



L'autre Espace

Automne 2015

LA REVUE DU RRASMQ

Vol. 6 - N° 2

Jeunes

et santé mentale

S'unir et s'engager pour faire une différence

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 et de réflexion pour les ressources alternatives et ses partenaires.

L'autre Espace, c'est un univers où des citoyens et citoyennes, 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 !

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.

SOMMAIRE

Éditorial : Jeunes et santé mentale, pour un nouveau regard.....	1
La médicalisation des problèmes psychosociaux	5
Les jeunes en difficulté et la santé mentale : Une dure réalité, un regard à changer, un changement à faire.....	7
Entrevue : Le fait d'être compris entraîne un rapprochement!.....	11
La multiplication des diagnostics.....	17
La force d'un regard nouveau.....	19
Kevin Morin, gagnant d'un concours de poésie	21
Les jeunes des Auberges du cœur nous parle de médication	22
S'unir et s'engager à vraiment faire une différence.....	23
Services et interventions psychosociaux et médicaux dans des trajectoires de jeunes.....	25
Le DSM-5: Quand la psychiatrie passe au confessionnal.....	27
Vers le prochain numéro de <i>L'autre Espace</i> : cap sur la participation	32

COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES À CE NUMÉRO

Amnon Jacob Suissa
Bernadette Dallaire
David Palardy
Des intervenant.e.s des Auberges du Cœur
Des jeunes des Auberges du Cœur
Isabelle Gendreau
Julie Tansey
Kevin Morin
Lise Campeau
Pierre Gromaire
Robert Théoret

RELECTURE

Anne-Marie Boucher, Cathy Livernois, Jean-Pierre Ruchon, Mathilde Lauzier, Robert Théoret

GRAPHISME ET MISE EN PAGE

Nadia Parée, Anne-Marie Boucher et Raymond Beaunoyer

CRÉDITS PHOTOS

Couverture: Street art de Bariloche, Argentine
Photos libres de droit: <https://pixabay.com/fr/>

Le Regroupement des Auberges du cœur du Québec

Jeunes et santé mentale:

POUR UN AUTRE REGARD

Robert Théoret

Responsable à l'action politique, RRASMQ

« Si les hiboux peuvent crier
Et les lapins sauter
Et les castors mâcher des arbres quand ils en ont besoin,
Pourquoi ne puis-je pas être un enfant comme je le voudrais?
Qui n'a pas besoin de se préoccuper de sa liberté?
Je sais que vous êtes intelligents
et je sais que vous pensez faire ce qui est le mieux pour moi,
Mais si la liberté est gérée à votre façon,
Alors il ne s'agit pas de ma liberté. »ⁱ

Les statistiques officielles relatives à la santé mentale des jeunes ont de quoi nous inquiéter ou, à tout le moins nous interroger. « *La prévalence des problèmes de santé mentale au Canada est la plus grande chez les jeunes et les jeunes adultes. [...] Les taux de visite au service d'urgence et d'hospitalisation en raison de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes ont augmenté de 45 % et de 37 %, respectivement, entre 2006-2007 et 2013-2014. [...] L'utilisation de médicaments psychotropes est courante — un jeune sur 12 a reçu un médicament pour traiter les troubles anxieux ou de l'humeur ou un antipsychotique en 2013-2014 — et a augmenté au fil du temps.* »ⁱⁱ En somme, on diagnostique et on médicamente de plus en plus jeune.

Troubles de l'attention et de l'apprentissage au cœur des préoccupations

La situation du TDAH est particulièrement préoccupante. Selon l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaireⁱⁱⁱ, 13% des jeunes du secondaire ont reçu un diagnostic de TDAH confirmé par un médecin et les Québécois consomment 35% des médicaments anti-TDAH (Ritalin, Concerta...) au Canada. En 2014, le nombre de pilules de Ritalin consommé au Québec a grimpé de 12 % par rapport à 2013. Le Québec est la province canadienne où la consommation de ce type de médicament est la plus élevée, en proportion de sa population. Cette situation inquiète de plus en plus d'intervenants du milieu de la santé et de l'éducation. C'est le cas notamment du Regroupement des Auberges du Cœur qui réagissait en 2009 à la parution d'une étude pancanadienne sur la consommation de médicaments : « *En partageant le vécu des jeunes dans les Auberges, nous nous inquiétons depuis quelques années d'une tendance vers la simplification des diagnostics du TDAH, la confusion entretenue sur la solidité des preuves scientifiques qui justifieraient l'emploi des psychostimulants pour un nombre toujours plus élevé de jeunes au Québec. Nous sommes inquiets du silence autour de leurs effets secondaires, pourtant bien documentés et souvent suffisamment graves (retards de croissance, spasmes, labilité, insomnie, agressivité, troubles cardiaques, hallucination, automutilation...) pour mener à la prescription d'un second, voire d'un troisième médicament pour en contrer les effets indésirables. La poly-prescription est, en effet, assez courante chez les enfants*

i Toni Morrison et Slade Morisson, *The Big Box*. Cité dans NotJustSkin.org « Pourquoi drogue-t-on nos enfants? » [<http://www.notjustskin.org/fr/node/4>]

ii Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), mai 2015, Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux.

iii Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, Tome 2. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale 2010-2011, Institut de la statistique du Québec, 2013

évalués comme atteints du TDAH. »^{iv} La prise de médicaments semble aussi avoir peu d'impact sur la réussite scolaire et le niveau de décrochage et ses effets à long terme sur la santé physique et mentale sont mal connus.^v

Les préoccupations des décideurs politiques

Les spécialistes du monde psychiatrique affirment que 70 % des troubles mentaux et des maladies mentales commencent à se manifester pendant l'enfance ou l'adolescence. Du même souffle, ils quantifient « *le coût économique des troubles mentaux et des maladies mentales à l'enfance mesuré sur toute la vie à approximativement 200 milliards de dollars au Canada.* »^{vi} Cette estimation ne tiendrait pas compte des coûts sur le système judiciaire ou le système d'éducation ainsi que les coûts assumés par les proches aidants ni le coût de la mauvaise santé pour les personnes qui n'ont pas manifesté de symptômes de maladie.

À lui seul, l'argument des coûts économiques et sociaux semble justifier que les autorités publiques accentuent leurs efforts pour identifier en bas âge les jeunes susceptibles de développer des troubles de santé mentale et leur prise en charge précoce. C'est d'ailleurs dans cette perspective que s'oriente le nouveau Plan d'action en santé mentale du Québec 2015-2020 *Faire ensemble et autrement*. La rentabilité du dépistage et de l'intervention précoce apparaît comme la motivation première.

En fait, ce n'est pas tant la souffrance psychique, émotionnelle et sociale des enfants et des adolescents ainsi que les effets sur la santé psychologique de leurs proches qui semblent être prise en compte par les planificateurs de services publics que les impacts à long terme sur les finances publiques et sur les facteurs économiques (invalidité, accidents du travail, absentéisme, baisse de la productivité ...).

L'austérité à contresens du bien-être mental des jeunes !

La pauvreté, le manque de logement abordable et le sous-emploi sont au nombre des facteurs de risque en matière de troubles mentaux. Par conséquent, l'atteinte d'un état de santé mentale satisfaisant passe par de meilleures conditions de vie. L'amélioration de la santé globale des personnes, tant physique que mentale, peu importe leur âge, passe d'abord par l'amélioration des conditions de vie. Par conséquent, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion devrait être le moyen d'action privilégié pour prévenir l'émergence des problèmes de santé mentale chez les jeunes. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'équité dans l'accès aux services publics de santé, de services sociaux et d'éducation devrait aussi être une priorité d'action.



iv Trop de Ritalin pour les petits Québécois, <http://www.lapresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/200902/10/01-825932-trop-de-ritalin-pour-les-petits-quebecois.php>

v <http://www.tvouvelles.ca/2013/08/07/le-ritalin-nameliore-pas-les-resultats-scolaires>, <http://etudiant.lefigaro.fr/les-news/actu/detail/article/les-nouvelles-drogues-de-la-performance-scolaire-770/> et <http://www.etape.qc.ca/drogues/ritalin2.htm>.

vi Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), 2014, La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/2015-03-1617-MHCC-YouthStrategyReport-F-FINAL.pdf>



Or, les mesures d'austérité qui frappent les filets de protection sociale dans la majeure partie des économies néolibérales accroissent les inégalités socioéconomiques, affectent directement l'accès aux services publics et, conséquemment, fragilisent le plein développement individuel et collectif de la génération future. En diminuant le filet de protection sociale, on prive une part importante de la population d'aide et de services qui visent à assurer une chance égale à tous, créant ainsi un cercle vicieux d'appauvrissement et de détérioration de la santé physique et mentale.

C'est le cas notamment du soutien qui devrait être apportée aux enfants et aux adolescents qui vivent en situation de vulnérabilité économique et sociale. Les données canadiennes à ce chapitre parlent d'elles-mêmes : « 19 % ou 1,34 million d'enfants vivent dans la pauvreté au Canada en 2015; 15,8 % d'enfants vivaient dans la pauvreté au Canada en 1989; 1 million d'enfants canadiens souffrent d'insécurité alimentaire; 1 personne sur 7 dans les refuges pour sans-abri est un enfant. »^{vii}



Dans un tel contexte, faut-il s'étonner que de plus en plus de jeunes expérimentent des difficultés d'apprentissage, d'attention et d'adaptation, de la détresse émotionnelle, des problèmes de violence, de dépendances diverses et de suicide ? Et que dire de la situation des familles de ces jeunes ?

Malgré une connaissance de plus en plus en pointue des causes structurelles liées à la pauvreté et à l'exclusion, bon nombre de politiques gouvernementales continuent de viser principalement le développement de la capacité personnelle des individus à s'en sortir. Le soutien individuel, l'adaptation et la réadaptation sociale sont de plus en plus au cœur des modèles d'intervention privilégiés. Faute de vouloir s'attaquer aux causes fondamentales des inégalités, les politiques gouvernementales préfèrent s'en remettre à la capacité des individus d'adapter leurs comportements aux exigences d'une société qui semble de plus en plus malade d'elle-même. Dans un tel contexte, seuls les plus résilients auront l'espoir de s'en sortir.

Le rôle de la psychiatrie dans tout ça

La psychiatrie, soutenue par bon nombre d'autres intervenants psychosociaux, joue le rôle que la société lui demande. Elle diagnostique, médicamente et traite les individus en marge du contrat social, les personnalités hors normes, ceux qui dérangent. Hier, c'était les fous, aujourd'hui ce sont les enfants et les adolescents. « *Pour servir la société, la psychiatrie veut rendre les gens productifs ou du moins non dérangeants s'ils sont improductifs.* »^{viii} Et ce, au risque de s'interposer entre la liberté des « adultes en développement » et celle des adultes bien établis.

Dans le contexte néolibéral, le rôle de la psychiatrie en est un, avant tout, de contrôle social, de normalisation. Le bon fonctionnement de l'individu est avant tout un enjeu économique. « *L'homme idéal sous-jacent du DSM est performant, invulnérable et sûr de lui. [...] Seul l'individu «vulnérable» ou «fragile» n'arrive pas à s'adapter à la réalité socio-économique, puisque la majorité semble y arriver. [...] L'individu doit être*

vii Rapport 2009 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada : 1989 – 2009 (<http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2009FrenchNationalReportCard.pdf>)

viii Claude Gingras, « Jamais je ne t'oublierai », http://www.rasmq.com/publications/LautreEspace/LautreEspace_2014-06_Vol5-1.pdf

capable de s'adapter aux contraintes sans jamais questionner le bien-fondé ou la justice de la situation, voilà ce qui est attendu de quelqu'un de «normal».»^{ix} La « bible des psychiatres » applique et renforce les normes, de manière systématique et globale. Ses effets sont repérables dans toutes les institutions, bien au-delà de l'hôpital.

En ciblant prioritairement les enfants et les adolescents, vise-t-on d'abord à les modeler aux exigences de la société? Sinon, pourquoi, tout en étant conscients des effets dévastateurs des réductions budgétaires en santé, en éducation, dans les services de garde et dans les mesures d'intégration et de soutien à l'emploi (PASS-Action), les auteurs et les supporteurs du PASM 2015-2020 jouent-ils à l'autruche ? Comment peut-on promouvoir le rétablissement des jeunes, la lutte à leur stigmatisation sans se prononcer sur les transformations globales nécessaires à leur plein épanouissement ? Est-on en train d'encadrer « leur » liberté en fonction de « notre » liberté ?

Quel rôle pour l'Alternative en santé mentale auprès des jeunes ?

La première voie vers l'appropriation du pouvoir, c'est la prise de parole, individuelle et collective. La deuxième voie c'est la reconnaissance de la valeur fondamentale de la critique sociale collective dans la recherche des causes des injustices, des inégalités et des oppressions. La troisième voie c'est la mobilisation en vue d'une transformation des conditions économiques, politiques, sociales et culturelles qui empêchent l'émergence d'une nouvelle société fondée sur le bien commun.

L'Alternative en santé mentale, tout comme les autres alternatives progressistes, s'inscrit dans une volonté affirmée de donner du pouvoir à ceux qui n'en ont pas afin de leur permettre de transformer la société en fonction de leurs aspirations. Les milieux alternatifs, principalement en santé mentale, sont avant tout des espaces citoyens, pas uniquement des lieux de réconfort, d'aide et de soutien aux défavorisés et aux abandonnés. Ce sont des espaces de liberté et d'autodétermination. Les ressources alternatives en santé peuvent, et devront accompagner les jeunes sur ce chemin.

«Accompagner un jeune qui veut reprendre du pouvoir dans sa santé mentale, c'est être à l'écoute de ses besoins, voir par où il est passé. Comprendre sa définition d'une bonne santé mentale. Pouvoir le mettre en contact avec les différents organismes autour.»

Mélissa

L'Antre-temps, Longueuil

«Accompagner un jeune qui veut reprendre du pouvoir dans sa santé mentale, c'est l'aider à prendre du recul par rapport au diagnostic qu'il a reçu, par rapport au médecin, par rapport à ce que ses parents ou ses enseignants disent. Voir comment lui il vit ça de l'intérieur, et comment il vit sa vie par rapport à sa santé mentale, mais aussi par rapport à toutes les autres sphères.»

Geneviève, Auberge du cœur Le Baluchon, Saint-Hyacinthe

ix Olivier Labouret, *Le nouvel ordre psychiatrique*, édition. Erès, 2012 cité dans « DSM : quand la psychiatrie fabrique des individus performants et dociles » (<http://www.bastamag.net/DSM-quand-la-psychiatrie-fabrique>)

HAUSSE DE LA MÉDICALISATION des problèmes psychosociaux chez les jeunes

EXTRAIT DU RAPPORT DE RECHERCHE :

Les réponses aux besoins des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur de Québec et de Chaudière-Appalaches: comment viser l'affiliation sociale dans un contexte de médicalisation des problèmes psychosociaux ? Bernadette Dallaire, Pierre Gromaire, Michael McCubbin, Mélanie Provost et Lucie Gélinau, Mai 2012

Médicalisation et médication de la souffrance

Le terme « médicalisation » renvoie aux processus par lesquels des comportements ou des phénomènes posant problème pour les individus ou la société sont définis ou redéfinis en termes médicaux. Ils se voient ainsi attribuer des causes médicales, ou sont pris en charge selon des procédures ou des moyens médicaux (Cohen, 2001; Conrad, 1992). À ce titre, l'usage de la médication est central. Cela est particulièrement vrai dans le domaine de la santé mentale, où la détresse est souvent assimilée à la maladie.

Cette équation encourage la prise de médicaments et élargit ses indications (Cohen, 2001). Les dysfonctionnements sociaux et la souffrance psychique, désormais « maladies traitables », sont ainsi occultés (Cohen, Collin, Pérodeau et McCubbin, 2000; Cohen, McCubbin, Collin et Pérodeau, 2001; Collin et Suissa, 2007; McCubbin, 2003). Au début des années 2000, au Québec, Rodriguez, Corin et Poirel (2001) constataient le renforcement de cette tendance en raison du mode d'organisation du réseau de la santé et des services sociaux et des transformations des politiques sociales où la médication était la réponse presque exclusive à la souffrance sociale et psychique. Aujourd'hui, même si l'approche globale (bio-psycho-sociale) est privilégiée par la plupart des intervenants en santé (Mikami, 2010; Trout, 2007), les effets des politiques favorisant la médicalisation se font encore sentir dans l'espace des services. Par exemple, les restrictions budgétaires et les politiques en lien avec la nouvelle gestion publique continuent de fragmenter l'offre de services, donnant un second souffle aux écueils du système que sont les listes d'attente et les longs délais d'accès aux services. Dès lors, en l'absence de



services psychologiques ou psychosociaux gratuits dans des délais raisonnables, les services médicaux/psychiatriques constituent souvent la seule option accessible (Lafortune, 2006). Dans un contexte fortement médicalisé, il y a un danger que les intervenants psychosociaux délaissent leurs propres stratégies d'intervention (McCubbin, 2003), ayant en quelque sorte accepté que celles-ci sont peu disponibles ou trop coûteuses (Cohen, 2001).

Les psychotropes et les jeunes

La montée du modèle médical contribue à une plus grande acceptation de l'utilisation de la médication psychotrope en réponse aux difficultés chez les enfants et les jeunes (Hollingworth, 2010; Verdoux, 2011; Vitiello, 2007), une situation jugée préoccupante dans les milieux de gestion et de recherche (Lafortune et Collin, 2006; Thomas, Conrad, Casler et Goodman, 2006; Zito, Safer, dosReis et al., 2002). Des données américaines et canadiennes montrent que les taux de prescriptions pour plusieurs types de psychotropes, notamment des antidépresseurs ou des stimulants, incluant le méthylphénidate, ont augmenté par 2 à 5 fois entre 1994 et 2001 (McCub-

bin et Cohen, 1999; Miller, Lalonde, McGrail et Armstrong, 2001; Thomas et al., 2006; Zito et al., 2002); cette hausse semble être encore plus marquée depuis les années 2000 (Thomas et al., 2006). Il est logique de se demander si les jeunes qui en ont besoin ont un meilleur accès à la médication, ou s'il y a surutilisation (Safer, 2000; Thomas et al., 2006; Timimi, 2008; Conseil du Médicament du Québec [CDMQ], 2011).

Au Québec, trois études de prévalence révèlent que dans la région de Montréal, de 20 à 36% des jeunes de 12 à 17 ans hébergés en centre de réadaptation reçoivent une médication psychotrope (Lafortune, Laurier et Gagnon, 2004). Dans une étude auprès d'éducateurs de Centres jeunesse (CJ) de la région de Montréal, Bouchard et Lafortune (2006) ont observé que la prise de médication psychotrope s'inscrit couramment dans la démarche générale de rééducation et de relation d'aide.

Plus récemment, le Rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse (CTSMJCJ, 2007) révélait que près d'un jeune sur deux suivi en CJ a un diagnostic de trouble mental inscrit au dossier et que près de deux jeunes sur cinq prennent un ou des médicaments psychotropes. Des intervenants de différents organismes offrant des services aux jeunes de la région de Lanaudière ont quant à eux évalué que jusqu'à 50 à 60% des jeunes fréquentant leurs services sont diagnostiqués et médicamenteux (Regroupement des Auberges du cœur du Québec [RACQ], 2006).

Les données épidémiologiques récentes montrent que dans la population québécoise des 12-30 ans en général, les diagnostics les plus fréquents sont

les troubles anxieux, les dépressions majeures, les troubles d'affectivité, d'adaptation et le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H). Étonnamment, certains diagnostics disparaissent simplement des listes lors du passage à 18 ans, comme si les jeunes étaient tout d'un coup « guéris » de ces troubles (c'est le cas des troubles de l'affectivité et du TDA/H), tandis que d'autres voient leur nombre exploser à partir de 18 ans (maladie bipolaire, schizophrénie et dépression majeure) (CDMQ, 2008). En ce qui concerne les 12-17 ans, le premier motif de prescription psychopharmacologique est à mettre en lien avec un comportement perturbateur (trouble du déficit de l'attention, trouble oppositionnel et troubles des conduites) (Martin, Van Hoof, Stubbe et al., 2003; McCubbin et Cohen, 1999).

Chez les jeunes hébergés en Centre jeunesse, le diagnostic le plus fréquent est le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, seul ou en combinaison avec un autre diagnostic. On notera que le cumul de diagnostics est présent chez un jeune sur quatre (CTSMJCJ, 2007). Bien qu'on n'indique pas s'ils sont médicamenteux, des études nord-américaines portant sur les jeunes hébergés dans des refuges pour jeunes fugueurs ou itinérants indiquent la présence de plusieurs diagnostics chez une proportion considérable de jeunes, en plus d'un trouble de toxicomanie (Johnson, Whitbeck et Hoyt, 2005; Selsnick et Prestopnik, 2005). Ces résultats sont concordants avec d'autres études européennes et nord-américaines qui indiquent qu'il est fréquent que les jeunes consultant les services médicaux se voient attribuer plusieurs diagnostics (Bonati et Clavenna, 2005; Duffy, Narrow, Rae et al., 2005; Reed, Vance, Luk et Nunn, 2004; CDMQ, 2011).



Une enquête interne nous révèle que pour plus de la moitié des Auberges, de 40 à 70 % des résidents prennent de la médication en lien avec un diagnostic en santé mentale. Les principaux diagnostics sont le trouble déficitaire de l'attention, l'anxiété et la dépression. Parmi les familles de médicaments les plus présentes dans les Auberges : les neuroleptiques ou antipsychotiques, les stimulants du système nerveux central et les antidépresseurs.

Pour un certain nombre de cas, les effets de certains médicaments (baisse de concentration, de mémoire, d'énergie ou de volonté) constituent des entraves aux interventions. De plus, les situations de prescriptions mal interprétées ou suivies, d'effets secondaires mal identifiés ou contrôlés (physiques ou psychologiques : détresse, idéation suicidaire), d'échanges ou de trafic de médicaments ou d'effets croisés avec l'alcool ou des drogues illégales viennent compliquer sérieusement le travail tout en constituant un danger supplémentaire pour les jeunes.

L'armoire à médicaments, mais encore...

Quoi faire avec cette nouvelle réalité ? Quoi faire avec toutes ces pilules ? Il faut s'adapter. Il faut se former. Cela cause nécessairement des réaménagements, non seulement dans l'intervention, mais dans le mobilier. Au fil des années, plusieurs Auberges ont aménagé des armoires pharmacies fermées à clé afin de contrôler la consommation de médicaments des jeunes hébergés. Après quelques années de cette pratique, certaines Auberges pour jeunes majeurs se questionnent et permettent une libre circulation des médicaments avec les risques que cela comporte (oubli, refus de prendre le médicament, trafic). Le rôle des intervenants étant plutôt d'accompagner le jeune dans sa consommation responsable et autonome de médicaments et l'aider à mieux s'approprier la situation.

Les besoins des jeunes à cet égard sont énormes. Peu importe l'âge, il est difficile d'avoir accès à des médecins et des psychiatres. Il est difficile d'avoir accès à une information complète sur son propre dossier, sur son diagnostic. Les jeunes majeurs apprécient souvent qu'un intervenant l'accompagne chez le médecin. À défaut d'être là, l'intervenant aide le jeune à se préparer pour sa rencontre (ques-



tions à poser, bien comprendre le dosage, les effets secondaires, etc.).

Et quand le jeune a eu la chance de voir un médecin, après il reste tout le reste... la vie à vivre et ses nombreux défis : le défi de se trouver un emploi dans un contexte très compétitif quand on est sous-scolarisé, le défi de croire en ses capacités malgré le diagnostic, le défi de recréer des liens significatifs avec son entourage, de retourner à l'école pour finir son secondaire 5, et tous les autres défis que la vie comporte.

Les questionnements des intervenants

Les intervenants témoignent de cette réalité de différentes façons, mais ils parlent d'une « plus grande lourdeur », du phénomène des « multiproblématiques » qui réfèrent notamment aux problèmes de toxicomanie qui s'amalgament aux troubles de santé mentale, de leur difficulté à accueillir certains jeunes « non stabilisés », du manque de ressources

sur le plancher pour pouvoir faire face aux crises de l'un et de l'autre. Ils expriment leurs multiples besoins : besoin de formation et d'information, besoin de partenariat avec des médecins et des psychologues, besoin de reconnaissance de leurs pratiques, de l'expertise développée auprès des jeunes, besoin de services spécialisés, surtout dans les situations de crise.

Pris entre le désir de soutenir le jeune dans sa démarche d'autonomisation, constatant les effets parfois néfastes des médicaments sur l'état du jeune et sa capacité à se mettre en mouvement, les intervenants se trouvent souvent coincés devant des dilemmes. Ceux-ci prennent des formes diverses : de la «gestion sécuritaire» des médicaments dans l'Auberge à la responsabilisation du jeune dans sa prise de médicaments, de l'importance que le jeune ait un diagnostic à la possibilité de contester ce diagnostic dans certains cas, du défi du jeune d'accepter son diagnostic et de prendre son médicament et le fait qu'ils n'aient pas accès à des mesures alternatives à la médication.

Ces nombreux questionnements parsèment les interventions dans les Auberges du cœur. Alors que l'approche globale vise à prendre le jeune là où il est rendu et de l'accompagner dans son projet de vie, l'intervenant tente, aux meilleurs de ses connaissances, d'accompagner le jeune qui doit jongler avec les contraintes et les limites du système biomédical qui prévaut au Québec.

«Le secret pour une bonne santé mentale quand on est jeune, c'est d'être bien avec soi-même.

Peu importe les problématiques que la société a décidé qu'on avait, être bien avec soi-même, s'accepter comme on est.»

Martine

L'Antre-temps, Longueuil

Un regard critique et collectif à développer ensemble

Selon notre expérience, les services psychosociaux aux jeunes n'ont jamais été à la hauteur des besoins. La situation s'est détériorée au cours de la dernière décennie suite aux coupures successives dans ces services et qui se poursuivent. De fait, sauf exception, l'accès à des services de psychiatres, psychologues ou autres professionnels dans le domaine de la santé mentale est difficile, les suivis sont minimaux et se limitent souvent à reconduire ou ajuster la médication.

Il n'est pas surprenant que les jeunes (ou leurs parents) portent devant un médecin généraliste la souffrance découlant des difficultés qu'ils vivent. Rien de surprenant non plus que le médecin, faute de ressources auxquelles les référer, n'offre que des médicaments pour soulager cette souffrance. Il s'agit d'une réponse inappropriée dont les coûts financiers, personnels et sociaux dépassent, dans l'immédiat et à long terme, ce qu'on a espéré économiser.

Alors qu'on pourrait s'apitoyer sur ce dur portrait de la réalité, on peut aussi tenter d'y porter un regard critique et collectif. Le Regroupement des Auberges du cœur a tenté au cours des dernières années de mieux outiller les jeunes et les intervenants. Il s'est allié au RRASMQ et à l'AGIDD-SMQ pour développer une expertise en la matière. Avec ses partenaires et la Commission d'éthique en sciences et en technologie, il a organisé un premier colloque sur le sujet





en 2012. Il s'apprête à organiser un Forum sur le même sujet en avril 2016.

Il a fourni des outils aux jeunes et aux intervenants : tableau descriptif des principaux médicaments psychotropes, un guide d'accompagnement pour préparer la rencontre avec son médecin ou son psychiatre. Il reste beaucoup à faire, car la conception de la santé mentale demeure un champ de discussion à défricher dans la société. Il faut le faire avec lucidité et discernement dans le respect des réalités individuelles de chacun et dans l'optique de chercher les meilleures solutions pour offrir à l'ensemble de la société une meilleure santé.

Nous croyons qu'il est urgent de mieux documenter, de tenir un vaste débat sur la perception et la compréhension des problèmes de santé mentale vécus par les jeunes et promouvoir la nécessité d'approches alternatives en la matière.

«Le secret d'une bonne santé mentale quand on est jeune, c'est avoir des passions, pouvoir se réaliser pleinement. Être reconnu, être soutenu. On a tendance, à dire que les jeunes sont les parents de demain... Mais ils sont ici, maintenant, ils ont besoin d'être soutenus dans le présent!

Suzanne, Le Baluchon Saint-Hyacinthe

«Le secret d'une bonne santé mentale quand on est jeune, c'est la reconnaissance et la considération. Pour moi, c'est tellement important de reconnaître que chaque personne est unique, différente. Que chaque personne a des forces. Reconnaître que la personne existe et que c'est bon qu'elle existe. Du moment qu'il y a ça, la confiance dans ses capacités, c'est tout!!! »

Mélissa, L'Antre-temps, Longueuil



LE FAIT D'ÊTRE COMPRIS

entraîne un rapprochement!

« Nous avons rencontré David dans un petit café de Centre-Sud, tout près de l'organisme où il travaille auprès des jeunes de la rue. À la fin de l'adolescence, il a traversé de nombreuses difficultés l'ayant menées à la rue jusqu'à ce qu'il atterrisse à la Maison Tangente, une Auberge du cœur de Montréal. Aujourd'hui dans la mi-vingtaine, il revient sur ses expériences avec la rue, la psychiatrie et la médication, dans une rencontre avec Raymond et Anne-Marie de l'équipe du RRASMQ. »



RRASMQ : Tu disais que tu venais d'un milieu familial où il y avait des problématiques de santé mentale, donc tu as eu très tôt une expérience avec ça ?

David : Jusqu'à l'adolescence, moi je n'ai pas eu de diagnostic, moi j'avais pas de problème. Tout ce qui était Ritalin, c'était la grosse mode quand je suis rentré à l'école, on donnait ça à tous les enfants. Mes frères étaient là-dessus, ma mère n'était pas à l'aise avec ça. Elle essayait d'être avant-gardiste et de ne pas seulement faire : « Ok! on va leur donner la pilule que le médecin dit qu'il faut qu'on lui donne... »

RRASMQ : Est-ce que tu voyais les impacts sur tes frères ?

David : Oui, oui je voyais les impacts mais ce que j'ai aimé c'est l'approche que ma mère a eu, elle était avant-gardiste, elle leur demandait comme ils se sentaient. C'était pas juste « Enwèye! prends ta pilule et va à l'école », elle leur demandait « Comment tu te sens aujourd'hui ? ». Le plus jeune de mes frères était capable de dire « Oui, j'aurai besoin de ma médication ce matin. » ou « Non, je n'en aurai pas besoin. » Elle a réussi à le travailler pour ne pas être obligée de le gaver de médicament. Elle l'a aidé beaucoup à découvrir comment il se sent, à travailler sur ses émotions et ses sentiments.

Quand ma mère a eu ses premiers diagnostics, je ne comprenais pas. Je l'aimais, je ne l'ai jamais jugé mais je ne pouvais pas l'aider. Mais quand moi j'ai commencé à avoir mes diagnostics et à voir que j'avais des problèmes de santé mentale, la première personne vers qui je me suis tourné, c'est ma mère. Je me suis dit : « Elle en a eu, elle peut comprendre. » Et à force qu'elle me comprenne, moi je l'ai compris. Ça m'a tellement bouleversé de ne pas avoir pu comprendre ma mère avant ça, alors que c'est un enjeu qui est si gros.

RRASMQ : Donc le diagnostic a eu pour toi un effet explicatif ? Ça t'a aidé à comprendre... mais as-tu senti des effets moins positifs à partir du diagnostic ?

David : Tsé, j'aime pas m'appuyer sur le diagnostic, aujourd'hui je ne vis pas là-dessus, j'en parle avec vous ici, mais dans la vie, je ne dis pas « Bonjour, je suis TPL! ». Ça ne se passe pas comme ça. Comme je suis dans les troubles de l'humeur, et ma mère aussi, je réussis à comprendre des trucs qu'elle vivait. Ce n'est pas l'effet du diagnostic en soi, mais ça permet de comprendre le vécu de l'autre. Je trouve que c'est pour ça que la santé mentale, c'est un endroit où il y a beaucoup de place pour les pair aidants, les pratiques pour et par...

RRASMQ : Est-ce que tu as eu la chance de te retrouver dans un groupe de pair-aidants ?

David : J'ai été dans les milieux de pair-aidants par rapport à la santé mentale, et c'est un peu ce que je fais où je travaille. Je ne suis pas intervenant, je suis dans l'équipe de soutien, mais je vois ces pratiques d'entraide dans le milieu de l'itinérance, dans le milieu des transsexuels, etc. Je trouve qu'il manque de lignes d'écoute qui seraient tenues par des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Parfois, on appelle à quelque part, ou on parle à un psychiatre qui va te prescrire une médication, mais il ne sait pas vraiment ce que tu vis... Tsé, c'est ce qu'il a lu dans ses livres, c'est ce qu'il a entendu à l'école, mais est-ce qu'il l'a vécu ? Est-ce qu'il sait c'est quoi ? Il ne peut pas dire : « Moi j'ai fait ça et c'est ce qui m'a aidé à m'en sortir. »

RRASMQ : Si je comprends bien, c'est à l'adolescence que t'as commencé à vivre des difficultés. Est-ce que c'est à ce moment-là que tu t'es retrouvé dans une Auberge du cœur ?

David : Non, ça a été moins direct que ça. Ça a commencé à ma première session au Cégep, je vivais encore chez ma mère. J'avais dix-sept ans, pis je comprenais pas ce qui se passait avec moi, j'avais les émotions dans le tapis. J'allais à l'école, j'haïssais pas ça, c'était correct, mais on dirait que j'étais pas capable d'y arriver. Un moment donné, j'm'en allais à l'école avec ma mère, c'est moi qui conduisais, elle était en train de se maquiller à côté, pis je me suis mis à pleurer... mais pleurer, criss, je me disais « Ben voyons, je ne sais pas pourquoi je pleure. » À ce moment-là, je ne savais pas encore ce que j'avais, j'ai pas eu de diagnostic avant, je sais pas, 23 ans, mais je ne voulais pas voir de médecin, j'avais peur de ça, j'avais peur de la médication. Moi, j'ai vu ma grand-mère prendre de la médication depuis 35 ans pour des troubles bipolaires. Je ne voulais pas être pris avec ça toute ma vie, je capotais. J'étais dans le déni pas mal... je suis tombé dans la toxicomanie, je me suis gelé.

RRASMQ : Est-ce que tu dirais que tu es tombé dans une forme d'auto-médication ?

David : Oui, c'était... à cette époque, je le voyais pas, mais ça a commencé à être plus quotidien, j'ai commencé à avoir ma trousse de survie. J'étais dans le déni, je me disais que j'avais aucun problème de consommation, aucun problème de santé mentale, je pensais que j'étais parfait. Aujourd'hui, je regarde en arrière : j'avais des perturbateurs que je prenais quotidiennement, j'avais des stimulants que je prenais quotidiennement, selon mon état. L'auto-médication dans le tapis! J'avais peur de ma grand-mère qui prend son Lithium... moi, je pouvais prendre 20 sortes de cochonneries différentes pendant une semaine.

RRASMQ : Est-ce que tu as eu de l'aide au Cégep ?

David : Quand j'ai capoté au Cégep, j'ai décroché. Je suis allé sur le marché du travail direct. De changer de milieu, ça m'a apaisé. Je ne suis pas retourné à l'école avant un méchant bout, pis je me suis retrouvé à la rue, je suis passé à travers toutes sortes d'affaires. Pis c'est quand je suis sorti de la rue que j'ai décidé d'arrêter de consommer. Rendu là, j'étais pu capable de vivre avec qui j'étais, avec les problèmes que je vivais, avec les émotions que je ressentais. Quand je suis sorti de désintox, c'est là que je suis allé voir des psychologues, des psychiatres, de l'aide. Y'a eu beaucoup de ressources autour de moi. J'ai été dans une Auberge du cœur quand j'ai arrêté de consommer.

**RRASMQ : Quand t'étais à l'Auberge du cœur, est-ce que tu côtoyais d'autres jeunes qui avaient vécu le même genre de souffrance ?**

David : On le sait plus après, là-bas on ne sait pas vraiment, il y a une espèce de break de rue. Quand t'es dans une Auberge, tu ne parles pas de ça, tu parles d'espoir. Tu profites du confort de la place pour te reconstruire, du repas chaud, de la douche, du lit que t'as.

Quand t'arrives dans une Auberge du cœur, on te donne trois jours pour récupérer. Tu laves ton linge, tu prends ta douche, tu t'habitues à vivre dans une maison... Avec les autres jeunes, on va se parler de nos journées, mais on ne parle pas de nos problèmes. On ne peut pas savoir d'où les autres viennent. On fait un espèce de *break* de rue comme dans les ressources en itinérance.

RRASMQ : Quand tu parles de *break* de rue, c'est que la rue a une image négative ?

David : Non, pas seulement, mais à long terme la rue est lourde et pesante, ça devient difficile pis t'as besoin d'oublier. 24 heures sur 24 de rue, c'est pas tolérable. C'est une règle chez Pops, le *break* de rue, mais c'est pas aussi drastique dans les Auberges du cœur. Dans les Auberges du cœur, on ne parlera pas de consommation, ou de pensées noires. On ne sait pas qui vit avec quel problème et on ne veut pas s'infecter entre nous... Mais il y a tellement de trucs pour s'occuper, on se concentre sur du positif. Il y a une chorale, de l'art-thérapie... C'est en sortant qu'on développe un lien entre jeunes, on peut se parler de notre passé, pis on connecte. Juste le fait d'être compris, ça engage un rapprochement.



RRASMQ : Est-ce que tu considères qu'il y a assez d'espace pour les jeunes pour aborder la question de la santé mentale ? Pour toi, est-ce que tu trouvais ça stigmatisant ?

David : Ce l'est dans la mesure où certaines personnes s'empêchent de vivre avec un diagnostic. J'ai un ami qui a fait une psychose toxique, il est diagnostiqué schizophrène, il est en contrainte sévère à l'emploi. Son diagnostic, c'est son passe-partout, c'est ce qui lui permet de vivre. Moi je suis fonctionnel, si je commençais à m'appuyer sur mon diagnostic, je vivrais juste la stigmatisation, je vivrais juste les regards des gens, les jugements, ça me couperait des portes dans l'emploi. Malgré la sensibilisation faite pendant les dernières années sur la dépression, on ne connaît pas tous les troubles... On a des publicités à la télé ... ça a aidé beaucoup mais on n'est pas encore dans une situation facile.

Beaucoup de monde ne veulent pas le voir en eux-mêmes, ils ne sont souvent pas si sains qu'ils pensent... la folie les insécurise. C'est un peu comme le principe... moi je suis gai, et quand j'ai fait mon *coming out* j'ai réalisé qu'avant j'étais super homophobe. Beaucoup de monde avant de faire leur *coming out* se la joue macho, se la joue *toff*, mais dans le fond, c'est pas ça... c'est comme une peur de se reconnaître là-dedans.

RRASMQ : Penses-tu que ça a été en lien avec ta crise de sens à la fin de l'adolescence ?

David : Ça a été à la même époque que j'ai fait mon *coming out* mais je pense que mon *coming out* a été positif là-dessus, c'était un stress de moins. Je viens d'une famille assez intolérante, xénophobe. J'ai grandi dans cette norme-là. Quand j'ai commencé à me douter que j'étais probablement gai, j'avais couché avec un homme déjà, et je me disais : « Ça se peut pas! C'est impossible, c'est pas normal, ça se peut pas! Je ne pourrais pas vivre ma vie avec un homme. » Ça m'a créé beaucoup d'angoisse, ça a été super super difficile de m'accepter comme je suis. Quand je me suis accepté, j'ai dit au monde : « Je m'en fous de ce que vous pensez. » Ça baissé mon stress, mais pendant des années avant ça, je vivais la vie de quelqu'un d'autre.



RRASMQ : Le jour où t'es sorti de l'Auberge, comment ça s'est passé ?

David : J'ai été deux fois à la même Auberge... ce sont eux qui m'ont le plus aidé à me découvrir et à trouver des solutions. J'ai découvert que ce qui m'aide pour mon anxiété, c'est de réussir à rester seul. À ne pas voir la solitude comme un état de tristesse. Ça peut être super bénéfique. Avec mon appartement à moi-seul, avec du temps pour moi et pour me respecter. Ça fait baisser mon stress que de vivre seul, en n'ayant pas à gérer la vaisselle sale des autres. Mais le problème, mais là je rentre dans les enjeux sociaux...

RRASMQ : Rentre dans les enjeux sociaux, ne te gêne pas!

David : Vivre seul, c'est quasiment impossible. J'ai été chanceux de trouver l'appartement dans lequel je suis. Mes amis disent : « C'est pas cher! » C'est pas cher par rapport au prix du marché mais c'est trop cher. J'ai juste la chance d'être capable de travailler 35 heures semaine et de payer mon 2 et demi qui me coûte 550 \$ tout inclus. Ça prend de l'accessibilité au logement pour personnes seules. Y'a plein de terrains à Montréal qui sont réservés par la ville pour construire des logements sociaux, mais ils attendent juste le ok, pis le financement des autres paliers gouvernementaux. C'est pas pour mal faire, mais les logements sociaux sont souvent destinés pour les familles, ou les personnes âgées ou des cas graves en santé mentale. Mais pour des personnes seules, y'en a pas beaucoup. Un logement en prévention, avant que t'éclate, y'en a pas. T'es obligé d'aller en colocation...

RRASMQ : Est-ce qu'il te semble qu'il faille avoir un diagnostic sévère pour avoir accès au logement social ou aux services ?

David : Moi, quelque chose qui m'a nuit, j'ai toujours eu de la misère à accéder à de l'aide et à des services. J'ai fait une désintoxication à l'hôpital Saint-Luc et là-bas, il y avait des thérapeutes, des psychologues venant des maisons de thérapie, pis ils étaient réticents à m'offrir des services parce que pour eux, j'étais débrouillard, parce j'étais capable de m'exprimer, parce que j'ai l'air d'une personne normale...

RRASMQ : Comme s'il fallait que tu aies vraiment l'« air fou », que tu aies un entonnoirⁱ sur la tête pour avoir accès...

David : Il faut que tu te frappes la tête dans les murs pis que tu cries des chiffres! Peut-être que j'ai l'air bien, mais je ne suis pas tout le temps bien en dedans. Il faut que les gens fassent confiance à ce que tu dis. Il n'y a personne à part toi qui peut savoir comment tu te sens. « Oui mais t'as l'air bien! » Eille! si je te dis que je suis comme ça, crois-moi! C'est juste ça qui est important. Ça m'a bloqué aussi quand j'avais besoin d'un *break* pour me mettre sur pied, pour retourner en logement.

J'ai fait une demande pour avoir une invalidité temporaire pour avoir accès à un revenu, pour pouvoir mettre mon énergie pour reconstruire mes bases, pis après je pourrais la mettre ailleurs. Mais j'ai jamais réussi à l'avoir. On m'a dit : « T'es tellement débrouillard, tu vas te trouver une job! » Pis j'étais dans un contexte protégé à

l'hôpital, la sortie c'est toute autre chose. Très peu pensent à notre transition vers la sortie. Ils voient que tu vas bien, ils te donnent ta sortie. Ils te retournent dehors... La première fois que je suis allé à l'hôpital, ils m'ont donné mon congé, je comprenais pas trop, je suis parti.

ⁱ Dans la tradition alchimique l'entonnoir (figuré dans le sens normal d'utilisation) était le symbole de la transmission du savoir. Dans l'autre sens, il représentait l'ignorance et, par association, la déraison. Au XV^{ème} siècle, il apparaît dans certains tableaux du peintre hollandais Jérôme Bosch sur la tête de divers personnages farfelus. Dans sa peinture *L'Extraction de la pierre de folie*, un moine prétendant extraire la folie (la pierre de folie) est représenté avec un entonnoir en guise de chapeau. Par la suite l'entonnoir à l'envers est devenu le symbole du psychiatre et des fous, l'un étant assimilé à l'autre, englobés dans la même déraison.

Une semaine après je suis revenu à l'urgence, je me sentais repartir. Je leur ai dit : « Premièrement je ne suis pas un enfant, vous pouvez me parler. » J'ai changé de psychiatre et je lui ai dit : « Je veux que tu m'informes quand vous prenez une décision. Je suis un adulte, je ne suis pas invalide; les décisions, j'ai le droit d'avoir mon mot à dire. » Il y a eu un effet de transparence. Avant de prendre une décision, ils m'appelaient pour me demander ce que j'en pensais. Ça m'a donné de l'importance, ça m'a aidé à reprendre le contrôle sur ma vie. Malheureusement, c'est pas avec tout le monde qu'ils font ça. Il a fallu que je le demande, que je me batte pour ça. Souvent, ils te sortent et te disent : « T'es guéri. »

RRASMQ : T'es guéri mais il faut que tu prennes une prescription ...

David : Au début, je n'en ai pas voulu. Finalement, j'ai accepté la prescription qu'ils m'ont donnée, mais c'est tellement difficile de leur faire confiance. J'avais cinq médicaments. J'arrive à la pharmacie, pis la pharmacienne me regarde, pis me demande : « Es-tu épileptique ? » Je dis : « Pardon ? » Elle me dit : « Ils t'ont prescrit un médicament pour les épileptiques. » Comment veux-tu leur faire confiance ? Ils m'ont prescrit un médicament qui n'est pas fait pour moi, c'était un test qu'ils faisaient mais les effets sur l'anxiété n'ont pas été prouvés. C'était un test sur le plancher, sur nous, quand on est à l'hôpital.

Moi ce que j'ai fait, c'est que j'ai adopté mon approche. La médication me permettait de ne pas consommer, de réfléchir pour me remettre sur pied. J'ai eu du suivi externe par la suite, pis j'ai commencé à réduire mes doses, pis j'ai fini par arrêter d'en prendre, avant d'être accro. Je sais que je suis sujet à être accro à des substances, je ne voulais pas que ça se passe. Je reste aux aguets, ça fait un an que je ne prends plus de médication, ça va très bien. Mais si j'allais pas bien, je dirais peut-être oui. Je ne suis plus contre maintenant que je l'ai vécu. Ça m'a aidé de dissiper le noir, un peu, pis maintenant que la couleur est là, t'as pas tout le temps besoin d'une pilule pour la voir, la couleur.

RRASMQ : T'as pris le contrôle sur la médication, tu sais comment l'utiliser...

David : Comme je disais, j'ai été accro à tellement de substances que je ne laisserai plus une substance m'accrocher. Ma grand-mère a besoin de son lithium, elle vit très bien avec. Mais s'ils bourrent quelqu'un de lithium, pis il en a pas besoin, ils créent un autre problème. J'ai pas fait d'étude là-dessus, mais il y a quelque chose qui ne marche pas là-dedans. C'est clair! Comment ils donnent des diagnostics... Tsé! le temps qu'on prend pour donner des diagnostics... comment ils ont pu me donner un diagnostic après une semaine à l'hôpital et me donner des antidépresseurs ? Et après je commence une psychothérapie et ma thérapeute me dit : « Le diagnostic, ça va arriver peut-être dans un an... Tsé! comment ont-ils pu me diagnostiquer en 7 jours ? !!!



RRASMQ : T'es chanceux, t'as eu sept jours, il y en a pour qui ça prend 20 minutes!

David : (rises) Je le sais! Y'a d'autres facteurs aussi, je pense à mes frères qui prenaient du Ritalin. Ils n'en prennent plus aujourd'hui et ils n'ont pas de problème d'attention! Je lisais un truc sur internet, qui comparait notre perception des enfants en 1980 ou aujourd'hui. En 1980, un enfant qui court partout, c'est un petit criss. Aujourd'hui, c'est un hyperactif. En 1980, une adolescente qui crie sur ses parents, elle est en crise d'adolescence. Aujourd'hui, ses parents appellent le 911, elle se ramasse à l'hôpital. Eille! peut-être que cette fille avait un problème, mais peut-être qu'elle en avait pas pis qu'on en a créé un! Avec le DSM, c'est rendu que tout est une maladie! C'est rendu qu'un comportement, c'est une maladie!

RRASMQ : Si tu avais la chance de te croiser à 17-18 ans, dans la situation émotive dans laquelle tu étais, comment tu aurais envie d'accompagner ce gamin-là ?

Je lui dirais pas quoi faire... je creuserais avec lui pour aller voir les solutions. Quand on a un problème, souvent, on ne réfléchit plus. On ne voit pas les portes de sortie. C'est en discutant, en sortant de notre bulle, qu'on va trouver les outils qui sont là. Si j'étais assis devant moi-même à 17 ans, je ne lui dirais pas quoi faire. Ça m'a aidé de m'en sortir à ma façon, à développer qui je suis. Je me donnerais des conseils, je m'inviterais à parler...



**LES JEUNES AU COEUR
DE NOTRE PROJET DE
TRANSFORMATION SOCIALE**



La multiplication des **DIAGNOSTICS**

EXTRAIT DU RAPPORT DE RECHERCHE :

Les réponses aux besoins des jeunes hébergés dans les Auberges du cœur de Québec et de Chaudière-Appalaches: comment viser l'affiliation sociale dans un contexte de médicalisation des problèmes psychosociaux ? Bernadette Dallaire, Pierre Gromaire, Michael McCubbin, Mélanie Provost et Lucie Gélinau, Mai 2012

Les multiples prescriptions

La multiplication de diagnostics entraîne aussi la polypharmacologie (Duffy et al., 2005 ; Reed et al., 2004). Notamment, dans les Centres jeunesse, près de la moitié (44%) des jeunes sous médication psychotrope font l'objet de multiples prescriptions (Bouchard et Lafortune, 2006). On combine les médicaments pour combattre des effets secondaires, pour traiter un diagnostic comorbide (Duffy et al., 2005 ; Lafortune et Collin, 2006 ; Reed et al., 2004 ; CDMQ, 2011), lorsque la première médication est inefficace, ou encore pour répondre à un niveau élevé de complexité et de sévérité du fonctionnement (Duffy et al., 2005). En 2006, 88% des jeunes Québécois de 0 à 24 ans consommant des psychotropes suivaient des monothérapies (un seul traitement), sur un court ou long terme. De son côté, la bithérapie concerne plus souvent la schizophrénie et les maladies mentales organiques et non-organiques (CDMQ, 2011), les garçons et les plus âgés des jeunes (18-24 ans). Lafortune et Collin (2006) expliquent que la logique clinique actuelle est marquée par la tendance à prescrire pour des symptômes davantage qu'en vertu d'un diagnostic. Loin de faire l'unanimité dans les milieux de pratique, la prescription multiple et le manque de recherche sur l'efficacité et la sécurité des combinaisons (Duffy et al., 2005) soulèvent des inquiétudes. On remarque également des variations dans les prescriptions pour un même diagnostic (Miller et al., 2001) et entre différents services (Zito et al. 2002), en raison du manque de lignes directrices pour la prescription dans cette population (Miller et al., 2001; Reed et al., 2004).

Il y a peu de données sur l'efficacité et la sécurité des médicaments psychotropes utilisés pour les jeunes (Breggin, 1999 ; Bonati et Clavenna, 2005 ; Vitiello, 2007) et encore moins sur leurs effets à long terme (Reed et al., 2004; Thomas et al., 2006 ; Galera, 2009). Santé Canada émettait en mai 2004 des mises en garde portant sur les ISRS et d'autres antidépresseurs plus récents, dont l'utilisation pourrait être associée à des changements comportementaux et émotionnels, incluant un risque accru d'idéation et de comportements suicidaires, et déconseillait son utilisation chez les individus de moins de 18 ans. Or les ISRS seraient parmi les plus utilisés dans le traitement de la dépression chez les jeunes aux États-Unis et au Canada (Bonati et Clavenna, 2005). Par ailleurs, certaines médications présentent un risque d'abus élevé (Bonati et Clavenna, 2005): plusieurs rapportent une mauvaise utilisation et un usage non-médical (partage, vente, vol) chez les jeunes (McCabe, Boyd et Young, 2007; Poulin, 2001; Teter, McCabe, Cranford et al., 2005; Wilens, Gignac, Allison et al., 2006).



Impacts sur les interventions

L'établissement d'un diagnostic et d'une prescription renvoie à la conception que le problème est d'abord d'origine biologique, organique. Ceci amène des transformations sur le plan des pratiques. Bien que la médication peut contribuer à rendre les jeunes plus disponibles à l'action éducative ou réceptifs à la réadaptation thérapeutique, les aider à avoir un meilleur fonctionnement au quotidien et favoriser l'autocritique, elle peut également entraîner de attentes importantes et irréalistes chez les jeunes, dont, entre autres, l'apaisement de toute souffrance (Bouchard et Lafortune, 2006). C'est en partie de ce rapport mécanique qui s'établit entre les problématiques psychosociales et la solution médicale, que naît une pensée magique légitimée par des intervenants et la famille au moment de l'utilisation du médicament psychotrope. Ainsi, la substance chimique peut servir à « déresponsabiliser » le jeune dans le cas d'agir irrépréhensibles. Enfin, si plusieurs jeunes sont médicamenteusement, il faut penser qu'autant de parents ont accepté les recommandations à cet effet (Breeding et Baughman, 2001; Bhueler, 2006, 2009; Sobanski, 2010) : l'attribution d'une origine biologique aux problèmes contribuerait à enlever une part de responsabilité à la dynamique famille et viendrait diminuer l'implication de celle-ci dans le comportement du jeune (Bouchard et Lafortune, 2006; RAC, 2006 ; Cook, 2009). La prise de médication psychotrope peut également devenir un symbole de dépendance et donc représenter une menace au développement de l'autonomie. Sans compter que la réduction des symptômes ne règle pas à elle seule les difficultés sociales et celles de la vie quotidienne (Rodriguez et al., 2001 ; Garro et Yarris, 2009). L'attention mise sur le diagnostic et ce qui l'entoure vient détourner l'attention qui devrait être portée sur le contexte entourant les comportements (Breggin, 1998; Cushman et Johnson, 2001; Grover, 2002; Kean, 2004).

«Accompagner un jeune qui veut reprendre du pouvoir dans sa santé mentale, c'est l'informer et lui donner le choix. C'est très simple.»

**Réjean, Le Baluchon
Saint-Hyacinthe**

«Accompagner un jeune qui veut reprendre du pouvoir dans sa santé mentale, c'est lui offrir les outils qui sont disponibles pour prendre une décision éclairée.

Remettre le pouvoir entre ses mains parce que c'est à lui d'aller explorer ces outils-là pour avoir des réponses à ses questions.»

**Sylvia, Ressource jeunesse
Saint-Laurent, Montréal**

Cet ensemble de phénomènes implique des défis sur le plan de l'intervention auprès des jeunes. Les intervenants se sentent peu outillés et disent manquer de formation en psychopharmacologie pour informer sur la gestion de la médication, ses effets ou sur les risques d'une mauvaise utilisation (Bouchard et Lafortune, 2006; RAC, 2006). Des questions peuvent se poser quant à l'indépendance clinique de l'intervenant psychosocial et à ses responsabilités déontologiques vis-à-vis de son client, des parents de celui-ci et des autres professionnels de la santé. La montée du rôle des psychotropes prescrits dans la réponse aux problèmes psychosociaux des jeunes inquiète les gens de professions psychosociales (Lafortune et Collin, 2006) et plus précisément les intervenants des Auberges du cœur. Quelle est la place faite aux interventions alternatives ? Le comportement du jeune doit être pris dans son ensemble en considérant le contexte (Cushman et Johnson, 2001; Ravelin, 2002). Malheureusement, parce qu'ils peuvent être facilement prescrits et que leurs effets sont perceptibles à court terme, les psychotropes sont souvent le traitement de premier choix (Bonati et Clavenna, 2005). Mais est-ce le prix à payer pour maintenir les jeunes dans leur milieu de vie (Lafortune et Collin, 2006) ?

La force d'un **REGARD NOUVEAU**

Lise Campeau

Directrice de la Maison du Goéland

Une nouvelle vague

Depuis quelques années, les demandes d'hébergement à La Maison du Goéland proviennent de très jeunes personnes ayant également une problématique de dépendance. Ils arrivent à nos portes avec une demande reliée à des objectifs de survie (un toit, des repas, etc.), ignorant complètement leur pouvoir d'agir. Malgré tout, ils s'accrochent un peu. Derrière leur diagnostic de maladies inexistantes, ils savent qu'ils existent de bien bonnes choses dans la vie, mais la question est : y ont-ils droit?



Pour une grande majorité, l'accès à des drogues fortes ont permis d'atténuer leur détresse et de s'évader dans une intensité qui permet l'oubli de l'existence. Souvent, ces jeunes personnes sont des finissantes graduées de la DPJ. Je me rappelle d'une finissante qui, en colère, se projetait par terre et se cognait la tête sur le plancher. Son intervenante d'alors nous avise que personne n'y peut rien; c'est sa maladie, on devra faire avec.

Une question : à quel âge est-on adulte aujourd'hui dans notre société ? Il faut constater qu'il nous reste très peu de repères dans notre collectivité actuelle et ce manque de repères se traduit en symptôme.

Le trouble de l'adaptation de la Maison du Goéland

La Maison du Goéland devient un « bordel » dès que ces jeunes arrivent. Un a failli se mettre le feu au corps durant la nuit, l'autre vole les médicaments des autres résidents, un autre organise un party où 50 jeunes sont invités et font la fête une partie de la nuit. Les revendeurs de drogue tournent autour de la ressource tous les premiers du mois et plusieurs vols sont effectués à l'interne afin de payer ses « pushers ». Tout ça est très inquiétant si nous retenons que La Maison du Goéland ne dispose d'aucunes ressources humaines la nuit.

La Maison du Goéland doit se repenser, se refaire, parce qu'elle souffre d'un trouble de l'adaptation. On a cherché et consulté mais en vain. Plusieurs pistes nous ont été amenées, mais non applicables dans une maison d'hébergement sans ressources humaines la nuit. L'équipe est en détresse, s'inquiète, vit l'impuissance et n'est pas loin de baisser les bras. La Maison est malade!

Le grand questionnement

Une question surgit : et si c'était la maladie de La Maison qu'il faut traiter tout d'abord, histoire de réinventer un modèle, une approche, un accueil, un pouvoir d'agir ?

À bien observer la dangerosité dans notre hébergement, il n'y a pas de maladie à traiter, mais un faire semblant de vivre, une fuite dans l'intensité. Donc, rien de surprenant que ces personnes vivent dans un univers virtuel plutôt que s'intéresser à leur rétablissement; la vie fait trop mal. Et si ce n'était pas nécessairement une expertise spécifique la réponse, mais plutôt un grand sourire et des bras grands ouverts ?

La réponse est très différente lorsque l'on est dans une position interventionniste ou une position empathique. La position empathique est un peu trop galvaudée à mon goût, où la compréhension n'est pas toujours accompagnée d'action alternative. L'empathie demande de se débarrasser de la peur de la proximité, cette distance thérapeutique si mal comprise et appliquée beaucoup plus pour rassurer les équipes



Quelques membres de la Maison du Goéland

de travail que pour la personne elle-même; une distance inappropriée mène à l'échec avec les jeunes en souffrance du manque de soutien familial et surtout parental. La position empathique implique le cœur qui seul peut déjouer la méfiance vécue par ces jeunes personnes dont le parcours est peuplé d'intervenants et d'intervenantes avec de bonnes intentions; psychologue, psychiatre, travailleur social, etc.

Nous devons absolument comprendre le regard que posent ces jeunes personnes sur les professionnels en santé et services sociaux et sur un monde où les institutions sont inappropriées, les familles à bout de souffle et souvent éclatées. Un monde où il y a refus de revoir nos rythmes de vie et nos

institutions. Le blâme repose sur les épaules de ceux qui ne peuvent s'y adapter. Dans leurs interactions avec les multiples intervenants rencontrés, ils sont les défectueux et ont, par le fait même, un rapport souffrant avec les intervenants et intervenantes avec qui le sentiment de ne pas être OK a été exacerbé. Maintenant, comment établir une relation différente avec ces jeunes personnes ?

L'accueil, sourire et bras ouverts

Tout se joue au moment de l'accueil. Ce moment doit être empreint de bienveillance, où la personne doit vivre une expérience de connexion avec une nouvelle famille. La personne arrive, non pas dans un centre temporaire d'hébergement mais, dans une nouvelle maison où elle est accueillie par tous et toutes (l'équipe et tous les résidents) à bras ouverts, comme si elle était attendue depuis longtemps. Simple mais efficace, nous accueillons la personne tout comme on accueille un frère ou une sœur.

La présence

Nous avons également compris que dès qu'il y a angoisse, la réponse automatique est la recherche de drogue pour apaiser la souffrance. Donc la présence, et même au début la « surprésence » est nécessaire, une « surprésence » qui vient rassurer des personnes malades de leurs relations. Elles sont invitées à la parole et à découvrir tout doucement leur pouvoir d'agir. Cela semble un peu paradoxal lorsque je parle de « surprésence ». Je repose la question; à quel âge les jeunes sont adultes et autonomes aujourd'hui ? Certainement pas à 18 ans. Il y a un accompagnement que je nommerai « accompagnement jeunesse ». Ils ont beau avoir 18 ans, ils sont souvent restés coincés à 15 ans. Donc, nous devons suivre le rythme et respecter leur ligne de départ.

Les règles

Les recadrages au niveau des règles sont abandonnés au profit des recadrages par les valeurs. Nos valeurs : le respect, la solidarité, la sécurité l'entraide et l'égalité sont les valeurs que tous s'engagent à respecter, autant l'équipe de travail que les personnes en suivie. Par ces valeurs, les jeunes personnes s'approprient l'importance de qui ils sont.

Je peux vous dire que ces petits changements ont fait chuter de 90 % les problèmes de consommation et par le fait même de sécurité dans la résidence, et ce sans personnel disponible la nuit. Il ne fallait que quelques petits aménagements et également ouvrir les bras un peu plus grands.

KEVIN, gagnant d'un concours de poésie

Kevin Morin, un des membres de la Maison du Goéland a gagné un concours de poésie dans le cadre l'activité *Ces voix oubliées*. Son texte a été mis sur musique.

Barbare

On s'était dit d'une manière ou d'une autre,
On y arriverait sur ma schizophrénie.
On parierait macadam dans l'âme, ma cabane à Farnham,
Si le Québec est un arbre, au Canada tout est banal,
Si ce Quartier est un bananier, je suis une banane avariée.
Je suis un jeune de quartier, qui ne souhaitait que rapper.
Dans un label genre watipi, je m'appelle SNG, j'ai envie de kicker,
faire de la musique hoppé, hostilo, doppé,
Schizophrène de la tête aux pieds, rien ne pourra plus m'arrêter.

Refrain

*Je suis un barbare aller hop, je n'ai pas peur de la mort,
Mes croyances sont plutôt réelles, c'est la réalité qui est fausse.
Les rêves sont réels, besoin de rien...
Aucun bien matériel, je suis bien avec elle.*

Ces voix dans ma tête, qui font de moi un révolté,
Un gauchiste qui prendrait pour le communisme.
Je ne suis plus l'ombre de moi-même.
Je suis fière de mon parcours officiel,
Rien ne va plus Lucifer tombe du ciel.
Je ne suis qu'un ange déchu sans aile, encore pire je suis sans elle.

... Refrain ...

Elle qui me trouve la bonne voie, c'est elle qui me connaît.
Elle qui a tout donné, Elle, un jolie trophée.
Je partage mes rêves avec elle, celle qui m'a éduqué.
Moi le jeune du quartier qui ne voulait que rapper.

... Refrain ...



Kevin, au centre de la photo

[Entendre la chanson](#)

<http://rrasmq.com/divers/kevin.html>

LES JEUNES DES AUBERGES DU CŒUR parlent de la médication !

La place de la médication dans ma vie, c'est...

« Une aide pour certains problèmes. Parfois quand j'ai des PRN, j'avais tendance à en prendre parfois trop. Je voulais que ça fasse effet. La médication est une aide mais il faut faire autre chose en même temps. Exemple : thérapie. »

« Pas le choix d'en prendre mais c'est de la merde. Tout jeune, les médecins m'ont dit que j'avais un problème après seulement 10 minutes d'évaluation. Tout d'un coup, on me fait gober pleins de pilules. C'est de la bullshit. »

« Je la prends à moitié. Je prends du concerta. Ça me change complètement mon être. Ça l'effet du speed sur mon corps. Je veux pas de ça dans ma vie. »

« Présentement, je n'en prends pas et j'en ai jamais pris. Par contre, si jamais je faisais une dépression, il y a de forte chance que j'accepte d'en prendre. Je vois ça comme une aide. »

« J'en prends pas et j'en prendrai pas non plus. J'ai jamais fait confiance en la médic. J'aime mieux me soigner seul. »

« J'ai arrêté ça depuis un moment. J'en ai pris de 9 ans à 15 ans environ. Aujourd'hui, ça va faire minimum 10 ans que j'en prends plus (Ritalin) et je me sens mieux. J'étais beaucoup trop buzzé là-dessus. Aujourd'hui, je préfère consommer du cannabis car ça m'assomme moins, je peux plus performer. Je peux aussi mieux contrôler mes quantités moi-même. Le Ritalin a eu comme effets secondaires : sentiment d'être ralenti, aucun appétit. On m'a dit que ça m'aiderait à me concentrer mais c'était le contraire. Je suis un sportif et je pouvais plus être aussi à l'aide quand j'en prenais. »

S'UNIR ET S'ENGAGER

à vraiment faire une différence

Témoignage de Julie Tansey

Citoyenne à part entière



À la base, je viens d'une famille bien nantie, j'ai grandi dans le luxe, j'avais une belle grosse maison, ma famille ne manquait de rien. À l'âge de 10-11 ans, j'avais ma télévision, mon ordinateur, mon téléphone, tout ce que je voulais. Je n'avais qu'à le demander. C'était pareil pour mes amis et tout mon voisinage, du moins en apparence. À ce moment-là, je ne pouvais m'imaginer qu'il y avait

des gens qui vivaient autrement. Tout semblait aller pour le mieux, du moins selon les normes que je connaissais.

À 14 ans, j'étais en secondaire 3, au collège privé. J'ai commencé à faire des attaques de panique, je me suis rapidement isolée, je ne pouvais plus respirer, je pensais que j'allais mourir. Je suis partie en ambulance à quelques reprises, jusqu'à ce qu'on me garde à l'hôpital et qu'on me diagnostique un trouble de panique avec agoraphobie. Ce fut le début du reste de ma vie.

Tout a changé si rapidement. C'est à ce moment-là que je suis entrée dans le « système ». De l'hôpital psychiatrique au foyer de groupe, en passant par le centre d'accueil, les appartements supervisés. En 4 ans, j'avais déménagé 7 fois et changé d'école autant de fois. Tous les membres de la famille s'étaient éloignés, je me suis retrouvée seule au monde. On m'a prescrit des tonnes de médicaments, je me suis tournée vers l'autodestruction, l'automutilation. J'avais perdu tous mes repères. Je n'avais plus d'identité. Trois mois avant mes 18 ans, on m'a remis un chèque de 150 \$ et on m'a dit, tu es une adulte maintenant, on ne peut plus rien pour toi. Bonne chance!

À 18 ans, j'avais tout de même réussi à obtenir mon diplôme d'études secondaires et je commençais le Cégep en Sciences pures au Collège Ahuntsic à Montréal. J'allais devenir actuaire. J'avais des bonnes notes, j'avais tout pour réussir mais... ça n'a pas duré longtemps. Je devais maintenant gagner ma vie, me loger, me nourrir... J'avais 18 ans!!

Au début, mon père m'aidait avec le loyer mais la relation était tellement malsaine que j'ai coupé les ponts avec lui en 1998 environ, j'ai vendu ma voiture et me suis louée un petit un et demi à Laval. Je suis retournée à l'école à temps partiel, tout en travaillant à temps plein. Je suis repartie à zéro. J'ai réussi à ramasser des sous, à faire des cours au collégial et à l'université, à m'acheter une voiture usagée mais, lorsque je vivais des rechutes au niveau de ma santé mentale ou physique (et j'en ai eu plusieurs), je perdais tout ce que j'avais acquis et tout était à recommencer.

Je vais avoir 40 ans l'an prochain, et je cumule plus de 35 déménagements, incluant des colocations, des divans dans le sous-sol, des séjours chez des amis et même chez des gens que je ne connaissais pas, toujours en mode de survie. Je n'ai jamais arrêté de me battre. Je suis fatiguée aujourd'hui. Je passe encore mes journées à me demander où je serai demain et si ma santé va « toffer » assez longtemps pour m'empêcher d'encore tout perdre ce que j'ai.

Je n'ai jamais eu un bon crédit. J'ai fait une faillite personnelle en 2009 et une proposition au consommateurⁱ au cours des dernières années. Me trouver un logement ou un emploi est de plus en plus complexe, voire quasi-impossible. J'ai droit aux préjugés, à la stigmatisation, on ne me prend plus au sérieux. On me voit comme instable, on ne me fait plus confiance.

Il y a environ cinq ans, j'ai décidé de changer de

ⁱ Une proposition de consommateur est une offre faite à des créanciers dans le but de régler des dettes.

vie. Sur un coup de tête, j'ai pris ma valise et je suis déménagée dans le Nord de l'Alberta, où j'ai découvert le milieu communautaire. Je me suis impliquée à fond pour aider les gens de l'endroit. J'ai vécu une expérience extraordinaire durant plusieurs mois, mais encore une fois, rechute et mauvais entourage ont fait que j'ai dû quitter et revenir au Québec. C'était pour moi le fond du baril. J'étais à l'autre bout du pays, dans une situation horrible, plus un sous, comment est-ce que j'allais m'en sortir cette fois-ci ?



Il me restait une vingtaine de dollars dans les poches, je n'avais plus d'emploi. Ma travailleuse sociale m'avait référée dans un refuge pour femmes en difficulté. Je n'avais plus beaucoup d'options. J'ai pris mon 20\$, je suis allée au Casino et comme un cadeau du ciel, avec mon dernier dollar, les trois étoiles bleues se sont alignées et j'ai gagné la somme de 2500\$ à la machine à sous. C'est certain que je ne suggère pas le casino comme solution à un problème financier, mais je ne peux passer à côté du fait que pour moi, ça a fonctionné. J'ai utilisé cet argent pour revenir au Québec.

Mais je n'étais pas au bout de mes peines car j'ai eu beaucoup de difficulté avec ce que j'appelle la « bureaucratie » québécoise. Il a fallu trois mois avant que je reçoive mon premier chèque de chômage. Le transfert de province semblait compliqué au bureau du chômage. Ma voiture ne passait pas l'inspection au Québec, je devais attendre trois mois pour l'assurance-maladie. J'ai dû dormir quelques

journées au motel, dans ma voiture, j'ai aussi cogné à certaines portes, mais à ce moment-ci, on me disait plutôt responsable de mon sort, comme quoi je me mettais toujours dans le trouble et que c'était de ma faute ce qui m'arrivait. On jugeait mes choix, mes décisions, mon manque de stabilité. Je vivais beaucoup d'incompréhension... Plus l'histoire se répète, plus les gens se tannent et plus on devient vulnérable. On devient un fardeau et les gens ne savent plus quoi faire de nous...

Le système a encore bien des failles. Tant qu'on n'adoptera pas une approche plus globale pour traiter les problèmes sociaux, on n'ira pas bien loin et on ne règlera pas le problème. La santé mentale est plus qu'un problème individuel, c'est un problème de société et personne n'est à l'abri, ça peut arriver à tout le monde...

J'aimerais que tout le monde s'unisse et s'engage à vraiment faire une différence et à faire les choses autrement. Moi je voudrais qu'on soit créatif, innovateurs, qu'on se tienne la main, qu'on arrête de se diviser et qu'ENSEMBLE, on trouve des solutions à long terme, qu'on pourra appuyer et proposer à nos gouvernements et à nos communautés pour que ça nous motive et que ça devienne agréable à nouveau de s'entraider et de faire une différence.

PENSEZ-Y!!!! Merci de m'avoir lue et merci à ceux qui m'ont vraiment ENTENDUE!!!



SERVICES ET INTERVENTIONS

psychosociaux et médicaux dans des trajectoires de jeunes

EXTRAIT DU RAPPORT DE RECHERCHE :

Regards croisés sur le rôle des services et interventions psychosociaux et médicaux dans les trajectoires de jeunes soutenus dans des ressources d'hébergement communautaires (Auberges du cœur) de la ville de Québec et de Chaudières-Appalaches, Bernadette Dallaire, Ph.D., Professeure agrégée, École de Service social, Université Laval, Québec (Québec); Pierre Gromaire, M.A., Agent de recherche, GRIOS E-SM /PRISM , Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec (Québec), Novembre 2013

L'engagement et la continuité : l'affaire des intervenants, des jeunes et des parents

Pour les intervenants que nous avons rencontrés, il importe de distinguer 1) l'utilisation des services, situation dans laquelle les jeunes ou parents participent et s'engagent dans un processus sur le long terme (le cas notamment des parents « case managers » et des jeunes mobilisés pour s'en sortir) et 2) la consommation des services, situation dans laquelle les jeunes ou parents ont recours aux services puis se retirent rapidement du processus (quelquefois après une seule rencontre), par manque d'envie, de temps ou de ressources financières. Ces deux notions diffèrent en fonction du degré de persistance avec laquelle les jeunes vont avoir recours aux services. D'après les intervenants, ce degré est mesuré sur la base du nombre de suivis réalisés, de la variété des intervenants rencontrés (travailleurs sociaux, psychologues, etc.) et de la durée du suivi. De la même manière, pour les usagers, la question de l'engagement de l'intervenant revient souvent dans les discours. Les jeunes ont besoin que l'intervenant donne de son temps à lui, du temps significatif plus que du temps de travail; on désire en fait du soutien, de l'écoute et de l'accompagnement et non pas des services. Des cadres horaires et interventionnels trop rigides entravent la réussite du processus et si l'intervenant se borne à « faire ses heures », faire ses tâches sans apporter de valeur ajoutée (de l'attention amicale au jeune et à sa famille, un suivi régulier, notamment), l'intervention risque de ne pas être efficace.

Or l'engagement de l'intervenant dépend souvent

de sa capacité à réaliser toutes ses tâches sur une période donnée. Avec les nouvelles politiques de gestion du personnel et l'impératif de « faire plus avec moins » à cause des restrictions budgétaires gouvernementales, on déplore une diminution du nombre d'intervenants et un affaiblissement de la capacité d'intervention, à cause de l'augmentation de la charge de cas (nombre de clients pris en charge par le même intervenant). Ce phénomène est décrit par toutes les catégories de participants – intervenants de tous les milieux, jeunes et parents. Par exemple, entre la difficulté à rencontrer un médecin, l'absence de psychologues, que ce soit dans le système scolaire ou en CLSC, et les listes d'attentes de plusieurs semaines voire de plusieurs mois, les jeunes et certains parents ressentent de l'abandon de la part du système. Après un certain temps, ils avouent perdre tout espoir d'avoir accès à des suivis, notamment en raison d'un roulement de personnel (1ère raison de la rupture de suivi ou de service évoquée par les intervenants et parents rencontrés) et à cause de la mobilité des parents ou de la « volatilité » des jeunes (2e raison). Tout cela introduit de l'instabilité dans le vécu de l'offre de service.

Facteurs de succès/ échec des interventions

Pour les jeunes et les parents, l'élément le plus difficile à vivre lors de l'utilisation des services est le recommencement. Après avoir attendu plusieurs semaines ou mois pour avoir accès à un intervenant ou à un suivi, il peut survenir une rupture (par ex. le départ de l'intervenant pivot); il faut alors recommencer le processus, en parvenant à transférer le

dossier dès que le nouvel intervenant sera désigné. De là naît une « fatigue » : « [...] c'est le fait de changer d'intervenant [...] on faisait une rencontre et c'est comme si c'était fini. Déjà Féque c'est comme si ça servait à rien là. On faisait des efforts dans le vide. » (Jeune) Ce phénomène de recommencement est à mettre en lien aussi avec des trajectoires de vie en dents de scie, pendant lesquelles la temporalité des services proposés ne correspond pas à celle des événements qui surviennent dans la vie des jeunes : déménagement, séparation des parents, changement d'école, crise qui démobilitise. Parfois les services répondent aux maux parce que les jeunes rencontrent le bon intervenant au bon moment, mais ce n'est évidemment pas toujours le cas.

En parallèle, il ressort que le regard porté par l'intervenant a également une grande influence sur le succès de la démarche. Pour plusieurs jeunes rencontrés, et cela se retrouve dans le discours des deux tranches d'âge, être jugé par un intervenant peut engendrer un échec de l'intervention. Ils estiment que s'ouvrir et parler de soi ne devrait pas avoir pour conséquence de recevoir des leçons de vie ou des critiques sur leurs comportements mais devrait plutôt susciter de l'empathie, de l'écoute et de l'aide pour atténuer ou résoudre les problèmes tels qu'ils sont vécus (conflits familiaux, échecs scolaires, etc.). À cette posture de jugement s'ajouterait, chez certains intervenants, une tendance à l'étiquetage et à l'uniformisation : en ne voyant plus la personne et sa situation dans sa singularité mais plutôt comme incarnation de la catégorie « jeune à problèmes », certains intervenants en viennent à appliquer les mêmes techniques et à proposer les mêmes solutions, sans adaptation aux conditions particulières.

En particulier, de telles attitudes et façons de faire conduiraient à banaliser les conflits familiaux. Plusieurs jeunes participants déplorent ainsi le fait que la plupart des interventions auxquelles ils ont participé ne leur offrent pas de moyens concrets d'échapper à ces conflits, lesquels sont parmi les principales raisons qui les poussent à utiliser les services de première ligne. Le fait de vivre encore à la maison durant le suivi ralentit le processus de rétablissement car le jeune retrouve les mêmes situations problématiques dès qu'il rentre chez lui. Il doit alors trouver lui-même des solutions : soit il intègre un hébergement communautaire tel que les Auberges (décision qu'il a prise lui-même ou parce qu'il est référé par un parent ou un intervenant), soit il trouve des échappatoires pour s'en sortir.

Quand nous demandons aux jeunes, toutes tranches d'âge confondues, ce qui fut le plus aidant pour eux dans la façon de faire des différents intervenants, tout au long de l'utilisation des services, quelques valeurs ressortent : 1) l'écoute/attention, 2) des outils pour avancer, 3) l'empathie/tolérance, 4) la gentillesse et 5) les médicaments.

«Accompagner un jeune qui veut reprendre du pouvoir dans sa santé mentale, c'est l'aider à exprimer ce qu'il pense, où il est rendu dans sa prise de conscience. D'être à l'écoute, sans jugement. Et de comprendre sa perspective sans jugement. Voir ce qu'il veut, quels sont ses objectifs. Ne pas lui imposer une démarche. Savoir c'est quoi son feu sacré.»

Linda, L'Espace vivant-The Living Room, Montréal



«Accompagner un jeune qui veut reprendre du pouvoir dans sa santé mentale, c'est l'emmener à se poser les bonnes questions et à poser les bonnes questions.»

Mélanie, L'Avenue hébergement communautaire, Montréal

Le DSM-5: Quand la psychiatrie passe au CONFESSIONNAL

Amnon Jacob Suissa, Ph.D, T.S.

Professeur, Université du Québec à Montréal, École de travail social

Note bibliographique de l'auteur

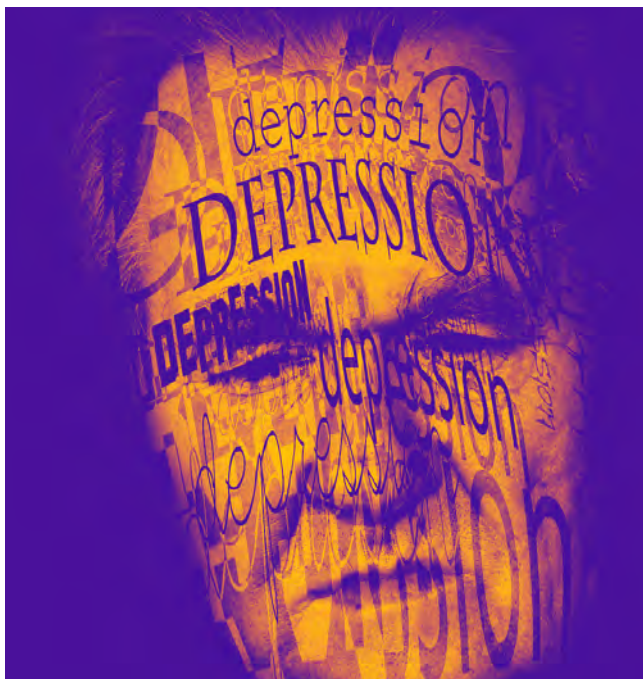
Amnon Jacob Suissa est professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal où il enseigne des cours touchant au phénomène des dépendances comme problème social ainsi que la méthodologie de l'intervention auprès des familles. Dans une perspective constructiviste des problèmes sociaux, il s'intéresse aux déterminants sociaux des dépendances et leur impact sur les processus d'intervention. Formé en thérapie familiale et sociologue, il est l'auteur d'une centaine d'articles et ouvrages scientifiques. Parmi ceux-ci, Le Monde des AA: alcooliques, gamblers, aux Presses Universitaires du Québec, PUQ (2009). Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie (2007); Le jeu compulsif: vérités et mensonges (2005) aux Éditions Fidès. Il est l'auteur du chapitre dédié à l'intervention auprès des familles dans le livre Introduction au Travail social (2000, 2007, 2015) et collabore comme personne ressource à l'AITQ. A œuvré comme intervenant et formateur en DPJ, CLSC, communautés autochtones, SPVM, organismes communautaires à travers le Québec, etc. Il collabore à plusieurs projets de recherche et anime des séminaires dans le cadre de programmes de formation au Canada et à l'international. - Site web : www.amnon-suissa.com

**« La recherche médicale a fait des avancées tellement extraordinaires qu'il ne reste presque plus de gens sains et normaux »
(Aldous Huxley)**

Cette citation nous invite à rester alertes quant aux diagnostics de plus en plus nombreux en santé mentale qui se déversent de manière exponentielle sur des conditions principalement sociales. Allen Frances, psychiatre américain ayant dirigé l'équipe du DSM-IV (bible psychiatrique) et professeur émérite à l'université de Duke en Caroline du Nord, décrit le nouveau DSM-5 comme une véritable catastrophe qui multiplie les diagnostics inutiles.

Comme le titre de son dernier ouvrage l'indique Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life, il dénonce le discours fondé sur la perte de contrôle généralisée et la médicalisation à outrance de citoyens dits normaux.

En termes de santé mentale, la perspective d'Allen Frances enrichit l'analyse des enjeux entourant la légitimité scientifique de la discipline psychiatrique dite moderne. Fascinée par les apports de la biologie, alors que la discipline psychiatrique ne dispose aucunement de test biologique concret et mesurable comme d'autres branches en médecine, Frances (2013) dénonce les conflits d'intérêt entre intellectuels qui se traduisent historiquement par un processus secret, fermé, voire incapable de s'auto-corriger. Il donne l'exemple du rejet catégorique par les comités du DSM-5 de propositions effectuées par 57 associations de santé mentale pour une démarche scientifique indépendante. Il n'hésite pas à parler des risques de sur diagnostic et donc de surmédicalisation. Parmi les multiples exemples de surmédicalisation dans le DSM-5, mentionnons



celui qu'il est commun d'appeler la pathologisation du deuil. Si l'endeuillé passe plus de deux semaines avec une apparence dépressive, il peut-être possible du diagnostic dépressif majeur et donc une prescription potentielle d'antidépresseurs. Alors que le processus du deuil dépend de la proximité du lien affectif qu'occupe le défunt dans la vie de ses proches, des valeurs socioculturelles propres à chaque groupe social et des rituels permettant une reprise graduelle de l'équilibre, on comprend mal le délai restreint de 15 jours comme période qui permet de « digérer » le deuil. Dans son livre intitulé *Le deuil impossible: familles et tiers pesants*, la psychologue systémicienne Goldbeter-Morinfeld (2005) démontre très bien la complexité du deuil, le facteur temps à respecter et la centralité du défunt dans les dynamiques familiales (tiers pesant) qui peut prolonger la période de récupération dans ce processus.



Comme coordonnateur du DSM-IV, Frances rappelle l'exemple du syndrome d'Asperger, forme moins sévère d'autisme. L'inclusion de cette condition au DSM-IV prévoyait une multiplication du nombre de cas par trois, or la réalité montre qu'ils ont été multipliés par quarante. En bout de ligne, les résultats démontrent que plusieurs enfants ont porté ce diagnostic alors qu'ils ne correspondaient pas du tout aux critères. Face à ces périls, le psychiatre américain invite les médecins à boycotter le DSM, et les patients à devenir des consommateurs informés. Dans cette logique, et pour se rapprocher d'un diagnostic le plus précis possible, il nous invite à tenir compte des repères suivants dans le processus d'évaluation.

1. Des problèmes moins lourds en santé mentale ont tendance à se résoudre « spontanément »

avec le temps et sans aucun besoin de diagnostic proprement dit. Il est plus difficile de diagnostiquer une condition qui présente moins de symptômes et de manifestations sévères. Selon lui, il n'y a pas de démarcation claire entre le trouble mental et la normalité quand on tient compte des populations en général;

2. S'il y a un doute, il est plus sage et moins risqué de sous-diagnostiquer que de sur-diagnostiquer. Il est plus facile d'aller vers un diagnostic plus lourd que le contraire;
3. Les enfants et les adolescents sont des groupes plus difficiles à diagnostiquer car leur dossier relève d'un parcours objectivement moins long en termes de temps, sont sujets à des fluctuations liées aux divers stades de maturation, des usages de substances psychotropes et réagissent fortement aux stress issus des familles et de l'environnement. Ainsi compris, le diagnostic initial a plus de chance d'être inexact, voire inapproprié. L'exemple de la surmédicalisation des jeunes avec le Ritalin en est un bel exemple (Suissa, 2009);
4. Les aînés sont également plus difficiles à diagnostiquer car les symptômes psychiatriques peuvent être causés par des maladies neurologiques ou médicales. Ils sont aussi plus susceptibles aux effets secondaires des médicaments, des interactions et parfois des overdoses;
5. Pour réussir un « bon diagnostic » cela prend du temps. Frances suggère donc de prendre le temps voulu et investir les efforts qu'il faut car un diagnostic effectué trop rapidement est souvent non fondé. Il n'hésite pas à privilégier des entrevues multiples pour tenir compte de l'évolution du patient dans son contexte familial et social;
6. Dans la mesure où une source unique d'information ne peut être complète et globale, il propose de croiser le maximum d'informations possibles qui peuvent contribuer à un diagnostic plus exact, reflétant ainsi la réalité psychosociale du patient en question;
7. S'il faut tenir compte des diagnostics préalables, il faut rester alerte et vigilant de ne pas s'y fier de manière aveugle. Tenir compte des phases transition dans le parcours longitudinal des patients permet de mieux saisir la dynamique propre à chaque personne;



8. Réviser régulièrement le diagnostic serait un pas dans la bonne direction dans la mesure où les cliniciens peuvent s'y fier de manière trop permanente dans le traitement sans tenir compte des « bons coups » et des changements réalisés par le patient;
9. Se décentrer des symptômes pour inclure le contexte où évolue le patient permet de mieux situer la dynamique propre à chaque patient car si un diagnostic est inexact cela peut aggraver fortement la condition du patient.

Granger et Vinay (2013) enrichissent les propos de Frances en soulignant que la psychiatrie du DSM-5 relève d'une pensée unique et devrait être mise au banc des accusés et critiquée comme étant un dérapage incontrôlé. Dans cette foulée, Cabut (2013) relève les pétitions et les appels au boycott du DSM-5 afin de dénoncer la fabrication de maladies mentales sans aucun fondement scientifique. À titre d'exemple, l'institut américain de la santé mentale, le plus gros financeur de la recherche en santé mentale à l'échelle mondiale, a pris ses distances avec le DSM-5 en réorientant ses recherches en dehors des catégories tel que présentées.

En France, c'est le mouvement STOP DSM qui porte le combat en dénonçant l'expansion des catégories sans les fondements scientifiques qui pourraient les justifier. Publié pour la première fois en 1952, avec une liste de moins de 60 pathologies, ce code de classification qu'est le DSM est passé à plus de 400 conditions comprises comme des pathologies. Si dans plusieurs pays anglo-saxons, le DSM-5 garde sa main mise sur le processus des diagnostics mentaux, plusieurs pays n'y adhèrent pas pour des raisons d'incompatibilité de valeurs et de culture. Il est utile de rappeler que cet outil de dépistage est d'abord et avant tout **une construction sociale et culturelle purement américaine**. Dans un article intitulé "How the US exports it's mental illnesses", Watters (2010) démontre l'hégémonie américaine dans la conception et des diagnostics d'une part, et dans le traitement des troubles

mentaux à travers le monde, d'autre part. Comment appliquer le même diagnostic de dépression, par exemple, à des personnes qui ne vivent pas du tout les mêmes contextes et conditions et dont les motifs des comportements ne relèvent absolument pas de la même logique (Otéro, 2012). Alors que les ethnopsychiatres nous mettent en garde contre la surmédicalisation des conditions de vie en nous sensibilisant à inclure les réalités culturelles et sociales des personnes et des groupes, le DSM-5 multiplie les diagnostics sans apporter les nuances géographiques et anthropologiques qui s'imposent. Si le contexte psychosocial et culturel dans une société donnée nous permet de mieux comprendre l'origine des conditions qui donnent naissance aux troubles mentaux, à savoir les déterminants sociaux, **pourquoi et comment** expliquer qu'il y ait un tel acharnement à souscrire à des diagnostics qui visent souvent la pathologisation de l'existence (Gori et Volgo, 2005). Cette approche met en veilleuse le pouvoir d'agir des personnes et de leurs réseaux familiaux et sociaux (Le Bossé, 2012). À ce sujet, on peut se demander également, comment se fait-il qu'il n'y a aucune question qui couvre les familles dans toute l'histoire des DSM alors que celles-ci donnent le ton aux trajectoires où auront lieu les manifestations de troubles mentaux ? Comme outil de classification qui permet de hiérarchiser des centaines de conditions de troubles mentaux, le DSM-5 peut-être utile au plan descriptif, mais sans plus.

À cela, il faut ajouter les dénonciations de la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur les experts participant à l'élaboration du DSM. Ce contrôle du monde Pharma est bien démontré dans les travaux de l'historien américain Lane (2009) qui souligne

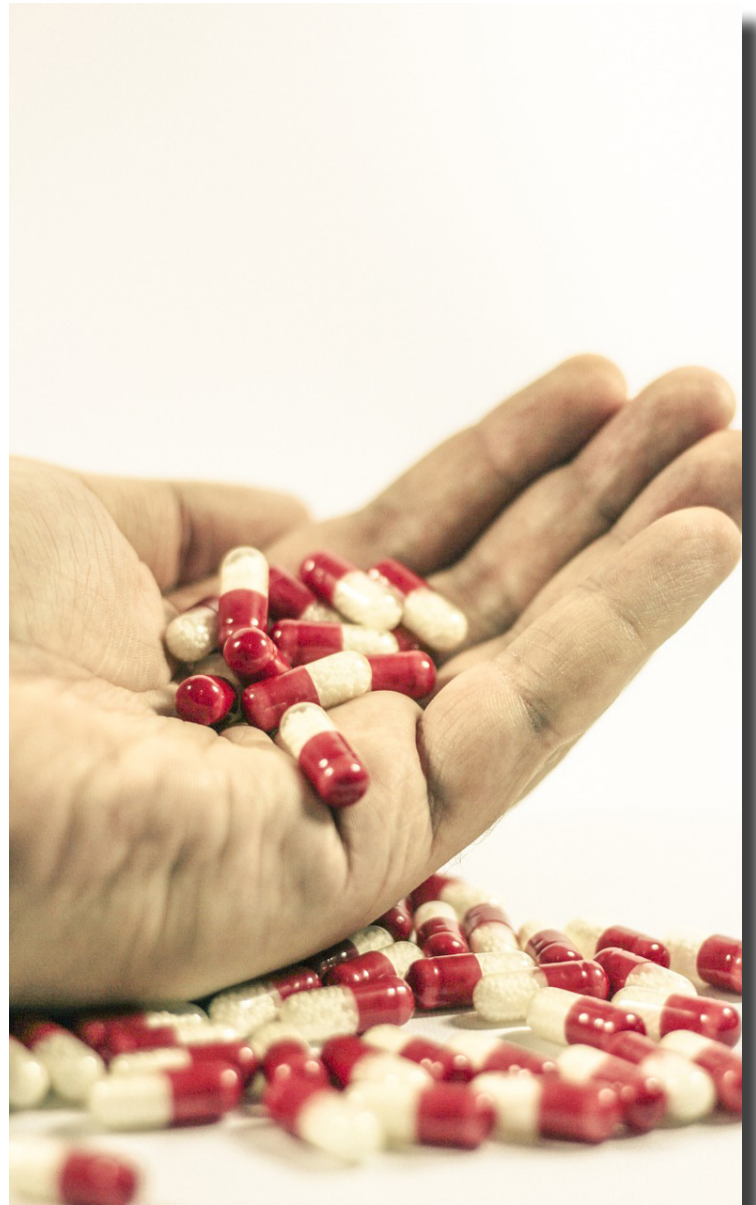


comment la psychiatrie a médicalisé nos émotions. Idem pour le philosophe québécois Jean-Claude St-Onge dans son dernier livre intitulé *Tous fous* (St-Onge, 2013). Alors que la consommation de psychotropes a augmenté de 4 800 % aux États-Unis au cours des 26 dernières années, St-Onge parle d'une épidémie de « maladies mentales » largement fabriquée par la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique. En ciblant les thèses de la biopsychiatrie, selon lesquelles la détresse psychologique résulterait d'un déséquilibre chimique dans le cerveau, sans égard au contexte social et personnel des patients, ce chercheur remet en question la prescription massive d'antidépresseurs et d'antipsychotiques aux effets sous-estimés et souvent dévastateurs (anxiété, pensées suicidaires, diabète, AVC, atrophie du cerveau, etc.). Dit autrement, l'exploitation du mal-être serait extrêmement lucrative et les compagnies pharmaceutiques sont prêtes à presque tout pour satisfaire l'appétit insatiable de leurs actionnaires via la médicalisation des événements courants de la vie, essais cliniques biaisés, « corruption » de certains médecins, intimidation des chercheurs, etc.

En bref, ce processus de surmédicalisation est une modalité de contrôle social qui soulève l'enjeu de la conception et du pouvoir de définir de conditions sociales proprement dites (Suisa, 2012). Derrière la psychiatrie dite moderne du DSM-5, se profile en fait le débat entre les approches qui privilégient une version neurochimique du cerveau (brain based-disease approach), biologique, médicale, voire génétique, en bref le modèle médical de la maladie axée sur la pathologie permanente et le paradigme alternatif à celui-ci, soit les diverses conceptions d'inspiration psychosociale. Selon le discours dominant médical, le sujet ayant développé un trouble mental est compris comme une personne qui vit principalement des problèmes intrapsychiques et personnels, de déficience neuronale, de pathologie mentale, il est victime d'une perte de contrôle. Cette valeur de l'individualisation des problèmes sociaux occupe une place prépondérante dans la justification idéologique du discours qui associe souvent problème à une défaillance de nature individuelle. Si la valeur de liberté de choix est une valeur chère à nos démocraties, il n'en demeure pas moins que ce concept demeure abstrait dans la

mesure où les choix sont influencés principalement par les forces sociales en présence. Dit autrement, l'individualisme ne relève pas seulement de l'individu, c'est d'abord une réalité sociale et une **idéologie collective** qui est valorisée au plan social et économique comme une norme à privilégier.

En résumé, le modèle médical psychiatrique axé sur les dysfonctions s'appuie principalement sur des données recueillies à partir des symptômes, à savoir la symptomatologie au détriment de l'étiologie des conditions psychosociales en question. Comment peut-on évacuer les déterminants sociaux et structurels qui donnent naissance à ces mêmes problèmes ? Peut-on inclure les proches et les réseaux sociaux dans le processus d'évaluation ? Peut-on souffrir sans disparaître (Furtos, 2005) ?



Bibliographie

Cabut, F (2013). http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html#g733cLATCyioh5eC.99. Consulté le 10 janvier 2014.

Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, New York, NY: William Morrow.

Furtos, J (2005). Souffrir sans disparaître. Dans *La santé mentale en actes*, sous la direction de Jean Furtos et Christian Laval. P. 9-38. Erès.

Goldbeter- Morinfeld, E (2005). *Le deuil impossible: familles et tiers pesants*. De Boeck,

Gori, R et Volgo, M-J (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. De Noël.

Granger, B et Vinay, O.P (2013). La psychiatrie est en dérapage incontrôlé. Entretien avec Allen Frances, *Le Nouvel Observateur*, avril, 20-22.

Lane, C (2009). *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*. Flammarion.

Le Bossé, Y (2012). *Sortir de l'impuissance. Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*. Éditions Ardis.

Otéro, M (2012). *L'ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Éditions Boréal. Québec. Canada

St-Onge, J.C (2013). *Tous fous*. Écosociété.

Suissa, J.A. (2009). Médicalisation, Ritalin et enjeux sociaux : La performance dans une pilule Dans Sanni Yaya (Dir). *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio anthropologiques et éthiques*. Presses Université Laval. Chapitre 14, 301-318.

Suissa, J.A (2012). Addictions et surmédicalisation du social : contexte et pistes de réflexion. *Psychotropes. Revue internationale des toxicomanies*. France. 18, 3-4, 151-172.

Suissa, J.A. (2015). Intervention auprès des familles et des proches; quelques repères. Dans *Introduction au Travail Social: Méthodologies et pratiques Nord-Américaines*. Sous la direction de Deslauriers, Jean-Pierre et Turcotte, Daniel Presses de l'université Laval. Troisième Édition. Québec, Canada. Chapitre (sous presse)

Watters, E (2010). How the US exports it's mental illnesses. *The New Scientist*. Issue 2744. (january, 20th).

«Le secret d'une bonne santé mentale quand on est jeune, c'est des choses de base pour commencer : dormir, bien manger, l'exercice... Le soutien, se sentir aimé et être capable d'aimer.»

Linda, L'Espace vivant- Living Room , Montréal

Vers le prochain numéro de *L'autre Espace*: **CAP SUR LA PARTICIPATION!**

.....

Plan d'action en santé mentale 2015-2020 et participation des personnes usagères

La participation des personnes occupe une place centrale dans le dernier *Plan d'action en santé mentale*. La primauté de la personne y est réaffirmée, tandis qu'on précise des mesures concernant «la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services, la lutte contre la stigmatisation, la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux» (PASM, p.1) Cette participation viserait l'amélioration des services, leur adaptation aux besoins ainsi que l'évaluation de ces derniers. On précise également que la participation des personnes ne va pas toujours de soi, mais qu'elle est essentielle.

Le milieu communautaire y est pointé comme étant l'un des lieux où le savoir expérientiel des personnes est valorisé, et où les pratiques visant le respect des personnes sont nourries par une prise de parole collective. Or, le Plan d'action en santé mentale souligne que du côté du réseau, les lieux de participation pourraient être «davantage mis à profit, puisque la participation des usagers ne constitue pas toujours une occasion réelle d'influence auprès des instances décisionnelles et varie grandement d'une région à une autre.» (PASM, p. 20) On précise que cette participation souffre de l'absence d'un processus de suivi. Il est intéressant de souligner, finalement, que le réseau reconnaît que davantage devrait être fait pour assurer une véritable participation des personnes à l'échelle du Québec. Le



MSSS déploiera, dans tous les territoires du Québec, un guide en matière de participation des personnes

utilisatrices de services en santé mentale et des membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services. Ce guide permettra-t-il d'amorcer un changement durable?

Il est réjouissant de voir, sur papier du moins, cette volonté du réseau de se doter de balises plus claires pour assurer la participation des personnes. Cela se traduira-t-il concrètement par un changement de culture et de pratiques au sein des établissements.

Et le communautaire, dans tout ça?

Si la participation des personnes est importante dans la planification et l'organisation des services, il est essentiel de souligner que la participation ne se réduit pas à une forme de consentement actif aux soins... la participation se vit également dans les instances de décision démocratique, dans la planification et la conduite des ateliers, dans les prises de parole au sein de nos ressources, mais également dans la vie de nos communautés.

En tant que ressources alternatives, avons-nous mené une réflexion sur les pratiques qui facilitent la participation? Tentons-nous d'améliorer la participation démocratique des personnes usagères? Et par-delà les murs de nos ressources, comment soutenons-nous la participation active de nos membres à la vie de la communauté? Nous savons que la participation sociale doit être réfléchie dans les domaines du logement, de l'éducation, de l'implication sociale, du travail... où en sommes-nous sur ces dossiers dans nos ressources, dans nos régions?

Le prochain numéro de *L'autre Espace* tentera de répondre à ces questions, à la faveur de vos contributions! Merci d'avance de nous soumettre vos idées d'articles!

L'équipe du RRASMQ

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.

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 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 !

INVITATION À PARTICIPER À LA REVUE

Le RRASMQ invite ses ressources membres et ses partenaires 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. Elle est aussi le lieu où les partenaires et amis du RRASMQ sont invités à partager des points de vue et des expériences qui invitent à une vision « autre » 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 7, NUMÉRO 1

Le prochain numéro abordera le thème de **LA PARTICIPATION.**

Que ce soit par la reprise de pouvoir dans notre parcours, la participation à la vie démocratique et associative d'une ressource alternative, la participation à la prise de décision quant à notre cheminement thérapeutique ou la participation dans notre communauté, quelles sont les modalités de la participation? Comment créer des espaces participatifs réellement inclusifs? Et de quelle participation parle-t-on?

La date de tombée des articles est
le **15 avril 2016.**

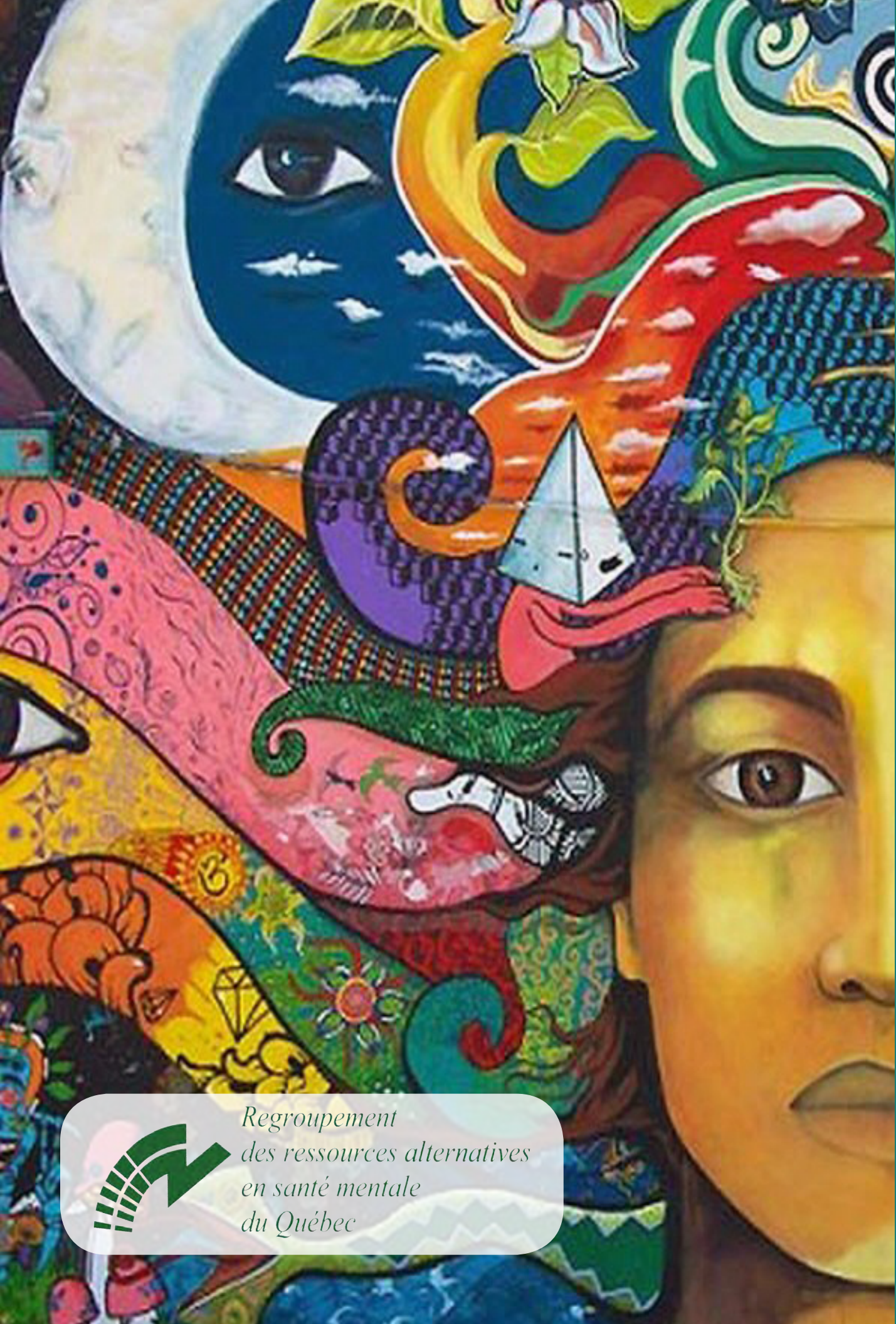
Merci de prendre contact avec
Anne-Marie Boucher
514.523.7919 poste 1
anne-marie@rrasmq.com

**LA REVUE ET LES AUTRES PUBLICATIONS DU RRASMQ SONT DISPONIBLES EN
FORMAT ÉLECTRONIQUE AU : WWW.RRASMQ.COM**

2349, rue de Rouen, 4^e
Montréal (Québec), H2K 1L8
Téléphone : (514) 523-7919/1-877-523-7919
Télécopieur : (514) 523-7619
Courriel: rrasmq@rrasmq.com
Internet : www.rrasmq.com
Facebook: <https://www.facebook.com/rrasmq>



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*