



Un changement de paradigme nécessaire en santé mentale

Mémoire remis au Rapporteur spécial de l'ONU sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, 13 novembre 2018

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

2349 rue de Rouen, 4e étage

Montréal, Québec, H2K 1L8 CANADA

1(514)523-7919 _ rrasmq@rrasmq.com

Sommaire du mémoire

Introduction	p. 3
A. Sommaire des constats	p.4
B. Droits à la santé et obstacles à son exercice, constats et recommandations	p. 6
B.1. Un secteur public qui favorise le modèle biomédical	p. 7
B.1.1 Prédominance du modèle biomédical	p.7
B.1.2 Prépondérance du médicament	p.8
B.1.3 Médicalisation des difficultés vécues	p.10
B.1.4 Inégalités de rapport de pouvoir	p.12
B.2 Les déterminants sociaux de la santé mentale	p.16
B.2.1 Droit à un revenu suffisant	p.16
B.2.2 Droit à une alimentation suffisante	p.17
B.2.3 Droit au logement	p.18
B.2.4 Droit au travail	p.19
B.2.5 Intégration dans la communauté	p.20
B.3 Droit à l'égalité sans discrimination	p.21
B.3.1. Discrimination au travail et chez les assureurs	p.21
B.3.2 Masquage diagnostique	p.23
B.3.3 Discrimination dans le système de Protection de la jeunesse	p.24
B.4 Droit de jouir d'une diversité d'installation et de services	p.26
B.4.1 Un programme d'assurance publique de psychothérapie	p.27
B.4.2 La loi 21, une catégorisation aux effets néfastes	p.28
B.4.3 Des modèles novateurs et alternatifs à la médication	p.29

B.5 Droit à l'accessibilité	p.32
C. Recommandations	p.33
D. Conclusion	p.36
E. Références	p.37

Rédaction

Anne-Marie Boucher, Mathilde Lauzier, Annie Pavois et Jean-Pierre Ruchon.

Contribution

Mylène Bigaouette et Robert Théoret.

Révision

Anne-Marie Boucher, Mathilde Lauzier, Karim Larose, Virginie Rondot-Brunet et Robert Théoret.

Mise en page

Anne-Marie Boucher

Photo page couverture

RRASMQ, porteur de paroles citoyen, Journée de l'Alternative en santé mentale 2017

Crédits photo:

p.3: RRASMQ, manifestation du communautaire, septembre 2017

p.5 et p.10 : Mouvement Jeunes et santé mentale, affiche créée avec des jeunes, 2018

p.6: RRASMQ, Théâtre-impact, Journée de l'Alternative 2015

p.7: RRASMQ, affiche de la Journée de l'Alternative 2017

p.8: RRASMQ, action de visibilité pour le 30e anniversaire, 2013

p.14 : Action Autonomie, performance de Sally Robb lors du 30e anniversaire, 2013

p.15 et p.23: RRASMQ, Activité sur la psychiatrie, démarche des Intelligences citoyennes, 2017

p.16 et 28 : Anne-Marie Boucher

p.17, 19, 25, 26 : images libres de droit

p.20 : Comité Tannés d'être pauvres, ressource L'Ensoleillée de Lac-Mégantic, 2015

p.21 : Le Phare source d'entraide, 2017

p.29 : RRASMQ, démarche *Se donner du souffle*

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.



Introduction

Fondé en 1983, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) représente près d'une centaine d'organismes communautaires qui sont, avec les groupes de défense des droits en santé mentale, porteurs d'un mouvement d'affirmation et d'innovation sociale lié à une vision «autre» de la santé mentale et des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale. Les personnes qui composent ces organismes, membres et intervenants, partagent une vision positive et critique de la santé mentale, développent des alternatives à la psychiatrie et redonnent une place citoyenne aux personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale dans la société.

Depuis ses débuts, le RRASMQ se fait un devoir de porter la parole des personnes premières concernées par les enjeux touchant la santé mentale dans toutes ses dimensions. C'est pourquoi ce Mémoire reprend et cite cette parole, recueillie au fil de nos activités des dernières années. Ces citations sont parfois anonymes, mais toujours véridiques et porteuses de réalités souvent invisibles. Nous espérons que ce Mémoire permettra au Rapporteur spécial des Nations Unies de dresser un portrait plus fidèle des réalités diverses des personnes premières concernées, et de contribuer à transformer leurs conditions de vie.



A. Sommaire des constats

Dans un tout récent rapport sur les alternatives à l'internement psychiatrique, on précise que le problème, au Canada, ne relève pas spécifiquement des lois et des cadres juridiques, mais plutôt de *l'application* concrète de ces lois et mesures.

« Au-delà du texte législatif, l'élément déterminant de la qualité des soins et du respect des droits de la personne réside dans l'allocation des ressources tant financières qu'humaines. Notre recherche a mis en lumière, qu'à l'instar de la situation québécoise, l'indisponibilité des ressources dans les différents pays explorés constitue le principal obstacle à la réalisation des réformes en santé mentale. Dans un contexte où peu de services communautaires et alternatifs sont disponibles, l'internement apparaît comme faisant partie de la gamme des rares moyens disponibles, nuisant à la mise en œuvre de réelles alternatives.¹»

Aux obstacles engendrés par la mauvaise distribution et l'insuffisance des ressources financières s'ajoute la stigmatisation des personnes qui menace et mine le droit à la santé physique et mentale des citoyenNEs parmi les plus vulnérables. La section suivante de ce Mémoire présente de façon sommaire les constats que nous faisons en lien avec les enjeux auxquels font face les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Prédominance du modèle biomédical

Au Québec, malgré l'adoption d'une Politique en santé mentale (1989) soulignant le caractère biopsychosocial de la santé mentale, l'action en santé est principalement curative - voire même coercitive - et axée sur la biopsychiatrie. Nous le regrettons et nous nous préoccupons également de la montée de la médecine prédictive en santé mentale avec les risques de dérive et de stigmatisation qu'elles comportent.

Place prépondérante du médicament psychotrope dans la réponse à la souffrance

Nous constatons également le déséquilibre des investissements entre ce qui est attribué au biomédical et les sommes consacrées aux approches psychosociales et à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. La place croissante du médicament psychotrope dans la réponse aux troubles émotionnels participe à la médicalisation des difficultés vécues par les personnes. De plus, les effets secondaires de la médication sont souvent méconnus par

¹ Gutierrez et Bernheim, 2017, p.56.

les personnes et peuvent même parfois être plus incapacitants que les problèmes les poussant à prendre cette médication.

Médicalisation des difficultés vécues

La médicalisation des difficultés vécues par les jeunes provenant de groupes subissant davantage d'oppressions nous semble des plus préoccupantes et a été documentée par le Mouvement Jeunes et santé mentale, que nous citons abondamment dans la première section de notre avis. La médicalisation touche également d'autres populations, dont les personnes âgées, dont nous ferons brièvement mention.



Les déterminants sociaux de la santé et le droit à un niveau de vie suffisant

Les personnes fréquentant nos organismes communautaires font régulièrement état des conditions de vie difficiles dans lesquelles elles évoluent. Revenu insuffisant, difficulté à se nourrir convenablement à des prix abordables, logements insalubres et trop chers, droit au travail impossible à faire respecter, exclusion et stigmatisation constituent leur lot quotidien. Dans une société où l'inclusion sociale et l'atteinte d'un niveau de vie digne sont souvent conditionnelles à l'occupation d'un travail salarié à temps plein, les personnes vivant avec un problème de santé mentale réputé comme étant grave ou chronique peinent à exercer leur pleine citoyenneté.

Droit à l'égalité sans discrimination

Le masquage diagnostique (*diagnostic overshadowing*), où les symptômes physiques d'une personne sont minimisés ou attribués de manière erronée à la maladie mentale, menace de plein fouet le droit à la santé et, selon quelques témoignages recueillis dans notre regroupement, le droit à la vie. Les discriminations et les préjugés sont nombreux sur le marché du travail, dans le **traitement** différencié des invalidités par les compagnies d'assurance, mais **également** à l'intérieur du système socio-sanitaire, des établissements d'enseignement et du système de protection de la jeunesse (DPJ).

Droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens et de services de proximité et droit à l'accessibilité

30 ans après l'adoption de la Politique de santé mentale, nous constatons que le projet de la désinstitutionnalisation peine à se réaliser pleinement. Les établissements hospitaliers demeurent le lieu d'accueil principal des personnes éprouvant des difficultés en santé mentale. Ainsi, bien que des pratiques de soutien dans la communauté se développent, les personnes les plus pauvres et **celles** plus éloignées des grands centres, peinent à avoir accès à une diversité de lieux d'accompagnement ou de traitement, dont des ressources **communautaires** offrant des pratiques variées, des centres de crise, etc.



B. DROIT À LA SANTÉ ET OBSTACLES

² Journée de l'Alternative en santé mentale, 10 octobre 2016 (photo du RRASMQ)

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.

B.1 Un secteur public qui favorise un modèle biomédical au détriment des approches psychosociales

B.1.1. La place prépondérante de l'approche biomédicale

Selon nos observations, l'approche biomédicale reste la principale avenue proposée aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. En réponse à leur quête d'un mieux-être, un diagnostic psychiatrique est souvent posé rapidement, associé à une prescription de psychotropes. Dans ce contexte, peu de considération est porté à l'environnement de la personne, ou à son histoire. L'individu est donc tenu implicitement pour responsable de sa condition, et ainsi, de son rétablissement. Cette vision individualisante est véhiculée dans la société québécoise et influence grandement les réponses offertes aux personnes vivant un problème de santé mentale.

Comme la responsabilité individuelle est prise pour acquis, il va de soi que les réponses apportées par le gouvernement vont en ce sens. Par exemple, des sommes considérables sont investies dans l'étude de la part génétique des problèmes de santé mentale, alors qu'une infime partie des budgets est consacrée à l'amélioration des conditions de vie et à l'étude des composantes environnementale dans le développement de ces problèmes. Plus d'investissements sont orientés vers des approches prédictives (ex. projet HOPE) et individualisantes, au détriment des approches psychosociales³.

« Le cadre octroyé aux travailleuses sociales en milieu institutionnel ne vise pas de bonnes pratiques(..). Il faut habilement manoeuvrer pour passer du temps et intervenir auprès des personnes. L'énergie déployée est immense pour très peu de véritable travail social!''⁴



www.jaiunehistoire.com

3

<https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/mobilisation-sans-precedent-pour-agir-en-prevention-aupres-de-12000-jeunes-nes-de-parents-souffrant>

⁴ Bureau G., RÉCIF, 2018, La porte de sortie: rapport de sondage sur les conditions de pratique en intervention/travail social québécois

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.

B.1.2. Le médicament psychotrope comme première - et parfois seule - réponse à la souffrance

Nous mesurons, depuis les vingt dernières années, une hausse des diagnostics en santé mentale et de la prise de médication psychotrope. Or, les usages de cette médication, le profil des populations les plus touchées par cette consommation et le mode de formulation du diagnostic sont fortement préoccupants. Quelques chiffres sont frappants, notamment chez les jeunes. Par exemple, deux fois plus de jeunes Québécois de 12 à 18 ans prennent des antipsychotiques comparativement à il y a dix ans (RAMQ, 2016)⁵. Par ailleurs, les taux de visite aux services d'urgence et d'hospitalisation en raison de troubles de santé mentale 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 - en 2013-2014, un jeune sur 12 a reçu un antipsychotique ou un médicament pour traiter des troubles anxieux ou de l'humeur - et a augmenté au fil du temps.



Chez les adultes, on constate que la consommation de médication pour la dépression et les troubles anxieux marque une augmentation. De 2011 à 2016, on note une augmentation de 44% des ordonnances d'antidépresseurs, touchant, avec une augmentation de 27% des patients touchés⁶. Des données qui datent de 2013 montrent que la consommation d'antidépresseurs par habitant au Canada est l'une des plus élevées des 28 pays de l'OCDE. Le coût des psychotropes assumé par le régime public d'assurance médicaments au Québec (RAMQ), pour la moitié de la population du Québec, s'approche du milliard annuellement!⁷

En guise d'exemple, dans le courant du mois dernier, nous avons recueilli deux témoignages représentatifs de ce que nous entendons fréquemment : d'abord celui d'une enseignante au primaire dont le père est décédé quelques jours auparavant et qui va consulter son médecin généraliste afin de pouvoir s'absenter du travail une semaine

⁵ Marie-Eve Cousineau, «De plus en plus de jeunes prennent des antipsychotiques», *Radio-Canada*, 2 avril 2016.

⁶ Voir Philippe Mercure, *La Presse*, «Sortir le Québec de la déprime», 10 juillet 2017.

⁷ Dr Yves Dalpé, «Les antidépresseurs ne sont pas des bonbons», *Le Soleil*, 16 décembre 2012.

complète pour prendre le temps de vivre son deuil. Son médecin signe cet arrêt de travail, et lui prescrit un somnifère et un calmant, sans qu'elle n'en ait fait la demande. Le second : une étudiante de 21 ans vit un épisode de tristesse à l'arrivée de l'automne. Elle se rend chez son médecin, inquiète des sentiments qui font apparition chez elle pour la première fois. Le médecin lui diagnostique une dépression chronique et lui annonce qu'elle devra prendre un antidépresseur toute sa vie.

L'augmentation des diagnostics de certains troubles mentaux, comme la dépression et le trouble de déficit d'attention (TDA/H), est constatée au Québec, comme ailleurs dans le monde, ce qui se traduit par une envolée de la consommation de psychotropes. En août 2009, déjà, la Commission de l'éthique de la science et de la technologie du Québec (CEST) publiait un avis intitulé « Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique ». Ce document présente un portrait du contexte socio-politique de l'usage des médicaments psychotropes, mettant en lumière que les personnes âgées, les femmes, les personnes en situation de pauvreté et les personnes mineures se distinguent quant à l'usage des psychotropes.

Personnes âgées

L'utilisation de certains psychotropes chez les personnes âgées est très élevée : celles-ci forment 12 % de la population québécoise mais consomment le tiers des anxiolytiques -sédatifs et hypnotiques. De plus, chez les femmes, la consommation est supérieure à celle des hommes et tend à augmenter avec l'âge.

Par ailleurs, des voix se sont élevées, dans le courant des dernières années, afin de dénoncer l'usage des psychotropes dans un objectif de "contention chimique". Une démarche de réduction de l'utilisation des psychotropes, élaborée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), a été mise à l'essai dans 56 établissements de soins de longue durée de huit provinces canadiennes en 2014-2015. Ses résultats sont impressionnants: « En un an, les établissements concernés ont non seulement vu l'usage d'antipsychotiques réduit ou éliminé chez 54 % des résidents, mais aussi une réduction de 20% du nombre de chutes et des réductions des accidents, des admissions à l'urgence et des hospitalisations, notamment.⁸ »

Femmes

Les femmes consomment plus de psychotropes que les hommes, notamment les tranquillisants et les antidépresseurs. Cette réalité se mesure également dans les centres de détention canadiens, où l'on découvrirait en 2014 que 60% des détenues prenaient des psychotropes⁹. La littérature mentionne aussi que de 57% à 92% des femmes

⁸ *La Presse*, 30 novembre 2017, « Québec veut réduire de moitié l'usage d'antipsychotiques dans les CHSLD ».

⁹ Adam Miller, « Une majorité de détenues canadiennes prennent des psychotropes », *Le Soleil*, 14 avril 2014.

psychiatisées avec des troubles de santé mentale graves relatent des expériences d'abus physiques ou sexuel à l'enfance.¹⁰ D'où l'importance d'orienter la vision et les actions en santé mentale de manière à considérer plus globalement les manifestations de la souffrance.

Personnes en situation de pauvreté

La relation entre pauvreté et santé mentale est un phénomène complexe qui peut créer un cercle vicieux : le stress économique et des conditions de vie difficiles affectent négativement la santé mentale, ce qui à son tour peut engendrer des obstacles dans la réussite scolaire, la recherche ou le maintien d'emploi. Une constante ressort des différentes études sur le sujet : les conditions économiques précaires exposent davantage les personnes à la consommation de psychotropes. Ainsi, en 2006, les quatre premières sous-classes de médicaments prescrits aux prestataires de l'aide sociale du Québécois étaient des psychotropes et représentaient 43,5 % du total de leurs ordonnances.



B.1.3. Médicalisation des difficultés des jeunes : le Mouvement Jeunes et Santé et mentale

Les prescriptions de psychotropes, notamment de Ritalin, augmentent, entre autres chez les enfants d'âge préscolaire. La hausse des diagnostics médicaux basés sur une meilleure évaluation clinique ne peut être la seule explication. La pression des enseignants et des directions d'école sur les parents d'élèves afin d'obtenir financement et services est un facteur important à souligner¹¹. 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...) prescrits au Canada. Plus de 5000 Québécois de 12 à 18 ans ont reçu une ordonnance d'antipsychotiques en 2015, contre près de 2800 en 2005, selon la RAMQ.

¹⁰ Goodman et al, 1997, Physical and Sexual Assault History in Women with Serious Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions, Schizophrenia Bulletin, Vol. 23, No.4

¹¹ Conseil supérieur de l'éducation, *Pour une école riche de tous ses élèves*, 2017, pp. 18-21.

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.

Dans les organismes et institutions qui accueillent des jeunes en difficulté, on observe aussi une hausse de la prise de médicaments. En près de 10 ans, les «problèmes de santé mentale» chez les résidants et résidantes des Auberges du Coeur ont augmenté de 176%¹². Du côté des Centres jeunesse, 44% des jeunes sous médication ont de multiples prescriptions (Bouchard, Lafortune, 2006).

En 2016, le RRASMQ en association avec l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale (AGIDD-SMQ) et le Regroupement des Auberges du Coeur du Québec (RACQ) a mené une vaste consultation qui a permis de rejoindre **50 organismes** et plus de **150 personnes intervenantes** provenant de **12 régions du Québec**. De plus, des ateliers de discussion ainsi qu'une tournée de théâtre-forum nous ont permis de consulter plus de **160 jeunes**. Voici quelques constats issus de la parole des jeunes et des intervenantEs¹³:

Le diagnostic

Le diagnostic psychiatrique est parfois nécessaire pour avoir accès aux services, mais cela a un effet stigmatisant, discriminant dans certains cas ; il laisse aussi son empreinte sur l'identité de la personne (les jeunes ont tendance à s'identifier à leur diagnostic et parfois, à s'autostigmatiser). La majorité des jeunes consultés considèrent que les diagnostics se font trop rapidement. Ils n'ont pas l'impression d'être écoutés et respectés dans le processus. Un peu tout le monde (professeurs, entourage, etc.) tend à diagnostiquer des problèmes de santé mentale à partir de certains comportements.

« Partout, au secondaire comme au collège, ma réaction naturelle à l'intimidation a été diagnostiquée de plusieurs maladies différentes (...). Chaque professionnel de santé mentale que j'ai vu avait un avis différent de ce qu'était le diagnostic correct, le traitement et la médication (les médicaments) adéquats. Aucun d'entre eux n'a mentionné ou inclus dans leurs remèdes d'arrêter le problème réel : l'intimidation.¹⁴»

¹² Enquête interne du Regroupement des Auberges du Coeur du Québec, 2014.

¹³ Toute la documentation du Mouvement Jeunes et santé mentale se trouve en ligne au <http://mouvementjeunessm.com/documentation>

¹⁴ Témoignage recueilli par la plate-forme www.jaiunehistoire.com, 2017.

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.

Les médicaments psychotropes chez les jeunes

Les jeunes n'ont pas ou peu d'information sur ce qui leur est prescrit, ni sur les effets secondaires, ni sur les interactions avec les autres drogues. Les jeunes ignorent qu'ils ont des droits. La prise de médication est assez banalisée, de même qu'est répandue la croyance qu'elle peut résoudre tous les défis rencontrés. L'usage élargi de la médication rejoint la médicalisation : on propose parfois le médicament pour soulager des situations sociales ou pallier au stress devant des étapes normales de la vie. De nombreux jeunes soulèvent l'importance des effets secondaires, parfois plus incommodes que les symptômes que la médication cherchait à contrôler. Certains jeunes disent même devoir prendre plusieurs médicaments, les uns pour contrôler les effets secondaires des autres.

L'accès aux services psychosociaux en santé mentale

L'absence d'un médecin de famille est déterminante, dirigeant les consultations vers les cliniques sans rendez-vous, vers un médecin qui ne connaît pas la personne. Les jeunes prennent alors longtemps la même médication sans suivi. Certaines situations engendrent davantage de problèmes d'accès : entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie et dans le cas de changement géographique, par exemple. Il y a également peu de suivi pour les plus de 25 ans. De plus en plus de jeunes abandonnent leur demande d'aide, car les délais sont trop longs et les interlocuteurs du milieu hospitalier changent trop. Un nouveau projet nommé *Aire ouverte* devrait être lancé au Québec d'ici 2020 afin de combler certaines lacunes quant à l'accès aux services et aux soins¹⁵, reste à voir dans quelle mesure ce projet pourra se déployer dans un contexte de sous-financement et de nouvelle gestion publique.

¹⁵ Le site du Ministère de la santé et des services sociaux, présentant le projet Aire ouverte (inspiré de Headspace en Australie et de Foundry):

<https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/aire-ouverte/>

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.

B.1.4. Inégalités de rapport de pouvoir entre les professionnelLEs et les patientEs

«Nos résultats montrent que l'organisation de l'offre de services engendre des attributs identitaires chez les participants par le biais de contraintes structurelles qui occasionnent une transformation du rapport à soi, à l'autre et à la société. Ces contraintes résultent de relations de pouvoir se situant à l'extérieur de la vie quotidienne des usagers et sous-jacentes à l'organisation des services. Un continuum identitaire se développe au cours du parcours (en psychiatrie), aboutissant à son extrême, à une identité « docile » qui correspond aux besoins de fonctionnalité de la structure et qui contribue au maintien de relations de pouvoir asymétriques, au détriment de l'utilisateur. Celui-ci demeure, ainsi, dans un état de marginalité institué.¹⁶»

En 2017, de nombreuses ressources alternatives en santé mentale ont animé des ateliers de discussions avec les personnes premières concernées afin de collectiviser leur vécu en lien avec les rencontres chez le médecin et dans le système de soin de santé mentale en général. Une centaine de paroles ont ainsi pu être recueillies, mettant en lumière:

- Un sentiment fortement partagé de ne pas être écouté, d'être jugé, de ne pas être cru:
« Devant le psychiatre je suis intimidée, j'ai l'impression qu'il me regarde de haut, qu'il ne me croit pas... j'ai pas le temps de parler et c'est fini.»¹⁷
- Une peur latente face au pouvoir que ces derniers pourraient exercer. Un climat de menace:
«Je me tais, je ne lui dis pas toute la vérité, car j'ai peur lui et de son autorité.»¹⁸
«Le psychiatre m'a dit : si tu ne prends pas les médicaments, tu ne sors pas.»¹⁹

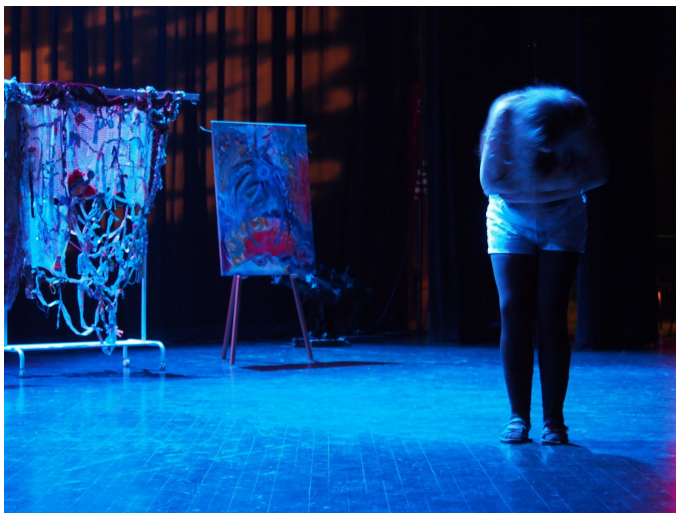
¹⁶ Larose-Hébert, 2016, page ii.

¹⁷ Témoignage recueilli par le RRASMQ dans le cadre de la démarche Se donner du souffle, 2018.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Action Autonomie, 2016, témoignage de personne ayant vécu une garde en établissement, *Étude sur l'application de la Loi P-38*.

- L'impression que son histoire, son vécu, ses explications ou le sens donné à ses expériences ont peu d'importance pour établir un diagnostic et proposer un traitement:
«Les médecins lui ont dit que ça s'appelait «TPL» et qu'en acceptant les médicaments ça irait mieux. Personne n'a cherché à comprendre ce qu'EnFan a vécu. On lui a juste dit de vivre le moment présent, de prendre ça et que ça irait mieux.»²⁰
 - Une frustration face à un temps de rencontre beaucoup trop bref (10 à 20 minutes) et au roulement de personnel:
« Les professionnels sont pressés, ils passent leur temps à écrire le rapport. On change de psychiatre tous les jours. J'ai l'impression qu'ils perdent le fil de ce que l'on leur confie. » (témoignage, Action Autonomie, 2015, Recherche Femmes et psychiatrie)
 - Une information parfois absente, souvent insuffisante et qui se restreint à l'approche biopsychiatrique. Un manque d'espace de discussion libre permettant à la personne de participer au traitement:
« Je n'étais pas assez renseignée sur les effets des médicaments. On ne m'en parlait pas. Ils ne nous renseignent pas parce qu'on est infantilisés. On est pris en charge comme si on était des petits bébés. » (témoignage de personne ayant vécu une garde, Action Autonomie, 2016, Étude sur l'application de la Loi P-38)
- «On m'a fait passer un test avec un casque et des fils sans m'expliquer pourquoi. On m'a ensuite référé à un autre psychiatre pour me dire que je souffrais d'un problème de santé mentale»²¹



Ces témoignages font écho aux études de Stuart et Arboleda-Florez, qui soulignent que les personnes se sentent d'abord et surtout stigmatisées par les donneurs de soins, desquels

²⁰ Témoignage recueilli par le RRASMQ dans le cadre de la démarche *Se donner du souffle*, 2018.

²¹ Témoignage recueilli par le RRASMQ dans le cadre de la démarche *Se donner du souffle*, 2018.

elles se sentent parfois humiliées, traitées comme des enfants, exclues des décisions et décrédibilisées :

“Though the literature in this area is sparse and often qualitative, recurrent themes include feeling punished, patronized, humiliated, spoken to as if they were children, being excluded from treatment decisions, and being assumed to lack capacity to be responsible for their own lives. Other problems include not being given sufficient information about their illness and treatment options, prognostic negativism, and, at times, feeling an unspoken threat of coercive treatment, which becomes overt in instances of mandated care.²²”

De nombreuses difficultés persistent en lien avec le traitement médicamenteux : absence d’information et manque de considération pour les aspirations des personnes, leurs besoins ou leur parole, ce qui freine leur participation au traitement et brime leur droit au consentement libre et éclairé.

«Le psychiatre prend les décisions sur la médication sans tenir compte de mon avis.»

«Je ne me sens pas protégée. Pour le sevrage, ils ne comprennent pas ce que les gens vivent. Ils enlèvent les médicaments trop vite. »

« On m’a prescrit du Risperdal et ça déclenché ma ménopause et on ne m’a informé de ça qu’après la visite chez mon gynécologue. »



²² Stuart et Arboleda-Florez, 2012.

B.2 Tenir compte des déterminants sociaux de la santé

Malgré des efforts certains en lien avec la réalisation des droits économiques, sociaux et culturels de la part des gouvernements du Canada et du Québec, nous constatons, encore aujourd'hui, que les déterminants sociaux de la santé physique ou mentale sont loin d'être protégés. La pauvreté, le mal logement et l'exclusion font partie du quotidien de nombreuses personnes. À ce chapitre également, nous constatons qu'entre l'esprit de la loi et la mise en œuvre, le décalage se creuse, notamment à cause des politiques néolibérales venant miner les capacités des gouvernements.

B.2.1. Droit à un niveau de vie digne

Vivre avec un diagnostic de « trouble de santé mentale » ou de « maladie mentale » engendre diverses formes de stigmatisation sociale. Des préjugés particuliers sont en effet associés aux troubles mentaux, et condamnent souvent les personnes à la pauvreté. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, « il est parfois plus difficile de se remettre des conséquences de la maladie que de la maladie proprement dite ». Au nombre des conséquences figurent la discrimination, la pauvreté, la ségrégation, la stigmatisation et les effets iatrogènes du traitement.²³ On sait que pour la majorité des personnes vivant avec un trouble mental dit grave, l'aide sociale est généralement la seule source de revenus, étant donné que de 80 à 90% d'entre elles sont sans emploi²⁴.

En 2018, si une personne est considérée apte au travail, elle recevra 633\$ par mois de prestation d'aide sociale, et si elle reçoit une contrainte temporaire, ce sera 767\$. Au Québec, les 55 000 personnes considérées inaptes au travail²⁵ seront dirigées vers le Programme de solidarité sociale et recevront, selon les chiffres rendus disponibles par le

²³ Agence de la santé publique du Canada, 2007.

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/humanhumain06/5-fra.php>

²⁴ STUART, H., et J. ARBOLEDA-FLOREZ (2009). « Maladie mentale et discrimination en emploi: examen des enjeux », traduit par A. SAMSON, *Le partenaire*, vol. 18, no 1, p. 23-27.

²⁵ Au 31 mars 2017, 55 351 personnes s'y trouvaient pour des raisons liées à leur état de santé mentale. Tiré de Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale, 2017-2023, 2017*, graphique 2, page 19.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 1 135\$ par mois, ce qui correspond à une somme allant de 46 à 60% du seuil de revenu viable, selon les communautés²⁶.

Cette situation, dans laquelle les personnes ayant un diagnostic en bonne et due forme ont accès à un revenu un peu meilleur, a comme effet pervers de créer une **pression à l'obtention d'un diagnostic** afin de pouvoir accéder à des conditions de vie un peu plus dignes. Et les chiffres de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques nous le démontrent : même avec la reconnaissance d'une contrainte sévère à l'emploi, les personnes sont loin de pouvoir se sortir de la pauvreté. Le droit à un revenu suffisant n'étant pas garanti, les personnes peinent alors à faire respecter d'autres droits, dont le droit à une alimentation suffisante ainsi que le droit au logement.

B.2.2. Droit à une alimentation suffisante

L'alimentation constitue l'une des dépenses non compressibles : chaque jour, il faut bien se nourrir. Or, nous constatons que, malgré la richesse du Canada, de nombreuses personnes souffrent d'insécurité alimentaire. De 2008 à 2017, les Banques alimentaires ont vu les demandes d'aide augmenter de 33,7% et aidaient, chaque mois, 170 576 personnes différentes. De ces personnes, 57% vivaient de l'aide sociale et 11,2% déclaraient avoir un revenu d'emploi²⁷. Mais encore faut-il être capable de se rendre aux organismes offrant ces services d'aide alimentaire!



Parmi les personnes qui fréquentent les ressources en santé mentale, plusieurs témoignent du stress lié à la difficulté de se nourrir convenablement. L'accessibilité, la qualité et la quantité de leur alimentation sont des enjeux nuisant à leur santé mentale. En 2017, nous avons animé une activité de phrase à compléter avec une dizaine de membres provenant d'autant de ressources. À la phrase « Pour me nourrir, je dois... », les participants et participantes ont ajouté:

« Sélectionner les aliments les moins coûteux à l'épicerie (donc on oublie les fruits et les légumes. On ne mange pas varié); me sacrifier pour nourrir mes enfants; emprunter des sous

²⁶ Selon les indicateurs développés par l'Institut de recherche et d'information socioéconomiques, il faudrait, pour une personne seule, de 22 600\$ à 29 400\$, selon les collectivités, afin de sortir réellement de la pauvreté. IRIS, 2018.

²⁷ Les banques alimentaires du Québec, Bilan Faim Québec 2017, p.4.

(avec intérêt ou conséquence, un stress de plus pour la santé mentale); faire les poubelles des épiceries; marcher ou faire appel à des services payants hors de prix; voler, me prostituer...²⁸ »

B.2.3. Droit au logement

Les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sont plus souvent mal logées, du fait de la discrimination ou de la difficulté à accéder dans un logement social, faute de place. Le pourcentage de personnes qui vivent avec un diagnostic en santé mentale n'ayant pas accès à un logement convenable est plus élevé que celui rencontré dans la population en général (27% contre 15%), (Kirby et Keon, 2006). Ces personnes peuvent également avoir besoin de soutien communautaire au logement, forme d'accompagnement largement sous-financée par le gouvernement québécois²⁹.

En 2016 au Québec, 14,4% des ménages devaient consacrer plus de 50% de leurs revenus à leur loyer, tandis que ceux qui devaient y octroyer plus de 80% s'élevaient à 6,6% des locataires. Au Québec, nous avons essuyé des années de sous-financement en matière de logement social et les démarches pour entreprendre la construction d'unités de logements sociaux sont des plus pénibles. Dans certaines régions, la faible disponibilité de logements accessibles et salubres contraint des centaines, des milliers de personnes à l'instabilité résidentielle ou à l'itinérance. Les personnes fréquentant nos ressources, sondées sur leur vécu dans leur logement ou leur hébergement, ont répondu ceci: « de la solitude ; de l'insécurité; la peur d'une augmentation de loyer; de l'insalubrité; la peur de l'expulsion; de la discrimination en lien avec mon diagnostic ...³⁰ ». Les locataires ne connaissent pas toujours leurs droits et on constate également que les personnes vulnérables vivent parfois du harcèlement ou de l'exploitation en lien avec le logement.



²⁸ RRASMQ, Collecte de témoignages, Démarche *Se donner du souffle*, mars 2018, document interne.

²⁹ Voir RQOH, *Logement communautaire, une variété d'approches pour choisir son milieu de vie*.

³⁰ RRASMQ, Collecte de témoignage, Démarche *Se donner du souffle*, mars 2018, document interne.

B.2.4. Droit au travail

Selon la Commission de la santé mentale du Canada, près du quart de la population canadienne vit des problèmes de santé mentale au travail. En effet, les statistiques sur la souffrance au travail démontrent qu'il y a des structures à revoir afin de favoriser une meilleure santé mentale. D'autre part, il reste beaucoup à faire pour assurer l'insertion socioprofessionnelle des personnes qui vivent avec des difficultés en santé mentale. En effet, ces personnes peinent à accéder au marché du travail alors que de 50 à 70% d'entre elles souhaitent pourtant travailler. Un historique de difficultés, des limitations fonctionnelles ou un trou dans un *curriculum vitae* peuvent être autant de raisons motivant la discrimination à l'emploi. On remarque un désengagement de l'État face aux personnes qui seraient considérées *trop éloignées* du marché de l'emploi et, dès lors, non admissibles à certains programmes comme le PAAS-Action³¹.

« Pour un membre de notre groupe, la pression d'être un «vrai travailleur» était tellement forte. Il a essayé de toutes ses forces de retourner sur le marché du travail : travail régulier, adapté, mésadapté, PAAS-Action... bref, tout ce qui était possible, uniquement pour pouvoir dire à son beau-frère, pendant le temps des fêtes, que lui aussi était un travailleur, et ce, au détriment de sa santé. »³²

Témoignage d'une direction d'une ressource alternative en santé mentale, région de Chaudières-Appalaches

B.2.5. Intégration dans la communauté

«Chacun doit suivre la ligne, respecter les règles
Tant pis si ces règles font en sorte que certains n'ont pas de place
Ceux et celle qui ne jouent pas le jeu comme on le veut
Courrent le risque d'être coupés en petits morceaux
Comme une pièce de viande.»

Look at the Rainbow, Sally Robb, 2012

³¹ En 2015 notamment, le RACOR, regroupement montréalais de ressources communautaires en santé mentale, a mené une large consultation sur les modifications administratives du programme PAAS-Action. Pour plus d'informations sur cette enquête: <https://racorsm.org/actualite/de-vives-inquietudes-pour-linsertion-sociale-des-personnes-vivant-avec-des-problemes-de>

³² Témoignage d'une direction d'une ressource alternative en santé mentale, région de Chaudière-Appalache, Québec.

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.

Les personnes vivant avec un diagnostic en santé mentale ne sont pas toujours aptes à s'engager à temps plein dans un travail à horaire fixe. Les symptômes ou les effets secondaires de la prise de psychotropes peuvent limiter la participation. On peut également penser que les aspirations des personnes ne vont pas toujours dans le sens du travail salarié, mais s'orientent vers des activités qui ne sont certes pas rémunérées, mais sont essentielles pour la santé des personnes et des communautés (aidants naturels, écoute et entraide, soins des enfants, jardinage, bénévolat, etc.). Or, le droit à la santé garantit également le droit à l'intégration au sein de la communauté. Pour réduire le décalage entre la volonté d'intégration et l'exclusion concrète des personnes, des chercheurs proposaient trois conditions d'élargissement du prisme de la reconnaissance sociale :

« 1) la première porte sur un travail de reconnaissance de la différence en tant que telle; 2) la seconde sur une reconnaissance de l'autre qui serait dégagée voire libérée d'une injonction d'utilité; 3) la troisième sur la nécessité et l'urgence de penser ensemble et d'articuler concrètement l'élargissement de la reconnaissance sociale et l'accessibilité à des conditions de vie décentes permettant une véritable sortie de la pauvreté.³³ »

En 2015, un comité formé de personnes vivant dans la pauvreté et fréquentant la ressource L'Ensoleillée (Lac-Mégantic) demandait à ce que les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi puissent gagner la différence entre leurs prestations mensuelles de 937\$ et le seuil de faible revenu, établi à 1893,33\$ par mois, sans être pénalisées. Cette demande, à coût nul pour le gouvernement, fait écho à des revendications similaires jouissant d'un large consensus social.



³³ Poirel, 2012.



B3. Droit à l'égalité sans discrimination

B.3.1 Discrimination en lien avec le travail et les assureurs

Le groupe régional de défense des droits en santé mentale de Montréal, Action Autonomie, rencontre de plus en plus souvent des situations où les personnes, en raison de leur état mental présent ou passé, sont lésées lorsqu'elles tentent d'obtenir un emploi, lors d'un arrêt de travail, ou lors du retour au travail après un congé de maladie.

En effet, Action Autonomie observe que dans les processus d'embauche, il est souvent demandé si les candidats ont ou ont déjà eu des problèmes de santé mentale sans que cette condition ait un lien avec les aptitudes ou qualités requises par l'emploi. C'était le cas tout dernièrement chez d'importants employeurs du secteur public qui ont dû transformer leurs pratiques suite à des pressions médiatiques³⁴. Cette situation place les personnes ayant ou ayant eu un diagnostic de santé mentale dans un piège: si elles décident de ne pas en parler, on leur reproche d'avoir fait une fausse déclaration, et si elles acceptent de le mentionner, elles risquent de ne pas être embauchées:

« Carole vient de terminer ses études en travail social et elle postule pour un emploi dans un établissement de santé. Elle réussit avec brio les tests écrits et l'entrevue et on lui demande si elle pourrait commencer à travailler dans deux jours étant donné le besoin urgent de personnel.

³⁴<https://blogue.soquij.qc.ca/2018/04/05/depression-majeure-non-declaree-questionnaire-medical-poste-d-e-chauffeur-dautobus-refuse/>

Après l'entrevue, elle doit remplir un questionnaire médical, « une formalité », lui a-t-on dit. Elle répond à toutes les questions sur sa santé, notamment sur sa santé mentale – Carole a fait un épisode psychotique dans sa jeunesse (...) et elle ne voit pas pourquoi elle cacherait qu'elle a eu un suivi en psychiatrie, terminé depuis des années! Deux jours plus tard, Carole reçoit une lettre pour l'informer que le poste auquel elle postulait a été aboli et qu'on n'a plus besoin de ses services...»³⁵

Lorsque les personnes quittent leur emploi pour des raisons de santé mentale, elles sont soumises à des procédures très invasives et pénibles de la part des compagnies d'assurances qui exigent des preuves sur leur état mental ou demandent des contre-expertises. Le Dr Charles Bernard, président-directeur général du Collège des médecins du Québec, allègue que «Plusieurs compagnies [d'assurance] ne font pas confiance aux médecins traitants qui s'occupent de leurs patients. Elles font des demandes exagérées; par exemple, le médecin est obligé d'envoyer le dossier complet de son patient même si ça ne regarde pas la situation pour laquelle il y a un congé.»³⁶

« Suite au harcèlement par une collègue que Youssef a vécu au travail, ce qui a été reconnu par son employeur, son médecin le met en arrêt de travail pour soigner son épuisement et son anxiété. À sa grande surprise, l'employeur conteste l'avis de son médecin et exige que Youssef rencontre leur médecin expert et qu'il leur fournisse son dossier médical au complet. De plus, l'employeur veut l'obliger aux rencontres régulières avec le bureau de santé pour vérifier qu'il est vraiment malade. Youssef décide de laisser tomber le droit aux assurances pour ne pas subir toutes les exigences qui, selon lui, affectent encore davantage sa santé.»³⁷

Les personnes déjà vulnérables doivent ainsi exposer leurs histoires personnelles douloureuses. Des atteintes ont aussi été rapportées quant au respect de leur vie privée. C'est le cas de Samuel: son assureur lui a reproché d'avoir mis sur sa page Facebook des photos de lui en train de courir, ainsi que des clichés de lui en présence de ses enfants.³⁸

³⁵ Action autonomie, 2018, *Ma santé mentale et mes droits au travail*, <http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/GUIDE-SM-et-Travail-POUR-L-ECTURE.pdf>, p.6.

³⁶ Dr Charles Bernard, 15 février 2018, "Les excès des assureurs dénoncés par le Collège des médecins" interview à la Première chaîne de Radio-Canada.

³⁷ Action autonomie, 2018, *Ma santé mentale et mes droits au travail*, p.18.

³⁸ Samuel Archibald, 11 février 2018, "Je ne fais pas une vraie dépression et je suis un fraudeur", *La Presse+*, http://plus.lapresse.ca/screens/ffe9fb3b-f2fb-4329-bda8-df82f94ec613_7C_0.html

B.3.2. Masquage diagnostique (*diagnostic overshadowing*)

Bien qu'il existe peu de recherche sur le masquage diagnostique au Québec, plusieurs situations préoccupantes nous ont été rapportées depuis le printemps 2018, alors que nous lançons un appel de témoignages sur la question. En voici quelques-unes:

«J'ai fait une méningite et j'ai dû me rendre 2 fois à l'urgence puisque le premier médecin ne m'avait pas cru. Il m'avait prescrit des antidépresseurs (ATIVAN) alors que j'en prenais déjà (Wellbutrin). J'ai un TPL et c'est inscrit à mon dossier.»

«Je me suis présentée à l'urgence pendant près de 2 ans pour de grosses douleurs et enflures au ventre, douleurs jusqu'à en perdre connaissance et à déféquer sur mon tapis d'entrée... On me renvoyait chez moi sans examens approfondis en m'affirmant que c'était d'ordre nerveux ou émotif. Jusqu'à ce qu'un interne découvre que j'avais déjà passé plusieurs pierres à la vésicule biliaire et qu'on décide de m'opérer d'urgence, dans la nuit du dimanche au lundi, en juillet dernier. Je suis convaincue que le diagnostic de trouble TPL reçu en 1991 (qui est d'ailleurs très loin de ce que je suis selon les thérapeutes qui me suivent depuis des années) est directement responsable du fait qu'on ne m'a pas crue. Depuis, j'ai reçu les diagnostics médicaux suivants qui, eux, sont vraiment collés sur ma réalité: SSPT, dissociation de personnalité et anxiété généralisée. Par contre, je n'arrive pas à faire enlever le premier diagnostic.»



« Une membre de notre groupe de Farnham est allée à environ 2 ou 3 reprises à l'hôpital du Haut-Richelieu (St-Jean-sur-Richelieu) pour des douleurs à l'estomac durant les vacances de Noël (janvier 2017). Elle a été renvoyée chez elle et son colocataire s'est fait dire qu'elle était une malade imaginaire. La dernière fois qu'elle y est allée, un traitement aux antibiotiques lui a été prescrit et elle avait réellement une infection.³⁹»

³⁹ Collecte d'information et de témoignages du RRASMQ sur le masquage diagnostique. document interne.

« J'ai fait une demande à l'IVAC (indemnisation des victimes d'actes criminels) afin d'avoir des séances de thérapies payées pour des agressions sexuelles que j'ai vécues. Mais pour que les séances soient payées, on doit «prouver» (par le biais d'une psychologue) que les causes de notre détresse psychologique viennent de l'acte criminel (agression sexuelle dans ce cas-ci). Mais ayant déjà été diagnostiquée *borderline* (personnalité limite), la psychologue ne voyait que cette étiquette et a écrit dans son rapport que je n'avais selon elle pas été agressée, mais que je m'étais «sentie» agressée parce que je suis une hypersensible et que c'est mon TPL qui a causé cette sensibilité.»

Ces situations semblent le produit de la stigmatisation et des préjugés qu'intériorisent les personnes à même d'offrir des soins de santé physique et mentale. Selon Stuart et Arboleda-Florez, les infirmières peuvent adopter des attitudes discriminatoires en fonction de certains diagnostics perçus comme plus pénibles:

“Mental health nurses, though often reported to be less hostile and more accepting than general medical nurses, also demonstrated prejudicial attitudes and discriminatory treatment, particularly toward patients diagnosed with a borderline personality disorder, who were viewed as difficult, annoying, manipulative, attentionseeking, and time-wasters⁴⁰.”

B.3.3. Discrimination en lien avec le système de protection de la jeunesse

Les maisons membres de la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (FMHF) accueillent des femmes ayant vécu différentes formes de violence dont de la violence conjugale. Parmi celles-ci, plusieurs ont vu leurs réactions à ces traumatismes être diagnostiquées comme des troubles psychiatriques. Ainsi, en 2017-2018, 29% des 2 807 femmes hébergées dans les 35 maisons membres de la FMHF ont mentionné avoir un diagnostic en santé mentale. Il importe cependant de savoir que ces statistiques sont auto-déclarées et qu'il est possible que certaines femmes n'aient pas souhaité partager cette information avec les équipes.

Parallèlement à cette réalité, il n'est pas rare que les enfants exposés à la violence conjugale fassent l'objet de signalements aux services de protection de la jeunesse. En effet, l'exposition à la violence conjugale fait partie des situations qui sont identifiées

⁴⁰ Stuart et Arboleda-Florez, 2012, p.460.

comme un motif de négligence dans la Loi sur la protection de la jeunesse. Or, le diagnostic reçu par la mère peut être considéré comme une lacune pour celle-ci lorsque vient le moment de déterminer si les parents pourront avoir la garde des enfants. De plus, il est régulièrement observé par les travailleuses des maisons d'hébergement que des conjoints violents utilisent ces diagnostics pour discréditer leur ex-conjointe, notamment lorsqu'il est question de déterminer la garde et les droits d'accès aux enfants.

Ainsi, ces femmes se retrouvent souvent dans une situation de double contrainte où, pour démontrer leur bonne volonté et leur collaboration avec les services de protection de l'enfance, elles doivent consulter en psychiatrie. Mais où, dans le cas où elles recevraient un diagnostic psychiatrique, les services de protections de l'enfance pourraient considérer d'office qu'elles ne se trouvent pas ou plus dans une situation lui permettant de répondre aux besoins de ses enfants.

Ce diagnostic pourrait également amener le Tribunal de la jeunesse à exiger, par exemple, que la mère reçoive un suivi psychiatrique, impliquant de la médication, pour pouvoir maintenir la garde des enfants. Il est alors évident que le droit fondamental de refuser un traitement, pour ces mères, est bafoué et que celles-ci se retrouvent dans une situation où l'on ne peut plus parler de consentement libre et éclairé. C'est ainsi que, selon les travailleuses des maisons d'hébergement, un nombre important de femmes hébergées par les maisons membres de la FMHF et ayant un diagnostic en santé mentale se voient retirer la garde de leurs enfants et se retrouvent pénalisées pour des comportements, des états, qui sont des conséquences directes des violences qu'elles ont vécues.





B.4 . Droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens et de services

Étant donné que le droit à la santé doit aussi être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, le RRASMQ se désolé du peu d'investissement et des obstacles au déploiement d'une offre d'alternatives en santé mentale qui soit accessible. Cette offre d'alternative est essentielle pour que les personnes puissent faire des choix véritables et donc réellement exercer leur droit au consentement libre et éclairé.

À l'heure actuelle, la grande majorité des services de psychothérapie est dispensée par des praticiens du secteur privé, et n'est accessible qu'aux personnes assurées ou ayant des revenus suffisants pour y faire appel. Les établissements publics, quant à eux, disposent de ressources de plus en plus limitées. Il faut attendre de plusieurs semaines jusqu'à un an pour obtenir une première consultation. Chaque année au Québec, c'est 200 000 personnes éprouvant le besoin de consulter qui peinent à obtenir une consultation en raison des délais d'attente (Institut de la statistique du Québec, 2011). De plus, comme le rapporte la présidente de l'Ordre des psychologues, Christine Grou, l'accessibilité n'est pas directe. Il faut d'abord passer par une évaluation médicale, puis, selon la problématique de

la personne, cette dernière sera admise dans un programme; sur cette base, elle pourra avoir accès à une consultation⁴¹.

« L'accès à une pluralité de modèles explicatifs pour la population en général connaît des obstacles importants. De façon encore plus précise, l'uniformisation des approches d'intervention réduit les possibilités de choix pour les citoyens parmi les plus vulnérables, exclus et défavorisés de la société. Il faut rappeler que la majorité des personnes psychiatisées sont prestataires de l'aide sociale et vivent très en dessous du seuil de la pauvreté. De façon générale, elles ont peu accès à des ressources socioculturelles, à des activités de loisir et à des espaces de formation et de travail où l'on respecte le rythme imposé par leurs difficultés. Ces contraintes réduisent aussi leur possibilité de s'inscrire dans des démarches thérapeutiques autres que celles offertes par le réseau public ou d'avoir accès à d'autres formes d'aide psychologique pour lesquelles on doit généralement déboursier des sommes d'argent substantielles.⁴² »

B.4.1 Un programme d'assurance publique de la psychothérapie vertement critiqué

En décembre 2017, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a annoncé un nouveau programme d'assurance publique de la psychothérapie. Inspiré du modèle anglais NICE, l'accès à la psychothérapie se fera par le truchement d'un diagnostic médical, ce qui oblige, encore, à obtenir un diagnostic psychiatrique pour avoir accès à des soins et de l'accompagnement. Malgré que l'INESSS a recommandé de tenir compte des préférences de la personne quant au choix du traitement (*Avis sur l'accès équitable*, 2015), les balises du modèle anglais uniformisent les pratiques de psychothérapie qui sont accessibles autour des techniques cognitivo-comportementales. De plus, l'investissement annuel récurrent de 35 millions de dollars annoncé est nettement insuffisant si l'on se fie à l'estimation de 400 millions de dollars par année évaluée par la Coalition pour l'accès à la psychothérapie.

Le groupe d'entraide Le Rebond situé à Montréal a tenu à faire part de ses doléances en élaborant, avec les personnes qui ont eu recours ou tenté d'avoir recours à ce programme, la pièce de théâtre *De la poudre aux yeux!*. On y dénonçait notamment l'exclusion des personnes qui sont considérées comme vivant avec un trouble grave de santé mentale en les renvoyant aux services psychiatriques réguliers.

⁴¹ RAD, Radio-Canada, 11 septembre 2018.

⁴² *Repenser la qualité des services en santé mentale*, Lourdes Rodriguez del Barrio, p. 162.

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.



Le communautaire mis de côté

On doit souligner que le nouveau programme d'assurance publique de la psychothérapie fait, de nouveau, l'économie du milieu communautaire qui, depuis des années, accompagne et écoute les personnes en situation de détresse. Plutôt que de soutenir adéquatement leur mission via le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), on les contraint, eux aussi, à adopter des balises issues des « données probantes » au détriment de la qualité du lien thérapeutique. Le réseau de la santé devrait manifester une plus grande ouverture envers l'entraide en tant que pratique alternative ainsi qu'aux différentes pratiques alternatives d'accompagnement et de traitement ayant prouvé leur efficacité. Le RRASMQ considère que les pratiques non médicamenteuses, en plus de répondre à des besoins exprimés par les personnes, ont des impacts bénéfiques sur le bien-être des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. »

B.4.2 La Loi 21, une catégorisation professionnelle aux effets pervers

En 2012, la Loi 21, venant modifier le Code des professions, est venue légiférer les champs d'activité de plusieurs professionnels comme les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs ou les ergothérapeutes, réservant certains types d'activité à certains professionnels et retirant certains droits à d'autres. Ce faisant, la Loi a eu pour effet de mettre en lumière l'expertise de certains au détriment d'autres travailleurs de la santé et de la relation humaine. Pour le RRASMQ, cette loi a eu pour effet de limiter l'accès à une diversité de professionnels, une pluralité d'approches et de services dans leur communauté. Car dans les services communautaires, qui sont en grande majorité sous-financés, ce changement dans la loi a eu pour conséquences que plusieurs travailleurs ne peuvent dorénavant plus offrir certains services.



B.4.3 Des modèles novateurs et alternatifs qui protègent ou garantissent le droit à la santé

Il devrait être primordial de soutenir adéquatement le développement des alternatives à la médication. Certains usagers, membres de l'entourage et intervenants aimeraient qu'une plus grande place soit accordée aux alternatives au traitement médicamenteux. Nous souhaiterions insister ici sur quelques exemples.

Des ressources à taille humaine, imbriquées dans les communautés

Au Québec près d'une centaine de ressources alternatives offre aux personnes des lieux d'accueil, d'écoute, d'aide et d'entraide qui permettent aux personnes de retisser des liens sociaux essentiels à leur santé mentale. Leur approche globale, démocratique et participative permet aux personnes de reprendre du pouvoir individuellement et collectivement et de développer une diversité de pratiques répondant à leurs besoins et correspondant à leur rythme: thérapie par l'art ou la musique, méditation, ateliers de croissance personnelle, formations, soutien aux études ou à l'insertion socioprofessionnelle, soutien dans la communauté, action collective pour la défense des droits et la transformation sociale, etc.



L'entraide

Nombre d'études ont mis en évidence les effets positifs des pratiques d'entraide tels que l'atténuation de la détresse et la réduction du recours aux services spécialisés, la participation et l'intégration sociale des personnes dans leur communauté, le sentiment d'espoir, l'appropriation du pouvoir et l'amélioration de la

qualité de vie (Bellamy, Schmutte & Davidson, 2017; Brown, Tang & Hollman, 2014). Ces organismes communautaires d'entraide sont composés et gérés par des personnes utilisatrices; certains travaillent également avec des personnes intervenantes alliées. Ils sont porteurs d'une autre façon de concevoir et d'accueillir la souffrance, permettent aux personnes de briser l'isolement, de favoriser leur participation citoyenne en vue d'agir pour améliorer leur condition de vie et de leur santé mentale.

Le Soutien intentionnel par les pairs (SIPP)

L'approche de *soutien intentionnel par les pairs* (Intentional Peer Support) conceptualisée par la militante américaine Shery Mead prend racine présentement au Québec. Centrée sur la communication, elle permet de soutenir les dimensions interpersonnelles et relationnelles de l'entraide en se dégageant de la dynamique aidant/aidé issue du modèle biomédical, et en travaillant dans la réciprocité. Ses principes sont : apprendre ensemble, passer de l'individuel à la relation, et traverser ses peurs pour développer l'espoir et retrouver son potentiel humain.

La Gestion autonome de la médication (GAM)⁴³

Cette approche québécoise, élaborée avec et à partir des besoins des personnes premières concernées, a pour but de se rapprocher d'une médication qui convient et qui s'intègre dans une démarche plus large de mieux-être et d'appropriation du pouvoir. À l'aide d'outils mis à leur disposition (guide personnel GAM, formation et soutien de groupe ou individuel) les personnes qui entreprennent cette démarche ont l'occasion de comprendre le rôle et les limites de la médication dans leur vie, de dresser un bilan de son impact afin de favoriser une prise de décision éclairée face aux traitements, incluant les alternatives. Elle a comme impact de faciliter le travail de coopération avec les professionnels de la santé en se centrant sur le point de vue de la personne.



« Elle a accepté de vivre avec un certain nombre de symptômes, donc elle entend des voix, mais elle dit “Oui, je me débrouille avec, j’ai appris à fonctionner avec, mais je suis beaucoup plus fonctionnelle, j’arrive à venir à mes activités, j’arrive à avoir une vie satisfaisante avec mon conjoint et je suis beaucoup mieux dans ma peau” »⁴⁴

La Gestion autonome de la médication est considérée par le Commissaire à la santé et au bien-être comme une pratique thérapeutique basée sur des données probantes. “ La

⁴³ www.rasmq.com/gam

⁴⁴ Lise-Anne Ross, accompagnatrice GAM, cité dans http://www.rasmq.com/GAM/documents/GAM_brochure_VFweb.pdf, p.7

gestion autonome de la médication fait partie intégrante du rétablissement et de l'appropriation du pouvoir d'agir. Elle requiert nécessairement un dialogue entre la personne utilisatrice, ses intervenants et les membres de son entourage. Les recherches évaluatives ont permis de conclure que la gestion autonome de la médication permet aux personnes de transformer positivement leur relation avec les médecins prescripteurs et les autres professionnels de la santé mentale.⁴⁵ »

Les groupes d'Entendeurs de voix

Le mouvement des *Entendeurs de voix*, issu des Pays-Bas, se développe depuis quelques années au Québec. Près d'une quarantaine de groupes sont actifs dans plusieurs régions du Québec. Ce mouvement promeut la création d'espaces de parole où les personnes se réunissent pour parler librement de leurs expériences avec l'entente de voix. Ainsi, grâce à leurs échanges et à leur soutien mutuel, les personnes osent briser le silence et dépasser la honte. La richesse de leurs échanges leur permet, ensemble, d'améliorer considérablement leur condition de vie et de trouver une place digne au sein de la société⁴⁶.

Les centres de crise

Les centres de crise sont des alternatives indispensables à l'hospitalisation au Québec, cette dernière pouvant constituer une expérience traumatisante pour les personnes. Par des services d'intervention téléphonique, de l'hébergement temporaire ou du soutien dans la communauté, ces centres communautaires accueillent de manière libre et volontaire les personnes vivant une situation de détresse, à risque de suicide ou non, ainsi qu'à leurs proches.

⁴⁵ CSBE, 2012, page 97.

⁴⁶ Page web du Regroupement des entendeurs de voix québécois : <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/revquebécois/>

B.5 Droit à l'accessibilité

Accès inéquitable des soins et services

En 2015, la loi 10 a transformé de façon radicale les structures et le fonctionnement du système québécois de santé et de services sociaux. Des centaines d'établissements ont été fusionnés dans des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). L'objectif principal de cette réforme était d'améliorer l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour la population du Québec. En réalité, les services sociaux ont écopé de cette réorganisation, en y subissant des pertes de pouvoir, certes, mais aussi des pertes d'expertise et de proximité avec les communautés. Les grands hôpitaux sont devenus les maîtres d'œuvre d'une organisation des services fondés avant tout sur des diagnostics et des programmes-services hiérarchisés.

Cette réorganisation a, à toutes fins pratiques, assujettit les centres locaux de services communautaires (CLSC) aux besoins du système hospitalier et abolit les réseaux locaux de services qui devaient jouer un rôle de coordination des services de proximité et des solidarités au niveau local. « Ainsi, toute personne vivant une crise situationnelle (rupture, deuil, perte d'emploi) a aujourd'hui beaucoup plus de difficulté à trouver une réponse satisfaisante à proximité de chez elle et dans des délais raisonnables. Car, en dépit du bon vouloir des travailleurs sociaux, lesquels sont confrontés aux listes d'attente et aux critères pointus pour accéder à certains services, cette personne en situation de vulnérabilité risque d'être privée de son « droit d'usage » en étant systématiquement dirigée vers son programme d'assurance privé ou encore vers un organisme communautaire.⁴⁷ »

Des membres du Regroupement corroborent les difficultés vécues dans de nombreuses régions quant à l'accès géographique aux soins de santé, ou encore, quant à l'accès financier à ces soins. Ainsi, sans transport adéquat disponible, plusieurs craignent les impacts de la fermeture de points de service. D'autres s'inquiètent de la disparition du modèle des CLSC, cliniques communautaires publiques et interdisciplinaires, au profit des Groupes de médecine familiale, un modèle privé venant en aspirer les ressources⁴⁸.

⁴⁷ Grenier et Bourque, *L'Évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La Nouvelle Gestion publique ou le démantèlement progressif des services sociaux*, page 110 et 111.

⁴⁸ IRIS, *CLSC ou GMF, comparaison de deux modèles*, mai 2017.

Nous constatons que l'accessibilité engendre des problèmes d'équité, tant pour les populations défavorisées que pour les personnes vivant dans les régions éloignées. On constate également un déficit d'accès aux soins primaires pour plusieurs populations: "les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les jeunes en difficulté ainsi que les personnes avec des problèmes de déficience intellectuelle ou des troubles du spectre de l'autisme ont une accessibilité d'autant plus difficile lorsqu'ils habitent des territoires plus défavorisés.⁴⁹»

C. Recommandations

En lien avec le bloc B.1

- I. **Accès gratuit aux services psychosociaux sans le truchement du diagnostic**
Que toutes les personnes en éprouvant le besoin aient accès gratuitement à des services d'aide et de soutien psychosociaux et alternatifs à la médication psychiatrique et que l'accès à ces services ne soit pas conditionnel à un diagnostic en santé mentale.
- II. **Reconnaissance de l'expertise des personnes**
Que l'expertise des personnes, y compris des jeunes, soit reconnue par leur participation égalitaire sur toute question qui les concerne, notamment dans l'élaboration, la mise en oeuvre, et l'évaluation des politiques et plans d'action.
- III. **Exercice et protection des droits des patients en santé mentale**
Que l'exercice du droit à l'information, du droit à la participation au traitement, du droit à l'accompagnement et du droit au consentement aux soins libre et éclairé soit respecté et garanti pour tous les traitements liés à la santé mentale.
- IV. **Mise en place d'une commission sur la médicalisation des difficultés vécues par les jeunes**

⁴⁹ Grenier et Bourque, *L'Évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La Nouvelle Gestion publique ou le démantèlement progressif des services sociaux*, page 110 et 111.

Que le gouvernement mette immédiatement en place une commission sur la médicalisation des problèmes sociaux des jeunes⁵⁰.

V. Soutenir la participation individuelle et collective des personnes

Favoriser une parole collective en santé mentale, notamment par les projets comme Représent'Action (AGIDD-SMQ), pour travailler à rétablir l'équilibre des pouvoirs entre les personnes souhaitant des soins et les donneurs de soins.

En lien avec le bloc B.2

Nous recommandons que le gouvernement québécois adopte, en conformité avec la Politique en santé mentale, une vision globale de cet enjeu, incluant l'action sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

VI. Que cette conception globale se traduise par les actions suivantes :

- Que les prochains Plans d'action en santé mentale adoptés par le gouvernement du Québec soient axés sur la prévention et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, impliquant une vision interministérielle de l'action en santé mentale;
- Que soit mise en place une réelle stratégie d'accès aux transports, que ce soit par l'entrée en vigueur de tarifs sociaux ou d'une augmentation de l'offre en transport collectif dans les régions semi-urbaines et rurales;
- Que la Mesure du panier de consommation soit considérée comme le revenu minimum dont devrait jouir toute personne, dans la perspective de garantir l'accès à la participation citoyenne pour tous les citoyens et citoyennes du Québec;
- Que des initiatives de sécurité et d'autonomie alimentaire se mettent en place dans toutes les collectivités le souhaitant, avec des marchés solidaires, des jardins communautaires et des cafétérias d'écoles primaires s'approvisionnant localement;
- Que soient réalisés 50 000 nouveaux logements sociaux au Québec en 5 ans tout en entretenant le parc vieillissant, dans l'esprit de la reconnaissance formelle du droit au logement tel qu'énoncé dans le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) ratifié par Ottawa et Québec en 1976.

⁵⁰ Ces quatre premières revendications, inspirées de celles formulées par le Mouvement Jeunes et santé mentale, ont été appuyées, en date du 1er novembre, par plus de 1300 individus et 300 organisations au Québec, sans que les partis politiques ne prennent des engagements allant en ce sens lors de la campagne électorale s'étant conclue le 1er octobre 2018.

En lien avec le bloc B.3

Le RRASMQ considère que la lutte à la stigmatisation passe par une remise en question de la place qu'occupent le diagnostic et la médicalisation dans la culture du réseau public en santé mentale. Pour cela, il recommande:

- Que la formation des intervenants dans le secteur de la santé et des services sociaux inclut la vision critique en santé mentale et les droits. Qu'elle soit sensible aux enjeux liés à la stigmatisation et implique les personnes premières concernées. Que des moyens supplémentaires soient octroyés afin de s'assurer de la disponibilité et de la qualité de ces formations.
- Que la parole des personnes qui vivent ou ont vécu un problème de santé mentale soit au coeur des initiatives contre la stigmatisation. En ce sens, le Gouvernement du Québec doit mettre en places des mesures concrètes pour encourager et faciliter la participation citoyenne des personnes au sein des instances publiques, prioritairement à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi dans les autres forums citoyens.

En lien avec les blocs B.4 et B.5

- Que les citoyens et citoyennes du Québec aient accès à une diversité d'approches venant répondre à leur demande d'aide, notamment qu'il leur soit proposé des alternatives à la médication et à l'hospitalisation à l'intérieur-même du panier de services offerts dans le réseau public.
- Que les groupes communautaires alternatifs en santé mentale soient dûment financés via le financement à la mission dans toutes les régions sociosanitaires du Québec, notamment les centres de crise, les groupes d'entraide et de promotion-vigilance, les centres de jour et de soir, les ressources en hébergement, les ressources de réintégration au travail, les ressources de soutien dans la communauté ainsi que les ressources offrant des traitements alternatifs (psychothérapie, art-thérapie, démarche de groupe, gestion autonome de la médication, etc.).
- Que l'article 6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit respecté dans toutes les régions du Québec, afin que toute personne ait le libre-choix du professionnel et de l'établissement où elle recevra accompagnement ou soin.

D. En guise de conclusion

Considérant le travail à faire pour respecter le droit au meilleur état de santé mentale possible au Québec, les membres du RRASMQ, dans une alliance entre les personnes premières concernées et les intervenants, se sont engagés dans une démarche d'actions collectives ayant comme point de départ les dénis de droits identifiés comme étant les plus criants pour les personnes :

1. On nous colle un diagnostic sans tenir compte de nos histoires!
2. Nos mauvaises conditions de vie affectent notre santé mentale!
3. On ne nous croit pas, on met notre parole en doute à cause du diagnostic.
4. On nous isole, on nous exclut à cause de notre différence ou du diagnostic.
5. On nous impose des traitements, sans informations et sans autres choix.
6. En psychiatrie, on vit la peur et on perd nos droits!
7. On nous prive des soins et des services auxquels on a droit. On passe outre notre consentement même lorsqu'on dit «non» ou qu'on refuse.

Cette démarche, nommée *Se donner du souffle*, travaille à transformer ces situations d'injustice, à partir du principe que les personnes premières concernées sont à même de définir quelles sont les priorités d'action afin d'avancer vers un plus grand respect du droit d'atteindre le meilleur état de santé physique et mentale possible. Nous espérons que les gouvernements canadiens et québécois sauront intégrer leur parole collective lors de la définition des prochaines grandes orientations sur la santé mentale.

E. Principales références

Agence de la santé publique du Canada, (2006), Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-23humain06/5-fra.php>

Association canadienne pour la santé mentale, «*L'emploi et la santé mentale*», page web.

Les banques alimentaires du Québec, (2007), *Bilan Faim Québec 2017*.

Bouchard, Rachel et D.Lafortune, "Perceptions des éducateurs quant à la prise de médicaments psychotropes par les adolescents placés en centres jeunesse dans la région montréalaise», *Revue Drogues, santé et société*, volume 5, no.1, 2006, pp.5-164.

CIUSSS de la Capitale nationale, 25 janvier 2016, communiqué.

<https://www.ciussc-capitalesnationale.gouv.qc.ca/mobilisation-sans-precedent-pour-agir-en-prevention-aupres-de-12000-jeunes-nes-de-parents-souffrant>

Comité de la santé mentale du Québec, (2005), *Le Parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique : pour un meilleur accès au travail*.

Commissaire à la santé et au bien-être, (2012), *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*.

Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec – Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux*.

Commission de l'Éthique en Science et en technologie, 2012, *Avis «Médicaments psychotropes et usages élargies: un regard éthique»*.

Conseil supérieur de l'éducation, *Pour une école riche de tous ses élèves*, 2017.

Cousineau, Marie-Eve, Radio-Canada, 2 avril 2016, "De plus en plus de jeunes prennent des antipsychotiques".

Dorvil, H., (2007), «Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale» in *Problèmes sociaux. Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche*, chapitre 6, pp. 169- 202. Québec: PUQ, 2007, 526 pp

Fortin D., (1989) «Pauvreté et maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades, et si oui pourquoi?», *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, 1989, p. 104-113.

FRAPRU (2018), *Dossier noir Logement et pauvreté au Québec*, 7e édition, Juillet 2018.

Gosselin, L., (2015), «Le revenu universel garanti», <http://revenudebase.quebec/tag/revenu-social-universel-garanti/>

Grenier, Josée et Mélanie Bourque, *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La Nouvelle Gestion publique ou le démantèlement progressif des services sociaux*, page 110 et 111.

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.

Gutierrez, Marcio et Emmanuelle Bernheim, *Perspectives internationales sur les alternatives à l'internement psychiatrique*, juillet 2017.

Goodman et al, 1997, Physical and Sexual Assault History in Women with Serious Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 23, No.4

Hurteau, Philippe, (2018), *Le revenu viable : indicateur de sortie de la pauvreté en 2018*, publication de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, avril 2018.

https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Revenu_viable_20180414_WEB.pdf

Institut Vanier de la famille, (2012), *État actuel du budget des familles canadiennes*.

Labesse, M-E.,(2009), «La participation citoyenne : pour qui, comment et pourquoi?», *Revue Kaléidoscope*, volume 10, numéro 1, juin 2009.

Lafortune D. et M. C. Kiely, (1989), « "Prévention primaire des psychopathologies»: appellation contrôlée », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 1, 1989, p. 54-68.

Larose-Hébert, Katharine, *Quand les mots se heurtent aux maux: Portait d'un discours morcelé. Étude de l'expérience subjective des personnes utilisatrices des services de santé mentale au Québec*, Thèse, Université d'Ottawa, 2016.

Lemyre L., (1989), « Stresseurs et santé mentale : analyse contextuelle de la pauvreté », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, p. 120-127.

Mercure, Philippe, *La Presse*, 10 juillet 2017, «Sortir le Québec de la déprime»

Ministère de la Santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec (1989), *Politique de santé mentale*.

Ministère de la Santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec (2015), *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale,(2017) *Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale, 2017-2023*, 2017.

Organisation des Nations Unies, Conseil Économique et social (2000), 11 août 2000, *Questions concernant la mise en oeuvre du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*.

Organisation mondiale de la santé (2014), *Aspects économiques des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé*.

Organisation mondiale de la Santé et Action Internationale pour la Santé (2013), *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre*, Traduction française.

Plourde, Anne (2017), Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, *CLSC ou GMF, comparaison des deux modèles et impact des transferts de ressources*, mai 2017.

Poirel, Marie-Laurence, et M.Clément, J.Gagné, L.Rodriguez del Barrio, (2012), *Barrières et défis à l'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale importants : représentations d'acteurs du champ de la santé mentale. Pour une démarche citoyenne de réflexion et d'action*, Rapport de recherche.

Mémoire du RRASMQ sur le droit à la santé, remis au Rapporteur spécial de l'ONU, 13 novembre 2018.

RÉCIFS (Géraldine Bureau), 2018, *La porte de sortie? Rapport de sondage sur les conditions de pratique en intervention- travail social(e) québécoise(e)*.

Rodriguez del Barrio, Lourdes et L.Bourgeois, Y.Landry, L.Guay et J.L.Pinard, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté*, Presses de l'Université du Québec, 2006.

RQOH (2016), *Logement communautaire et santé mentale : une variété d'approches pour choisir son milieu de vie*, 11 août 2016.

RRASMQ, (1997), Réforme de la sécurité du revenu- Mémoire présenté à la Commission des Affaires sociales.

RRASMQ, (2004), Mémoire sur le projet de loi 57 (Loi sur l'aide aux personnes et aux familles)http://rrasmq.com/publications/Memoires/Memoire_2004sept_PPP.pdf

RRASMQ, (2012), Avis sur le Rapport du CSBE.
http://www.rrasmq.com/publications/Avis_Analyses/CSBE_Avis_Rapport-2012.pdf

RRASMQ, (2016), *Agir sur la pauvreté, agir sur la santé mentale, Mémoire dans le cadre de la consultation gouvernementale sur le Plan de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale*. http://rrasmq.com/publications/Memoires/Memoire_2016_Planpauvreteexclusion.pdf

RRASMQ (comité le Politique), février 2018, *Une histoire à écrire ensemble, document de revendications électorales du RRASMQ*.
http://rrasmq.com/documents/divers/Revendications2018_RRASMQ.pdf

Robichaud et coll., (1994), *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale, de l'exclusion à l'équité*, Éditions Gaétan Morin.

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

STUART, H., et J. ARBOLEDA-FLOREZ (2009). «Maladie mentale et discrimination en emploi: examen des enjeux », traduit par A. SAMSON, *Le partenaire*, vol. 18, no 1, p. 23-27.

Stuart, Heather et Julio Arboleda-Florez (2012), "From sin to science. Fighting the stigmatization of mental illness", *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 57, no 8, août 2012