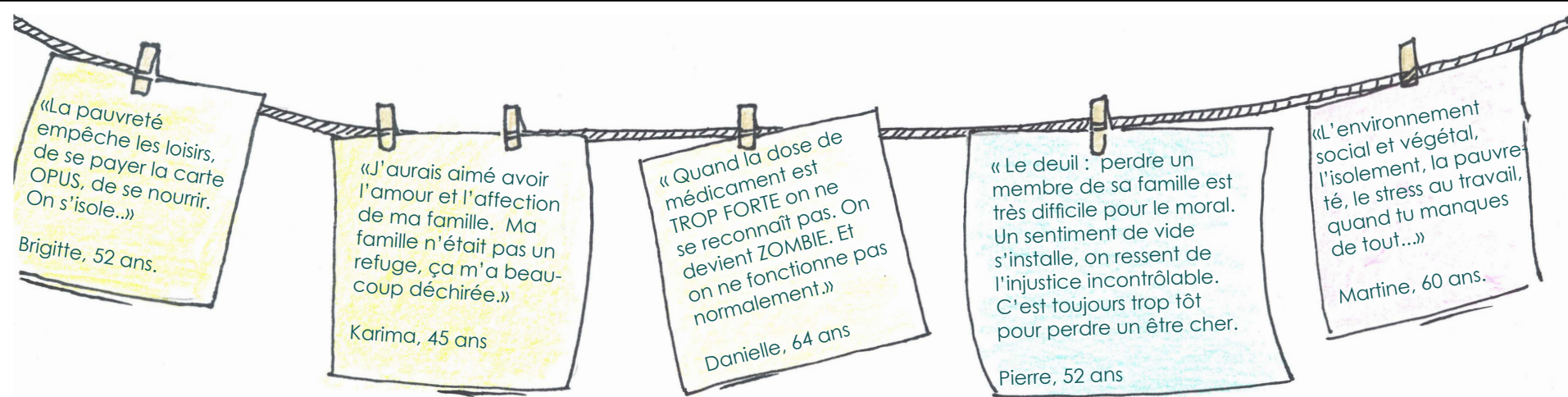
LA PROMOTION-VIGILANCE DES DROITS

En santé mentale, l'expérience de vie de nombreuses personnes est marquée par des difficultés diverses relatives au non-respect de leurs droits (ex. : exclusion, refus d'informer, refus de la participation de la personne aux décisions, précarité et pauvreté, etc.). La ressource alternative s'engage donc à promouvoir les droits des personnes aux prises avec un problème de santé mentale en commençant par ses membres, mais aussi auprès de la société en général, dans une posture impliquant un préjugé positif envers la personne. La ressource alternative exerce aussi une vigilance qui « consiste à porter un regard averti et critique sur le respect des droits et, par conséquent, à s'assurer que les droits d'une personne, ou d'un ensemble de personnes, sont respectés autant que ceux de l'ensemble des citoyens² ». Ces pratiques s'incarnent notamment par des ateliers, des conseils, de l'accompagnement mais aussi par la participation à des journées comme la Journée nationale *Non aux mesures de contrôle*.

¹ Extrait d'entrevue avec Jean-Nicolas Ouellet, capsule-véo sur l'entraide, RRASMQ.

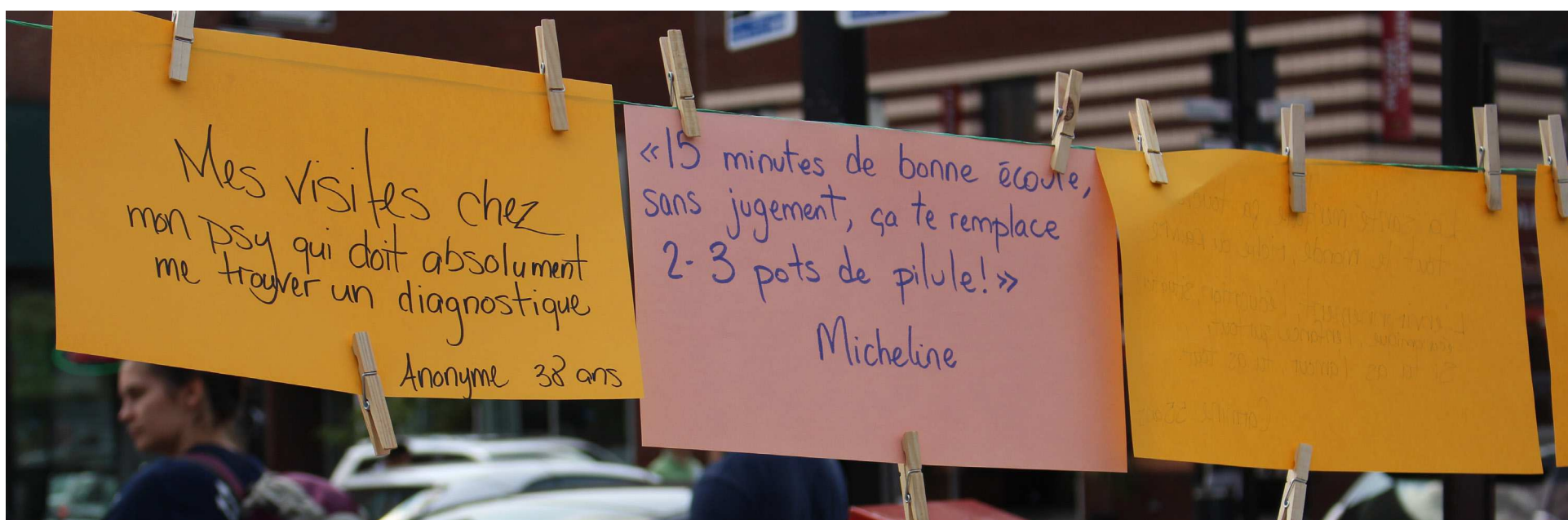
² AGIDD-SMQ, 2008, La promotion-vigilance: avec et pour moi des pratiques à partager!, p. 5

Les autres citations proviennent de (Corin, E., Poirel, M-L, Rodriguez, L. (2011) Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale. Recherche faite en collaboration avec le comité Traitement du RRASMQ)



Notre santé mentale est affectée quand...

Dossier



Printemps 2017, l'équipe du RRASMQ a fait le pari de récolter des paroles citoyennes de partout au Québec, autour d'une phrase à compléter : « Notre santé mentale est affectée quand... ». Dresser le portrait de ce qui nous affecte, de ce qui fait souffrir. Août 2017, le premier *Porteur de paroles* s'installe au métro Frontenac, avec l'aide des formateurs du Carrefour de participation, de ressourcement et de formation (CPRF). L'objectif : recueillir des paroles libres, récoltées avec respect, et les porter sur la place publique, afin d'en tirer, qui sait, des revendications. Quelques mois plus tard, après la tenue de plus d'une vingtaine de *Porteurs de parole* du même type, nous analysons ces paroles amassées, pour constater que des difficultés similaires se retrouvent dans de nombreux parcours de vie...

La perte d'un être cher, des abus sexuels pendant l'enfance, la pauvreté, les piètres conditions de logement, des inconforts ou de la détresse trop longtemps gardée sous silence... les paroles récoltées au Québec, de Montréal à Gaspé, d'Ormstown à St-Jérôme, dressent subtilement les contours de ce qui se cache souvent derrière ce qu'on appelle la « maladie mentale ». Il y a les violences et le stress qui écrasent, mais aussi le silence, silence que l'on garde face à l'abus et la manipulation, de peur que tout éclate. Il y a aussi les sentiments trop longtemps gardés à l'intérieur et des attirances interdites.

« Avoir été déclarée malade mentale à cause de mon orientation sexuelle » nous livre Jessie, 66 ans. Johanne, 65 ans, nous raconte comment elle a frôlé la dépression « à cause de la réforme et de la réorganisation » dans son milieu de travail. Elle ajoute : « Quand les gestionnaires jettent 30 ans de façons de faire et déshumanisent les soins et le rapport au travail au nom de l'efficacité... ».

Ces histoires, livrées tantôt devant un métro, tantôt à l'aréna du village, ont été écoutées et accueillies délicatement par les personnes qui les recueillaient. Parce qu'on sait que ces histoires, parfois, ne sont pas entendues et décodées par les professionnels de la santé qui, très rapidement, soit à cause des conditions d'exercice de leur profession, du manque de services psychosociaux prévus dans l'organisation du réseau ou à cause des lacunes de leur formation, se

concentrent sur les symptômes et proposent, pour les contrer, de la médication psychotrope. Parfois, les symptômes disparaîtront mais les soucis de la personne, eux, seront toujours présents.

PORTEURS DE PAROLES

L'exercice de *Porteurs de parole* n'est pas anodin : il vise à mettre en lumière des histoires de vie. Ces histoires de vie qui, si souvent, sont occultées par le diagnostic psychiatrique qui en appelle d'abord à des réponses médicamenteuses. Mais où sont les espaces d'écoute et d'accueil, où pourront être vécues la résolution et la guérison de ces difficultés? Pour transformer les choses, nous souhaitons, ainsi, mettre en lumière les paroles recueillies auprès de nos concitoyens et concitoyennes, pour qu'elles ne puissent plus être ignorées. C'est pourquoi, des pages 5 à 12 de cette édition, vous retrouverez, sur une grande corde à linge, quelques-unes des paroles que nous avons glanées un peu partout au Québec. Elles témoignent, parfois mieux qu'un article journalistique, de la complexité des réalités traversées par les personnes. Nous espérons que vous trouverez le temps de les lire!

DES PAROLES CONJUGUÉES AU NOUS

La mise en commun de ces paroles nous rappellent surtout qu'il y a des dénominateurs collectifs à la souffrance : la violence, l'exclusion et les inégalités sociales se retrouvent en filigrane de plusieurs

témoignages. Ainsi, ces paroles nous invitent à réfléchir à NOS santé mentale, et à ce qui, socialement, pourrait faire une différence. C'est pourquoi de nombreux articles dans ce journal vous proposent des diagnostics sociaux, mais aussi des prescriptions sociales, soit des changements souhaités pour faire de notre Québec un lieu où il fait mieux vivre pour TOUS et TOUTES.

Le rapporteur spécial de l'ONU, Dainius Puras, soulignait dans son rapport de mars 2017 l'importance d'agir sur les inégalités sociales : « Il y a un empressement presque universel à payer les frais d'hôpitaux, les lits et les dépenses liées aux médicaments au lieu de créer une société dans laquelle chacun puisse s'épanouir. Il est regrettable que la prévention et la promotion soient des dimensions oubliées de la santé mentale. Les idées fausses et dangereuses selon lesquelles la bonne volonté et le sacrifice suffiront à assurer la santé mentale et le bien-être des populations sont venues justifier cette inaction.¹ »

Les inégalités sociales n'ont rien de fatal : on peut contribuer à avancer vers une société plus juste et plus libre! Ensemble, nous pouvons mieux prévenir et mieux agir sur la détresse! Comme le dit si bien le Rapporteur spécial de l'ONU : « Les politiques en santé mentale devraient viser à résoudre les déséquilibres dans les rapports de force plutôt que les déséquilibres chimiques.² »

¹ Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état physique et mentale possible, A/HRC/35/21, Assemblée générale de l'ONU, Mars 2017, p.18.

² *idem*, p. 22.

Dossier: Notre santé mentale est affectée quand...



Turbulence, par Lucie Laroque, détail.

Pauvreté et santé mentale

« Ils n'en mourraient pas tous, mais tous étaient frappés... »

Lorraine Guay,
Militante et ancienne coordonnatrice du RRASMQ

Il serait inacceptable de penser que toutes les personnes vivant en situation de pauvreté développent automatiquement des problèmes de santé mentale ; à ce compte-là, les trois-quarts de l'humanité seraient affectés !!! Mais il serait non moins irresponsable d'écarter tout lien entre la rudesse des conditions de vie créées par la pauvreté et les troubles mentaux.

La pauvreté n'est pas un état naturel, et l'austérité qui l'aggrave ne tombe pas du ciel : elles sont de pures créations humaines et résultent des rapports de forces inégaux aux plans politique et économique, d'orientations et de politiques qui font « qui y en a qui ont toute, pis toutes les autres ont rien » pour reprendre Richard Desjardins. Maintenir des populations entières dans la pauvreté n'est pas sans conséquences.

« La pauvreté n'est pas un état naturel et l'austérité qui l'aggrave ne tombe pas du ciel : elles sont de pures créations humaines et résultent des rapports de force inégaux aux plans politique et économique... »

Oui, la pauvreté tue « pour de vrai ». Très près de nous, chez des nations de qui notre héritage colonialiste et raciste nous a tellement éloignées, de jeunes Autochtones se suicident, des enfants ! Ils sont tellement nombreux à le faire qu'on ne peut chercher dans leurs neurones ou leur psyché LA cause de leur geste. Ces enfants ont incorporé au plus profond de leur être, dans leur corps, leur cœur, leur esprit, leur âme toutes les oppressions séculaires vécues par leur communauté et toutes les conditions de vie inacceptables qui forgent leur quotidien et bloquent leur avenir. Et ils n'en sont absolument pas responsables.



Dans la Grèce, devenue laboratoire des conséquences des mesures draconiennes d'austérité, le récit suivant en est la preuve : « Le 4 avril 2012 Dimitri Christoulas s'est rendu place Syntagma en plein centre-ville. Il a gravi les marches du parlement, placé une arme contre sa tempe et déclaré : « Je ne me suicide pas. Ce sont eux qui me tuent. » Une lettre retrouvée dans sa sacoche expliquait : « Le gouvernement a détruit mon seul moyen de survie (...) qui consistait en une pension très respectable que j'ai payée seul pendant 35 ans (...) je ne vois pas d'autres solutions pour finir dignement ma vie et ne pas me retrouver à fouiller dans les poubelles pour me nourrir. » En Grèce, en particulier chez les hommes, entre 2007 et 2009, le taux de suicide officiel a bondi de 20% !

Outre le suicide, nous savons depuis longtemps que la pauvreté est étroite-

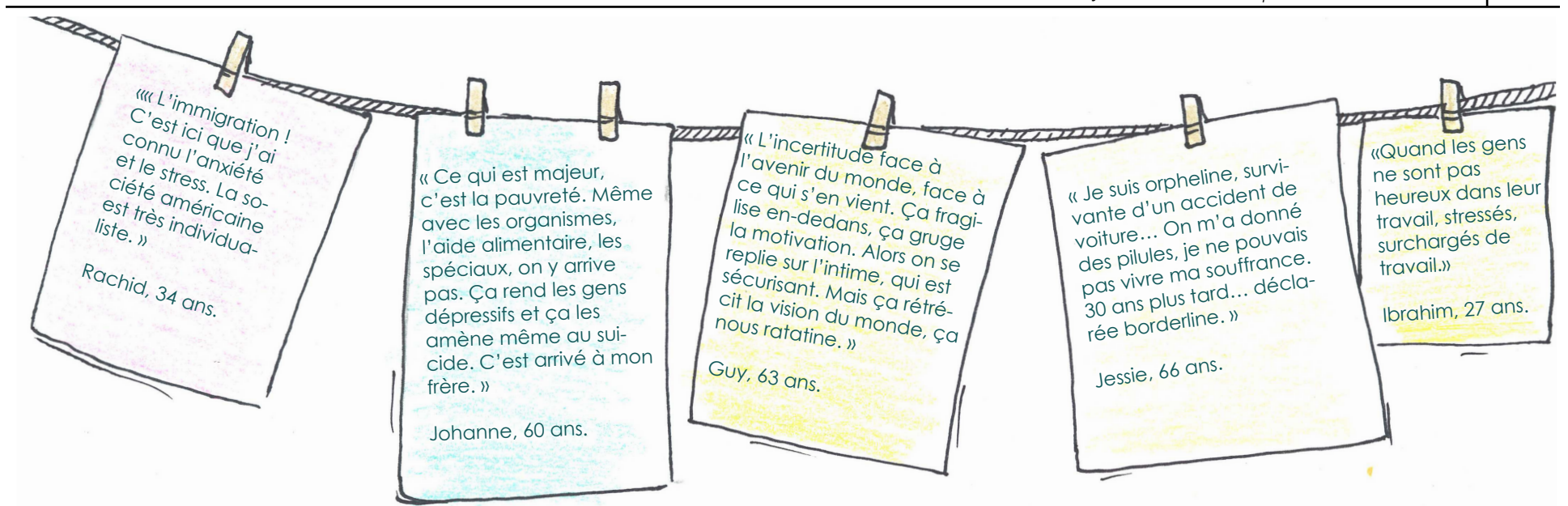
ment liée à la détresse, à l'anxiété, à l'angoisse, à la dépression, etc¹. Les discours des dominants prônant des politiques aggravant les inégalités sociales constituent de véritables armes de destruction massive qui contribuent à modifier profondément le rapport au monde des individus et à provoquer des dérives qui affectent les liens sociaux. Pourtant, affirmer que ces liens existent ne va pas de soi. La tendance est plutôt à les nier ou à les secondariser au point de les rendre « insignifiants » c'est-à-dire dépourvus du potentiel de transformation sociale. C'est en effet ce que cherche à faire une certaine psychiatrie obsédée par une conception biologique et neurologique de la mal-nommée « maladie mentale/du cerveau ». C'est aussi ce qu'on trouve du côté d'une certaine psychologie et autres approches thérapeutiques, obsédées par une conception cognitivo-comportementale centrée sur le contrôle des comportements des individus, peu importe le contexte dans lequel ils vivent.

Travailler les liens qui existent entre le contexte plus global qui affecte nos vies (pauvreté mais aussi sexisme, racisme, guerre, etc.) devient une question politique et implique un engagement collectif de la part des groupes communautaires et des groupes en santé mentale en particulier.

¹ Robichaud, J-B, Guay, L., Colin, C., Pothier, M., Saucier, J-F (1994) Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité. Gaetan Morin Éditeur et Le Comité de la santé mentale du Québec; Otero, M. (2015) Les fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine. Boréal.



J'ai une histoire personnelle mais qui est « tricotée serrée » dans celle de la société où je suis né, où j'ai grandi et qui a façonné mon environnement. Si je suis une femme j'ai plus de possibilité de subir du sexisme et d'être victime de violence; si je suis Noire dans une société blanche, je serai plus exposée à subir du racisme, avec des conséquences possibles au niveau de ma santé mentale. Les Syrien·ne·s resteront sans doute marqué·e·s à jamais par ce qu'ils vivent présentement... et sur lequel ils n'ont, individuellement, que peu d'influence. Mon histoire personnelle n'est certes pas une maladie. Elle est plutôt porteuse d'un formidable appel à la mobilisation citoyenne collective pour en finir avec ce qui, dans les orientations de nos sociétés, empêchent de vivre ensemble dans l'égalité et la solidarité.



Coming out Témoignage

Au fil du temps, je me suis rendu compte que je n'ai pas le choix de faire table rase de mon passé. Souvent, j'ai de la misère car il a été trash et rock & roll, j'ai brûlé la chandelle par les deux bouts. Au cours de mes quinze années de débauche, j'ai acquis un doctorat dans le domaine des drogues récréatives. C'est cette hygiène de vie qui a fini par affecter plusieurs sphères de mon existence. J'aurais pu mourir ou être légume, ce qui n'est pas le cas. (...) On peut dire que j'ai fait mon doctorat avec spécialisation en suicidologie car j'ai vu à quelques reprises ma vie défilé devant mes yeux.

Mon passé me fait paniquer sur des trucs difficiles et des détails. Ça finit par me faire réfléchir. Au bout du compte, à chaque fois, ça finit par altérer mes souvenirs. (...) Plus on cultive le passé et plus il ne nous lâche pas d'une semelle. Pour mieux absorber l'onde de choc des crises de panique, il faut briser ce cercle vicieux et ne pas s'isoler. Quand on en a à chaque semaine, c'est dur d'en faire abstraction et de ne pas absorber les malaises qu'elles causent. On a souvent tendance à être comme une éponge et on finit par développer la peur d'avoir peur et de paniquer. Il ne faut pas alimenter ces scénarios sinon on leur donne du pouvoir et ils finissent par tirer les ficelles de notre vie pour en occuper le rôle principal.(...)

C'est toff de renverser 15 ans de débauche. Pour renverser la vapeur, il faut mettre le doigt sur le bobo qui s'infecte. Des fois, j'ai l'impression que mes abus ont tellement aiguisé mes sens que quand j'ai de l'anxiété, je sens que mon cerveau est une zone sinistrée de grand brûlé jusqu'au dernier degré. J'ai souvent essayé de mettre des plâtres, mais ça a fini par me causer plus de problèmes. Fuck les osties de plâtres. Faut soigner la plaie avant qu'elle ne s'infecte, aller à la source du problème.(...)

Dès l'âge de 5 ans, je suis devenu un bouc émissaire. Imaginez l'onde de choc et les dommages collatéraux que ça a fait. Quand on devient le punching bag à l'école, c'est l'enfer. Je me suis mis à détester l'école dès la première année. Se faire rejeter ou juger, ça fuck le monde, surtout à cet âge-là. Cette stigmatisation m'a suivie durant tout le primaire. Il est prouvé que les maladies mentales se développent par rapport à l'environnement de l'enfant. Je n'étais pas comme les autres, j'avais déjà à cet âge un grand talent en dessin, mais l'étiquette que les profs et les élèves m'ont imposée m'a collé longtemps à la peau. L'intimidation, comme les problèmes de consommation, ça touche la famille, les amis. Des fois, les dommages collatéraux font un effet domino dévastateur et certains finissent par s'enlever la vie. Il ne faut pas juger et coller des étiquettes...

J'ai une histoire. Pourquoi en faire une maladie?

En octobre 2016, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) a lancé un appel large à la population afin que les citoyens et citoyennes partagent leurs histoires. Des histoires qui parlent de l'impact des conditions de vie sur la santé mentale. Plusieurs récits émouvants ont été partagés, des témoignages qui invitent à transformer la société afin de mieux prévenir les problèmes de santé mentale. Des histoires qui exhortent à mieux accompagner les personnes dans leurs situations de détresse. Les histoires que vous pouvez lire sur les pages qui suivent font partie de celles qui ont été partagées, de façon anonyme, sur le site www.jaiunehistoire.com/temoignages. Vous pouvez, vous aussi, y ajouter votre histoire.

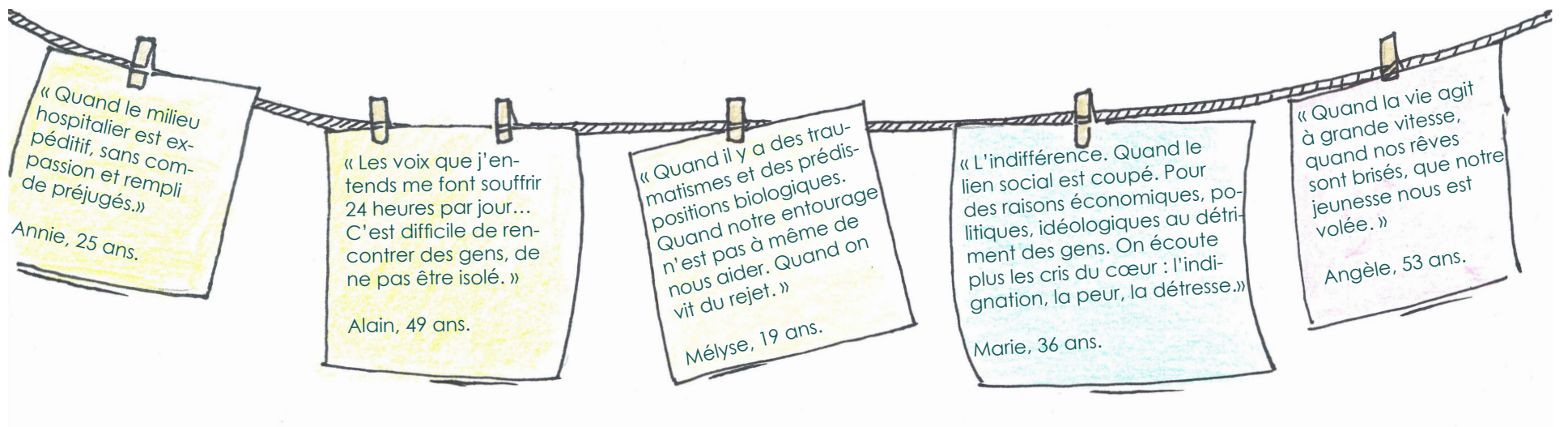
Aujourd'hui, je suis content, je suis unique et maintenant je connais ma juste valeur. C'est l'art-thérapie et la musicothérapie qui m'ont sauvé la vie plusieurs fois. J'ai développé une passion pour la musique, la poésie, la peinture, le cinéma de toutes les époques. Je crois que nos *bourreaucrates* devraient miser plus sur l'art-thérapie pour guérir les gens de la dépression ou de n'importe quelle dépendance. Il faut miser sur ce qui les passionne car quand on allume une flamme en quelqu'un qui ne voit plus la lumière au bout du tunnel, ça peut changer sa vie de A à Z. Les études le confirment et j'en suis la preuve vivante.(...)

Je sais maintenant que l'art est ma seule bouée de sauvetage et que c'est le meilleur rempart que j'ai eu dans ma vie. Je comprends maintenant le texte de Plume quand il dit « Quand la sagesse devient la seule amie ». Mes anciens problèmes de consommation, je sais que je vais les avoir toute ma vie. Que je vais devoir être vigilant face aux signes de rechute. Je sais qu'il reste encore des moments difficiles qui peuvent arriver d'un jour à l'autre, la vie est faite d'imprévus. Avoir un problème en santé mentale, c'est comme avoir une épée de Damoclès au-dessus de ma tête. Je vis donc un jour à la fois, même si parfois j'ai de la misère.

Il ne faut pas cultiver nos crottes sur le cœur car ça crée plus de merde. Quand je vois que nos *bourreaucrates* marginalisent encore les gens qui veulent se sortir de l'enfer de la drogue, ça me fait royalement chier. Avec les mesures d'austérité actuelles, si on ne donne pas d'outils à ces gens, ça va faire descendre encore plus bas cette statistique. Il faut la faire augmenter au lieu de passer la chainsaw dans l'aide destinée à ceux qui sont souvent le plus marginalisés. Je crois que n'importe qui est capable de s'en sortir quand il a accès à l'aide nécessaire. Ça peut prendre du temps et une thérapie est vitale dans bien des cas. Avec les mesures actuelles, on crée encore plus d'exclusion et ça va coûter plus cher en soins en santé mentale. Il faut voir à long terme.

En ce moment, le monde se déshumanise à la vitesse grand V. C'est prouvé, messieurs les bailleurs de fonds, vous qui faites des régimes minceur à des anorexiques, que ça coûte plus cher à la société de laisser les gens à eux-mêmes. Investissez dans le potentiel des gens qui veulent s'en sortir et arrêtez de les enfoncer dans la misère et l'exclusion. Arrêtez de fermer la lumière au bout du tunnel à ceux qui ne la voient déjà pas souvent depuis déjà trop longtemps et qui finissent dans la rubrique nécrologique. Refaites vos cours de comptabilité; investir en quelqu'un, c'est toute la société qui finit par en profiter →





Coming out (suite)

au bout du compte. On finirait donc par faire plus que des économies de bout de chandelle en pensant à long terme. C'est aussi ça, penser en terme de profit. En ce moment les mesures ne permettent pas de donner l'oxygène nécessaire pour que la personne s'en sorte et c'est vital d'avoir de l'air frais pour donner du vent dans les voiles. Sans bouée de sauvetage, l'homme se noie dans une mer d'indifférence.

Pour qu'une fleur donne des fruits, il faut lui donner de la lumière, il faut la nourrir. D'une façon ou d'une autre, on finit par récolter ce qu'on sème. Je crois que l'humain est capable de grandes choses lorsque l'on allume une flamme en lui. Quand on fait naître cet espoir en quelqu'un, les possibilités sont infinies.



« Je crois que l'humain est capable de grandes choses lorsque l'on allume une flamme en lui. Quand on fait naître cet espoir en quelqu'un, les possibilités sont infinies. »

Malheureusement, la vie, ce n'est pas un conte de fée et derrière chaque drame humain il a beaucoup de gens et des familles qui en souffrent. Penser en profit, c'est aussi penser à tous ceux et celles qui vivent ces drames.(...)

Conclusion : quand on ne soigne pas un bobo ça s'infecte et ça gangrène tout le tissu social d'une famille et de la société. Pour ne pas amputer les membres de plusieurs familles, arrêtez de fermer la lumière au bout du tunnel. Déloussiez les nœuds de vipère de la bourse et semez de la lumière dans la vie des gens qui ont tant perdu. Ça risque d'être profitable pour tout le monde! Quand on investit en l'avenir de ceux que la vie a scrapper, on améliore la qualité de vie de toutes ces familles qui souffrent en silence et ça profite à toute la société quand quelqu'un s'en sort.

Un citoyen de Sherbrooke



Slam d'injustice

Dans le cadre de l'atelier «Raconter l'injustice pour changer les choses», offert à la ressource alternative Prise II à l'hiver 2018, les participantEs ont été sollicités pour créer des expressions artistiques inspirées par une injustice vécue par l'une des participantes. Le slam qui suit est un des cris du cœur qui en est ressorti. Le masculin et le féminin sont interchangeable dans le texte... comme dans la société.

On vient parler pour les délaissés, les mis de côté
Même si ça semble fou de parler des psychiâtrés

Ils voient dessus, ils voient dessous
Ils sont parfois dans le coup
Ils voient le vrai, ils voient le faux
Ce qu'ils ont à dire, ce n'est pas trop

Les professionnels sans compassion
Avancent la stigmatisation
Où trouver de l'aide aux solutions
Bâtir une ville prend de la participation

Ils sont trop forts
Et jamais de notre bord
Sous leur pouvoir
On s'écrase selon leur bon vouloir

Parler ou se taire
Foutu dilemme de misère
Coincée avec ma colère
Au soir au matin, je m'autodigère
Piégée comme une bête d'une race rejetée
Besoin d'aide, mais je ne suis plus capable d'en demander

De l'aide investie dans une personne
Ça se propage, pis ça résonne
C'est pas les chefs, les riches, les connectés
Qui tissent tout seuls une société
M'intégrer, c'est pas une faveur

C'est pas pour moi tout ces labeurs
J'ai eu des torts et des maux d'cœur
Pour les guérir, j'm'en fait des sueurs

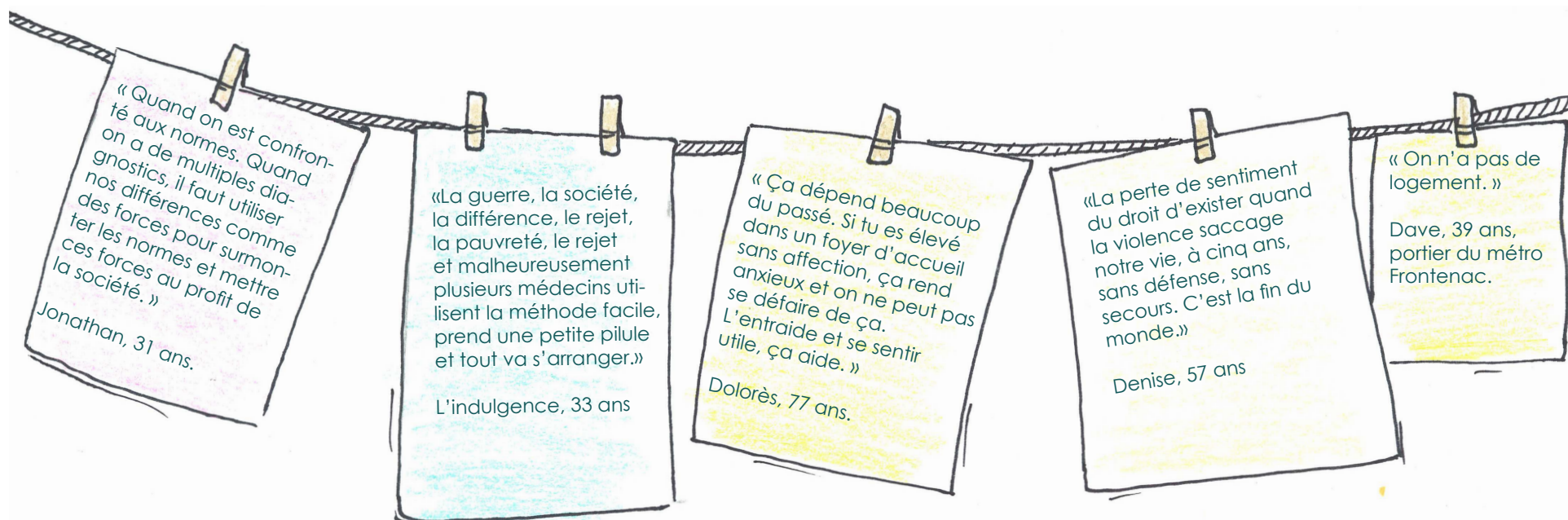
Le vois-tu? Me vois-tu?
Tu détournes la tête, parce que toi aussi t'en peux plus
Je suis seule, j'ai confiance en personne
De toute façon crier à l'aide, kessé ça donne?
Peux-tu croire ça mon frère
Un long chemin sans prière

J'ai pas ma place
J'me cache la face
Mais ceux qui mènent la danse
De moi, ils s'en balancent

Isolement. Tourment
Mes élans se meurent dans l'ciment

Avec plus d'ouverture
Mes efforts pourraient s'inclurent
Dans une société plus égale
Pour faire le bien, soigner le mal

Mat et Nat, 2018.



La violence du système

Témoignage

J'ai eu des problèmes de santé mentale et physique dans ma jeunesse et j'ai aussi vécu des abus sexuels. Je suis partie de ma région natale parce que tout le monde connaissait mon passé et que je ne me sentais pas bien. Je me sentais toujours à part des autres, j'avais été dans une école spéciale pour les enfants en difficulté où on allait à notre rythme et je me sentais à part, je ne parlais à personne, je ne disais pas un mot. Je manquais beaucoup l'école parce que j'étais tout le temps malade. Je n'avais pas de suivi en santé mentale, ce n'était pas quelque chose de connu à l'époque.

Un jour à l'école j'ai reçu un coup de règle sur les cuisses et ça m'a fait haïr encore plus l'école. Et ils ne nous aidaient pas dans nos devoirs, j'aurais eu besoin de plus d'aide. J'aurais aimé ça être comme tout le monde.

J'ai déménagé, je suis partie de ma région, et je me sentais mieux avec des étrangers qu'avec ma famille, parce qu'avec ma famille je me sentais toujours jugée. Il y a quinze ans, je suis allée au SIMO pour essayer de travailler et ils m'ont dit que j'avais trop de problèmes de santé mentale pour travailler et c'est là que je me suis retrouvée sur les rentes d'invalidité.

J'ai eu accès à un logement subventionné à l'Office Municipal d'Habitation de St-Hyacinthe en 2004, à cette époque-là ça allait mieux, j'avais deux chiens et je me promenais beaucoup avec eux, je marchais, ça me faisait du bien, c'était mes petits amours. Mais un moment donné j'ai eu des problèmes, j'ai vécu des agressions, je ne me sentais plus en sécurité, j'ai arrêté d'aller me promener. Pendant quatre ans on m'a harcelée, ils se foutaient de ma santé.

Et c'est à partir de là que mes problèmes de santé ont empiré. Je fais de la fibromyalgie et j'ai des problèmes de dos. J'avais demandé un logement au rez-de-chaussée mais ils n'ont jamais voulu m'en donner un. C'est là que j'ai vu que les HLM avaient le pouvoir sur moi. Quand on est vulnérable, on ne peut pas se défendre.

Je suis tombée en dépression et je me suis retrouvée à l'hôpital en 2014, pendant un mois. Quand je suis retournée chez moi, l'appartement avait été vidé et ma sœur avait dû venir prendre mes chiens. Mes meubles et la nourriture étaient perdus, et je n'avais pas les moyens de me racheter des meubles ni de la nourriture. Le conseiller municipal a fait changer mes serrures de boîte à courrier et j'ai perdu tout mon courrier. Je ne comprenais pas pourquoi j'avais perdu mon logement, je n'avais jamais embêtée personne... je m'occupais de mes affaires... mais des fois j'ai de la difficulté à m'exprimer, je cherche mes mots, peut-être que je n'étais pas toujours claire.

Je suis allée en hébergement. Et par la suite j'ai habité chez ma mère pendant un an suite au décès de mon père. J'ai aussi habité en chambre et j'ai eu une mauvaise expérience, le colocataire prenait ma nourriture et écoutait de la musique très forte. Je suis allée habiter chez une amie en attendant de me trouver un endroit à moi. J'étais toujours stressée, speedy, je vivais

toujours sur un stress, c'était l'enfer. J'ai été hospitalisée plusieurs fois, je leur demandais de m'aider à trouver un logement mais je n'ai jamais eu d'aide de la part du Réseau.

J'ai appelé partout, j'ai demandé de l'aide dans le communautaire, j'y ai été en hébergement, j'aurais voulu avoir du logement subventionné et je n'ai pas eu de réponse favorable. Je trouvais que je m'ennuyais là-dedans... je ne sentais pas appartenir au groupe... Un moment donné, j'ai rencontré un psychiatre qui m'a donné une bonne médication, je me sentais mieux et j'ai dû quitter le logement communautaire pas longtemps après.

Enfin, je me suis trouvé un appartement dans le privé, au début ça me faisait peur à cause des coûts, et ma mère, qui habite au Lac St-Jean, m'a aidée pour payer l'électricité et pour m'aider pour la nourriture, alors que je recevais de l'aide sociale. L'aide sociale a appris que je recevais de l'aide et ils m'ont annoncé que je devais rembourser les montants reçus. Au téléphone, je leur ai expliqué que j'avais été dans la merde pendant 3 ans, que j'avais tout perdu, que j'avais dû repartir à zéro, que j'avais déménagé plusieurs fois, que j'ai été trois ans sans logement. Je leur ai expliqué que j'étais obligée de recevoir de l'aide parce que je n'arrivais pas, autrement. Ils m'ont dit que je devais rembourser l'équivalent des montants que j'avais reçus, que j'avais juste à me prendre un logement subventionné si je n'avais pas les moyens d'être dans le privé... et je les ai envoyés promener! Tssé, je commence à m'en sortir et ils sont sur mon dos! Un moment donné, je ne suis plus capable! Ils sont sur mon dos, je n'ai plus de santé... ça me fait pogner les nerfs!

Quand ils ont dit que je devais rembourser, j'ai dit à l'agente du Centre local d'emploi de Longueuil, la semaine dernière, que c'était des plans pour emmener le monde à se suicider, et ils m'ont demandé d'appeler la ligne d'urgence-suicide, pis je leur ai dit « Vous allez être ben trop contents, j'ai même pas le goût de vivre avec vous autres! ». Ils ont appelé la police et les policiers sont passés chez moi pour vérifier comme j'allais, et ils m'ont envoyés à l'hôpital deux fois. À l'hôpital, ils

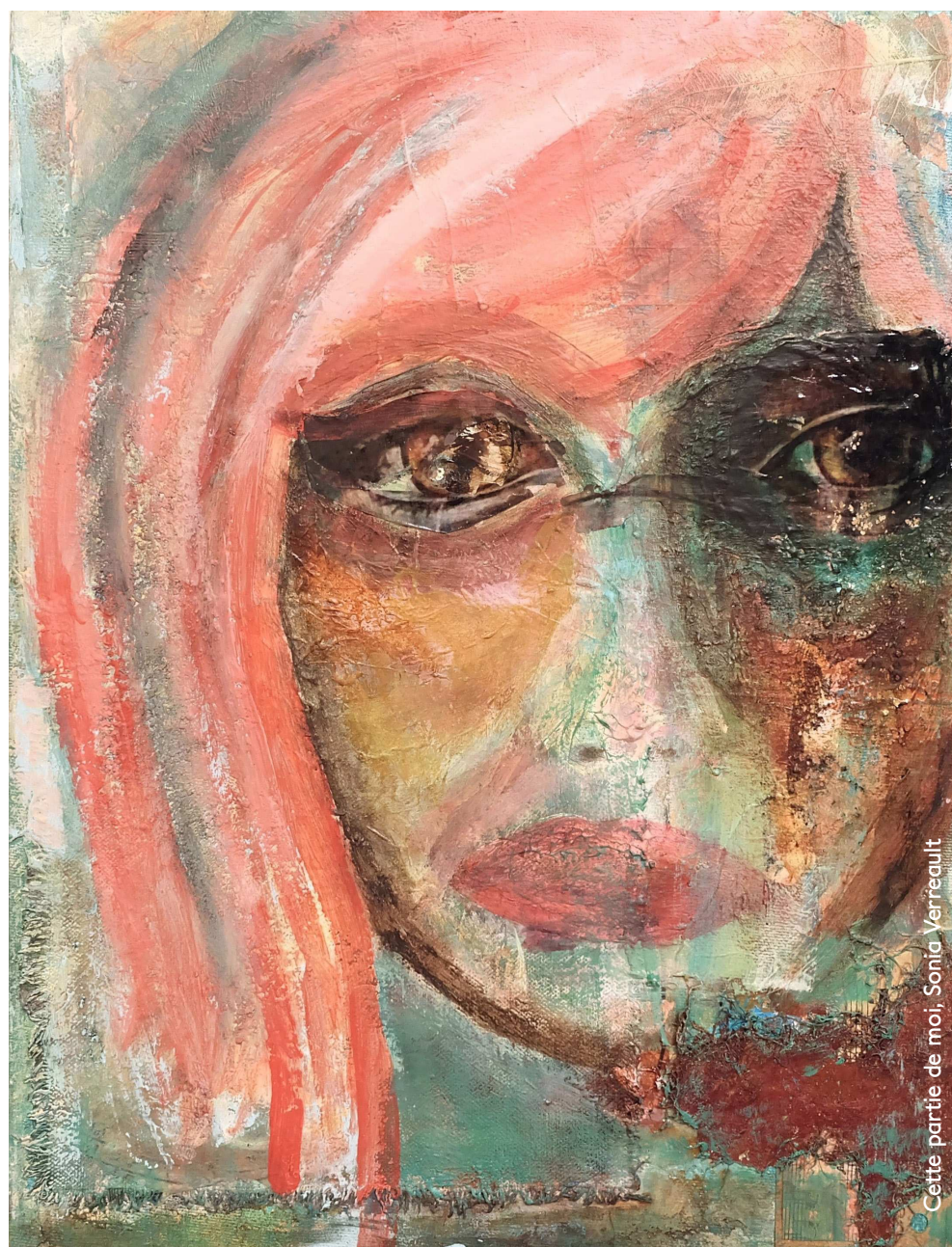
m'ont renvoyée chez moi mais je suis sous surveillance, je dois les appeler à tous les soirs.

Ils n'ont jamais réussi à m'aider convenablement, quand j'espérais qu'ils fassent des changements dans ma médication et ils me renvoient à mon médecin. Mon médecin me dit qu'elle ne sait pas quoi me donner, que je les ai tous essayés.

Maintenant je ne dors pas, j'ai des problèmes de sommeil, les pilules ne fonctionnent plus, les policiers me guettent parce que je pense au suicide, je me sens surveillée et je suis stressée.

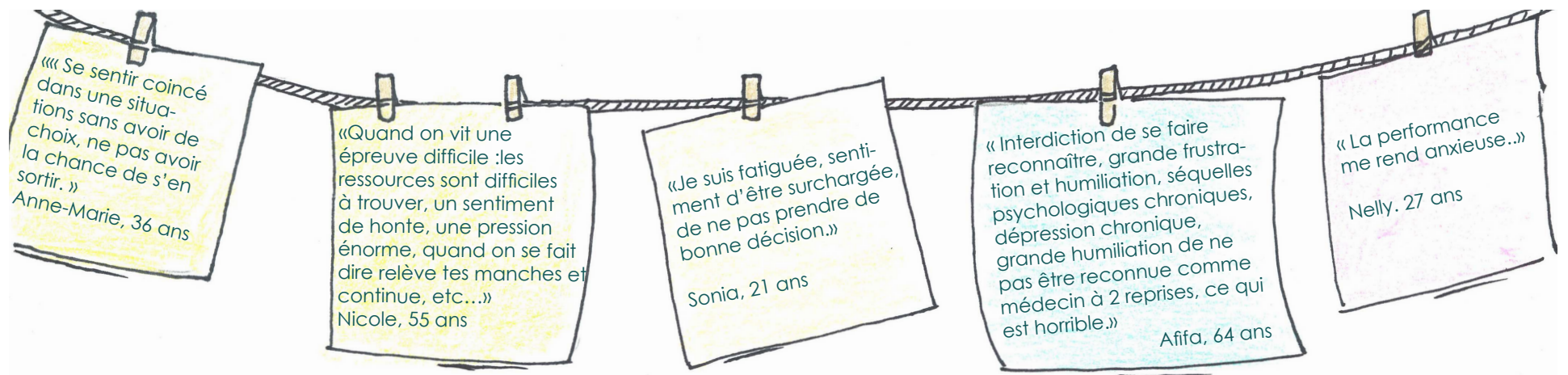
Même aujourd'hui je ne parle pas beaucoup avec ma famille parce que j'ai peur de me faire juger. Ils ne comprennent pas c'est quoi mon problème de santé. Ils ne comprennent pas c'est quoi le manque que j'ai eu quand j'étais jeune.

Une citoyenne de St-Hyacinthe



Cette partie de moi, Sonia Verreault

« Un moment donné, je ne suis plus capable! Ils sont sur mon dos, je n'ai plus de santé! »



Mieux-être au travail: il reste du boulot!

Anne-Marie Boucher,

Responsable aux communications du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

Nous assistons présentement à une précarisation du travail salarié, à une explosion du stress dans les milieux de travail et à une baisse généralisée des conditions de travail, salaires et avantages sociaux compris. L'amélioration des conditions de travail, la facilitation de la conciliation travail-famille et la prévention du harcèlement au travail figurent pourtant parmi les stratégies indispensables pour diminuer les inégalités de santé. Qu'est-ce qu'on attend pour agir?

Au Québec, en 2007-2008, 1 travailleur sur 7 visé par l'Enquête québécoise sur les conditions de travail présentait un niveau modéré de détresse psychologique. 1 travailleur sur 5 connaissait un niveau élevé de détresse. « Parmi les travailleurs québécois de 15 ans ou plus occupant un emploi depuis au moins huit semaines, à raison d'au moins 15 heures par semaine, 12 % ont mentionné des symptômes dépressifs (16,1 % des femmes et 8,7 % des hommes). Plus de 60 % d'entre eux estiment que ces symptômes sont partiellement ou complètement liés à leur emploi principal, soit 21,2 % complètement et 39,3 % partiellement. ¹ »

Ces chiffres inquiétants, issus d'une large enquête menée au Québec, vont de pair avec une consommation accrue de médication psychotrope. En effet, « plus de 400,000 travailleurs ont eu recours de façon régulière aux psychotropes, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine au cours du dernier mois précédant l'enquête, pour réduire l'anxiété, remonter le moral ou aider à dormir, par ailleurs, le cumul de contraintes organisationnelles et d'un travail émotionnellement exigeant ou de situations de tension avec le public s'accompagne dans tous les cas d'une augmentation de la prévalence de la consommation de psychotropes. ² »

UNE SITUATION INCONTRÔLABLE?

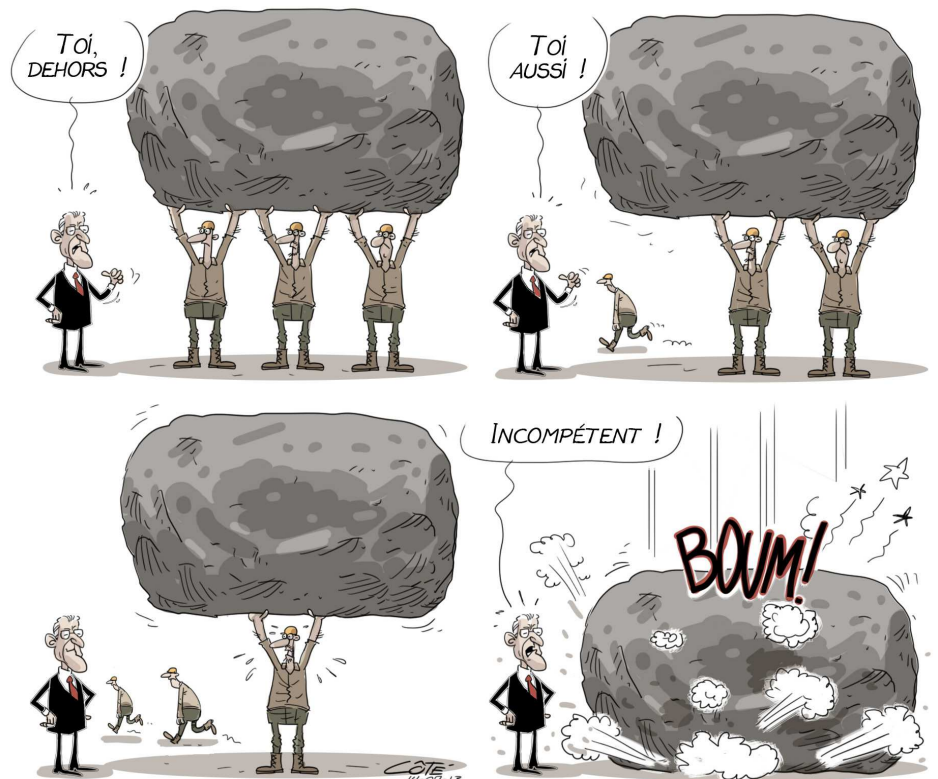
Ce n'est pas un hasard si la détresse au travail a augmenté au cours des dernières décennies. En plus de la pression, de l'impératif de performance et de la réduction du personnel, mesures prises le plus souvent afin de satisfaire l'appétit des actionnaires, on constate que les travailleurs et travailleuses qui sont exposés à une faible latitude décisionnelle (impossibilité d'apprendre et de participer aux décisions), à des exigences psychologiques élevées au travail (quantité, complexité), à des relations difficiles avec les supérieurs ou avec les collègues et au manque d'appréciation des efforts au travail sont proportionnellement plus nombreux-ses à connaître un niveau élevé de détresse psychologique. On constate également que de plus en plus de parents se voient forcés à occuper tous deux des emplois à temps plein afin de joindre les deux bouts, venant complexifier la conciliation travail-famille.

SOUFFRANCES ET PROFITS

Il y a également le travail inhumain, le travail qui met en danger la santé et la sécurité des personnes : le très bel essai *Les souffrances invisibles*, signé par Karen Messing aux Éditions Écosociété, en appelle à une plus grande empathie face aux souffrances vécues par les travailleurs et travailleuses aux emplois souvent peu prestigieux et peu reconnus. Karen Messing donne en exemple les caissières des épiceries, les employéEs d'entretien mais aussi les employéEs des boutiques qui sont tenuEs de se tenir debout de longues heures, sans droit de s'asseoir. Les souffrances des travailleurSEs, qu'elles soient d'ordre physique, émotionnelle (ou les deux), sont souvent le prix à payer pour des services et biens à petit prix: ainsi, le mieux-être des employéEs se retrouve à diminuer la marge des profits des patrons...

« Or, tant que les profits seront la variable prépondérante dans l'organisation du travail, les souffrances des salariés continueront d'être ignorées. »

Comme le souligne Aurélie Lanctôt dans sa critique du livre de Messing: « Or tant que les profits seront la variable prépondérante dans l'organisation du travail, les souffrances des



André-Philippe Côté, *Le Soleil*, 14-07-2013, avec sa permission.

salariés continueront d'être ignorées. Peut-être serait-il temps d'admettre que les profits ne devraient pas primer la dignité des travailleurs, d'autant plus lorsqu'on sait ce qu'il en coûte socialement d'épuiser celles et ceux qui s'échinent à simplement gagner leur vie. ³ »

OSER FAIRE AUTREMENT

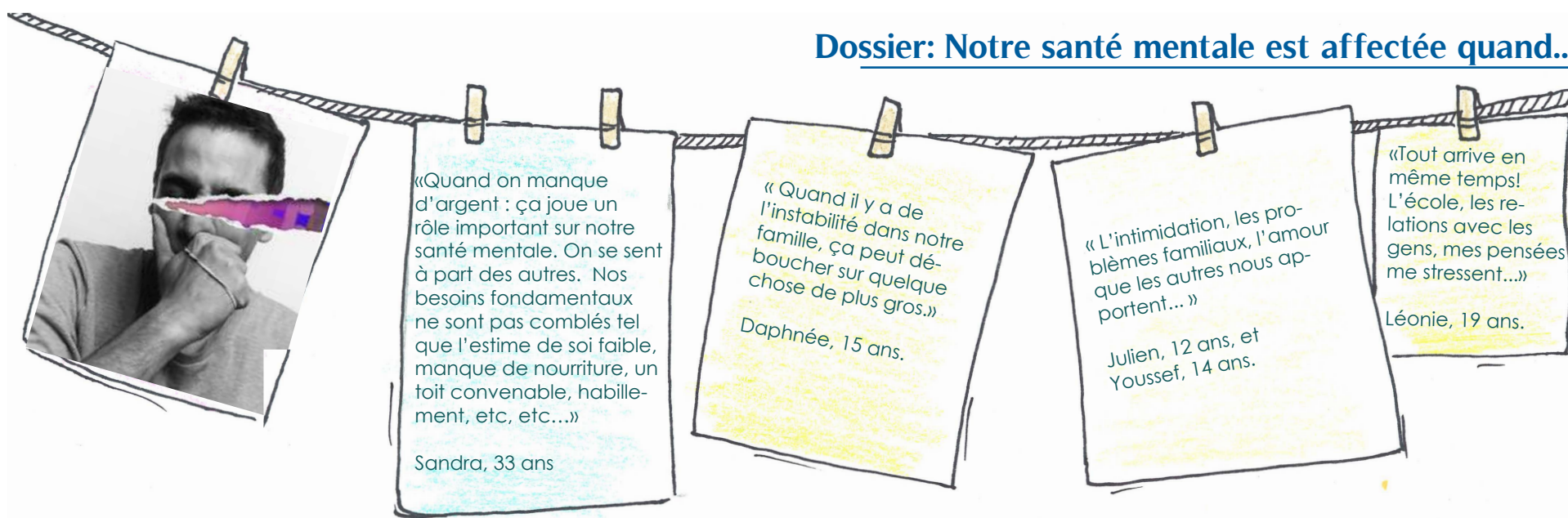
La souffrance au travail n'est pas un passage obligé : il est possible de travailler à renverser la vapeur. En guise d'exemple, des entreprises misent d'abord sur le mieux-être au travail afin de retenir l'expertise et de garder leurs employés déjà formés. Certaines font le pari d'écouter les expertEs en ergothérapie, en ajoutant des sièges pour les employéEs de magasin ou les caissières qui souffrent de passer de longues heures en station debout, immobiles. D'autres adoptent un mode de gestion qui prend davantage en compte les besoins, les avis et les aspirations des employéEs. Il faut voir qu'il est possible (et même profitable) d'améliorer les conditions de travail et d'offrir plus de liberté et de pouvoir de décision aux personnes employées.

Ainsi, des chercheurs de l'IRIS nous invitent à repenser l'univers du travail afin d'agir sur la santé mentale des employéEs: « Les employeurs et les employeuses en font-ils assez pour respecter les limites à la productivité de leurs employé·e·s ? Il ne s'agit pas de faire de la méditation sur l'heure du midi ou forcer le personnel à prendre des formations extracurriculaires sur l'estime de soi, reportant ainsi sur leurs épaules la responsabilité de leur équilibre psychologique. Il s'agirait plutôt d'offrir des mesures de conciliation travail-famille, d'accorder plus de deux semaines de vacances par année, de ne pas imposer d'heures supplémentaires, de ne pas les rejoindre en dehors des heures de travail, voire même (soyons fous) de diminuer le temps de travail. » Une belle invitation à refuser le fatalisme et à imaginer, ensemble, une autre façon de vivre le travail, dans le respect et la dignité de chacunE, tout en mettant en valeur les capacités et les aspirations de touTEs. Et pourquoi pas?

³ <https://www.gazettedesfemmes.ca/13456/rendre-visibles-les-souffrances-du-travail-du-feminisme-a-la-justice-sociale/>

¹ Tiré de l'Enquête québécoise sur les conditions de travail : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSSST/R-691.pdf>
² idem, (tableau 9.17)

Dossier: Notre santé mentale est affectée quand...



Santé mentale des jeunes : du concret, svp!

Tristan Ouimet-Savard,
 Coordonnateur des dossiers politiques au Regroupement des Auberges du cœur du Québec

On entend souvent parler des déterminants sociaux de la santé et on doit se l'avouer, lorsque c'est lancé comme ça dans les airs, ça peut paraître abstrait et nébuleux. Pourtant, c'est loin de l'être. Il n'y a rien d'abstrait dans le fait de ne pas avoir d'endroit où dormir, ou dans le fait de manquer d'argent pour bien manger et se vêtir. Rien d'abstrait dans le fait de ne pas avoir accès à l'école, rien d'abstrait dans le fait de subir de la discrimination à l'emploi en raison de son genre ou de ses origines. Ces préjugés, comme d'autres, ont un impact bien réel sur la santé physique et mentale des individus et des populations, ce qui influence grandement la capacité à vivre dignement et à s'épanouir.

Quand un ou une jeune cogne à la porte d'une Auberge du cœur, ses différents déterminants sociaux de la santé sont déjà mis à mal. Parfois un peu, parfois beaucoup. Cette dure réalité, surtout marquée par la pauvreté, l'abus, le rejet et la violence, n'est pas nouvelle au Québec. Cependant, la façon dont elle est vécue et le regard qui est porté sur elle a grandement changé, comme en témoigne le type de réponse et d'intervention qui y est associé aujourd'hui en matière de santé mentale.

Je me permets de citer une intervenante chevronnée d'une Auberge du cœur qui me disait récemment qu'en l'espace de 15 ans, les profils des jeunes avec qui elle travaille ont beaucoup changé. Au début de sa carrière, l'étiquette qui prévalait était celle du « petit voyou », du ou de la « rebelle sans cause » qui conjuguent petite délinquance et consommation, avide de sensation forte et de reconnaissance. Dans ce contexte, les aspects visibles des réalités que vivaient ces jeunes étaient largement associés à la « marginalité », « l'incivilité », ou encore la « déviance ».

Aujourd'hui, en 2018, le portrait a beaucoup changé. La pauvreté et la désaffiliation sociale marque tout autant le contexte de vie pour beaucoup de ces jeunes. Mais selon les échos que l'on a du terrain, la « marginalité » et les comportements jugés « dérangeants » et « anormaux » sont désormais associés et reconnus de plus en plus comme des pathologies. Dans le système de santé et surtout en premières lignes, les trajectoires de vie et les histoires des personnes ne semblent plus nécessaires pour comprendre et expliquer la « déviance » qu'ils et elles incarnent face aux normes dominantes. Pas que c'était nécessairement mieux auparavant, mais il semble qu'à ce chapitre, la

situation est loin de s'améliorer. Dans ce contexte, les dispositifs d'intervention mis en place pour aider ces jeunes et répondre à leurs besoins relèvent de plus en plus d'enjeux techniques (tels un.e anesthésiste qui apaise la douleur ou un.e chirurgien.ne qui remplace un organe défectueux) où les dimensions biomédicales pèsent lourds dans la balance, en faisant fi des déterminants sociaux de la santé.

Vous trouvez que je simplifie la réalité? À peine.

Comprenons-nous bien, accorder de l'importance à la santé mentale est quelque chose d'essentiel. Cependant, si la santé mentale et la psychiatrie sont devenue aussi présentes aux premières lignes des services destinés aux jeunes dits en situation d'itinérance ou à risque de l'être, notamment pour adresser des situations dites de crises, on doit impérativement questionner pourquoi il en est ainsi. Quelle approche et type d'intervention y prédomine? Sur quelles conceptions s'appuient-elles? Ces questions sont importantes et ne doivent pas être l'apanage des milieux académiques, professionnels et politiques.

Car force est de constater que dans la Politique et plans d'action gouvernementaux en santé mentale, il existe un grand paradoxe qu'il faut collectivement confronter. D'un côté, les principes qui devraient guider les interventions s'appuient sur une approche globale reconnaissant les déterminants sociaux de santé et donc l'influence de plusieurs conditions et facteurs dans la santé des individus et des populations, à savoir autant le contexte environnemental que des aspects personnels, sociaux et biologiques.

De l'autre, on constate, de plus en plus, que les principales interventions offertes ne reflètent qu'une

de ces dimensions, à savoir la dimension biologique et neurologique. Résultat : la médication psychotrope est l'outil de premier choix, sans alternative et sans suivi approprié.

Pour citer le Mouvement Jeunes et santé mentale qui lutte contre cette médicalisation des problèmes sociaux des jeunes, «La médication a sa place, mais en ce moment elle prend toute la place! ». Est-ce que la médication est en voie de devenir une « fin » plutôt qu'un « moyen »? Il apparaît clair, selon moi, que le glissement qui s'opère dans la compréhension des difficultés que vivent ces jeunes vers une vision technique et médicale contribue grandement à ce phénomène.

Dès lors, il est incontournable de se demander collectivement: comment entreprendre un changement global de pratique et de paradigme afin de mieux répondre aux difficultés vécues par ces jeunes et mieux les prévenir? L'action collective et la mobilisation citoyenne m'apparaissent comme la meilleure façon de favoriser un tel changement.

Les quatre revendications principales du Mouvement

Que tous les jeunes et leurs proches aient accès gratuitement à des services d'aide et de soutien psychosociaux et alternatifs à la médication psychiatrique et que l'accès à ces services ne soit pas conditionnel à un diagnostic en santé mentale.

Que l'expertise des jeunes soit reconnue par leur participation égalitaire sur toutes questions qui les concernent, notamment dans l'élaboration, la mise en œuvre, et l'évaluation des politiques et plans d'action.

Que l'exercice du droit à l'information, du droit à la participation au traitement, du droit à l'accompagnement et du droit au consentement aux soins libre et éclairé soit respecté et garanti pour tous les traitements liés à la santé mentale.

Que le gouvernement mette immédiatement en place une commission sur la médicalisation des problèmes sociaux des jeunes.

**MOUVEMENT
 JEUNES
 ET SANTÉ
 MENTALE**



Pour plus d'informations: www.mouvementjeunessm.com



Lettre à nos représentantEs

Mesdames les députées, messieurs les députés,

Vous venez tout juste d'être éluEs par la population, comme représentantEs de vos circonscriptions respectives, et de la population en général. Nous avons eu l'occasion de rencontrer quelques-unEs d'entre vous avant votre prise de pouvoir pour discuter des transformations nécessaires en santé mentale. Vous le savez probablement, l'action gouvernementale en matière de santé mentale est, de façon navrante, principalement consacrée au curatif, soit aux soins ciblant les personnes déjà aux prises avec un problème de santé mentale. C'est d'ailleurs, selon nous, un des problèmes du Plan d'action en santé mentale: il néglige de beaucoup l'action gouvernementale en amont des problèmes. Afin de vous inspirer à agir ambitieusement en prévention et en améliorant les conditions de vie quotidienne, le comité le Politique du RRASMQ a développé, au printemps 2018, huit revendications principales. Nous espérons que vous en prendrez compte : elles émanent des réalités vécues par les personnes premières concernées. Nous vous fournissons ci-bas quelques extraits. Vous êtes désormais les premiers défenseurs du bien commun des Québécois et Québécoises : nous espérons que vous assumerez pleinement ce rôle, avec courage et sens de la dignité.

Salutations cordiales, le comité le Politique du RRASMQ

REVENDEICATION 1 – Agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale

Que le gouvernement québécois adopte, en conformité avec la Politique en santé mentale, une vision globale de la question de la santé mentale. Que cette conception globale se traduise par les actions suivantes :

- Que les prochains Plans d'action en santé mentale soient axés sur la prévention et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, impliquant une vision interministérielle de l'action en santé mentale;
- Que soit mise en place une réelle stratégie d'accès aux transports, que ce soit par l'entrée en vigueur de tarifs sociaux ou d'une augmentation de l'offre en transport collectif dans les régions semi-urbaines et rurales;
- Que soient réalisés 50 000 nouveaux logements sociaux au Québec en 5 ans tout en entretenant le parc vieillissant.

REVENDEICATION 2 – Assurer le libre choix en matière de soins

- Que les citoyens et citoyennes du Québec aient accès à une diversité d'approches venant répondre à leur demande d'aide, notamment qu'il leur soit proposé des alternatives à la médication et à l'hospitalisation à l'intérieur-même du panier de services offerts dans le réseau public.
- Que les groupes communautaires alternatifs en santé mentale soient dûment financés à la mission dans toutes les régions du Québec.
- Que l'article 6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit respecté dans toutes les régions du Québec, afin que toute personne ait le libre-choix du professionnel et de l'établissement où elle recevra accompagnement ou soin.

REVENDEICATION 3 – Se donner des leviers budgétaires pour assurer un filet social fort

- Lutter contre l'évitement fiscal et poursuivre le développement d'une fiscalité équitable et progressive, tant pour les entreprises que les individus, visant une redistribution des richesses;
- Réinvestir massivement dans les services publics et les programmes sociaux;
- Inverser la tendance à la privatisation de nos institutions publiques.

REVENDEICATION 4 – Lutter contre la médicalisation des difficultés vécues par les jeunes (voir page précédente)

REVENDEICATION 5 – Soutenir la participation citoyenne et l'appropriation du pouvoir

- Que soit reconnue l'importance de l'expertise des citoyen·ne·s en matière de santé mentale et de participation démocratique:
 - dans les instances de prise de décision : conseil d'administration d'établissement public, comités, instances évaluatives, etc.;
 - dans la relation thérapeute-patient;
 - dans l'élaboration des politiques et plans d'action gouvernementaux, en assurant une participation collective des personnes premières concernées.
- Que soit promue et défendue la participation collective en santé mentale, notamment par un financement d'espaces de concertation pour les personnes premières concernées.

REVENDEICATION 6 – Lutter contre la médicalisation des difficultés vécues par les jeunes (Voir les revendications en page précédente)

REVENDEICATION 7 – Garantir la protection des personnes

Nous demandons aux partis de s'engager à ce qu'à l'avenir la Loi P-38.001 soit appliquée plus rigoureusement. (Voir en page suivante)

REVENDEICATION 8 – Appliquer le droit à la justice

Nous demandons aux partis de s'engager à faire en sorte que :

- Toute personne qui fait l'objet d'une requête pour des ordonnances de traitement, des ordonnances d'hébergement ou des gardes en établissement puisse recevoir l'information et l'assistance nécessaire à sa défense pleine et entière.
- À ce que l'article 17 du Code de procédure civile soit rigoureusement appliqué lors des audiences portant sur des mesures légales en santé mentale de façon à ce qu'aucun jugement ne soit rendu si le principe de contradiction n'est pas respecté.

Des droits toujours à défendre...

**Le meurtrier schizophrène retrouvé p
la police, la famille de la victime sou
le choc**



**Les dangers que représentent
les malades mentaux**

LA PRESSE | MONTRÉAL | DIMANCHE 26 NOVEMBRE 2008

LA MÉDECINE

collaboration spéciale

ACTUALITÉ SANTÉ

Recommandations ignorées des coroners: «échec monumental» de la gestion de la santé mentale au Québec

Plusieurs recommandations de coroners visant à améliorer la situation ont été ignorées

**Médias, santé mentale et stigmatisation :
éclaircie à l'horizon?**

Gorette Linhares,

Agente de communication de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale (AGIDD-SMQ)

Les médias ont un rôle à jouer dans la stigmatisation des personnes vivant un problème de santé mentale. Cet état de fait n'est plus à contester comme le démontre *En-tête Reportage et Santé mentale*, un guide canadien destiné aux journalistes. Mais un guide ne peut à lui seul occasionner un changement social, d'autant plus que ce dernier comporte des informations... stigmatisantes! C'est ce qui ressort d'un *focus group* mené par l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).

Le guide *En-Tête* fait valoir à juste titre qu'à l'exception d'une petite minorité, la plupart des personnes vivant un problème de santé mentale sont plus à risque de subir des actes de violence que de les perpétrer, un fait peu compris par le grand public.

À cette juste information visant à défaire un préjugé, le guide *En-Tête* en perpétue d'autres, plus insidieux (ci-après, voir nos soulignés) : «*La stigmatisation causée par les gestes de violence largement médiatisés, perpétrés par des personnes non traitées et en état de crise, affecte également celles qui sont traitées ou celles dont le diagnostic est plus léger.*»

D'un, on associe à tort violence et état de crise, alors que cette dernière n'est pas systématiquement source de dangerosité. De deux, le traitement est perçu

comme étant une police d'assurance, un passage efficace et obligé, le traitement de prédilection étant bien sûr la médication. De trois, on en déduit une certaine hiérarchie des diagnostics, certains étant plus socialement acceptables que d'autres.

En résumé, le guide comporte des informations pertinentes visant à lutter contre la stigmatisation et ses effets, mais il recèle aussi entre ses lignes des propos nourrissant les préjugés. Ce paradoxe « trois-pas-à-l'avant-un-pas-vers-l'arrière » est aussi visible dans le traitement médiatique de la santé mentale depuis quelques années, et ce, bien que le sujet ne soit plus un sujet tabou dans les médias.

En effet, la santé mentale a connu une croissance médiatique de 43%, en cinq ans seulement. Au début des années 2000, « nous ne pouvions même pas en

retrouver les traces sur nos radars », rapporte Jean-François Dumas d'*Influence Communication* (La Presse, 30 janvier 2018) tout en détaillant les causes susceptibles d'expliquer ce profond changement. Ainsi, les personnalités publiques qui se dévoilent et les campagnes comme Bell Cause pour la cause contribuent à ce que les médias parlent de santé mentale et, conséquemment, à la matérialisation de la santé mentale à titre d'enjeu.

« Sans inviter les médias à la censure, nous pouvons somme toute aspirer à une couverture journalistique plus équilibrée. »

**Le jugement J.M. contre Hôpital Jean-Talon :
Un nouvel outil pour défendre les droits des
personnes gardées en établissement**

Jean-François Plouffe,

Chargé de dossiers à Action Autonomie, le collectif de défense des droits en santé mentale à Montréal

En 2014, uniquement sur le territoire de l'île de Montréal, plus de 3000 personnes ont été privées de leur liberté par des établissements de santé, qui les ont gardées contre leur gré dans leurs unités de soins psychiatriques. Parmi ces personnes, un grand nombre ont subi des atteintes majeures à leurs droits. Des recherches poussées menées par Action Autonomie au cours des 20 dernières années ont démontré que certaines des dispositions des lois qui encadrent cette pratique sont systématiquement ignorées par les hôpitaux.

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui (RLRQ ch. P-38.001), aussi appelée la Loi P-38, prévoit entre autres des périodes de temps très précises au-delà desquelles un établissement ne peut garder une personne contre sa volonté, s'il n'a pas obtenu une autorisation spécifique de la Cour du Québec. En moyenne, les personnes sont gardées sans autorisation deux fois plus longtemps que ce que permet la loi.

La Loi P-38 ne suspend aucun autre droit que celui de quitter l'hôpital. La personne conserve notamment son droit de consentir de façon libre et éclairée aux traitements qui lui sont proposés. Cela inclut les examens psychiatriques requis pour que l'établissement obtienne l'autorisation du tribunal pour garder la personne. Les témoignages que nous avons obtenus

au cours des années nous apprennent que non seulement le consentement aux examens psychiatriques n'est ni demandé, ni obtenu, mais qu'en plus les personnes ne sont très souvent pas conscientes que leur conversation plus ou moins formelle avec un médecin fait partie d'une évaluation psychiatrique qui vise non pas à les soigner, mais à convaincre le tribunal de les priver de leur liberté.

J.M. a été détenu contre son gré par l'Hôpital Jean-Talon à l'été 2017. Action Autonomie et son avocat l'ont informé qu'il avait le droit de consentir ou non à subir un examen psychiatrique que l'Hôpital devrait produire au tribunal à l'appui de sa requête de garde en établissement. Il a alors clairement refusé de subir l'examen. Le médecin note alors qu'il paraît calme, mais méfiant et qu'il ne veut pas collaborer. Malgré cela, il a poursuivi son examen. Sur la

Le hic! Cet élan médiatique visant à démystifier et à démocratiser la santé mentale valorise bien souvent des parcours similaires de vie où la personne se définit comme ayant une « maladie » ce pourquoi elle devra consommer des médicaments toute sa vie. Une approche davantage biologique. Ici, il ne s'agit pas de remettre en cause la légitimité du cheminement de certains, mais de faire valoir qu'il y a une pluralité de parcours. En découle la nécessité de rendre accessibles des informations critiques sur la santé mentale, les droits et les approches alternatives au « tout-biologique ».

Voilà qui n'est pas une mince tâche! Si la santé mentale est désormais abordée par les médias à titre d'enjeu, il n'en demeure pas moins que le traitement médiatique d'événements violents favorisent les distorsions à l'égard des personnes vivant un problème de santé mentale à l'effet qu'elles seraient imprévisibles, violentes, dangereuses.

Sans inviter les médias à la censure, nous pouvons somme toute aspirer à une couverture journalistique plus équilibrée. Diversifier les « experts » sollicités constitue un incontournable, car trop souvent, ce sont les propos de la même poignée d'experts de service qui sont rapportés dans les médias. Cela ne contribue pas à rendre accessible une information diversifiée!

Mais plus important encore, pour faire émerger une pluralité de réalités et contrer la désinformation, il faut donner la parole aux organismes alternatifs et de défense collective des droits, mais surtout aux premières personnes concernées, soit celles vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Il est possible de faire progresser la cause dans le respect des rôles, responsabilités et limites du travail journalistique. Il en ressortirait un changement social et un journalisme de meilleur qualité.

Des droits toujours à défendre....

Le jugement J.M. contre Hôpital Jean-Talon (suite)

base de cet examen et d'un autre mené précédemment, la Cour du Québec autorise sa garde en établissement.

J.M. va contester cette décision devant la Cour d'appel du Québec qui va lui donner raison. Le jugement de 46 pages constitue un important rappel à l'ordre, à la fois pour l'établissement et pour le juge de première instance.

D'entrée de jeu, les juges Marie-France Bich, Manon Savard et Robert M. Sas-seville rappellent que *contraindre une personne à demeurer là où elle ne veut pas et à y subir, contre son gré, une évaluation psychiatrique, c'est porter atteinte à ses droits fondamentaux, à sa liberté et*

à l'intégrité de sa personne. (...) Les ordonnances de garde en établissement (...) ne sont possibles que lorsque permises par la loi, ce que le juge ou le tribunal ne peut déterminer qu'à la

suite d'un examen structuré et rigoureux (...), dans le plus grand respect des droits de cette personne.¹

Le jugement établit clairement que J.M. était dans son droit de refuser de subir l'examen. Si l'établissement avait voulu l'y forcer, il devait se conformer à la loi et s'adresser au tribunal. *Le consentement de l'individu (...) est la clef de voûte de (...) dispositions, qui, ensemble, garantissent et protègent la liberté, l'intégrité et l'inviolabilité de la personne en matière de soins. En principe, une personne ne peut donc, sans son consentement, être soumise à quelque soin que ce soit, y compris (...) à un examen médical. Il en va non seulement de l'intégrité et de l'inviolabilité de sa personne, mais de sa liberté même. (...) Inutile de préciser que ce consentement doit être lui-même libre (c.-à-d. qu'il doit résulter de la volonté de l'individu, sans contrainte) et éclairé (c.-à-d. formé en toute connaissance des éléments pertinents à la prise de décision), sans quoi il ne serait que façade ou apparence. Autrement dit, il n'y a de consentement que libre et éclairé.*

La notion de dangerosité de la personne constitue l'unique critère d'application de la Loi P-38. Le fardeau de

¹ Toutes les citations en italiques proviennent du rapport des juges. Pour le rapport complet: bit.ly/jm_jeantalon

la preuve de cette dangerosité repose sur l'hôpital et cette preuve n'a rien d'une formalité. Citant un autre jugement, les juges insistent sur le fait que la dangerosité doit être justifiée et expliquée, *ce qui nécessitera ordinairement plus de deux ou trois lignes.* Il et elles ajoutent : *Ce danger – et l'on parle ici d'un péril important – doit être défini d'une manière spécifique (c.-à-d. personnalisée) et précise (on ne saurait donc se contenter d'une affirmation générique), et le risque de sa réalisation doit être élevé (...). Sans cela, dont le juge doit se persuader et dont il doit s'expliquer dans son jugement, il n'y a pas lieu de prononcer les ordonnances prévues par ces dispositions (...).*

Les juges se sont également penchés sur la question des fréquents dépassements des délais de garde préventive sans autorisation du tribunal. Il et elles évoquent l'obligation de se conformer à l'article 7 de la Loi P-38: *L'établissement ou le médecin ne peuvent, sans autorisation judiciaire, prolonger cette garde au-delà du délai prescrit par l'art. 7(...) en attendant d'obtenir l'autorisation en question. Le médecin qui met une personne sous garde en vertu de cette disposition ne peut le faire que « pendant au plus soixante-douze heures (...). Autrement dit, au terme de cette période (...) la personne doit être libérée (...), écrit le législateur*

(...) à moins d'une ordonnance du tribunal(...). Ces termes sont aussi clairs qu'impératifs : seul le tribunal peut prolonger l'internement de celui qui est sous garde préventive, et ce, en vue d'une évaluation psychiatrique.

Il et elles réfutent aussi un argument fréquemment évoqué par les établissements : *On peut reconnaître que (...) la libération d'une personne à l'expiration du terme prévu (...) pourrait n'être pas sans risque. C'est toutefois un risque que le législateur a soupesé – du moins est-il présumé l'avoir fait – lorsqu'il a adopté les dispositions législatives en cause et qui ne l'a pas convaincu de légiférer autrement.*

Il est à souhaiter que cet important arrêt de la Cour d'appel fasse jurisprudence et qu'il soit fréquemment évoqué par les avocatEs chargéEs de défendre les intérêts des personnes menacées d'être privées de leur liberté en vertu de la loi P-38. Cette dernière est une loi dont l'application doit être exceptionnelle, car elle entrave l'exercice du droit à liberté reconnu par la Charte des droits et libertés à l'ensemble des citoyens du Québec. À ce titre, son application doit faire l'objet de la plus grande rigueur et d'une attention soutenue par touTEs, soit les médecins, gestionnaires d'établissement, avocatEs, juges, etc.



Caricature par Roger Boisvert, tirée du Guide de survie : la garde en établissement (AGIDD-SMQ)

Quand il faut un diagnostic pour manger à sa faim...

Jean-Pierre Ruchon,
Responsable de l'action sociopolitique au RRASMQ

Le lien entre santé mentale et pauvreté est unanimement reconnu par les experts. Pour le RRASMQ, la santé mentale n'est pas une question de choix individuels. Elle est intimement liée à l'environnement social, économique et culturel. C'est pourquoi nous avons suivi avec intérêt l'examen du projet de loi no 173 visant à mettre en place le *Plan d'action pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023*. Ce plan vise notamment à instaurer un revenu de base pour des personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi. Il est toutefois étonnant que le Ministère de la Santé et des Services sociaux soit très peu impliqué dans la réalisation de ce plan et qu'il n'y ait aucun lien avec son propre Plan d'action en santé mentale 2015-2020 « Faire ensemble et autrement ». Nous sommes persuadés que pour lutter efficacement contre la pauvreté, il faut additionner les efforts de plus d'un ministère et que cela doit être l'objectif du gouvernement du Québec, partagé par l'ensemble des acteurs sociaux.

En mars 2017, 128 320 adultes prestataires¹ du Programme de solidarité sociale avaient des contraintes sévères à l'emploi, parmi ceux-ci, 55 351 personnes (43 %) l'étaient pour des motifs de santé mentale. Avec le projet de loi 173, le gouvernement du Québec s'engage à ce que 84 000 de ces personnes aient une augmentation de revenu pour atteindre en 2023, le niveau équivalent à la mesure du panier de consommation (MPC) qui est estimé en 2018, à environ 18 000\$. Ce revenu per-

1. Plan d'action gouvernementale pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023, page 19

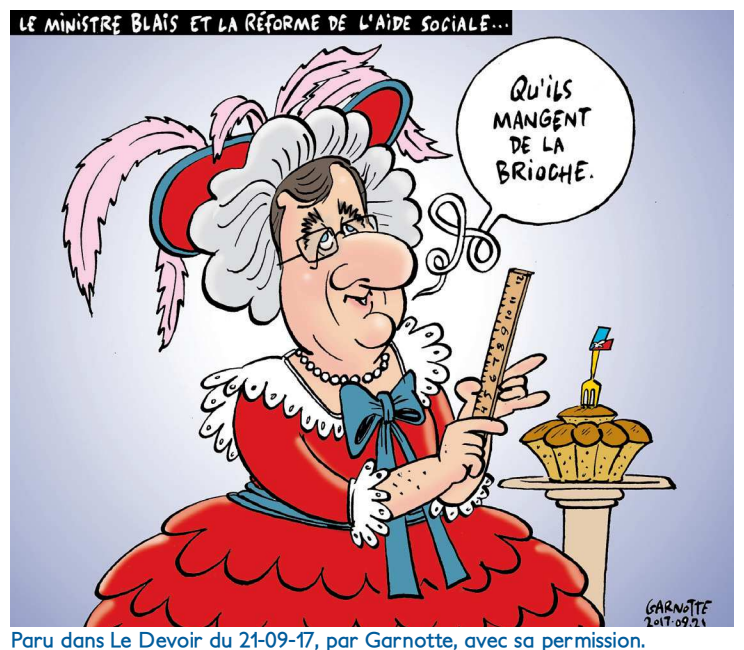
met à une personne de se procurer les biens et des services de première nécessité (nourriture, habillement, transport, logement, etc.). Il s'agit donc du revenu minimum pour survivre. Il en faut plus pour sortir de la pauvreté.

Le Regroupement se réjouit que le gouvernement du Québec reconnaisse enfin la MPC comme seuil minimal pour vivre décemment, mais qu'en est-il des autres personnes assistées sociales n'ayant pas de contraintes sévères qui elles continueront de vivre dans la pauvreté, et pourquoi attendre

2023? Et les autres personnes accidentées de la route ou du travail par exemple pourquoi n'auront-elles pas droit à ce minimum?

PASSE-MOI LA PUCK

L'expérience terrain nous montre que les personnes avec un problème de santé mentale rencontrent bien souvent des difficultés à faire reconnaître leurs contraintes sévères à l'emploi, dénommées par l'administration «de diagnostics non-évidents», par leurs médecins traitants. Cela peut devenir une expérience stressante



Paru dans Le Devoir du 21-09-17, par Garnotte, avec sa permission.

Quand il faut un diagnostic...(suite)

→ pour des personnes déjà fragiles sur le plan psychologique. Les médecins sont souvent réticents à remplir ces formulaires, par manque de temps, ou ignorant souvent quelle incidence leur décision aura sur la vie de leur patient. On note qu'en 2016-2017, environ la moitié des demandes de reconnaissances des contraintes ont été refusées (6 955 demandes acceptées sur 13 664).

Cela renforce la stigmatisation ainsi que les préjugés déjà bien répandus dans l'ensemble de la population, selon lesquels il y a deux types de personnes ayant droit à l'aide sociale, la personne avec un handicap physique ou psychique et d'autre part « celui qui est dans la misère, c'est au fond celui qui le veut bien² ».



2. Michel Bülher, 2000, tiré de sa chanson « Vulgaire »

La Charte des droits et liberté du Québec indique que « toute personne dans le besoin a droit, pour elle et sa famille, à des mesures d'assistance financière et des mesures sociales prévues par la loi, susceptibles de lui assurer un niveau de vie décent³ ». Les personnes en situation de pauvreté sont des citoyens à part entière et il est du devoir de l'État et de l'ensemble de la société de prendre soin des personnes les plus vulnérables. L'aide sociale est un droit et ne devrait pas être conditionnelle au mérite ou à un jugement de valeur.

La prestation d'aide sociale devrait être universelle, accessible et inconditionnelle et permettre la satisfaction des besoins de base pour chacun des citoyens et citoyennes du Québec. Elle doit de plus être indexée afin de tenir compte de l'augmentation du coût de la vie. Il faut en finir avec

le constant état de survie découlant des prestations insuffisantes qui combinées à l'impact des préjugés dont sont victimes les personnes assistées sociales fragilisent leur santé physique et mentale, mais aussi leur participation sociale.

Suite à l'adoption du projet de loi 173 le 15 mai dernier, nous formulons une invitation aux partis politiques qui aspirent à former le gouvernement québécois en octobre prochain à bâtir une société plus juste et plus solidaire en s'engageant à permettre à l'ensemble des 760 000 citoyens qui ne couvrent pas leurs besoins de base d'atteindre le seuil de la MPC⁴. Sortir de la pauvreté, ce n'est pas un luxe! Et c'est la condition de base pour pouvoir participer pleinement à la société! Qu'est-ce qu'on attend?

4. Collectif pour un Québec sans pauvreté, communiqué de presse du 3 mai 2018.

Concernant ma médication, j'ai le droit...

de RECEVOIR toutes l'information concernant le traitement

- La raison pour laquelle ce médicament est proposé;
- Les effets bénéfiques et secondaires;
- Les contre-indications;
- Quand et jusqu'à quand le prendre;
- Les alternatives;
- Les examens médicaux requis.

de CONSENTIR aux soins de manière libre et éclairée

- Libre : sans contrainte, ni menace et sur une base volontaire;
- Éclairée : le ou la professionnelle doit me donner toute l'information pertinente qui me permettra de prendre une décision (...).

de PARTICIPER au traitement

- Participer à toutes décisions qui peuvent affecter mon état de santé et de bien-être;
- Donner mon avis, dire mes besoins et mes préférences.

d'être ACCOMPAGNÉ-E

chez mon ou ma médecin/psychiatre

- Une personne de mon choix peut m'accompagner lors de mes rendez-vous médicaux;
- Si l'accompagnement est refusé, je demande pourquoi et quand cela sera possible. Je reste calme dans tous les cas.

Extraits de la petite carte d'information sur les droits. AGIDD-SMQ/RRASMQ

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce Journal!

Conception et rédaction: comité Mobilisation du RRASMQ: Sara-Eve Aubert, Stéphane Belleville, Anne-Marie Boucher, Yves Brosseau, Céline Roy, Dominic Guillemette, Ghislain Goulet, Gorette Linhares, Jean-Pierre Ruchon.

Contributions : Lorraine Guay, Tristan Ouimet-Savard, Jean-François Plouffe

Révision: Stéphane Belleville, Anne-Marie Boucher, Gorette Linhares, Annie Pavois, Jean-Pierre Ruchon.

Crédits photo :

Pages 1 et 13: Action Autonomie

Pages 4: et 5 : Gorette Linhares

Pages 5, 13 et 15 : Life of Pix

Pages 1, 2, 5, 6 et 12 : Anne-Marie Boucher

Pages 3, 8 et 13 : Pixabay

Pages 7 et 8 : Gratisography

Page 11: Carolyne de Bellefeuille et Kelly Jacobs, visuels originaux pour le MJSM

Un remerciement spécial aux membres des précédents comités Mobilisation qui ont produit et inspiré plusieurs des textes!

Visitez le site www.jaiunehistoire.com pour plus d'informations !
Et le site du RRASMQ pour en savoir plus : www.rrasmq.com !

Les ressources alternatives aujourd'hui

S'identifier à l'Alternative est un choix qui repose sur le partage d'une vision et des valeurs communes. Cependant, chaque ressource membre du RRASMQ incarne les principes de l'Alternative à sa manière. Cette identité alternative, on la retrouve dans des groupes d'entraide, de promotion-vigilance des droits, des centres de crise, des ressources de traitement thérapeutique, des lieux d'hébergement, des ressources d'aide et d'entraide, des maisons de transition, des centres de jour ou de soir, des ressources de réintégration au travail, des services d'écoute téléphonique, des services de répit, des services de soutien dans la communauté. Leurs pratiques sont considérées « alternatives », car elles proposent des espaces et des lieux différents de la gamme de soins et de services offerts en santé mentale et parce qu'elles sont nourries par un autre regard. Dans l'Alternative, on parle d'un ailleurs et d'un autrement. Ailleurs que dans les hôpitaux, autrement que par l'approche biomédicale.

Les ressources alternatives sont des espaces créatifs d'intervention dans lesquels on accueille la souffrance psychique de façon non-médicale et où l'on mise sur des approches collectives et sociales en plus des approches individuelles. Les ressources alternatives développent également des activités de prévention et de sensibilisation sur la santé mentale. Elles sont enracinées dans leur communauté locale et oeuvrent à réduire les inégalités sociales en santé mentale. Pour plusieurs, elles représentent un lieu symbolique où l'on est accueilli, non pas comme une personne malade, mais comme une personne à part entière. C'est ce qui fait toute la différence !

Il existe près d'une centaine de ressources alternatives en santé mentale au Québec! Découvrez-les en page 16!

Il y a plus de 100 ressources communautaires qui s'identifient à l'Alternative en santé mentale au Québec.

Une application mobile pour trouver une ressource alternative ou un groupe de défense de droits, ça existe !?

Oui! Carl Sansfaçon, ancien président du RRASMQ, a créé une application Android nommée Ressources Santé Mentale à télécharger et à installer sur votre téléphone. Elle est pratique... et gratuite!

➔ bit.ly/rsmadroit

Abitibi / Témiscamingue

Groupe Soleil Malartic (819) 757-6930; Le Trait d'union de La Sarre (819) 333-3628; L'Entretoise du Témiscamingue (819) 622-0733; Maison 4 Saisons du Témiscamingue (819) 629-3261; Table de concertation régionale des organismes communautaires alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue.

Nord-du-Québec

Corporation Le Zéphir de Chibougamau (418) 748-2225

Saguenay / Lac St-Jean

Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale du Saguenay / Lac St-Jean (ARACASM) (418) 662-1163

Laurentides

Centre aux sources d'Argenteuil (450) 562-0673; Groupe La Licorne (450) 433-9084; L'Échelon des Pays-d'en-haut (450) 227-1996; L'Envolée de Sainte-Agathe (450) 326-5778; Droits et recours Laurentides (450) 436-4633; Collectif des Laurentides en santé mentale (450) 436-4633; l'Association laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale (450) 438-4291

Lanaudière

La Bonne Étoile (450) 759-8853; La Rescousse Amicale (450) 834-3151; La Rescousse Montcalm (450) 839-7050; Le Tournesol de la Rive-Nord (450) 657-1608; Le Vaisseau d'Or (des Moulins) (450) 964-2418; Services de crise de Lanaudière (450) 657-5005

Capitale nationale

Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR) (418) 640-5253; Relais La Chaumine (418) 529-4064

Côte-Nord

L'Atre de Sept-Îles (418) 962-6006; CREAM (Baie-Comeau) (418) 295-3328; Maison de transition Le Gîte de Baie-Comeau (418) 589-2211; Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de la Côte-Nord (418) 589-2211

Laval

Association de loisirs des personnes handicapées psychiques de Laval (450) 627-4525; En-Droit / Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale de Laval (450) 668-1058; CAF-GRAF (450) 490-4224

Bas-St-Laurent

Centre d'entraide l'Horizon (418) 862-2333; La Bouffée d'Air du KRTB (418) 867-8580; La Traversée Association Kamouraskoise en santé mentale (418) 856-5540; Le Marigot (418) 562-4247; Le Périscope des Basques (418) 851-3398; Rayon de partage en santé mentale (418) 629-5197; Regroupement des organismes communautaires alternatifs en santé mentale du Bas St-Laurent (418) 867-3699; Santé Mentale Québec Bas St-Laurent (418) 723-6416; Source d'Espoir Témis (418) 854-0009

Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine

Association d'entraide pour la santé mentale de New-Richmond (La Passerelle) (418) 392-4888; Centre Accalmie (418) 788-2406; Centre Emilie-Gamelin de Chandler (418) 689-6100; Le CRRRI (Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention) (418) 368-1655; Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (418) 763-9177

Montréal

Accès-Cible s.m.t. (514) 525-8888; Action Autonomie (514) 525-5060; Action Santé de Pointe St-Charles (514) 933-5771; Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) (514) 523-3443; CENTRAMI (514) 761-1509; Association de Parents pour la santé mentale de Saint-Laurent-Bordeaux-Cartierville (APSM) (514) 744-5218; Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel (CAMEE) (514) 327-3035; Centre d'Apprentissage Parallèle (CAP) (514) 843-5658; Centre de soir Denise-Massé (514) 525-8059; Centre de soutien jeunesse de St-Laurent (514) 744-1288; Centre d'entraide Le Pivot (514) 251-1869; Communauté Thérapeutique La Chrysalide (514) 843-2015; Écoute Entraide inc. (514) 278-2133; L'Atelier (514) 844-6458; L'Autre Maison Centre d'intervention de crise du Sud-Ouest (514) 768-0098; Maison des amis du Plateau Mont-Royal (514) 527-1344; Maison l'Éclaircie de Montréal (514) 382-2760; Maison Saint-Jacques (514) 526-4132; La Parentrie (514) 385-6786; Prise II (514) 858-0111; Projet PAL (514) 767-4701; Le Rebond (438) 404-9909; Relax-Action Montréal (514) 385-4868; Réseau alternatif communautaire des organismes en santé mentale (RACOR) (514) 847-0787

Mauricie/Centre du Québec

Groupe Facile d'accès (819) 523-4952; La Ruche aire ouverte (819) 293-6416; Réseau d'aide Le Tremplin (819) 474-1895

Chaudière / Appalaches

Aux Quatre Vents (418) 833-3532; Centre la Barre du jour (418) 887-7100; Le Murmure (418) 774-2444; Le Trait d'Union de Montmagny (418) 248-4948; L'Oasis de Lotbinière (418) 728-2214

Montréal

Alternative Centregens (450) 651-0651; Ancre et Ailes du Haut Saint-François (450) 829-3491; Arc-en-ciel Vaudreuil-Soulanges (450) 424-7006; Au Second Lieu (450) 672-8725; Collectif de défense des droits de la Montérégie (450) 674-2410; Le Campagnol (450) 454-5121; Contact Richelieu-Yamaska (450) 771-7152; Groupe d'entraide L'Arrêt-Court (450) 743-6071; Hébergement l'Entre-Deux (450) 651-0715; L'Avant-garde en santé mentale (450) 444-9661; Le Tournant (450) 371-2820; Maison alternative de développement humain (MADH) (450) 774-6139; Maison du Goéland de la Rive-Sud (450) 845-1700; Maison Jacques-Ferron (450) 646-5381; Maison le Point Commun (450) 346-5706; Maison sous les arbres (450) 691-8882; Maison Vivre (450) 465-0264; Psychohésion (450) 377-9321; Réseau d'Habitations Chez soi (450) 676-8940; Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de la Montérégie (450) 375-5868

Estrie

La Cordée Ressource alternative en santé mentale (819) 565-1226; Entrée Chez-soi (450) 293-1631; L'Autre Rive (819) 564-0676; L'Autre Versant (450) 777-7611; Le Rivage Val-Saint-François (819) 826-5303; L'Ensoleillée (819) 583-5727; L'Éveil, ressource communautaire en santé mentale (819) 849-3003; Le Phare Source d'entraide (450) 293-0690; L'Éveil de Brome-Missisquoi (450) 263-6240; Virage santé mentale (819) 877-2674

Pour plus d'infos : www.rasmq.com