

# L'autre Espace

La revue du RRASMQ

Volume 3 - No 1

Juin 2011

**La juste  
place des alternatives  
à la**

**MÉDICATION**

## Dans ce numéro

- Entrevue avec Céline Cyr, deuxième partie
- Interventions thérapeutiques ou dopage social (collaboration spéciale de Joël Monzée)
- Points de vue critique sur l'industrie pharmaceutique et la bio-médicalisation
- Quelques extraits du guide *Repères pour une gestion autonome de la médication*
- Quelques extraits du livre *Le mouvement de l'être*



Regroupement  
des ressources alternatives  
en santé mentale  
du Québec

# Présentation

## La revue

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) veut offrir un autre espace d'expression, de prise de parole, de débat, de réflexion pour les ressources alternatives.

*L'autre Espace*, c'est l'endroit pour illustrer des pratiques alternatives en santé mentale, pour échanger sur les valeurs et principes qui fondent ces pratiques.

*L'autre Espace*, c'est un univers où les ressources alternatives en santé mentale et les personnes qui les composent sont invitées à réfléchir, à critiquer et à contribuer à la construction d'une société plus juste, plus humaine et plus égalitaire. C'est un lieu où les différences de ressentis, de pensées et d'actions ne sont pas considérées comme des maladies, des handicaps ou des incapacités d'être générant une exclusion de l'espace citoyen !

**Collaborateurs et collaboratrices à ce numéro** Nicolas Beaudin, Raymond Beaunoyer, Céline Cyr, Louise Dallaire, Linda Little, Joël Monzée, Marie-Laurence Poirer, Olivier René, Robert Théoret

**Comité de lecture** Linda Little, Philippe Michaux et Olivier René

**Révision et correction** Linda Little et l'équipe du RRASMQ

**Infographie et mise en page** Raymond Beaunoyer

ISSN 1920-3209 (Imprimé)

ISSN 1920-3217 (En ligne)



Regroupement  
des ressources alternatives  
en santé mentale  
du Québec

## Le RRASMQ

Fondé en 1983, le RRASMQ est un organisme à but non lucratif porteur de l'Alternative en santé mentale qui regroupe plus d'une centaine de ressources alternatives réparties sur le territoire du Québec. Le membership du Regroupement est composé d'organismes communautaires qui s'identifient et adhèrent à une philosophie alternative en santé mentale.

*Les ressources alternatives* agissent d'une part en amont pour tout ce qui concerne la prévention, l'information et la sensibilisation sur la santé mentale. D'autre part, elles travaillent au quotidien avec les personnes pour et avec des personnes (hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, etc.) qui vivent ou qui ont vécu des problèmes de santé mentale ayant eu une influence importante dans leur vie. Ensemble, ces ressources forment le RRASMQ et sont porteuses de l'Alternative en santé mentale !

2349 rue De Rouen 4<sup>e</sup> étage, Montréal, Québec H2K 1L8  
T 514-523-7919 | 1-877-514-523-7919 | F 514-523-7619  
rrasmq@rrasmq.com | www.rrasmq.com

# Avant-propos

Pour ce second numéro sur la place de la médication en santé mentale, le comité de lecture désire attirer votre attention sur la signification des mots « juste » et « des alternatives à » dans le titre.

La « juste place... » prend le sens de la place qui revient à la médication et aux alternatives, c'est-à-dire la place équilibrée dans la vie des personnes, des ressources et dans la société. Puis, « des alternatives à la médication » signifient prendre en compte plus largement les alternatives comme moyens possibles pour augmenter la qualité de vie des personnes en santé mentale et pour soulager la détresse émotionnelle et psychique.

Donc, « la juste place des alternatives à la médication » suppose un regard critique sur la médication dans la vie humaine et dans la société ainsi qu'un questionnement sur les alternatives possibles à la médication.

## Sommaire

Entrevue avec Céline Cyr, « Gypsie » du mouvement en santé mentale <i>par Linda Little et Olivier René</i> .....	4
Les psychotropes : une réponse à la souffrance ? Une réponse à la souffrance sociale ? <i>Extrait d'une allocution de Louise Dallaire prononcée en ouverture du Forum GAM en avril 2007</i> .....	10
Quelques extraits du guide <i>Repères pour une gestion autonome de la médication</i> .....	11
Vrai ou Faux ? La GAM, c'est... ..	14
Prendre soin de l'entourage <i>par Raymond Beaunoyer</i> .....	15
Santé mentale et médication : Interventions thérapeutiques ou dopage social <i>par Joël Monzée</i> .....	18
Maintenir une approche critique de la biomédicalisation de la santé mentale <i>par Robert Théoret</i> .....	23
Le rôle des drogues psychiatriques et les pratiques des compagnies pharmaceutiques <i>par Nicolas Beaudin</i> .....	28
Quelques extraits du livre <i>Le mouvement de l'être</i> .....	32
Invitation à lire :	
• <i>Médicaments et performance humaine : thérapies ou dopages</i>	
• <i>Neurosciences et psychothérapie. Convergences ou divergences ?</i> .....	35



## Entrevue avec Céline Cyr, deuxième partie « Gypsie<sup>i</sup> » du mouvement en santé mentale

Entrevue réalisée par Linda Little et Oliver René

Après des études en psychologie et travail social et des années de travail en centres de crise, Céline a pris un virage militant et a décidé que peu importe ses engagements, elle allait se consacrer à trouver des alternatives, des moyens pour tenter de mieux comprendre sa souffrance et celle des autres. Depuis, l'expédition se poursuit avec pour camp de base la Gestion autonome de la médication (GAM) et tout ce qui touche de près ou de loin les médicaments de l'âme. Un chemin parallèle qu'elle emprunte est l'étude des séquelles des violences dans nos vies et surtout l'impact chez les personnes dont le passé est jonché de plusieurs violences depuis l'enfance. Faisant partie du cercle des pionniers et pionnières de la GAM, elle enseigne la GAM aux intervenants et aux personnes utilisatrices au Québec et en Ontario. Elle complète actuellement une maîtrise en service social à l'Université de Montréal et sa recherche porte sur l'expérience GAM du point de vue des personnes utilisatrices en Ontario.



*Dans la première partie de l'entrevue (Volume 2, Numéro 2, paru en décembre 2010), Céline parlait de ses expériences en tant que formatrice GAM, surtout en Ontario, et exposait sa vision des différences culturelles dans le rapport à la prise de médication.*

### Ici, au Québec, qu'est ce qui pourrait se faire de mieux par rapport à la médication ?

Il y a des expériences nouvelles à tenter, mais il y a aussi des choses qu'on faisait déjà qui sont bonnes et qu'il faut réactiver. Je pense qu'il faut continuer à garder le mouvement alternatif fort avec la présence des valeurs de base dans les ressources alternatives. La GAM s'appuie sur une vision alternative du traitement et sur une vision d'*empowerment* des personnes. Les endroits où j'ai essayé, avec d'autres, de partir la GAM, de la faire connaître, c'est parce que cette vision-là était présente et parce que les gens étaient déjà rendus là dans leur vision du traitement et des personnes. Si tu ne penses pas que la personne est assez intelligente pour prendre ses propres décisions, si tu crois qu'elle n'a pas le droit de faire des erreurs et bien c'est là-dessus qu'il faut travailler avant d'essayer d'amener la GAM. Parce que le droit d'apprendre, c'est aussi le droit de faire des erreurs !

### Que doit-on prendre en compte lorsqu'on veut introduire la GAM dans un organisme ?

Au niveau du RRASMQ, je pense qu'on a besoin d'un deuxième souffle par rapport à la GAM. Ce qu'on a fait depuis les débuts est correct, mais il faut toujours renouveler nos trucs. Il y a tellement de choses qui se sont passées au niveau politique et au niveau

<sup>i</sup> Personne qui pratique le nomadisme et qui adopte un mode de vie bohème.

de la réalité des organismes communautaires. Ce n'est donc pas évident de faire de la place pour des nouvelles pratiques quand les organismes sont essouffés et parfois dépassés.

Si on veut que les gens s'attardent à la GAM et aux alternatives en général, il faut qu'ils aient l'énergie et le temps. De plus, il faut qu'ils aient les conditions pour expérimenter de nouvelles pratiques. La GAM s'implante quand un organisme est mûr pour développer ça. Un organisme en crise ou qui se débat pour faire valoir son autonomie, je ne crois pas qu'il puisse mettre la GAM en pratique. Parce que quand tu es en crise ou que tu es désorganisé, tu te protèges et tu te fermes. Tu ne t'ouvres pas à de nouvelles choses. C'est normal comme réaction !

### **Comment faire connaître plus largement les préoccupations autour de la médication ?**

Ce que je pense, c'est qu'il faut que les formations GAM et *L'autre côté de la pilule* soient offertes à nouveau et au plus grand nombre de groupes possible. À chaque fois qu'on passe quelque part avec ces formations-là, on crée quelque chose. Il y a quelque chose qui se passe pour les personnes ; plusieurs sont très touchées par ça. Il y a toujours un impact. À chaque fois qu'on la donne, il y a quelqu'un qui part, qui va voir son médecin et qui lui parle de ses médicaments ou de la GAM. C'est important de consolider et de solidifier ça.

À l'origine de la GAM, sur la question de la médication, il y a la question des droits. Et ensuite il y a le mot alternatif. La vision défense des droits et la vision alternative ne sont pas pareilles, mais les deux se nourrissent mutuellement. Ça serait intéressant de voir comment un livre issu davantage du mouvement de défense des droits comme *Le guide critique des médicaments de l'âme* a alimenté les réflexions qui ont mené à l'approche GAM.

### **Et le réseau public dans tout cela ?**

Je pense que malheureusement, les intervenants du réseau public ne rencontrent pas de personnes qui se rétablissent. Parce que quand elles vont mieux, elles ne vont plus les voir. À voir ou à focaliser sur les malheurs des personnes ou sur la crise vécue, on est déformé dans notre vision de la personne. Et c'est dur de croire encore au potentiel des gens. Quand ça fait 10 ans que tu rencontres seulement des personnes qui ne vont pas bien, c'est dur de voir autre chose. En même temps, c'est un peu normal !

Quand j'avais des questionnements par rapport à la psychose, j'avais besoin de voir comment on accompagne des gens dans la psychose. J'avais besoin de les voir sans médicament. Et je crois que c'est important, surtout pour les intervenants, de voir ces choses-là pour y croire.

Et les intervenants, il faut en prendre soin si on veut qu'ils puissent accueillir et être là pour les personnes. Cependant, il va falloir qu'on modifie des affaires dans le réseau public. Par exemple, je vais donner une formation avec Raymond à des intervenants du réseau public et on leur parle de la GAM. Ils disent en majorité : « On achète, c'est super ! La seule affaire c'est qu'on ne pourra pas faire de la GAM. C'est comme un luxe



pour nous parce que du moment où les personnes vont un peu mieux, c'est bye ! ». Et le problème c'est qu'ils ne les voient plus. Pourtant, ça devrait être un droit pour les personnes de pouvoir être accompagnée !

**Aux débuts du RRASMQ, il y a eu des alliances historiques entre différents groupes dont les groupes de défense de droits (qui étaient pour plusieurs des groupes d'entraide par et pour) et des ressources de traitement alternatif. Crois-tu qu'on travaille encore assez ensemble ?**

Oui, cependant je pense qu'il faudrait reprendre le travail que nous faisons ensemble sur plusieurs questions, minimalement par rapport à la GAM. Parfois, j'entends que la GAM est juste associée au mouvement alternatif, alors que son origine est beaucoup liée à la défense des droits. Il ne faut pas oublier les deux comme racines.

Comme travail à faire ensemble, il faut aussi renforcer, faire connaître, et surtout, pouvoir développer d'autres alternatives, qu'elles proviennent de la défense des droits ou des ressources alternatives.

Et pour moi, les alliances historiques ne touchent pas juste les personnes, mais aussi la vision alternative et la vision de la défense des droits. Ça concerne aussi les organisations et leurs visions. Ici, au Québec, on a la chance d'avoir des regroupements nationaux comme l'AGIDD-SMQ et le RRASMQ qui sont financés.

**Les alliances historiques entre les personnes utilisatrices et les personnes intervenantes ont permis de belles choses, mais ont aussi été sujettes de conflits et de tensions, qu'est-ce que tu en penses ?**

C'est ce que Lourdes appellerait les « tensions créatrice » ! Une des questions qui est très d'actualité, c'est comment on donne plus de pouvoir aux personnes utilisatrices dans les organismes ? La voix des personnes, elle ressort, mais pas assez ! Le partage du pouvoir dans les organismes est toujours à parfaire. C'est important de garder les alliances historiques entre les personnes usagères et les personnes intervenantes, parce que c'est ce qui fait notre force au Québec. C'est assez unique ici parce qu'on ne retrouve pas ça en Ontario. À titre d'exemple, tout le travail qui s'est fait en alliance autour de GAM c'est assez unique !

**Crois-tu qu'il y aurait d'autres alliances à créer ?**

L'ARUCI-SMC<sup>ii</sup> est un bon exemple pour ça. Il se passe de belles choses à l'ARUCI-SMC. Au Brésil, les membres de l'ARUCI-SMC ont développé des groupes GAM à partir de la préoccupation de rendre des services physiques et psychiques accessibles à la communauté. C'est un groupe de gens qui se rencontrent, on leur enseigne la GAM et les personnes peuvent faire un cheminement GAM en groupe. C'est riche de pouvoir échanger sur la GAM dans des contextes d'implantation différents.

ii Alliance de recherche universités-communautés internationale - santé mentale et citoyenneté

Ce qui est intéressant en même temps, c'est de voir que cette approche-là, la GAM, est universelle ! Elle rejoint beaucoup de personnes. C'est une préoccupation partagée de parler de sa médication. Bon faut pas s'enfler la tête avec ça, mais c'est vrai. C'est une manière aussi de rester connecté avec la base. Ça c'est bien facile à dire, mais c'est beaucoup plus difficile à faire !

### Qu'est-ce que tu veux dire par être connecté à la base ?

J'ai eu la chance de travailler sur différents projets qui se recoupent tous. En plus de la GAM, j'ai pu offrir la formation sur la victimisation secondaire. C'est-à-dire qu'une personne qui a un passé d'abus risque d'être abordée et accompagnée en psychiatrie ou ailleurs, d'une manière qui pourrait la blesser à nouveau. J'ai aussi pu collaborer à une démarche de recherche sur l'entraide et les groupes d'entraide dans le Canada<sup>iii</sup>. Tout ça, à la base, c'est venu des personnes. Quand on est en contact avec la base et qu'on écoute les personnes (qui consomment des médicaments, qui ont été victimes d'abus, qui pratiquent l'entraide, etc.), on suscite des changements ! Quand on est branché sur les choses essentielles, les idées émergent de là. C'est le vieux principe de ramasser une gang de personnes concernées autour d'une question et à partir de là, il se développe quelque chose. C'est très communautaire comme façon de faire. Il ne faut pas perdre ça !

Quand je donne des formations, je parle toujours du document *Paroles et parcours d'un pouvoir fou* !<sup>iv</sup> C'est unique ça aussi comme démarche et comme projet. Il y avait aussi une formation sur l'appropriation du pouvoir faite par le réseau pour les intervenants mais par manque de sous, elle ne se donne plus. Tout comme la formation sur *L'analyse différenciée selon les sexes*, c'est génial ça ! On en a du stock, mais ça ne circule pas assez. Donc la question c'est comment on peut rendre la formation accessible.

### Face au discours dominant sur la médication, quelles positions le RRASMQ et ses membres devraient adopter ?

Parfois je me demande si on ne devrait pas revenir à une philosophie plus radicale. Quand je dis « radicale », souvent les gens pensent que c'est le fait d'être extrémiste. Pour moi, être radicale, signifie plutôt aller à la source, à la racine des choses et c'est très important de le faire.

J'ai connu un type à Vancouver qui s'appelle Wipond. Il est journaliste militant et il fait des trucs alternatifs au niveau de la santé mentale. Selon lui, quand on parle de santé mentale, ce n'est pas évident de publier un article parce que c'est toujours rattaché à un paquet d'affaires. Si tu ne relies pas l'information à la source, ça n'a pas toujours de sens.

iii Voir le rapport de recherche : O'Hagan Mary, Cyr Céline, McKee Heather et Priest Robyn, pour la Commission de la santé mentale du Canada, 2010, *Faire avancer la cause du soutien par les pairs. Rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs de la Commission de la santé mentale du Canada*.

iv Voir le guide : Blais Denise, Bourgeois Linda, Judon Jean-Claude, Larose Andrée et Micheline Lecomte, 2004, *Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale. Paroles et parcours d'un pouvoir fou*.



Moi, je dirais que par rapport à la médication, une chose qu'on ne fait pas trop en Amérique du Nord, c'est tout le questionnement autour du diagnostic. On a quand même une base là-dessus dans le mouvement en santé mentale, mais c'est plutôt une tradition orale, c'est plus *underground*, hors des circuits habituels. À la limite, c'est une position de principe ! Dans les groupes de femmes ou dans les ressources alternatives, on entend souvent : « Ici on ne travaille pas avec le diagnostic, patati-patata et on ne veut pas en entendre parler ».

Il y a un groupe en Grande-Bretagne qui a fait une réflexion sur le diagnostic, semblable à ce qu'on a fait ici par rapport à la médication. Sur quoi ça repose le diagnostic en santé mentale ? C'est très délicat comme sujet et très complexe aussi. C'est comme une bibitte avec ben des tentacules, comme la question de la médication. Moi je verrais qu'on fasse du travail au niveau du diagnostic. Parce que quand tu réfléchis et tu approfondis une question comme le diagnostic, tu touches aussi à la question de la médication...

Permettre une réflexion de cet ordre-là amène les ressources et les organismes à être outillés pour développer une critique plus substantielle, plus globale de la santé mentale. Il faut aussi se poser la question : qu'est-ce que c'est avoir une vision alternative de la santé mentale ? Sur quoi ça repose ? Qu'est-ce qui est important qu'on enseigne pour propager la philosophie alternative ?

### Comment, selon toi, peut-on sortir du débat pour ou contre la médication ?

En permettant aux gens de faire l'exercice de se poser des questions sur les aspects symboliques de la médication, par exemple. En permettant des espaces pour en parler, mettre les gens en dialogue là-dessus, dans les ressources. Et quand cela existe dans les organismes et que les gens peuvent parler librement de la médication, il y a quelque chose qui évolue par rapport à ça. Et les espaces de dialogue, c'est bien sûr avec la personne concernée qui prend une médication, mais c'est aussi valide dans les équipes de travail, à l'intérieur des conseils d'administration, dans les organismes. Faut faire confiance aux gens. C'est laisser la place à des processus mentaux et émotionnels sur cette question-là. Il faut sortir du tabou et se laisser le temps d'en parler. Et les personnes vont cheminer face à la médication.

En formation, je dirais que je deviens de plus en plus paresseuse. Et c'est bien tant mieux ! Car ce sont les gens qui apportent le contenu. Ils savent. Je les laisse parler le plus possible, spontanément. Et à chaque fois ou presque, tout ce que la recherche nous dit, les personnes le sortent par elles-mêmes en 5 minutes ! Les gens ont une opinion, ils savent des choses sur leur médication et c'est surtout de laisser la place à leur parole. Les propos des personnes utilisatrices sur les impacts dans leur vie du fait de prendre une médication psychiatrique sont très riches d'enseignement.

### Comment expliquer la forte présence d'une vision biomédicale dans les services en santé mentale ?

Le courant biologisant, pour expliquer la santé mentale, est de plus en plus fort et ça fait peur (!) Il va de pair avec la bureaucratisation. La façon dont on se met à gérer le



social comme un business influence énormément nos vies. Sans être trop réductrice : une solution technique, c'est une solution facile et pas trop nuancée. Technique et bureaucratisation, ça va ensemble. Dans ce contexte, ça va favoriser la médication comme moyen par excellence ! Et ça rime aussi avec rapidité. Quand on veut que les choses soient rapides, on ne veut pas nécessairement que les gens se rétablissent. Quand les résultats ne s'évaluent plus à partir de comment la personne se sent, mais plutôt en termes de nombre de lits vidés, d'interventions réalisées et de personnes qui ne sont plus dans ton *caseload* : c'est plutôt une approche de bureau qu'une approche humaine.

### Et comment peut-on dépasser la logique : symptômes, diagnostic, traitement ?

Il faut toujours prendre en compte plusieurs dimensions humaines, que ce soit quand on parle de médication ou autre. Je vous résume vite, vite le modèle intégral de Wilber<sup>v</sup> et son application à la prise de médication par Ingersoll et Rak<sup>vi</sup>. Premièrement, la dimension **biologique** : le médicament, le principe actif sur les neurones, ses effets sur le système nerveux, etc. Deuxièmement, la dimension **subjective** : l'expérience subjective ou le vécu de chacun et son rapport personnel aux médicaments. Troisièmement, les aspects **culturels** : comme les valeurs. La rapidité de prescription ou le fait qu'on consomme facilement des médicaments plutôt que se tourner vers des alternatives est un bon exemple. En lien avec la dimension culturelle, on peut aussi parler de la stigmatisation. Dans notre culture, le diagnostic et la médication se complètent, pour qu'on pense qu'un tel est un vrai fou parce qu'il a des pilules de fou ! Quatrièmement, la dimension **sociale** ou sociétale : comment notre système de santé est organisé ? Laisse-t-il de la place aux alternatives ? Est-ce qu'il tient compte des droits des personnes et du consentement aux soins ?

Pour avoir une vision équilibrée de la prise de médication ou pour comprendre la souffrance, il faut prendre en compte les quatre dimensions. Sans ça, on n'a pas une vision globale de la chose. Actuellement, le système de santé appuie le biomédical, ce qui donne beaucoup de poids à la dimension biologique. Il y a des gens qui arrêtent de prendre leur médication et/ou qui ne veulent pas en prendre parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils la prennent. Ils ne se sentent pas compris parce qu'on ne leur demande pas ce que ça leur fait de prendre des médicaments !

### En terminant, Céline, qu'est-ce que tu souhaites pour le mouvement alternatif québécois ?

Je dirais que notre mouvement il est beau et quand je regarde des choses comme la GAM, comme *L'autre côté de la pilule*, je constate qu'il y a du courage, il y a des forces, il y a des peurs qui ont été vaincues. Alors comment on peut poursuivre ça... comment on peut renforcer certains projets comme *Paroles et parcours d'un pouvoir fou*... comment on peut créer les conditions pour que d'autres approches alternatives se développent ? Il faut poursuivre les alliances historiques et continuer de créer !



v Wilber, K., 2008, *Le livre de la Vision Intégrale*, Éditions Dunod

vi Ingersoll, R. E. et Rak, C.F., 2006. *Psychopharmacology For Helping Professionals: An Integral Exploration*, Toronto : Thomson Brooks/Cole



## Les psychotropes : une réponse à la souffrance ? Une réponse à la souffrance sociale ?

Extrait d'une allocution de Louise Dallaire prononcée en ouverture du Forum GAM en avril 2007

Les psychotropes m'ont été présentés comme étant LA réponse à MES souffrances et non pas comme UNE réponse à LA souffrance. Une réponse à la souffrance implique qu'il s'agit d'une réponse parmi d'autres !

*Il me semble que la souffrance est taboue, qu'on doit l'éradiquer, l'éliminer immédiatement dans notre monde d'instantanéité plutôt que de donner le temps aux choses de se faire, de donner le temps à la souffrance de se vivre et de se résorber progressivement.*

Mes souffrances m'ont été présentées comme étant une maladie biologique héréditaire sur laquelle je n'avais qu'un seul moyen d'agir, c'est-à-dire de recourir à la médication pour le reste de ma vie. Mais un bon jour, j'ai rencontré quelqu'un qui m'a fait découvrir qu'il y avait d'autres moyens d'agir sur ces souffrances, et ce fut le début d'un long chemin menant au rétablissement : j'ai travaillé sur mes croyances, entrepris des séances de psychothérapie, me suis adonnée au taï chi, reçu des séances d'acupuncture, découvert les bienfaits d'une bonne nutrition et hygiène de vie, tout cela en diminuant progressivement ma consommation de psychotropes.

J'ai aussi découvert beaucoup de choses sur la souffrance... La vie est un gâteau marbré et si je veux mordre dedans, je devrai en assumer la part de souffrance. J'ai appris comment souffrir, que mes temps de crise étaient intenses, mais qu'ils finissaient toujours par passer. J'ai alors choisi de prendre moins de médication et d'apprendre à vivre des situations de souffrance. Puis j'ai choisi de vivre sans psychotropes. C'est que j'ai appris à mes dépens que la toxicité des

psychotropes peut occasionner à long terme des séquelles. Il faut donc être bien informés, vigilants et prendre des précautions.



Tout au long de ce parcours, j'ai découvert combien ma souffrance pouvait être dérangeante pour les gens autour de moi et les faisait souffrir. J'ai donc appris à ne plus m'exposer au regard des autres en temps de crise, à vivre ces moments en mon unique compagnie et que c'était là que je me sentais le plus en sécurité.

Il me semble que la souffrance est taboue, qu'on doit l'éradiquer, l'éliminer immédiatement dans notre monde d'instantanéité plutôt que de donner le temps aux choses de se faire, de donner le temps à la souffrance de se vivre et de se résorber progressivement. Nous sommes mal préparés dans notre société à apprendre à négocier et à s'adapter à l'inacceptable qui se présente parfois dans nos vies. Pensons par exemple à la mort d'un de nos proches.

*Les psychotropes étaient-ils aussi, entre autres choses, un moyen inconscient pour les autres de soulager leur souffrance et impuissance face à mon mal de vivre ?*

Je sais aujourd'hui que les psychotropes étaient vus par beaucoup de gens comme étant la seule réponse à ma souffrance. Mais je m'interroge. Les psychotropes étaient-ils aussi, entre autres choses, un moyen inconscient pour les autres de soulager leur souffrance et impuissance face à mon mal de vivre ?



## Quelques extraits du guide *Repères pour une gestion autonome de la médication* (RRASMQ et ÉRASME, 2006)

### *Avant-propos (p. 3)*

La notion de Gestion autonome de la médication en santé mentale participe d'un mouvement de pensée beaucoup plus large en psychiatrie et en santé mentale. Pour saisir l'esprit de cette notion, il faut revenir aux racines du mot « autonome », du grec *autos*, soi-même, et *nomos*, loi, du verbe *nemein*, répartir au sens d'attribuer à chacune et chacun ce qui lui revient en propre.

La Gestion autonome de la médication en santé mentale implique en effet une ouverture sur une diversité de perspectives, un partage et un dialogue sur la place que la médication et d'autres pratiques occupent dans la vie des personnes concernées, tout en proposant de substituer à la position d'objet de traitement et de malade celle de sujet et de personne à part entière.

Il est dans l'essence de l'approche de Gestion autonome de la médication en santé mentale de supposer le dialogue et l'échange.

### *La Gestion autonome de la médication en santé mentale dans un centre de jour communautaire et alternatif.*

#### *Bref portrait d'une expérience\* (p. 32)*

Ce centre de jour communautaire et alternatif situé dans une zone urbaine accueille et accompagne des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale graves et modérés. La plupart de celles-ci ont aussi un suivi en psychiatrie et prennent des médicaments. Les personnes qui fréquentent le centre s'engagent dans une démarche globale, qui touche à la fois la connaissance de soi, la transformation du rapport à soi, le rapport aux autres et l'insertion dans la communauté. Le centre de jour propose ainsi différents types d'ateliers (gestion du stress, santé, créativité, habiletés sociales, habiletés cognitives, insertion professionnelle, etc.), de la thérapie de groupe et de l'accompagnement individuel, ponctuel ou thérapeutique. La démarche



globale poursuivie dans ce centre de jour peut s'étendre sur plusieurs années.

[...] Accompagnant les personnes dans des démarches de réinsertion sociale, notamment professionnelles, les intervenantes et les intervenants du centre ont constaté au fil de leurs expériences que la question de la médication surgit pour ainsi dire toujours à un moment donné d'une démarche de réinsertion, particulièrement lorsque la consommation de médicaments, et, de surcroît, à fortes doses, est perçue par la personne concernée comme représentant une entrave dans sa trajectoire.

Progressivement, l'accompagnement à la Gestion autonome de la médication en santé mentale est devenu une pratique courante dans ce centre de jour communautaire et alternatif. Les personnes qui fréquentent le centre savent que des espaces y sont disponibles pour travailler leurs rapports à la médication si elles le désirent. D'une part, un groupe de discussion et de support à la Gestion autonome de la médication en santé mentale a été intégré aux activités régulières offertes par cet organisme. D'autre part, pour les personnes qui le souhaitent, l'accompagnement se fait aussi dans le cadre de rencontres individuelles, dont l'intensité est adaptée en fonction des besoins de la personne et peut varier au cours de la démarche. Qu'il soit individuel ou de groupe, l'accompagnement à la



Gestion autonome de la médication travaille les rapports aux médicaments dans une perspective plus large de mieux-être pour les personnes concernées. L'outil *Mon guide personnel*, qui propose en particulier une réflexion et un travail sur la qualité de vie, est beaucoup utilisé à la fois dans le groupe de discussion et de support et dans l'accompagnement individuel.

Si l'approche de Gestion autonome de la médication en santé mentale est partagée par l'ensemble des intervenantes et des intervenants du centre de jour, une intervenante en particulier y est associée; c'est elle qui anime les groupes et qui accompagne individuellement les personnes dans une démarche de Gestion autonome de la médication. Cette intervenante ne prétend pas appliquer une recette: « C'est un voyage que j'entreprends avec chaque personne. » Au sein de l'organisme, elle est aussi la personne-ressource pour tout ce qui concerne l'information sur les médicaments utilisés en santé mentale.

Son expérience d'accompagnement lui montre que la Gestion autonome de la médication « ne suscite pas plus de crises et au contraire peut prévenir des arrêts drastiques de médicaments. On a peur de la folie. Ce qu'on craint dans les faits c'est que les gens se désorganisent. Souvent, de parler de qualité de vie, ça fait l'effet inverse. Ça permet d'ouvrir le dialogue ».

*\* Ce portrait a été élaboré grâce aux observations participantes réalisées par des chercheuses d'ÉRASME lors du suivi évaluatif du premier projet-pilote autour de la Gestion autonome de la médication.*

### **Les collaborations internes et avec le milieu (p. 41)**

L'accompagnement à la Gestion autonome de la médication en santé mentale est une pratique qui est grandement facilitée par le développement de collaborations avec d'autres actrices et acteurs, à l'intérieur de l'organisme ou de l'établissement et à l'extérieur, afin que les personnes en cheminement reçoivent tout le support dont elles ont besoin.

Ces collaborations sont d'autant plus nécessaires lorsque la démarche de Gestion autonome de la médication implique une modification de la médication pour améliorer la qualité de vie et favoriser un mieux-être pour la personne concernée.

Dans ce contexte, il apparaît particulièrement important que l'intervenante ou l'intervenant cible le soutien nécessaire dans la communauté, qu'elle ou il travaille au développement de liens avec d'autres intervenantes et intervenants, notamment d'autres ressources, afin d'être en mesure de suggérer à la personne d'autres types d'aide, pour poursuivre un cheminement (au sein d'un organisme communautaire ou alternatif en santé mentale, d'un CLSC, d'un centre de femmes, etc.) ou dans les moments difficiles (centre de crise, ligne d'écoute téléphonique, maison d'hébergement, etc.).

Notamment, l'intervenante ou l'intervenant non médecin qui accompagne la personne peut constituer au fil de ses expériences un réseau, formel ou informel, de psychiatres et d'omnipraticiennes et d'omnipraticiens ouverts à une Gestion autonome de la médication en santé mentale ainsi que de pharmaciennes et de pharmaciens intéressés et disposés à donner des informations sur les médicaments utilisés en santé mentale, leurs effets, les interactions médicamenteuses, etc.

### **La disponibilité d'autres pratiques thérapeutiques et de soutien (p. 41)**

S'insérant dans une perspective globale de mieux-être, la Gestion autonome de la médication en santé mentale nécessite le plus souvent l'entrée en scène d'autres pratiques thérapeutiques ou de soutien, utilisées en association avec la médication ou comme alternatives. La psychothérapie, individuelle ou de groupe, est fondamentale pour un grand nombre de personnes qui vivent un ou des problèmes de santé mentale. D'autres pratiques peuvent contribuer au mieux-être et à l'amélioration, telles que d'autres formes de thérapies (art-thérapie, thérapies corporelles, ...), la relation d'aide et l'en-

traide, les ateliers de croissance personnelle, etc.

Ces pratiques complémentaires et alternatives peuvent être offertes dans le milieu d'intervention lui-même ou à partir d'autres ressources connues et disponibles dans la communauté. Pour permettre l'accès à une diversité de pratiques dans la communauté, la collaboration des diverses actrices et acteurs qui jouent un rôle dans l'accompagnement des personnes en santé mentale est fondamentale.

### ***L'accessibilité à une diversité d'approches et de pratiques thérapeutiques (p. 43)***

La Gestion autonome de la médication en santé mentale pose la question des limites d'un traitement unidimensionnel face à la souffrance psychique et relationnelle. Les témoignages des personnes les plus directement concernées illustrent éloquemment l'appel à des réponses plurielles. Le désir d'un travail sur soi en profondeur est un désir fondamental qui s'exprime chez les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et qui sont confrontées dans leur

être et dans leur chair à la souffrance psychique et relationnelle.

La médication doit venir servir ce désir d'un travail sur soi en profondeur plutôt que le supplanter. Pourtant, les thérapies non médicamenteuses restent les parentes pauvres dans notre système de soins en santé mentale. Il y a là plus d'un paradoxe. Depuis plusieurs années, le système de santé mentale du Québec a pris position pour la (ré)appropriation du pouvoir comme principe orienteur de la transformation de l'organisation et des services en santé mentale. Or, l'une des conditions incontournables pour un système de soins orienté vers la (ré)appropriation du pouvoir est précisément d'offrir aux personnes utilisatrices une réelle possibilité de choix parmi différentes options.

*« La liberté de choix des personnes et la possibilité d'établir leur propre cheminement à travers une diversité d'approches est fortement limitée par l'implantation d'un modèle unique d'intervention basée sur des réponses de type essentiellement médical. » (Comité de la santé mentale du Québec, 2006, p. 122).<sup>1</sup>*

## **Ouvrir des espaces de paroles et de dialogue autour de la médication en santé mentale**

Objectifs de la formation :

- Sensibiliser les personnes participantes à la complexité du rapport aux médicaments psychotropes et des implications du traitement médicamenteux dans la vie des personnes usagères ;
- Favoriser l'émergence d'une réflexion et d'un dialogue sur la place que pourrait occuper la Gestion autonome de la médication (GAM) dans les pratiques en santé mentale.

Cette formation s'adresse :

- Aux personnes directement concernées par la consommation de médication psychotrope ;
- Aux intervenantes et aux intervenants en santé mentale ;
- À toutes celles et ceux qui souhaitent mettre au coeur des pratiques en santé mentale des préoccupations concernant la qualité de vie et l'élargissement du pouvoir d'être et d'agir des personnes usagères.

**FORMATION-SENSIBILISATION  
sur la Gestion autonome de la médication  
offerte par le RRASMQ**

<sup>1</sup> En outre, dans notre système de santé et de services sociaux, le diagnostic et le traitement pharmacologique sont souvent les seules voies admissibles pour l'obtention des ressources financières (prestations d'aide sociale ou assurances privées) nécessaires à la subsistance des personnes concernées (Rodriguez et Poirel, 2001).



## Vrai ou Faux? La GAM, c'est...

- 1 G.A.M. :  
Groupe des Amoureux de la Musique !  
V ou F
- 2 La recherche d'une zone de confort  
pour une meilleure qualité de vie.  
V ou F
- 3 La rencontre de plusieurs experts.  
V ou F
- 4 Se rapprocher d'une médication qui  
convient à la personne.  
V ou F
- 5 Un accompagnement et soutien  
dans le processus d'appropriation du  
pouvoir de la personne.  
V ou F
- 6 Un espace de dialogue, de  
soutien et d'information sur la  
médication.  
V ou F
- 7 Un processus sur une durée  
déterminée.  
V ou F
- 8 Un travail d'équipe.  
V ou F
- 9 Une approche qui vise à rendre  
les personnes capables  
d'administrer leur médication par  
elles-mêmes.  
V ou F
- 10 Un accompagnement et un soutien  
dans le choix du traitement que  
veut faire la personne.  
V ou F
- 11 Une approche qui vise à  
rendre les personnes fidèles à  
leur prescription.  
V ou F
- 12 Une démarche afin de bien vivre  
son rapport à la médication.  
V ou F
- 13 Une méthode de sevrage.  
V ou F
- 14 Une méthode pour responsabiliser  
la personne face à sa médication.  
V ou F
- 15 Une méthode pour superviser  
la médication.  
V ou F
- 16 Une position idéologique sur  
la psychiatrie.  
V ou F
- 17 Une recette en 10 étapes pour  
mieux vivre.  
V ou F
- 18 Une réflexion en profondeur sur son rapport  
à la médication, son rôle et ses effets.  
V ou F

Ces informations proviennent du matériel de formation GAM développé par le RRASMQ.

1.F - 2.V - 3.V - 4.V - 5.V - 6.V - 7.F - 8.V - 9.F - 10.V - 11.F - 12.V - 13.F - 14.F - 15.F - 16.F - 17.F - 18.V

## Prendre soin de l'entourage

Par Raymond Beaunoyer, responsable du développement de la philosophie et des pratiques au RRASMQ

Entreprendre une démarche de Gestion autonome de la médication (GAM) demande beaucoup de courage. Cela représente, pour la personne, un difficile et exigeant « travail sur soi ». C'est un long processus d'apprentissage impliquant un questionnement en profondeur sur divers aspects visant l'amélioration de la qualité de vie. C'est également une démarche dans laquelle la personne doit traiter avec son entourage et pouvoir s'associer avec des membres de cet entourage. Certains seront plus réceptifs au projet que la personne s'est donné, tandis que d'autres seront plutôt fermés ou même en opposition. L'entourage d'une personne qui consomme une médication en santé mentale est très large : les parents, les amis, les voisins, le médecin, le pharmacien, les intervenants de divers milieux, etc.

C'est indéniable qu'il y a un grand travail à faire sur l'entourage. D'où l'idée de prendre soin de l'entourage. Mais à qui revient cette responsabilité ? Est-ce à la personne, aux ressources alternatives ou à l'entourage lui-même ?

*C'est un travail titanesque pour la personne de travailler à « traiter » le milieu pour qu'il change de regard et passe de la position d'obstacle à celle de soutien.*

La démarche de Gestion autonome de la médication met la personne concernée au cœur de l'action, soutient un « travail sur soi » et amène la personne à modifier certaines de ses façons de faire et d'être. Ces changements suscitent certaines résistances chez l'entourage, parfois même de l'opposition. Différents facteurs peuvent expliquer ces résistances : la méconnaissance, la peur, une certaine vision des problèmes la santé mentale, etc. Pensons, entre autres, aux parents qui craignent une rechute



de la personne qui s'est inscrite dans une démarche de diminution de médicaments. Pensons également à des professionnels de la santé qui portent une vision des soins qui propose la médication comme traitement unique et unidimensionnel des problèmes de santé mentale.

Pour que l'entourage soit également partie prenante de la démarche GAM, il faut « soigner » l'entourage, c'est-à-dire qu'il faut y apporter des soins. C'est un travail titanesque pour la personne de travailler à « traiter » le milieu pour qu'il change de regard et passe de la position d'obstacle à celle de soutien. Ce travail auprès de l'entourage doit également être assumé par des personnes et des organisations qui contribueront à établir les collaborations et les concertations nécessaires entre les divers acteurs qui sont en lien avec la personne. Le but étant de favoriser des changements qui sont aussi nécessaires auprès de l'entourage.

C'est l'espoir d'une qualité de vie meilleure qui, bien souvent, amène la personne à jeter un regard différent sur qui elle est. Souvent, elle a été définie (et elle se définit elle-même) par le diagnostic qui lui a été attribué, tel un prix de présence et d'assiduité de comportements bien catalogués ! La personne qui entreprend une démarche GAM en arrive à un point où elle se considère comme une personne et non comme une maladie. Il faut cependant reconnaître que le parcours peut être long pour en arriver à une telle affirmation de soi.



Dans un contexte où on a tendance à tout « pathologiser », à traiter les difficultés normales de la vie comme des maladies, justifiant ainsi un usage élargi de la médication, il est difficile de se positionner comme personne ayant droit au respect et de pouvoir se considérer comme responsable de son propre traitement. Une démarche visant l'amélioration de la qualité de vie et qui met la médication à sa juste place entraînera nécessairement chez la personne des changements dans ses façons de faire et même dans ses façons d'être. Ces changements vont à contre-courant de certaines pratiques qui sont installées socialement et culturellement et se différencient nettement de certains préjugés bien ancrés :

*« Nous savons ce qui est bon pour les personnes malades ».*

*« Nous devons prendre en charge les personnes souffrantes ».*

*« La médication est LA réponse aux problèmes de santé mentale ».*

*« Les difficultés de santé mentale empêchent d'avoir un jugement éclairé ».*

*« Des problèmes de santé mentale, on ne se sort pas ; c'est pour la vie ».*

Pourtant, la démarche de GAM repose sur des principes auxquels l'entourage, en général, adhère facilement :

- La préoccupation pour un mieux-être et une qualité de vie subjective ;
- L'accession à une position de sujet qui favorise l'appropriation du pouvoir ;
- La médication dans la vie de la personne a, à la fois, des significations réelles et symboliques ;
- Le respect de la personne, de ses décisions et de ses droits ;
- Les moments de vulnérabilité et de souffrance sont perçus comme des expériences d'enrichissement à travers lesquelles la personne peut se développer et grandir.

En pratique, reconnaître à la personne le droit de faire appel à ces principes et à s'appuyer dessus vient souvent remettre en question les préjugés à l'égard des personnes qui ont des

problèmes de santé mentale. Cela suscite également des peurs inconscientes qu'il faut collectivement surmonter.

Différents outils soutiennent la démarche de Gestion autonome de la médication et contribuent à sa compréhension. Entre autres, le Guide personnel qui se veut avant tout un outil pour soutenir un cheminement personnel. Il aborde la qualité de vie et le mieux-être à travers des questions qui permettent à la personne d'avoir une vision globale de son vécu et de se poser des questions pertinentes sur sa médication et sur les effets de cette médication dans sa vie. Pour ce qui est du Guide d'accompagnement (Repères), il s'adresse à la fois, à la personne concernée, à son entourage et aux personnes en soutien.

*La GAM vise à susciter des changements, tant dans les pratiques que dans les attitudes, non seulement chez la personne concernée, mais aussi dans son entourage.*

Le *Guide personnel* met en lumière l'importance de rendre disponible l'information entourant la prise de médicaments psychotropes et vise, dans sa forme et dans son contenu, le respect de la personne et de ses choix. La question de la prise de médication psychotrope est un sujet délicat tant en ce qui concerne les droits de la personne que la position médicale à l'égard du traitement à suivre. Alors que le Guide personnel vise une participation active de la personne dans son traitement pharmacologique, il est souvent perçu par l'entourage, à tort, comme un outil visant le sevrage. Quant à l'approche GAM, elle est, malheureusement, trop souvent, interprétée comme une position idéologique rejetant la médication.

L'utilisation du *Guide personnel* suscite divers questionnements et met en lumière divers aspects, tels le rôle et les limites de la médication en santé mentale, le sens de la souffrance, le



respect de la personne, de ses décisions et de ses droits, la reconnaissance du potentiel de rétablissement, etc. Il pose également le défi de la contribution de l'entourage. Il invite la personne à choisir des « acteurs » et des « actrices » qui vont l'accompagner dans sa démarche. Rappelons-le, la GAM vise à susciter des changements, tant dans les pratiques que dans les attitudes, non seulement chez la personne concernée, mais aussi dans son entourage.

Cette responsabilité de prendre soin de l'entourage afin de favoriser l'implantation de pratiques GAM revient à un ensemble d'acteurs. D'abord, à la personne elle-même qui doit préciser son projet et choisir les mots pour en parler, trouver les personnes qui vont l'accompagner. Ensuite, la responsabilité revient aux organisations qu'elles soient du milieu communautaire

ou du réseau public en prenant des positions claires quant aux principes qui sont la base de l'approche GAM. Que ces organisations réclament et mettent en place d'autres pratiques qui permettent aux personnes en cheminement de recevoir le soutien dont elles ont besoin. Que certaines organisations plus méfiantes en ce qui a trait à l'approche GAM puissent être rejointes afin de pouvoir leur offrir des activités de formation et d'information.

Ce travail qui apportera un changement de regard de l'entourage dépasse largement la question de la médication en santé mentale. Il contribuera à développer l'accueil et l'ouverture que tous citoyens et citoyennes sont en droit de recevoir, quelles que soient leurs difficultés de vivre.



## Gestion autonome de la médication de l'âme, le sens des mots :

*Gestion* : c'est un plan intelligent et organisé, un filet de sécurité

*Autonome* : c'est devenir acteur principal de sa propre vie, en prendre le contrôle

*Médication* : c'est un moyen avec son rôle, ses limites et possédant des significations multiples

*De l'âme* : c'est l'expression d'une profonde souffrance.



## Une définition...

La Gestion autonome de la médication (GAM) est une approche qui, par l'ouverture d'espaces de paroles et de dialogues, vise à amener la personne à se rapprocher d'une médication qui lui convient et qui s'intègre dans une démarche plus large d'amélioration de sa qualité de vie.

Elle implique une démarche d'accompagnement alliant plusieurs acteurs, qui :

- place la médication au centre des préoccupations à l'intérieur d'un processus de traitement ;
- reconnaît l'importance d'une qualité de vie subjective et les significations plurielles de la médication ;
- favorise une appropriation du pouvoir dans le respect de la personne, de ses décisions et de ses droits.



## Santé mentale et médication : Interventions thérapeutiques ou dopage social ?

Par Joël Monzée, docteur en neurosciences et psychothérapeute

L'essor biotechnologique a permis à la recherche et développement (R&D) pharmacologique de proposer des médicaments de plus en plus performants pour soulager la souffrance et permettre aux individus de recouvrer plus facilement leur autonomie physique ou psychique. Dans le domaine de la santé mentale, certaines molécules sont maintenant présentées sous le terme de « médicament de troisième génération », parce qu'elles permettraient une action plus ciblée que les médicaments proposés dans les années 50. Si ces avancées sont essentielles, force est de constater que certaines décisions socioéconomiques, cliniques et psychosociales modifient peu à peu notre relation à la médication et, par le fait même, peuvent modifier les fondements de notre humanité.

### Problématiques

La R&D pharmacologique se compose de différentes phases. Allant de la recherche fondamentale, en passant par la mise au point de modèles explicatifs et par la découverte de molécules pouvant simuler les processus physiologiques naturels, pour aboutir dans certains cas à l'essai clinique d'un médicament novateur. Si, comme le souligne Jean-Claude St-Onge, on ne s'entend pas sur les coûts réels de R&D, on ne peut nier que cela prend des années pour qu'une molécule puisse être mise sur le marché et que sa période de rentabilisation est assez courte. Ensuite, une compagnie générique peut commercialiser la molécule entre 25 à 40% du prix de médicament d'origine.

Ces dix dernières années, les entreprises se sont rachetées les unes les autres, comme dans les autres secteurs économiques, et ont appliqué les modes de fonctionnements économiques des entreprises traditionnelles, sans tenir compte de l'impact social que les absorptions et restructurations pourraient avoir à court ou à long termes. Un exemple, parmi beaucoup d'autres : Glaxo a déboursé 76 milliards pour l'achat de



SmithKline. Et quand on sait que, d'une part, ces entreprises ne produisent plus assez de nouvelles molécules largement consommées et, d'autre part, les molécules très vendues tombent actuellement dans le domaine public, on constate que l'industrie s'est fragilisée. Ce n'est pas banal : le jour où le Lipitor, par exemple, est devenu « copiable » par des entreprises génériques, Pfizer a « perdu » 12 milliards de rentrées annuelles.

*Certaines décisions socioéconomiques, cliniques et psychosociales modifient peu à peu notre relation à la médication et, par le fait même, peuvent modifier les fondements de notre humanité.*

Alors, comment compenser les risques de pertes financières, comment éviter la fragilisation des entreprises pharmaceutiques ? Simple, mais amoral : en transformant notre compréhension de situations naturelles en maladie, avec la complicité des laboratoires du milieu universitaire qui peuvent en retirer des moyens financiers et accroître leur renommée ! Et la santé mentale, c'est la poule aux œufs d'or ! Attention, nul doute que la souffrance des individus est réelle, c'est la manière dont on répond à cette souffrance qui peut être questionnable.

Et si cette souffrance est habilement générée par des campagnes de publicité dont le contenu

est questionnable, c'est encore plus problématique. Ces dernières années, une publicité invite les individus, par exemple, à continuer de manger du « fast-food », tout en prenant du *Zantac*, une molécule très efficace pour contrer les douleurs stomacales. Toutefois, est-il éthiquement acceptable de faire une campagne promotionnelle basée sur une accentuation d'habitudes alimentaires problématiques? Quel est le but, « informer » ou accroître la consommation du *Zantac* et du *Lipitor* ?

### Quelques notions de physiologie

Pour comprendre les exemples décrits plus loin, nous avons besoin d'un petit rappel de principes physiologiques. Lorsque nous sommes dans une situation où nous nous sentons mal-à-l'aise, menacé ou en danger, les complexes amygdaliens (ou amygdales), deux structures du cerveau émotionnel, s'activent et stimulent des réactions comportementales de protection.

Deux polarités physiologiques sont possibles. La plus archaïque est celle utilisant le système végétatif parasympathique qui réduit le rythme cardiovasculaire, ralentit la fréquence respiratoire et canalise le sang vers les viscères et les muscles lisses. La personne peut alors être distraite, rêveuse, psychiquement ailleurs, voire somnolente ou faire de l'énurésie. Certains animaux peuvent, d'ailleurs, mimer la mort pour éviter d'être aperçus ou croqués par un prédateur.

La seconde est l'activation du système sympathique. L'effet est inverse: augmentation du rythme cardiaque et de la fréquence respiratoire; le sang est amené dans les muscles striés; des hormones comme la testostérone, l'adrénaline et le cortisol sont libérées. Tout le corps est prêt à bouger pour contrer l'adversaire ou pour s'enfuir. Le mouvement va également tempérer les amygdales, de manière à faciliter l'action et réduire le stress.

Si une personne est fréquemment dans une seule de ces deux polarités, elle appauvrit le phénomène de « cohérence cardiaque » tel que décrit

par David Servan-Schreiber. En effet, il est nécessaire d'obtenir un équilibre dynamique entre ces deux polarités. Si je joue au soccer ou que je fais une randonnée, mon système sympathique est idéalement actif alors que, si je souhaite m'endormir ou digérer, ce système doit laisser la place au parasympathique.

*Nul doute que la souffrance  
des individus est réelle,  
c'est la manière dont on répond  
à cette souffrance  
qui peut être questionnable.*

Il faut savoir que la cohérence cardiaque facilite la santé autant physique que mentale, car elle tempère l'activité des amygdales. Pour ce faire, il est nécessaire de développer la qualité, d'une part, de son Soi pour être capable de ressentir une émotion sans se laisser submerger et, d'autre part, de sa force de résilience pour être capable de donner du sens à l'expérience vécue. Conjointement, le Soi et la résilience nous permettent d'amplifier la cohérence cardiaque et de choisir des comportements facilitant des relations harmonieuses avec notre entourage, base des relations intimes dans les sphères familiale, amoureuse et professionnelle.

### L'amour suffit-il?

Durant l'enfance, le soi et la résilience sont fragiles. Les réseaux de neurones du cerveau qui contribuent à ces deux processus psychiques ne sont pas encore assez matures. Une situation générant de larges émotions va alors donner l'impression à l'enfant qu'il est en danger. C'est la présence réconfortante de l'adulte de confiance qui permet de tempérer cet excès émotif.

Lorsqu'on observe les enfants en classe, ou parfois à la maison, certains ont beaucoup de difficultés à gérer les situations de stress. Les amygdales vont alors déclencher les mécanismes de protection, stimulant le système sympathique ou parasympathique. Les comportements de



défense ressemblent alors aux symptômes du trouble déficitaire de l'attention a/s hyperactivité (TDAH). L'adulte, dérangé par ces comportements, peut alors se sentir impuissant, voire lui-même submergé. S'il oublie de prendre soin de ses propres enjeux émotionnels, il risque de négliger les déclencheurs et il suspecte alors la présence du TDAH. Or, les enfants essaient simplement de gérer leurs émotions avec l'espoir qu'un adulte puisse les aider à contenir l'émotivité. Cela ne veut pas dire que leurs comportements sont adéquats, loin de là. Mais la réponse de l'adulte peut éventuellement conduire à une médicalisation d'un phénomène naturel et nécessaire pour que les enfants se développent sainement.

L'amour que nous leur donnons n'est somme-toute pas suffisant si nous ne pouvons pas leur offrir un espace dans lequel ils se sentent en sécurité et à travers lequel ils développent tant leur Soi que leur résilience. La médicalisation des comportements dérangeants raccourcit peut-être le chemin pour sortir de la souffrance, mais est-ce le meilleur chemin pour les enfants et la société que de distribuer des psychostimulants sans s'interroger sur les déclencheurs des comportements dérangeants ? Pire, est-ce qu'en leur offrant de prendre un psychostimulant, on ne pourrait pas modifier le processus de maturation du cerveau et en faire des êtres dépendants d'une médication, alors qu'on aurait pu leur offrir des conditions de vie plus adéquates si on avait pris le temps de faire une évaluation diagnostique plus approfondie et si on ne se laissait pas aveugler par les études vantant les bénéfices des psychotropes ?

### *L'amour rend aveugle*

Une autre série de médicaments à la mode en ce moment, ce sont ceux qui « effacent » la dysfonction érectile. Certes, cette problématique est bien embêtante dans le couple et les individus peuvent craindre qu'une panne d'un jour se répète continuellement. Pire, la seule pensée de vivre à nouveau cette panne est suffisante pour la déclencher. Bien sûr, il existe des techniques psychothérapeutiques qui peuvent

aider, notamment l'approche sexocorporelle, par l'apprentissage de mouvements qui aident à mieux vivre la sexualité, en améliorant la cohérence cardiaque et en tempérant les amygdales. Toutefois, les publicités vantant les mérites des molécules chimiques laissent croire qu'il s'agit d'une maladie que seul un médicament peut contrer...

*Les publicités vantant les mérites  
des molécules chimiques  
laissent croire qu'il s'agit  
d'une maladie que seul  
un médicament peut contrer...*

Dans certains cas, c'est possible. Pourtant, savez-vous que, physiologiquement parlant, l'acte sexuel est une recherche constante d'équilibre entre les deux polarités du système végétatif ? Pour avoir une érection, c'est le système parasympathique qui draine le sang vers le pénis qui agit comme une éponge (alors que l'orgasme est associé au système sympathique). Or, si l'homme est souvent stressé par son travail, son quotidien ou ses prouesses sexuelles, il y a de fortes chances que ses amygdales stimulent le système sympathique, ce qui conduit le sang vers les muscles et non les viscères. Pour d'autres, la posture n'est tout simplement pas appropriée. Par exemple, la « position du missionnaire » fait en sorte que l'homme « travaille » avec ses cuisses durant le coït. Or, ce mouvement nécessite une grande quantité de sang dans les cuisses, ce qui réduit celle disponible pour maintenir une érection.

Cela dit, il existe trois médicaments pour maintenir plus de sang dans le pénis. Comme tous les médicaments, ils ont des effets secondaires. Parmi ceux-ci, la FDA a relevé deux particularités dès 2005 : des patients étaient devenus aveugles. Le nombre de cas pour chacune des molécules dépend du nombre de clients (et de la date de mise en marché). Cela permet donc de vérifier tristement l'adage : l'amour rend aveugle... Et vous me direz que, parfois, il vaut mieux être sourd en amour. Pas de problème, plusieurs

cas de surdité ont aussi été relevés grâce à ces médicaments. On peut donc suspecter que cette médication altère, chez certains hommes, leurs nerfs optiques ou auditifs, à moins que la lésion ne se situe au niveau d'une structure sous-corticale comme le thalamus.

### Rétention d'informations

Ce qu'il y a de troublant, c'est que l'armée de l'air américaine avait interdit l'utilisation de cette médication à ses pilotes, car les effets sur le système nerveux sensoriel étaient connus depuis longtemps! Dans le même registre, le pilote américain qui a malencontreusement tué les quatre soldats canadiens au début de la guerre en Afghanistan a basé sa défense sur la prescription de *dex drine*, un compétiteur du *Ritalin*, qui peut déclencher des excès d'agressivité et un manque de discernement dans une situation complexe. Pourquoi banaliser, alors, ces médicaments pour les hommes et les enfants? Pourquoi ne donne-t-on pas la bonne information aux personnes?

Ce qui m'inquiète, c'est que les ministres de la santé sont informés de certaines situations peu éthiques, voire amORALES, dans le processus de mise en place des critères d'évaluation diagnostique et, de manière encore plus problématique, dans le processus d'acceptation d'un nouveau médicament. Longtemps, on a cru que ce n'était que des légendes urbaines, dignes du remake cinématographique « Le fugitif ». Pourtant, Marc-André Gagnon a démontré que près de 60% des articles signés par des médecins étaient rédigés par des compagnies pharmaceutiques et que, au mépris des règles de probité intellectuelle, des médecins acceptent de les signer et d'en retirer le crédit. Pour sa part, Pauline Gravel rapportait récemment une étude qui démontrait que c'est 100% des méta-analyses portant sur l'usage des médicaments qui étaient supervisées par les compagnies.

Sans aucun dessein partisan, on peut s'attendre à ce que les ministres Marois et Legault n'aient pas une connaissance suffisante du milieu de la recherche biomédicale, mais comment com-

prendre le manque de réserve de la part des médecins-ministres Couillard et Bolduc? Et les responsables du Collège des médecins ne devraient-ils pas signaler les abus lorsqu'on vente une formule pharmaceutique miracle en renvoyant aux médecins la lourde tâche de faire la part des choses pour un patient en souffrance physique ou psychique?

Le contenu des propos alarmistes lors de la campagne de sensibilisation pendant la crise de la grippe A-H1N1 peut-il refléter la délicate situation des ministres: signer une entente de livraison de vaccins avec GlaxoSmithKline et, quelques mois plus tard, se garantir la construction d'une usine de cette même compagnie au Québec, alors que l'entreprise a licencié près de 4000 emplois à travers le monde? Or, on sait qu'en Belgique, des journalistes se sont procurés le contrat signé par la ministre Onkelinx qui stipulait qu'aucune poursuite ne pouvait être entamée contre cette même compagnie en cas d'effets secondaires et qu'en Pologne, le médecin-ministre Kopacz a refusé de signer ce contrat. Que doit-on en penser?

*L'être humain, sa psyché  
et ses rêves, ne pourront jamais  
 tre réduits à un ensemble  
de processus pharmacologiques  
qui, en cas de dysfonction,  
peuvent être mimés  
par une molécule artificielle.*

Pour comprendre la situation inconfortable des ministres, un haut-responsable du gouvernement m'a expliqué, dans le cadre d'une enquête sur l'usage du *Ritalin*, que les représentants d'entreprises pharmaceutiques pouvaient les rencontrer dans l'objectif d'obtenir des « conditions particulières » qui incitent leur conseil d'administration à maintenir leurs antennes de R&D dans les pays les plus « dynamiques » en matière de consommation de médicaments.

Il faut comprendre que ce discours n'est pas « contre » les compagnies pharmaceutiques.



Nous avons besoin, collectivement, que ces compagnies soient solides financièrement pour s'assurer d'une R&D produisant des médicaments d'excellente qualité. Ce qui pose problème, c'est la nécessité de faire des profits d'un minimum de 15% par année pour satisfaire l'appétit des actionnaires ! Et si c'est la règle usuelle en matière d'économie, est-ce que cela doit se faire au mépris d'une prudence nécessaire quant à l'usage adéquat des substances pharmaceutiques ?

### ***Interventions psychiatriques ou dopage social***

Si on prend les sommes payées par les diverses assurances médicaments québécoises, la consommation des psychostimulants a coûté 100 millions en 2010. Et les psychostimulants sont peu chers en regard d'autres psychotropes. Ces 100 millions auraient-ils pu être plus utiles dans les écoles et les CLSC pour venir en aide aux enfants, aux parents et aux professeurs ? Mais les campagnes d'information ont tellement enraciné qu'un enfant qui a la bougeotte

ou qui est démotivé est atteint du TDAH. Et la désinstitutionnalisation des personnes affectées par une maladie psychique, est-ce vraiment à leur profit ? Ont-elles pu recevoir le support psychosocial nécessaire pour arriver à s'incérer dans la société et y être heureuses ? Ou est-ce qu'on se contente de leur donner une pilule en pensant avoir fait de la « justice sociale » ? Ou, oserai-je l'imaginer, était-ce une décision favorable aux compagnies pharmaceutiques ? Pourquoi ne pas avoir organisé une structure efficace pour vraiment aider ces personnes ? Et la création de l'assurance médicament du Québec ou la « règle des 15 ans », est-ce des décisions en matière de santé ou d'économie ?

L'être humain, sa psyché et ses rêves, ne pourront jamais être réduits à un ensemble de processus pharmacologiques qui, en cas de dysfonction, peuvent être mimés par une molécule artificielle. L'être humain, dans sa beauté, mérite mieux qu'une simple pilule pour vivre sereinement. Encore faut-il que, individuellement et collectivement, nous acceptions de remettre en cause certaines croyances pseudo-scientifiques et, surtout, nos sacro-saintes institutions.



### ***Pour en savoir plus :***

Gagnon M.-A., Lexchin J., 2008, *The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States*, PLoS Med 5(1) : e1

Gravel P., 2011, Médicaments - Qui finance les essais cliniques ? *Le Devoir*, 9 mars

Monzée J., Tremblay M., 2009, Bases neurophysiologiques du mouvement de la double-bascule, *Santé Sexuelle*, n06 : 4-36

Monzée J. (dir.), 2009, *Neurosciences et psychothérapie : convergence ou divergence ?*, Montréal, Éditions Liber

Monzée J., 2010, *Médicaments et performance humaine : thérapie ou dopage ?*, Montréal, Éditions Liber

Monzée J. (dir.), *Devenir*, Québec, Éditions Dauphin Blanc (à paraître en août 2011)

Monzée J. (dir.), *Neurosciences et psychothérapie 2 : comment se représente-t-on le monde ?* Montréal, Éditions Liber (à paraître en octobre 2011)

Servan-Screiber D., 2006, *Guérir*, Paris, Éditions Laffont

St-Onge, J.-C., 2004, *L'envers de la pilule*, Montréal, Écosociété

## Maintenir une approche critique de la biomédicalisation de la santé mentale

Par Robert Théoret, responsable à l'action politique au RRASMQ

L'autre  
Espace  
Volume 3 - no 1

**« Santé et maladie sont intimement liées, mais définir ce que signifie « être malade » ou « être en santé » n'est pas chose facile. Ces définitions sont dynamiques, elles évoluent dans le temps et selon les sociétés. »<sup>i</sup>**

Les ressources alternatives en santé mentale se distinguent des autres organismes du mouvement communautaire par leur affirmation d'un « point de vue critique en regard de l'approche biomédicale de la santé mentale »<sup>ii</sup>. En effet, depuis près d'un demi-siècle, le mouvement communautaire alternatif en santé mentale a développé des pratiques fondées sur des visions et des valeurs qui relativisent les dogmes biomédicaux dans le soulagement et le traitement de la détresse émotionnelle et psychologique. Globalement, les pratiques alternatives en santé mentale s'inscrivent toutes dans une perspective de critique sociale qui remet en question les approches cliniques centrées principalement (sinon exclusivement) sur la médicalisation et le contrôle des malades qu'on qualifiait, il n'y a pas si longtemps, de fous.

Le mouvement alternatif ne nie pas totalement l'importance des médicaments dans le traitement de certains problèmes de santé mentale. Toutefois, il considère que « les approches biologiques des troubles mentaux, en dépit de leurs progrès, ne touchent jamais que la surface des problèmes, le soulagement du symptôme. »<sup>iii</sup> et que « le médicament est inefficace à traiter tout ce qui a trait aux problèmes humains, aux conflits intersubjectifs, aux difficultés de coexistence avec autrui, etc. »<sup>iv</sup>

### La difficulté de conserver une vision critique

La majorité des personnes qui fréquentent les ressources alternatives en santé mentale transportent avec elles un ou plusieurs diagnostics et consomment différents types de médicaments prescrits par les psychiatres. Ces personnes vivent des réalités multiples, ont des conceptions personnelles des difficultés auxquelles elles sont confrontées et entretiennent des relations diversifiées avec les professionnels du monde médical.

Dans ce contexte, le maintien d'un point de vue critique nuancé face aux impacts de la biomédicalisation de la détresse émotionnelle constitue un défi quotidien dans la vie des ressources et des intervenantEs qui s'identifient aux valeurs et aux pratiques alternatives. Ce défi global concerne autant l'accueil de la souffrance des personnes, le sens qui lui est donné, le lien entre cette souffrance individuelle réelle et le contexte social où elle se vit que les actions collectives à développer avec et pour ces personnes usagères des ressources alternatives.

i Gouvernement du Québec, 2009, *Avis - Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*, Commission de l'éthique de la science et de la technologie, p.XVII

ii RRASMQ, 2009, *L'Alternative en santé mentale. Ailleurs et Autrement*, p.3

iii Willy Apollon et al., 1990, *Traiter la psychose*, Québec, Éditions du GIFRIC, dans RRASMQ et ÉRASME, 2006, *Repères pour une gestion autonome de la médication en santé mentale. Guide d'accompagnement*, p.13

iv France Turmel, 1990, *Psychopharmacologies et utilisation de la médication dans un centre psychanalytique de traitement de psychotiques*, dans RRASMQ et ÉRASME, 2006, *Repères pour une gestion autonome de la médication en santé mentale. Guide d'accompagnement*, p.13



Parmi l'ensemble des questions qui interpellent le milieu alternatif en santé mentale, certaines s'imposent d'emblée. Si les ressources alternatives accueillent différemment les manifestations de la détresse émotionnelle et psychique vécue par les individus, jusqu'où se démarquent-elles face aux diagnostics et aux traitements établis par les « professionnels » de la santé ? En effet, on a beau affirmer que les ressources alternatives accueillent des personnes et non des malades, comment interprètent-elles la réalité de la médicalisation des personnes qui fréquentent leurs ressources ? Font-elles toujours le lien entre les diagnostics individuels et les déterminants sociopolitiques qui conditionnent la vision des problèmes de santé mentale ? Les pratiques des ressources alternatives, dont la GAM, s'inscrivent-elles encore dans une dynamique critique visant à développer un agir collectif susceptible d'influencer les politiques publiques et l'organisation des services dictées par le pouvoir biomédical et l'industrie pharmaceutique ?

### ***Le bonheur et la normalité en capsule ?***

***« J'ai vu une multinationale pharmaceutique travailler dur pour redéfinir les représentations de la santé mentale, raconte Laurence Kirmayer. De tels changements ont des effets considérables, car ils influent sur les conceptions culturelles de la personne... Ces entreprises chamboulent des croyances enracinées de longue date dans les cultures sur le sens de la maladie et de la guérison. »<sup>v</sup>***

À mon avis, pour aborder ces questions, on ne peut faire l'économie d'un certain nombre de constats et de réflexions globales sur le type de société dans lequel nous vivons et sur certains phénomènes qui conditionnent notre conception des problèmes de santé mentale et de la place qu'occupent les médicaments.

Dans un rapport récent, la Commission de l'éthique de la science et de la technologie (CEST) du Gouvernement du Québec énonce que *« l'expansion de la place occupée par les médicaments est particulièrement liée aux découvertes de nouvelles molécules, surtout lorsque celles-ci présentent moins d'effets indésirables que celles actuellement utilisées aux mêmes fins. Le caractère plus sécuritaire de ces nouveaux médicaments rend leur prescription plus acceptable pour des conditions physiques ou mentales moins sévères qu'auparavant. »<sup>vi</sup>* La CEST souligne aussi que *« les sociétés occidentales assistent à une médicalisation d'événements, d'émotions, de choses qui ne relèvent pas nécessairement du domaine biomédical. Le phénomène de médicalisation peut se définir comme un processus par lequel des problèmes non-médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en détournant l'attention de l'environnement social vers les individus. »<sup>vii</sup>* Le discours dominant de la santé publique sur la prévention et les risques et les pratiques qui en découlent font en sorte de présenter la santé comme un objectif, comme une norme. Pensons à toute la promotion qui est faite autour des produits tels que les oméga-3, les antioxydants, les suppléments vitaminiques, etc. De plus en plus, la prise de médicaments déborde largement le traitement d'une maladie.

v Courrier international, 4 mars 2010, *Une psychiatrie mondialisée. Comment l'Occident exporte ses troubles mentaux*

vi Gouvernement du Québec, 2009, *Avis - Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*, Commission de l'éthique de la science et de la technologie, p.16

vii *Idem*, p.24



La biomédicalisation de certains comportements non pathologiques, de traits de personnalité (p.ex. : la gêne, la capacité d'attention...) et de malaises individuels (p.ex. : le deuil, l'ennui...) doit, à mon avis, être analysée en tenant compte de ces tendances lourdes. Il en va de même du regard biomédical qu'on jette sur des phénomènes socioéconomiques comme la pauvreté, la violence et la marginalité. Dans la société où nous vivons, *« les conditions socioéconomiques défavorables constituent un phénomène complexe où plusieurs facteurs interagissent... les conditions socioéconomiques précaires exposent davantage les personnes à la consommation de psychotropes dans un contexte où le discours social dominant confère aux médicaments un caractère quasi-magique dans le traitement d'un nombre de plus en plus grand de difficulté de la vie quotidienne. »*<sup>viii</sup>

Dans un tel contexte, le rôle des ressources alternatives est, à mon avis, de rappeler sans cesse que les personnes qui s'écartent de la normalité ne sont pas nécessairement des malades pour qui une intervention biomédicale est nécessaire afin qu'elles puissent exercer pleinement leur citoyenneté, faire face aux difficultés individuelles et aux contingences de la vie en société. Les médicaments, malgré les progrès réalisés, ne doivent pas être vus comme la promesse d'atteindre rapidement et efficacement un état de bien-être, de confort, de performance, d'efficacité et d'équilibre, sur le plan individuel et collectif. Je pense ici particulièrement aux publicités sur des produits comme le *Cialis* et le *Viagra*.

Hors des médicaments, il existe tout un champ de pratiques humanistes et psychosociales toutes aussi porteuses d'espoir pour les personnes insatisfaites des rapports qu'elles entretiennent avec leurs semblables. Des réformes sociopolitiques en profondeur doivent aussi être mises en œuvre pour limiter, sinon éliminer, les problèmes qui sont de plus en plus diagnostiqués comme des troubles de santé mentale. Je pense à la dépression, à l'anxiété et aux troubles d'apprentissage.

### *Entretenir une distance critique face au diagnostic*

***« Le DSM ne fait pas que déterminer le diagnostic.  
Il peut aussi avoir une incidence sur la façon  
dont les individus se perçoivent et perçoivent les autres »***<sup>ix</sup>

Même dans le mouvement alternatif, il apparaît de plus en plus difficile d'aborder la santé mentale sans référer constamment à la catégorisation pathologique des troubles vécus par les personnes. En effet, la proximité des ressources communautaires avec le réseau public, le fait que tout le système de santé, de la planification à l'organisation des services, soit lourdement influencé par l'idéologie biomédicale concourt à uniformiser et à standardiser le discours ambiant et à imposer des schémas culturels parfois étrangers aux valeurs à la base des pratiques alternatives. Les personnes qui fréquentent les ressources alternatives ainsi que les intervenantEs subissent les effets conceptuels et idéologiques de ce système.

En guise d'exemple, *« la présentation clinique de la dépression et de l'anxiété dépend non seulement de l'environnement ethnoculturel des patients, mais aussi des structures du système de santé dans lequel il s'insèrent et des catégories et concepts diagnostiques qu'ils rencontrent dans les médias et dans leurs échanges avec leur famille, leurs amis et les médecins. »*<sup>x</sup> *« Ainsi, la prise en charge médicale de certains événements de la vie ou de*

viii *Idem*, p.54

ix Courrier international, 4 mars 2010, *Une psychiatrie mondialisée. Comment l'Occident exporte ses troubles mentaux*

x *Idem*



*traits de personnalité influence l'établissement d'un diagnostic ou la décision de prescrire. Les augmentations des prescriptions peuvent aussi être la conséquence d'une tolérance faible de l'individu ou des personnes qui l'entourent à la souffrance psychique ou aux comportements dits dérangeants, comme la tristesse, la colère ou l'agitation. Finalement, elles peuvent être liées à l'utilisation faite par des personnes à des fins de performance : mémoire, vigilance, absence de sensation, de fatigue, etc. »<sup>xi</sup>*

Si jadis, le mal de vivre, les espoirs déçus et les difficultés de la vie courante conduisaient l'individu chez un guérisseur spirituel (chaman, sorcier, prêtre, etc.), aujourd'hui c'est vers le médecin, le psychiatre ou les autres professionnels de la santé qu'on se tourne. Tous réfèrent au même livre sacré pour identifier le problème et la solution potentielle. Le DSM est la bible des temps modernes. « *Quand on y pénètre, on ne se sent déjà pas très bien, sinon qu'irait-on y faire ? Quand on en ressort, on en est malade tant cette bible des psychiatres américains, qui tend à s'imposer et à servir de critère un peu partout dans le monde, élargit considérablement le spectre de la maladie mentale.* »<sup>xii</sup> À l'échelle mondiale de la santé mentale, du moins dans les pays occidentaux, l'ensemble de la société, de sa conception de la nature des problèmes à l'organisation des solutions, est conditionnée par les diagnostics énumérés dans le DSM.

Pourquoi en est-il ainsi ? Il faut chercher la réponse dans le type d'organisation socioéconomique où nous vivons. « *Notre société est baignée, ou plutôt noyée, dans une logique capitaliste de profit illimité. Les compagnies pharmaceutiques et leurs actionnaires sont particulièrement pointés du doigt.* »<sup>xiii</sup> À l'aube des années 90, le DSM répertoriait 106 « maladies mentales ». Vingt ans plus tard, on y a ajouté une foule de « désordres » (rage au volant, stress post-partum, trouble dépressif prémenstruel, trouble de l'attention, etc.). Il va sans dire que pour chacun de ces phénomènes, l'industrie pharmaceutique fait la promotion d'une solution médicamenteuse qui, afin qu'elle soit rentable, doit être prescrite par un médecin et son coût remboursable par un régime d'assurance qu'il soit privé, public ou mixte comme au Québec.

Plus on diagnostique, plus on ajoute de « maladies » et de médicaments, plus il y a de revenus pour l'industrie pharmaceutique. Plus on reconnaît de maladies et de traitements pharmacologiques et thérapeutiques, plus les compagnies d'assurances sont en mesure d'exiger des primes élevées ! En résumé, les troubles de santé mentale constituent autant de minerais humains susceptibles d'être exploités à des fins de profits. Et, plus il y a de profits, plus il y a de recherches ! Plus il y a de recherches, plus on identifie de situations personnelles ou collectives dérangeantes pour lesquelles on peut prescrire un médicament.

Force est de constater que, bien souvent, cette logique mercantile en spirale s'impose d'elle-même quand vient le temps de faire des choix politiques en matière d'organisation des services. Ainsi, les messages publicitaires commandités par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) au cours des dernières années en vue de déstigmatiser la dépression reposaient sur cette logique. La dépression est une maladie... Elle se soigne... Consultez votre médecin... Il connaît sans doute un médicament pour vous soulager ! Rien sur les causes du problème, rien sur les changements structurels à initier !

xi Gouvernement du Québec, 2009, *Avis - Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*, Commission de l'éthique de la science et de la technologie, p.83

xii Pierre Assouline, DSM 5, Le livre qui rend fou !, *Le Monde*, 25 février 2010,

xiii Sébastien Bois, ancien conseiller pour l'organisme de défense des droits Action Autonomie, *La psychiatrisation des problèmes sociaux*

On pourrait reproduire ce schéma par rapport à de nombreuses réalités sociales ! « *La psychiatisation (Note de la rédaction : et la médicalisation) des problèmes sociaux... individualise les problèmes et les solutions, les sort de leur contexte sociopolitique et assaisonne le tout de médicaments.* »<sup>xiv</sup>

### ***L'esprit critique se nourrit d'une vision différente du monde***

***« C'est seulement en posant la raison d'être du mouvement communautaire par rapport à la société globale que nous pourrions porter un regard plus relatif... »<sup>xv</sup>***

Répondre aux questions de départ de cet article n'est pas simple. Cela nécessite une vigilance critique continue, une réflexion soutenue sur le sens des pratiques alternatives citoyennes en santé mentale ainsi qu'une volonté commune d'agir pour transformer les conditions sociales objectives à la base des conceptions et des intérêts qui sont en train de faire de chacun de nous un fou potentiel consommateur de médicaments et générateur de profits.

Les ressources alternatives sont porteuses d'un projet global de transformation sociale. Cette conception, tout en reposant sur une vision holistique de la personne et du respect de ses libertés fondamentales, vise à initier des pratiques collectives reposant sur une compréhension consciente de la société et des rapports humains qui la traverse. Les pratiques alternatives comportent des formes collectives d'engagement résolument politiques et orientées vers l'égalité des droits, la lutte contre toutes les formes de discrimination, d'oppression, le progrès social et la transformation fondamentale des rapports humains !

Dans le domaine de la santé mentale, cette manière particulière de donner un sens aux actions quotidiennes concrètes devrait se démarquer des interventions des acteurs institutionnels davantage mandatés pour soigner les difficultés personnelles et, à certains égards, contrôler toutes les manifestations susceptibles de déranger le fonctionnement de la société dans son ensemble. Au contraire de celles-ci, les ressources alternatives devraient travailler à construire des alliances porteuses d'une analyse consciente des enjeux collectifs et d'une volonté de changer en profondeur la société où nous vivons et ce, que nous soyons fous, lucides, marginaux ou socialement intégrés.

Pour ce faire, le mouvement alternatif dispose d'outils fondamentaux :

- l'implication active des personnes usagères et intervenantes dans la vie démocratique des ressources;
- l'éducation populaire autonome qui, à travers la valorisation des connaissances et des expériences personnelles, contribue à la compréhension du monde qui nous entoure et à la construction du bien commun;
- l'implication des ressources alternatives et de leurs membres en tant qu'acteur collectif au sein de leur communauté.

Ainsi, en empruntant résolument la voie de l'engagement social et politique, les ressources alternatives pourront continuer de se démarquer des autres acteurs du monde la santé mentale. C'est un défi !



xiv *Idem*

xv Lorraine Guay, 1991, Le choc des cultures, *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 4, No. 2



## Le rôle des drogues psychiatriques et les pratiques des compagnies pharmaceutiques

Par Nicolas Beaudin, intervenant à Psychosésion

Ce texte portera sur les drogues psychiatriques. Il est question de savoir si elles peuvent guérir, si elles peuvent nuire et si elles cherchent un autre résultat que la guérison. Enfin, j'analyserai aussi le rôle de l'industrie pharmaceutique afin de comprendre les intentions réelles des producteurs de drogues psychiatriques, s'ils veulent vraiment notre santé ou pas. Il est donc important de comprendre les dessous du système pour mieux savoir à quoi nous en tenir.

*Il est donc important de comprendre les dessous du système pour mieux savoir à quoi nous en tenir.*

La question principale qui se pose est la suivante : est-ce que les médicaments psychiatriques guérissent ? Si non, quelle est leur utilité ? La réponse est que les drogues psychiatriques n'ont jamais guéries une seule personne dans le monde. Les preuves sont abondantes. Si la psychiatrie, ses médicaments et la psychologie officielle guérissaient les gens, alors il y aurait de moins en moins de gens avec des problèmes de santé mentale, puisque ce sont les thérapies les plus utilisées dans ce domaine, car elles sont reconnues par les universités, les assurances et les gouvernements. Or, au Québec seulement en 2005, il y a eu 7,5 millions de prescriptions d'antidépresseurs, et ce nombre a presque doublé 5 ans plus tard avec 13 millions de prescriptions en 2010. Il est facile de constater que la situation ne s'améliore pas, mais qu'elle détériore presque à vue d'œil. Étant donné cette situation, il est légitime de se demander si la psychiatrie et ses drogues ne sont pas une des causes de cette détérioration de la santé mentale des Québécois, des occidentaux en général et dans le monde.

Ainsi, est-ce que les drogues psychiatriques sont un obstacle à la guérison ? Il est clair que c'est

souvent le cas. Tout d'abord ceux et celles qui pensent que prendre des pilules est le seul moyen de guérir (comme le prétend la psychiatrie) ne chercheront pas quelles sont leurs blessures et leurs manques dans leur vie. Ces personnes s'identifient à leur diagnostic, leurs espoirs sont liés à leur médication et elles consacrent beaucoup de temps et d'énergie à en gérer les effets secondaires. De plus elles ont souvent des problèmes financiers, ce qui fait qu'elles n'ont pas la disponibilité émotionnelle de participer à des activités thérapeutiques, surtout quand leur mémoire et leur concentration sont affaiblies par la médication.

*« Mais avant la disponibilité, il y a la capacité émotionnelle, cette faculté de ressentir les émotions dans toutes leurs nuances et leur complexité. La définition même du mot psychotrope affirme le pouvoir d'interférer avec cette capacité. Il ne reste trop souvent que le registre des émotions ou sensations primaires : anxiété, tranquillité, satiété... Le tout enrobé d'une certaine fatigue d'être soi, sans savoir vraiment qui est ce soi, d'autant plus difficile à connaître ou à retrouver qu'il est altéré tant par le problème de santé mentale que par la solution médicale apportée à ce problème. »*

*Au Québec seulement en 2005, il y a eu 7,5 millions de prescriptions d'antidépresseurs, et ce nombre a presque doublé 5 ans plus tard avec 13 millions de prescriptions en 2010.*



Crédit photo : Pierre Langevin

Il y a aussi les gens qui considèrent que leur médication est équilibrée. Ces gens ne cherchent habituellement qu'à passer le temps. L'apparence de stabilité leur suffit et ils ne cherchent pas à cheminer avec d'autres moyens. Et ce n'est pas parce qu'il n'y en a pas. Il y a des méthodes peu abordables pour les gens pauvres, c'est-à-dire plus d'une centaine de médecines alternatives différentes (ex : l'acupuncture, le toucher thérapeutique, le yoga, la méditation, la visualisation, la méthode de libération des cuirasses, le massage, la nouvelle médecine germanique du Dr. Hamer, etc.), une grande quantité de produits naturels, plusieurs sortes de psychothérapie, mais aussi des méthodes qui ne coûtent rien ou presque comme des ateliers de croissance personnelle (dans certains organismes communautaires), la lecture, l'écriture, l'introspection, l'expression des émotions, etc. Évidemment si le gouvernement payait les soins alternatifs plutôt que les drogues chimiques, non seulement cela lui coûterait moins cher, mais en plus il y aurait des guérisons et une amélioration de la santé de la population en général plutôt qu'une détérioration.



tème économique qui ne veut pas apporter d'autres options qui seraient meilleures économiquement (pour le peuple) et pour la santé.

*Une entreprise qui n'a pas de souci éthique et qui fait de l'argent avec des gens malades a-t-elle avantage à ce que les gens soient en santé ?*

Pourquoi un tel système de santé et d'assurance médicament est-il en place ? À qui cela profite-t-il ? Aux patients ou aux compagnies pharmaceutiques ? Quand on pense que la guérison vient d'un objet extérieur plutôt que de l'intérieur de nous-mêmes (même si elle peut être stimulée par un être humain ou un produit naturel extérieur, elle dépend de nous en dernier ressort), alors il est possible de nous vendre des produits et de faire de l'argent avec nous. Pour ce qui est de l'effet placebo, il est préférable de l'avoir avec un produit naturel sans effet secondaire qu'avec un produit chimique avec plusieurs effets secondaires néfastes. Une entreprise qui n'a pas de souci éthique et qui fait de l'argent avec des gens malades a-t-elle avantage à ce que les gens soient en santé ? Bien sûr que non. Ainsi, les compagnies pharmaceutiques ont-elles avantage à ce que leurs produits soient inefficaces, inutiles et même dangereux ? Bien sûr que oui puisque plus les gens sont malades, plus c'est rentable pour elles. Peut-on faire confiance aux compagnies pharmaceutiques d'après ce que nous savons de leurs pratiques et des profits qu'elles font ? Bien sûr que non et en voici plusieurs preuves.

*Si le gouvernement payait les soins alternatifs plutôt que les drogues chimiques, non seulement cela lui coûterait moins cher, mais en plus il y aurait des guérisons et une amélioration de la santé de la population en général plutôt qu'une détérioration.*

Les drogues psychiatriques peuvent avoir certains avantages temporaires, par exemple dans les situations de crise et d'angoisse trop forte. C'est également un avantage pour les plus pauvres qui reçoivent l'aide sociale, puisque les médicaments sont payés par le gouvernement ou encore pour les gens qui ont des assurances et qui ne veulent pas déboursier de leur poche. Mais encore là c'est à cause des choix d'un sys-

L'industrie pharmaceutique soudoie et infiltre les organismes publics qui devraient les contrôler. Les conflits d'intérêt sont fréquents entre l'industrie pharmaceutique et les représentants des organismes publics de contrôle de la qualité des médicaments.

« Pour la Food and Drugs Administration (FDA), un scientifique qui a des liens financiers, profes-



sionnels ou privés, avec une firme pharmaceutique, un laboratoire, ou a un conflit d'intérêt, peut participer à un panel d'évaluation d'un médicament produit par cette firme, sous le prétexte hypocrite que la compétence et l'expérience dudit scientifique pèsent plus que le sérieux du conflit! Ainsi le Vioxx, produit par la firme Merck, avait obtenu de la FDA l'autorisation de mise sur le marché, malgré une étude qui établissait le lien entre le doublement des risques d'accidents cardiaques et l'utilisation du médicament. Dix membres du panel d'évaluation du Vioxx et qui avaient approuvé sa mise sur le marché avaient des liens directs avec Merck. Le public Citizen Health Group a découvert que dans 73% des 221 examens de médicaments conduits entre 2001 et 2004, il existait un conflit d'intérêts financiers. Dans 73% des cas, un ou plusieurs membres du panel chargé de l'examen avaient des liens avec la firme cherchant à obtenir l'approbation. »

*L'industrie pharmaceutique recherche le profit en éliminant les obstacles que sont la recherche de la santé, de la vérité et de l'éthique.*

L'industrie pharmaceutique falsifie les études et contrôle les revues spécialisées.

« Des données truquées par le très respecté et influent Scott S. Reuben, docteur en recherche clinique, ont été utilisées dans plus de vingt études de l'industrie pharmaceutique et publiées par des revues médicales vérifiées par des experts. Ces études promeuvent l'innocuité et les « avantages » de certains remèdes : Bextra (Pfizer), Vioxx (Merck), Lyrica, Celebrex et Effexor. Le principal chercheur impliqué dans ces études, le Dr Scott Reuben, a été rétribué par Pfizer et Merck. Il existe donc un lien financier entre ce docteur en recherche clinique et au moins deux compagnies pharmaceutiques qui ont bénéficié de ses conclusions contrefaites. »

L'industrie pharmaceutique a des choses à cacher, puisqu'elle refuse de transmettre ses do-

cuments dans 25 à 37% des cas. Concernant les documents qu'elle transmet, la plupart des pages sont raturées sous le prétexte du « secret commercial ». Si leurs produits sont bons pour la santé ou aident les personnes qui les utilisent plus qu'ils leur nuisent, alors pourquoi l'industrie pharmaceutique cherche-t-elle autant à empêcher le public d'avoir accès à ses études ?

En résumé, les drogues psychiatriques ne guérissent rien, elles sont mêmes souvent inutiles et dangereuses. Elles peuvent calmer une crise et sembler être le meilleur remède pour les pauvres car le gouvernement les fournit gratuitement avec de très grosses sommes d'argent des citoyens, alors qu'il n'a pas d'argent pour réduire la pauvreté qui est pourtant souvent la cause du stress et des problèmes de santé mentale. Ainsi, au lieu de régler les problèmes à la source, il préfère les étouffer sans les régler, et cela avec un plus grand gaspillage financier que cela coûterait de donner une aide sociale décente, ce qui est complètement absurde. L'industrie pharmaceutique recherche le profit en éliminant les obstacles que sont la recherche de la santé, de la vérité et de l'éthique. D'ailleurs leurs profits sont astronomiques, exorbitants, parmi les plus élevés de toutes les industries.

« Big Pharma utilise le langage, les faiblesses du psychisme humain, et ses richesses pécuniaires immenses pour écraser toute résistance, par des procès interminables, des procédures décourageantes, des pressions phénoménales sur les médecins et scientifiques isolés, un marketing sans pareil, une complicité des organes publics et de certains gouvernements, une corruption de certains de leurs membres, le contrôle des comités de lecture dans les revues professionnelles, la fourniture d'études truquées et une opacité complète au nom du sacro-saint secret commercial.

La manipulation de l'information médicale à la source explique que nombre de médecins et autres scientifiques soient complices du système sans en être nécessairement conscients et que les meilleurs défenseurs de Big Pharma soient parfois des personnes complètement de bonne

foi, mais totalement manipulées et trompées. Tous les professionnels doivent se rendre compte que les comités de lecture par les pairs, les revues référentes, aussi prestigieuses soient-elles, et les études, même annoncées comme randomisées, en double-aveugle, et prospectives, ne sont pas infaillibles, comme en témoigne le scandale des 21 études du docteur Scott S. Reuben, pourtant publiées dans les meilleures revues de référence.

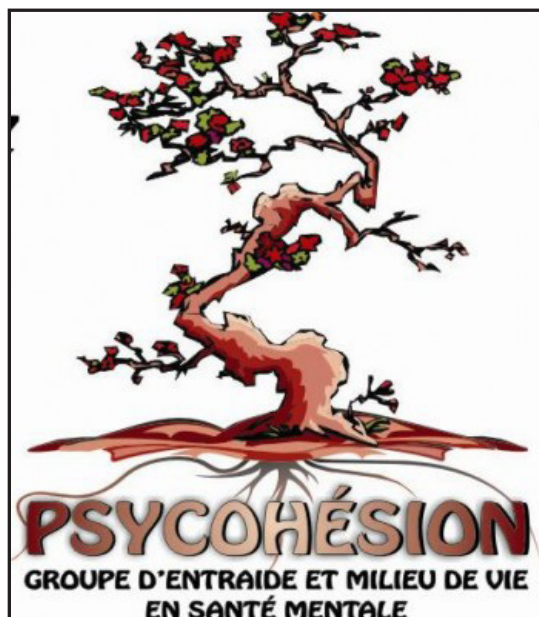
Big Pharma fait preuve d'une mauvaise foi et d'une capacité au mensonge et à la trahison phénoménales. Ces firmes ne reculent devant rien, elles ne sont dignes d'aucune confiance. Les organes publics, instituts nationaux (NIH, FDA, AFSSAPS), supranationaux (OMS, EMEA), les comités d'experts soi-disant indépendants sur lesquels se reposent ces organes, ces agences mais aussi les ministères publics, ne sont pas obligatoirement dignes de confiance. Leur probité, leur intégrité ne va pas de soi! Loin de là! Expert ne veut pas dire sincère ou indépendant. Enfin, nous tous, consommateurs, acheteurs,



humains, sommes responsables, des questions que nous ne posons pas, des réponses que nous n'exigeons pas, du comportement de nos ministères et institutions que nous ne remettons pas en cause, de l'opacité que nous tolérons, de la félonie que nous acceptons. Ne laissons pas ces inventeurs de maladies nous voler nos vies. « L'important n'est pas de vivre, mais de vivre selon le bien. Socrate. »

Peut-on faire confiance à un psychopathe pour nous aider à nous guérir émotionnellement? L'industrie pharmaceutique a la personnalité d'un psychopathe et elle prétend pouvoir améliorer la santé mentale des gens avec ses drogues

chimiques. La croyez-vous? Le rôle des drogues psychiatriques est de ne rien guérir, de maintenir les gens en mauvais état et même de nuire, car plus les gens sont malades, plus c'est payant en vente de médicaments. De plus les médicaments psychiatriques ont pour effet de rendre leurs consommateurs dépendants (les sevrages sont très difficiles) et dociles, donc résignés et facile à contrôler.



## Extraits du livre *Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale\**

Par Ellen Corin, Marie-Laurence Poiré et Lourdes Rodriguez

(Extraits choisis par Marie-Laurence Poiré)

### *La subjectivité, comme une possibilité à stimuler*

Extraits du chapitre IX :

*Une position singulière de l'alternative dans le champ contemporain du traitement en santé mentale*



À l'écoute et à la lecture des récits, on est frappé par l'absence ou la rareté de termes empruntés à un vocabulaire médical – diagnostic, maladie, symptôme, insuffisance – ou tout au moins, lorsqu'on les mentionne, par leur manque de portée en regard du projet des ressources alternatives de traitement. Ces ressources s'intéressent peu de façon générale à l'idée d'une maladie mentale qui viendrait affecter le corps dans sa matérialité brute. Ainsi, lorsqu'on se réfère à la notion de psychose, c'est pour attirer l'attention sur les défis particuliers que pose l'altération spécifique de l'expérience dont témoigne la psychose. De façon plus générale, sans nécessairement et directement s'attaquer à l'idée de diagnostic, les ressources alternatives considèrent que la part essentielle du traitement qu'elles offrent se joue ailleurs.

En effet, l'attention des ressources alternatives de traitement porte de façon fondamentale sur ce que l'on peut désigner comme la subjectivité, même si celle-ci n'apparaît pas toujours nommée comme telle. La subjectivité dont il

est question ici est moins dotée d'un contenu précis qu'elle n'apparaît comme une possibilité à stimuler, toujours singulière. Elle concerne à la fois l'unicité et la dignité de l'être humain et c'est d'abord et fondamentalement à cette subjectivité que les ressources alternatives de traitement s'adressent. C'est à partir d'elle que la souffrance est interrogée. Les récits montrent à quel point la souffrance subjective et ce qu'elle exprime comme manque, comme vide, comme difficulté d'être représentent le nœud le plus incontournable du traitement. Ils montrent que la prise en compte de la souffrance subjective demande du temps, le temps qu'elle puisse être exprimée, le temps d'être véritablement entendue, le temps aussi d'un travail, peut-être d'une ré-élaboration, sur et à partir de la souffrance.

*Elle concerne à la fois l'unicité et la dignité de l'être humain et c'est d'abord et fondamentalement à cette subjectivité que les ressources alternatives de traitement s'adressent. C'est à partir d'elle que la souffrance est interrogée.*

Nous avons aussi vu que les ressources alternatives de traitement s'attachent à la fois à offrir à des personnes très souffrantes un lieu où elles peuvent en quelque sorte se déposer, un lieu où il fait bon vivre, et à mettre en place les conditions d'une mise au travail en profondeur, qui s'exprime davantage comme un encouragement à la mobilisation de la personne que comme une obligation.

\*À paraître en 2011 aux Presses de l'Université du Québec, collection Problèmes sociaux et intervention sociale



## Une confrontation à la souffrance

Extraits du chapitre XI :

*Travailler dans une ressource alternative de traitement en santé mentale. Le point de vue d'intervenant sur une pratique de proximité en santé mentale*

La confrontation : à la souffrance est, par définition, au cœur du travail de l'intervenant dans une ressource alternative de traitement. Le postulat qui soutient les interventions est que la souffrance ne doit pas être contournée ; elle constitue la matière première du travail et en définit le caractère humain. Le rôle de l'intervenant est de recevoir, d'accueillir et de travailler avec et à partir de cette souffrance, dans une relation privilégiée avec la personne qui la porte. Lorsqu'elles parlent des intervenants, les personnes usagères remarquent souvent combien elles ont été frappées par leur ouverture à l'immensité des souffrances qu'ils rencontrent, face à une souffrance qui non seulement « hurle à l'intérieur », selon les mots d'une personne usagère, mais qui s'exprime dans bien des cas vers l'extérieur, parfois avec fracas.

*La souffrance ne doit pas être contournée ; elle constitue la matière première du travail et en définit le caractère humain.*

Les témoignages d'intervenants montrent combien cette ouverture, cet « espace intérieur pour accueillir la souffrance de l'autre » sont exigeants. C'est pour eux toujours une source d'ébranlement, parfois de doute. Le défi est immense « d'être en mesure d'accueillir toute cette souffrance », de « tellement recevoir de choses », de « telles charges affectives », d'entendre trop souvent des « histoires d'horreur », dès lors que « l'on ressent toute l'ampleur de la douleur qui est portée ».

En effet, les intervenants que nous avons interrogés ne se tiennent pas dans une position en extériorité face à la personne et face à la souffrance qui l'habite : « On n'est pas à l'extérieur. » Ils mettent l'accent sur une « approche plus affective qu'intellectuelle de la relation thérapeutique » et acceptent dès lors de se placer dans une position par définition « moins protectrice »

pour eux. Plusieurs disent accepter de se laisser toucher par la souffrance de l'autre et relèvent toute l'importance de cette ouverture : « D'être avec la souffrance, parfois je dirais même touché à la folie, ça peut être déstabilisant pour nous-mêmes... Être touché... Voir l'ampleur de certaines souffrances, et être proche de ça. Se permettre d'être touché. Parce que si je fais juste être protégé de cette souffrance-là, je sais que je ne suis plus en lien. Si je ne suis plus en lien, je ne suis plus capable de comprendre la personne. Si je ne suis plus capable de la comprendre, je ne serai plus capable ni intéressé à l'aider. Mais parfois être touché par certaines souffrances, ce n'est pas nécessairement facile jour après jour. »

Il arrive aussi que l'intervenant soit atteint dans ses propres limites et sa vulnérabilité : « Il y a des personnes qui vont nous toucher dans des zones où on n'est pas prêt à aller. » Il peut alors se trouver lui-même « bousculé », « ébranlé ». Certains récits évoquent des expériences où l'intervenant se trouve particulièrement mis à l'épreuve dans sa confrontation avec des manifestations aiguës de violence ou face à des souffrances particulièrement intenses. Il peut se trouver placé dans des zones d'incertitude ou des espaces frontières où peu de repères peuvent le soutenir : « J'ai côtoyé des personnes avec un tel désespoir que je crois qu'il n'y a rien de thérapeutique qui peut aider, autre qu'un espèce de rapport affectif profond, un accueil profond. »

*Si je fais juste être protégé de cette souffrance-là, je sais que je ne suis plus en lien. Si je ne suis plus en lien, je ne suis plus capable de comprendre la personne.*

Pour pouvoir non seulement tenir mais demeurer dans l'ouverture et continuer à « être en me-



sure d'accueillir toute cette souffrance », les intervenants s'appuient entre autres sur le travail de proximité à soi mentionné plus haut et sur une maturation affective qui se développe au fil du travail d'accompagnement de personnes souffrantes psychiquement. Quelques-uns évo-

quent plus directement le rôle d'un cheminement intérieur et d'une ouverture à la question du sens, qui semblent parfois s'imposer face à la confrontation à la souffrance : « Pourquoi il y a tant de souffrance? Ça nous interroge sur la vie et le sens de la vie en profondeur.

### **Pour un bon usage du médicament**

Extraits du chapitre XII :

*Les ressources alternatives de traitement et leur dehors*

Ayant choisi de travailler dans des ressources alternatives de traitement, nous avons vu que les responsables et les intervenants considèrent que le cœur du traitement en santé mentale concerne la personne et non pas d'abord sa maladie ou ses symptômes, ses insuffisances. Cela ne veut cependant pas dire que les ressources alternatives de traitement dénoncent et déplorent tout recours aux médicaments. Leur position face à la médication s'avère beaucoup plus nuancée.

*Les médicaments peuvent faire obstacle au processus thérapeutique, dès lors qu'ils sont trop ou mal prescrits.*

Les personnes interrogées ont relevé que les médicaments peuvent faire obstacle au processus thérapeutique, dès lors qu'ils sont trop ou mal prescrits. Certaines personnes usagères nous ont parlé de la façon dont leur parcours dans la ressource les a amenées à diminuer progressivement une médication à l'origine très importante ; elles remarquent qu'un tel allègement leur a permis d'effectuer un travail sur elles plus en profondeur.

Par ailleurs, les intervenants et les responsables de ressources commentent que dans certains cas et à certains moments, la médication apparaît comme la condition d'une mise au travail, particulièrement lorsque la personne est submergée par des expériences intérieures désta-

bilisantes. Certaines personnes usagères évoquent ainsi l'importance de la médication pour elles et comment le fait d'avoir trouvé « les bons médicaments » les a soutenues de façon significative dans la poursuite de leur trajectoire personnelle.

Travaillant étroitement en contact étroit avec l'expérience des personnes qu'elles accompagnent, les intervenants et les responsables s'avèrent particulièrement sensibles à la complexité des processus psychiques et à celle de la vie symbolique. De la même manière qu'ils sont attentifs aux risques attachés à l'intensité et à la proximité de leurs relations avec les personnes usagères, en termes de l'influence et du pouvoir que cela peut leur conférer sur les personnes, les intervenants se montrent vigilants quant aux risques similaires associés à la médication. Le rapport aux médicaments se présente ainsi comme un enjeu particulièrement délicat dans la relation thérapeutique.

Plusieurs intervenants et responsables évoquent leur désir d'une situation dans laquelle le travail thérapeutique ne serait pas entravé par une médication inadaptée ; celle-ci serait réduite à une dose minimale et permettrait un libre cours des processus psychiques, ou bien elle deviendrait progressivement non nécessaire.



## Médicaments et performance humaine : thérapie ou dopage ?

Par Joël Monzée, Éditions Liber, 2010

Cet ouvrage procède à un examen critique de la médicalisation excessive de nos sociétés et de l'impératif de la réussite et du succès à tout prix qu'elles ont adoptés. Il brosse ainsi un inventaire accablant des interventions biomédicales et biotechnologiques destinées à améliorer la performance sportive, la performance scolaire et la performance professionnelle, et en met en évidence les effets pervers, le détournement qu'il s'y produit souvent du thérapeutique au dopage. Dans un langage clair et percutant, nourri de l'actualité nationale et mondiale la plus récente et de ses cas les plus révélateurs, l'auteur convie non seulement les parties prenantes du médicament mais la société dans son ensemble à une pause, à un moment de réflexion éthique où chacun puisse prendre la mesure de sa propre responsabilité dans la dérive de la performance et de la médicalisation du corps et de l'esprit.



L'autre  
Espace  
Volume 3 - no 1

## Neurosciences et psychothérapie. Convergences ou divergences ?

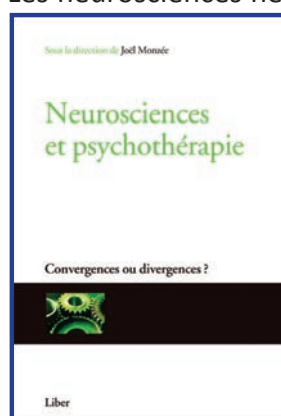
sous la direction de Joël Monzée, Éditions Liber, 2009

Les neurosciences ne pourront jamais accompagner pas à pas les psychothérapeutes dans le parcours qu'ils offrent à leurs patients. Dans un sens, il est heureux qu'il en soit ainsi, car la psychothérapie reste un art qui se déploie avec l'expérience et l'évaluation de celle-ci, seul ou en supervision professionnelle. L'histoire de chaque individu est en outre singulière, même s'il existe des comportements typiques de tel ou tel trouble en santé mentale. Il n'en reste pas moins que les recherches en neurophysiologie, neuro-imagerie ou phénoménologie offrent des occasions pour comprendre, corroborer ou réinterpréter des modèles explicatifs des traitements pour améliorer la santé mentale des patients. Elles offrent également des possibilités aux thérapeutes de porter un regard critique et bienveillant sur leur pratique clinique. Telle est l'intention qui a présidé au présent ouvrage.

À la question de savoir si les neurosciences et la pratique de la psychothérapie pouvaient avoir des moments de rencontres fécondes, on peut aujourd'hui répondre qu'il y a entre elles plus de convergences que de divergences. Les neuroscientifiques et les professionnels de la santé mentale auraient donc tout intérêt à créer des ponts entre les différentes pratiques psychothérapeutiques et les découvertes réalisées en neurosciences fondamentales, appliquées ou cliniques. Les chercheurs pourront y trouver également des pistes d'application, de nouvelles questions et des occasions pour réviser les modèles théoriques qu'ils proposent pour expliquer l'esprit et la condition humaine, et mieux soutenir ainsi la pratique clinique.

### Joël Monzée

Membre de plusieurs réseaux et cercles scientifiques, Joël Monzée est docteur en neurosciences et professeur associé au département de pédiatrie de l'université de Sherbrooke, ainsi que chercheur au Laboratoire Santé, éducation et situation de handicap, université de Montpellier 1. Il est également le directeur-fondateur de l'Institut du développement de l'enfant et de la famille, ainsi que professeur invité à l'Institut de psychothérapie corporelle intégrée. Il intervient régulièrement dans les médias pour dénoncer les excès biomédicaux et biotechnologiques.



# Invitation à participer à la revue

Le RRASMQ invite ses ressources membres à collaborer à *L'autre Espace. La revue du RRASMQ.*

Dans un souci de participation et d'implication démocratique toujours plus grand des personnes (usagères et intervenantes) provenant des ressources alternatives, la revue se veut un lieu d'information, un outil de réflexion et d'analyse ainsi qu'un espace d'expression des personnes sur différents sujets touchant les réalités de la santé mentale.

Nous vous invitons grandement à participer, car la liberté (d'expression) se défend au jour le jour par des personnes qui restent à l'affût !

Le comité de lecture

## Appel de collaboration Volume 3, Numéro 2

Le numéro de décembre prochain abordera le thème **Habiter dans la communauté.** La date de tombée des articles est le **28 octobre 2011.**

**La revue et les autres publications du RRASMQ sont disponibles en format électronique au : [www.rrasmq.com](http://www.rrasmq.com)**



*Regroupement  
des ressources alternatives  
en santé mentale  
du Québec*

2349 rue De Rouen 4<sup>e</sup> étage, Montréal, Québec H2K 1L8  
T 514-523-7919 | 1-877-514-523-7919 | F 514-523-7619  
[rrasmq@rrasmq.com](mailto:rrasmq@rrasmq.com) | [www.rrasmq.com](http://www.rrasmq.com)