

AILLEURS ET AUTREMENT

Le Journal de l'Alternative en santé mentale

10 octobre 2016

SOMMAIRE

ÉDITORIAL > J'ai une histoire. Pourquoi

en faire une maladie ? Page 1

Les pys sont-ils devenus fous ? Page 2

Le petit canard tanné d'être pauvre

Page 3

« Ils n'en mourraient pas tous mais tous

étaient frappés... » Page 4

Travail et santé mentale Page 4-5

Les déterminants sociaux de la santé :

refusons d'être fatalistes! Page 5

Jeunes et santé mentale : médicaliser

ou agir sur les conditions de vie ?

Page 6

J'ai une histoire. Pourquoi en faire une

maladie ? Page 7 et 11

DOSSIER > L'Alternative : pour

transformer le monde » Pages 8 à 10

Les ressources membres du RRASMQ

Page 12



Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec

2349, rue de Rouen, 4^e étage
Montréal (Québec) H2K 1L8
Téléphone : (514) 523-7919 /
1-877-523-7919
rrasmq@rrasmq.com
www.rrasmq.com

J'AI UNE HISTOIRE. Pourquoi en faire une maladie ?

Du 5 au 10 octobre, partageons et réfléchissons sur l'impact de nos conditions de vie sur notre santé mentale.

À L'OCCASION DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE (OMS), LE MOUVEMENT ALTERNATIF EN SANTÉ MENTALE INVITE L'ENSEMBLE DES CITOYENNES ET DES CITOYENS À SE QUESTIONNER ET À ÉCHANGER SUR LES CAUSES SOCIALES DE LA SOUFFRANCE MENTALE. CETTE RÉFLEXION COLLECTIVE NOUS PERMETTRA PEUT-ÊTRE DE CESSER DE FAIRE PORTER STRICTEMENT LA RESPONSABILITÉ AUX INDIVIDUS ET DE PROPOSER DES SOLUTIONS COLLECTIVES AUX DÉTRESSES PARTICULIÈRES ! SE POURRAIT-IL QUE, PARFOIS, L'ORGANISATION DE NOTRE SOCIÉTÉ NOUS RENDE MALADE ? C'EST POURQUOI LE RRASMQ LANCE CETTE ANNÉE UNE CAMPAGNE AYANT POUR SLOGAN « J'AI UNE HISTOIRE, POURQUOI EN FAIRE UNE MALADIE ? », INVITANT LES QUÉBÉCOIS ET LES QUÉBÉCOISES À RÉFLÉCHIR AUX CAUSES SOCIALES DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.

L'OMS rappelle qu'une personne sur quatre (25% de la population), au cours de sa vie, risque d'être confrontée à un problème de santé mentale. Pourtant, encore aujourd'hui, les problèmes de santé mentale sont des questions taboues. Les personnes qui vivent ou ont vécu un problème de santé mentale sont victimes de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion.

Les problèmes de santé mentale sont des réalités complexes qui font l'objet de nombreux débats scientifiques, aussi bien sur le plan de leurs causes que sur les moyens à mettre en œuvre pour venir en aide aux personnes. Pour certains, les problèmes de santé mentale sont des maladies causées par de mauvais fonctionnements chimiques ou neurologiques au niveau du cerveau; pour d'autres, ils sont la conséquence de traumatismes affectifs refoulés; certains y voient le résultat d'un contexte social marqué par les inégalités et les injustices.

Peu importe la nature et l'origine des problèmes de santé mentale, ceux-ci s'inscrivent toujours au sein de l'histoire de vie d'une personne. Le diagnostic psychiatrique peut cependant masquer l'importance de cette histoire de vie et la réduire à celle d'une maladie. Ainsi, les causes de la souffrance, qui devraient être adressées, sont souvent négligées au profit des symptômes qui eux seuls sont (parfois) traités par la médication.

QUAND LE DIAGNOSTIC MASQUE L'HISTOIRE DE LA PERSONNE

En 2012, dans le cadre de sa consultation sur l'état des services en santé mentale au Québec, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a mis en lumière le « double tranchant » du diagnostic psychiatrique. En effet, si le diagnostic peut être « rassurant – en nommant le mal-être et en définissant la nature du trouble » et tracer la voie à des interventions et un traitement appropriés, « il peut devenir une étiquette et masquer la personne derrière le nom de sa maladie.¹ » Les conséquences sont alors désastreuses : stigmatisation, discrimination, exclusion, perte de droits... Cela peut même se traduire par de la violence et des mauvais traitements.

LA SOUFFRANCE PEUT AVOIR UN SENS

Si pour la biopsychiatrie la reconnaissance du diagnostic est nécessaire au traitement, pour le mouvement alternatif en santé mentale, le diagnostic constitue une infime parcelle de l'histoire globale de la personne. Il n'est qu'un élément de son cheminement dans la recherche d'une vie émancipée et satisfaisante. Agir « ailleurs » et « autrement » impose d'accueillir les personnes non pas en fonction de leur diagnostic mais comme des citoyennes et des citoyens en

détresse; de les écouter dans leur histoire, leurs visions, leurs besoins, leurs conditions de vie; de travailler avec elles pour identifier les causes et agir sur les conditions à l'origine de leur souffrance. « Ailleurs et autrement » est « une proposition à la fois thérapeutique et politique raisonnable pour reconstruire la signification d'être soi et faire le projet de le vivre avec les autres.² »



Dans une société qui prône la performance et un bonheur sans nuage, nous proposons, avec ce journal, de prendre un temps d'arrêt et de réfléchir aux souffrances que l'on porte. D'y réfléchir autrement. Et de voir comment, en y réfléchissant ensemble, nous pourrions dégager des pistes d'action qui nous permettent de sortir du JE pour agir avec un NOUS. S'écouter, prendre soin de soi, des autres et de la société, agir ensemble pour améliorer nos conditions de vie... c'est aussi à cela que nous invite l'Alternative en santé mentale.

¹ CSBE, 2012, RAPPORT D'APPRECIATION de la PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2012 - Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec, page 42 et 43.

² Jean Gagné, Les alternatives toujours nécessaires, dans L'autre Espace - La Revue du RRASMQ, Vol 4 - No 2 - Automne 2013, page 13

Les psys sont-ils devenus **fous** ? (extraits)

TRISTE, ANXIEUX, ÉPUISE, COLÉRIQUE? VOUS VOUS REMETTEZ MAL D'UN DEUIL OU D'UNE SÉPARATION? (...)
LE MANUEL DES PSYCHIATRES A UN DIAGNOSTIC POUR VOUS.

Par Marie-Claude Bourdon

Professeur au Département de psychologie à l'UQAM, Louis Brunet reçoit aussi des patients en consultation. L'un de ces patients, un homme qui avait vécu des événements dramatiques, ne manifestait pas beaucoup d'émotions. « Comme s'il était gelé », dit le professeur. Au fil de la thérapie, le patient se reconnecte peu à peu à ses émotions. Il commence même à pleurer. Pour le psychologue, c'est bon signe. Mais pas pour le médecin généraliste, qui lui prescrit des antidépresseurs. Dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), le manuel utilisé pour diagnostiquer les troubles mentaux, pleurer fait partie de la liste des symptômes de la dépression.

« Avoir des émotions trop fortes, ce n'est plus normal ! », s'exclame Louis Brunet, qui déplore le modèle diagnostique derrière le DSM, basé sur des listes de symptômes à cocher. « Suivant cette logique, il suffit d'ajouter un symptôme ou d'en changer un dans la liste pour multiplier les diagnostics », observe le psychologue.

« Autrefois, on punissait l'enfant indiscipliné à l'école pour le rendre plus docile. Aujourd'hui, on le traite avec des molécules. C'est encore plus violent, car il n'y a pas de discussion possible. C'est la société qui a raison et si tu ne t'adaptes pas, c'est que tu es malade. »

De nombreux états autrefois considérés comme faisant partie de l'expérience humaine normale sont aujourd'hui décrits dans les manuels de psychiatrie et traités comme des maladies. Vous êtes triste à la suite d'un deuil ou d'une séparation ? Vous souffrez peut-être de dépression ou d'un trouble de l'adaptation. Vous avez tendance à vous faire du souci ? Vous avez sans doute un trouble de l'anxiété. Votre enfant fait des crises ? On pourra lui diagnostiquer un trouble oppositionnel avec provocation. « La première édition du DSM, en 1952, comptait 125 pages et 60 diagnostics, dit le professeur du Département de sociologie Marcelo Otero. Le DSM V, paru en 2013, compte 1000 pages et environ 400 diagnostics ! »

Parmi les facteurs ayant contribué à cette explosion, Louis Brunet mentionne les pressions exercées par l'industrie pharmaceutique. « Quand on dispose d'un médicament pouvant traiter tel ou tel symptôme, souligne le psychologue, cela peut être avantageux de voir reconnaître un nouveau trouble associé à ces symptômes ou de faire modifier un diagnostic existant. »

UNE VÉRITABLE ÉPIDÉMIE

Il n'y a pas que le nombre de diagnostics qui a augmenté de façon exponentielle depuis les années 1950. La prévalence de la dépression, devenue l'une des principales causes de consultation chez le médecin, ne cesse de croître. Dans ce cas, tout comme pour l'hyperactivité chez les enfants, on fait face à une véritable épidémie.

Comment expliquer ce phénomène ? Nombreux sont ceux qui refusent de le réduire à un dysfonctionnement cérébral. « On a remplacé des explications d'ordre moral par des explications de type scientifique », avance le professeur du Département de philosophie Christian Saint-Germain. « Autrefois, on punissait l'enfant indiscipliné à l'école pour le rendre plus docile. Aujourd'hui, on le traite avec des molécules. C'est encore plus violent, car il n'y a pas de discussion possible. C'est la société qui a raison et si tu ne t'adaptes pas, c'est que tu es malade. D'ailleurs, les enfants qui prennent du Ritalin sont de bons candidats à la prise d'antidépresseurs à l'adolescence. »

Chez les garçons de 6 à 24 ans, les deux médicaments d'ordonnance les plus consommés au Canada sont les psychostimulants pour le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et les antidépresseurs. Chez les filles, qui en consomment beaucoup plus, les antidépresseurs arrivent en deuxième position après les contraceptifs oraux. Mais c'est

entre l'âge de 45 et 64 ans que la prise d'antidépresseurs est à son maximum pour les deux sexes, révèle Statistique Canada : 17% des femmes et 8% des hommes en prennent!

UN PROBLÈME SOCIAL

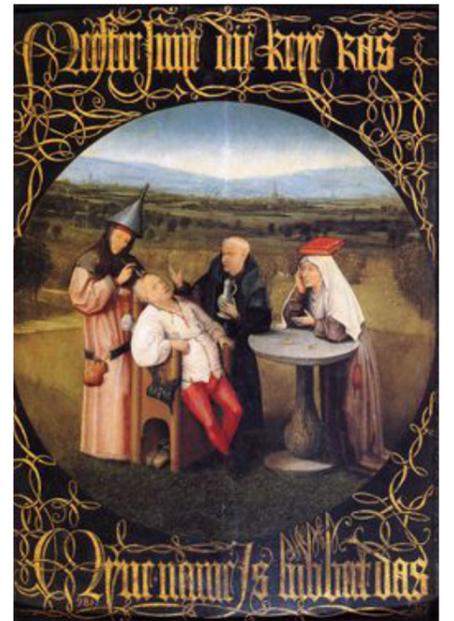
« On n'a jamais pris autant d'antidépresseurs et, pourtant, il n'y a jamais eu autant de dépressions, observe Marcelo Otero. Quand autant de gens souffrent, le problème ne peut pas être seulement dans le cerveau, il est social. »

« Même la souffrance que l'on croit la plus intime est dictée par le social », renchérit Christian Saint-Germain. Tout un discours social – articles de magazines, best-sellers, émissions de télévision – nous sert de grammaire pour comprendre et exprimer nos émotions. « La dépression est une maladie comme une autre. Consultez votre médecin ! », disent les publicités. « On fait comme si la dépression se résumait à un déficit de sérotonine dans le cortex préfrontal et on la traite comme une infection à levures, commente le philosophe. Sur les dépliants des fabricants de psychotropes, on voit de jeunes femmes souriantes en train de faire leur marché. Leur message : il suffit de prendre des antidépresseurs et hop!, on peut reprendre ses activités. C'est terrible, parce que ça évacue toute recherche de sens. »

À chaque époque correspond une manière de souffrir, relève Marcelo Otero. « Au début du siècle dernier, c'était la névrose. Aujourd'hui, c'est la dépression. » La névrose, rappelle le sociologue, révélait une société hiérarchisée, marquée par les tabous, les interdits et la répression de la sexualité (particulièrement pour les femmes), où la famille jouait un rôle extrêmement contraignant. « Dans la dépression, ni la famille ni la sexualité ne sont en cause, dit-il. La dépression est l'expression d'une société marquée par l'individualisme, dont les vertus cardinales sont l'autonomie, la responsabilité et la performance. Dans cette société, plus rien n'est interdit. Le drame, c'est de ne pas être à la hauteur. »

Selon Marcelo Otero, il est impossible de penser ce qu'on appelait autrefois la « folie » sans considérer le contexte social. Or, c'est justement ce que l'on a voulu faire en éliminant le mot folie. « Les aliénistes voulaient séparer les vrais problèmes de santé mentale des autres cas de déviance morale, dit le sociologue. Mais c'est une fausse distinction, car pour tout problème de santé mentale, il faut toujours se demander ce qui pose problème à la société. »

(...)



Qu'est-ce que la folie ? Qu'est-ce que le trouble mental ? Selon Louis Brunet, une réflexion s'impose sur la question de la responsabilité criminelle. Mais aussi sur la façon de poser des diagnostics de troubles mentaux. Des sujets qui divisent. Dans ses classes, la moitié des étudiants sont convaincus qu'une personne qui tue ses enfants est forcément sous l'emprise d'un trouble mental... L'autre moitié croit le contraire.

« Cela peut être rassurant de se dire qu'une personne qui bat ses enfants le fait parce qu'elle a un trouble de personnalité violente, observe Marcelo Otero. Mais est-ce un trouble mental ou un problème social? Une personne systématiquement méchante est-elle seulement méchante ou souffre-t-elle d'une maladie mentale ? »

Dans les années 70, rappelle-t-il, l'homosexualité, socialement inacceptable, était encore classée comme un trouble mental. Aujourd'hui, on a retiré l'homosexualité des manuels de psychiatrie, mais le fétichisme y figure toujours parmi les troubles paraphiliques. « Les fétichistes souffrent-ils davantage que les gens qui, pour avoir du plaisir, ont besoin de courir le marathon ou de grimper l'Everest? demande Marcelo Otero. Probablement pas. Mais le sexe demeure plus problématique dans notre société que le sport. D'autres cultures ont la religion pour leur dire ce qui est bien ou mal. Nous avons la psychiatrie. »

Pour retrouver l'intégral de l'article :
INTER, magazine de l'Université du Québec à Montréal, Vol. 14, no 1, printemps 2016.
<http://www.actualites.uqam.ca/2016/les-psys-sont-ils-devenus-fous>



Le vilain petit canard (tanné d'être pauvre)

EN JANVIER 2016, YVES BROSSÉAU, MILITANT DE LA MONTÉRÉGIE, A SIGNÉ UN MÉMOIRE DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION SUR LE PROCHAIN PLAN DE LUTTE À LA PAUVRETÉ ET À L'EXCLUSION SOCIALE. SE BASANT SUR SON HISTOIRE DE VIE, IL A INTRODUIT LES REVENDICATIONS DÉFENDUES PAR LE TEXTE SUIVANT. EXTRAITS CHOISIS.

Monsieur le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale,

Je me nomme Yves Brosseau. Je suis un militant pur et dur contre l'exclusion sociale et l'abus social, concerné par la lutte à la pauvreté parce que la pauvreté est la pire injustice que peut vivre une personne. Je vous fais parvenir aujourd'hui un mémoire dans le cadre des consultations sur le prochain plan de lutte à la pauvreté et à l'exclusion. Mais avant de commencer ce mémoire, j'aimerais vous raconter une histoire. Les histoires pour enfants, vous le savez, se terminent toujours bien, peu importe le degré de tragique dans lequel elles commencent. L'histoire du vilain petit canard, par exemple, raconte le parcours d'un vilain petit canard, chétif et maigre, moqué par ses frères et sœurs et exclu du groupe, qui traverse un parcours de solitude et d'exclusion avant de découvrir qu'il est un magnifique cygne et de trouver un groupe dans lequel il se sent heureux. Malheureusement, l'histoire que je vais vous raconter aujourd'hui ne se termine pas, pour l'instant, de façon aussi heureuse. Mais le point final à cette histoire vous appartient, et c'est pour ça que je vous livre ce mémoire. Peu importe le tragique du début de la vie de tous les vilains petits canards, il en revient à vous, monsieur le Ministre, d'écrire une fin heureuse.

Je suis né le 12 février 1964, à Montréal, sur le Plateau Mont-Royal. Mes parents n'étaient pas des gens riches. Quand mes parents se sont séparés, j'avais 2 mois, j'ai été élevé par mon grand-père et ma grand-mère à la campagne pendant une dizaine d'années. Mon père, je l'ai vu trois fois...

Ma grand-mère ne me corrigait jamais, alors quand ma mère venait la fin de semaine, elle me battait pour les mauvais coups que j'avais faits (ou non). Ma mère avait transféré la rage qu'elle avait contre les hommes sur moi.

À l'école, si j'avais vécu aujourd'hui, j'aurais été catalogué hyperactif. Je voulais toujours être derrière la classe mais je me retrouvais en avant. J'étais indiscipliné, pas concentré. Quand j'ai repris une seconde fois ma troisième année, ma professeure qui s'appelait sœur Irène m'a montré le français et les mathématiques. Elle croyait en moi, elle croyait que je pouvais réussir. Beau temps mauvais temps, j'étais en classe. J'avais toujours des 100%. Ensuite je suis retourné vivre avec ma mère, et à la nouvelle école où j'étais, j'ai complètement décroché.

À 16 ans j'étais dans un cours professionnel de menuiserie, je me suis blessé et j'ai perdu deux bouts de doigts. À cause de ça, j'ai dû abandonner mon cours de dessin technique, ce qui aurait pu m'ouvrir de belles perspectives dans l'emploi.

J'ai vécu des agressions, de l'âge de 3 ans à 50 ans, agressions dont je n'ai jamais parlé. Les impacts de ces agressions sont nombreux, et je vois à quel point ça a atteint mon estime personnelle. Le 13 avril 1989, j'ai arrêté de consommer, après avoir eu des accidents, avoir pété des coches, m'être fait mettre dehors des clubs... J'ai fait une cure de désintoxication, je suis entré dans des groupes d'aide, plusieurs thérapies.

L'enfer a commencé le 15 février 1999 où j'ai eu une entorse dorsale, un mois plus tard j'ai commencé à avoir une névrite d'Arnold, soit un nerf qui se met à enfler dans le cou. Ensuite, dans la même année, j'ai eu une nouvelle entorse lombaire. J'ai eu des traitements de physio et d'ergo qui étaient remboursés par la CSST, et j'ai été placé aux travaux légers. Sur mon dossier, il a été inscrit que je n'avais pas de limitation fonctionnelle permanente.

Quelques jours après je me blessais de nouveau, je ré-ouvrais un nouveau dossier. C'est à cette époque-là que les crises d'angoisse ont commencé. Neuf épидurales, huit injections dans le cou, trois dans les épaules, toutes sortes de thérapies pour aller mieux... Je me suis retrouvé de nouveau en arrêt de travail, en évaluation. En 2001, ils ont évalué que je n'étais plus capable de retourner à mes tâches. La compagnie avait dit qu'il n'y avait pas d'emploi disponible qui aurait respecté mes limitations fonctionnelles.

En 2009, ma mère est décédée, j'ai eu des ennuis financiers et j'ai déclaré faillite. En 2010 j'ai été déclaré inapte au travail. Je suis alors passé sur le régime des rentes. Si j'avais eu droit à la CSST, j'aurais pu éviter la grande pauvreté.

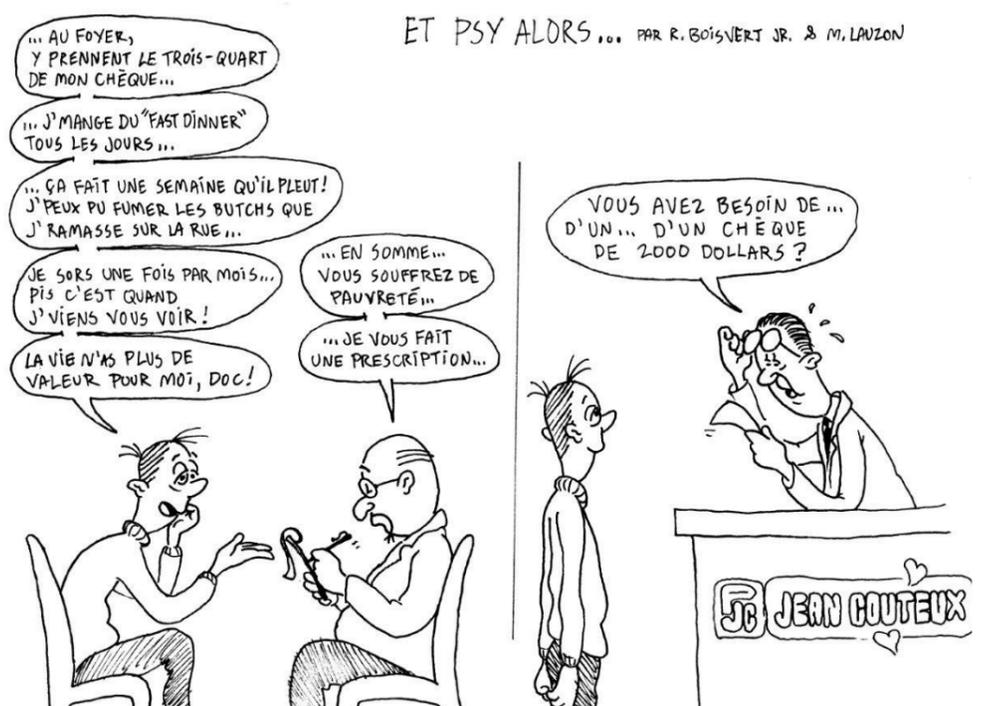
Sans salaire c'est difficile d'avoir accès à de la thérapie, à un psychologue, à une session de PNL. Améliorer mon mieux-être, retrouver mon estime de soi, c'est un travail de tous les jours. Je trouve du soutien dans plusieurs organismes communautaires depuis quinze ans, et j'y fais du bénévolat aussi.

Ça m'aide à garder la tête hors de l'eau.

Aujourd'hui, je me considère comme un survivant. J'ai tellement traversé d'épreuves dans ma vie... Aujourd'hui j'apprends tranquillement à me faire confiance, à croire en moi. J'essaie aussi de voir ceux qui croient en moi, qui m'appuient, ce que je ne voyais pas avant. Les personnes comme moi, on a besoin de confiance, on a besoin d'être reconnues. Mais on s'implique pas seulement pour nous-mêmes, on le fait aussi pour les autres qui vivent les mêmes choses que nous. C'est pourquoi les pratiques d'entraide sont là...

Je fais ma part, tous les jours, pour lutter contre la pauvreté, la mienne et celle des autres. C'est maintenant au gouvernement de faire sa part. Je souhaite que le prochain plan d'action gouvernemental contre la pauvreté et l'exclusion sociale sorte définitivement les personnes de la pauvreté.

Yves Brosseau,
citoyen et militant



« Ils n'en mourraient pas tous, mais tous étaient frappés... »¹ Pauvreté et santé mentale

¹ Les Animaux malades de la peste. Fables de La Fontaine. Première édition en 1678.

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

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

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

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

Outre le suicide, nous savons depuis longtemps que la pauvreté est étroitement liée à la détresse, à l'anxiété, à l'angoisse, à la dépression, etc.². Les discours des dominants prônant des politiques aggravant les inégalités sociales constituent de véritables armes de destruction massive qui contribuent à modifier profondément la subjectivité même

² Robichaud, J-B, Guay, L., Colin, C., Pothier, M., Saucier, J-F (1994) Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité. Gaetan Morin Éditeur et Le Comité de la santé mentale du Québec; Otero, M. (2015) Les fous dans la cité. Sociologie de la folie contemporaine. Boréal.

des individus et à provoquer des dérives qui affectent les liens sociaux. Pourtant, affirmer que ces liens existent ne va pas de soi. La tendance est plutôt à les nier ou à les secondariser au point de les rendre « insignifiants » i.e. dépourvus du potentiel de transformation sociale. C'est en effet ce que cherche à faire une certaine psychiatrie obsédée par une conception biologique, physiologique, neurologique de la mal-nommée « maladie mentale/maladie du cerveau ». C'est aussi ce qu'on trouve du côté d'une certaine psychologie et autres approches thérapeutiques, obsédées celles-là par une conception cognitivo-comportementale centrée sur le contrôle des comportements des individus, peu importe le contexte dans lequel ils vivent.

Travailler les liens qui existent entre le contexte plus global qui affecte nos vies (pauvreté mais aussi sexisme, racisme, guerre, etc.) devient une question politique et implique un engagement collectif de la part des groupes communautaires et des groupes en santé mentale en particulier. J'ai une histoire personnelle mais qui est « tricotée serrée » dans celle de la société où je suis née, où j'ai grandi et qui a façonné mon environnement. Si je suis une femme j'ai plus de possibilité de subir du sexisme et d'être victime de violence; si je suis Noire dans une société

blanche, je serai plus exposée à subir du racisme, avec des conséquences possibles au niveau de ma santé mentale. Les Syrien-ne-s resteront sans doute marqué-e-s à jamais par ce qu'ils vivent présentement... et sur lequel ils n'ont, individuellement, que peu d'influence. Mon histoire personnelle n'est certes pas une maladie. Elle est plutôt porteuse d'un formidable appel à la mobilisation citoyenne collective pour en finir avec ce qui, dans les orientations de nos sociétés, empêchent de vivre ensemble dans l'égalité et la solidarité.

Lorraine Guay, militante
et ex-coordonnatrice du RRASMQ



Travail et santé mentale : oser mieux

LE TRAVAIL ÉTANT UN DES DÉTERMINANTS IMPORTANTS DE LA SANTÉ, DES STRATÉGIES SONT DE PLUS EN PLUS MISES EN PLACE POUR PRÉVENIR L'APPARITION DE PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE. MAIS EN PARALLÈLE, NOUS ASSISTONS À UNE PRÉCARISATION DU TRAVAIL SALARIÉ, À UNE EXPLOSION DU STRESS DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL ET À UNE BAISSSE DES CONDITIONS DE TRAVAIL, SALAIRES ET AVANTAGES SOCIAUX COMPRIS. L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA PRÉVENTION DU HARCÈLEMENT AU TRAVAIL FIGURENT POURTANT PARMIS LES STRATÉGIES INDISPENSABLES POUR DIMINUER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ. COURT PORTRAIT D'UN ÉTAT DE SITUATION DES PLUS INQUIÉTANTS.

QUELQUES FAITS SAILLANTS

Au Québec, en 2007-2008, 1 travailleur sur 7 visé par l'enquête québécoise sur les conditions de travail présentait un niveau modéré de détresse psychologique. 1 travailleur sur 5 connaissait un niveau élevé de détresse. Proportionnellement plus de femmes que d'hommes témoignent d'un niveau modéré à élevé de détresse psychologique. Ce constat s'observe pour les niveaux modérés de détresse (1 femme sur 6 vs 1 homme sur 7 en vivent) et pour les niveaux élevés (1 femme sur 5 vs 1 homme sur 6). La détresse est également liée au revenu du ménage, principalement chez les hommes, et les travailleurs ayant un faible revenu en manifestent plus¹.

« Parmi les travailleurs québécois de 15 ans ou plus occupant un emploi depuis au moins huit semaines, à raison d'au moins 15 heures par semaine, 12 % ont mentionné des symptômes dépressifs (16,1 % des femmes et 8,7 % des hommes) Plus de 60 % d'entre eux estiment que ces symptômes sont partiellement ou complètement liés à leur emploi principal, soit 21,2 % complètement et 39,3 % partiellement. »²

Ces chiffres inquiétants, issus d'une large enquête menée au Québec il y a quelques années, vont de pair avec une consommation accrue

de médication psychotrope. En effet, « plus de 400,000 travailleurs ont eu recours de façon régulière aux psychotropes, c'est-à-dire tous les jours ou quelques fois par semaine au cours du dernier mois précédant l'enquête, pour réduire l'anxiété, remonter le moral ou aider à dormir, par ailleurs, le cumul de contraintes organisationnelles et d'un travail émotionnellement exigeant ou de situations de tension avec le public s'accompagne dans tous les cas d'une augmentation de la prévalence de la consommation de psychotropes. »³

UNE SITUATION INCONTRÔLABLE?

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

¹ Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du Travail (EQCOTESST), septembre 2011. http://inspq.qc.ca/pdf/publications/1336_EnqQuebCondTravailEmpSantSecTravail.pdf

² idem

³ idem



Les déterminants sociaux de la santé : refusons d'être fatalistes!

LA DÉTÉRIORATION DE LA SANTÉ MENTALE N'EST PAS UNE FATALITÉ, C'EST, EN GRANDE PARTIE, UNE QUESTION DE SOCIÉTÉ SUR LAQUELLE NOUS POUVONS ET DEVONS AGIR ! SELON L'OMS, POUR AMÉLIORER LA SANTÉ, IL FAUT AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, C'EST-À-DIRE SUR LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LES INDIVIDUS NAISSENT, GRANDISSENT, VIVENT, TRAVAILLENT ET VIEILLISSENT AINSI QUE LES SYSTÈMES MIS EN PLACE POUR FAIRE FACE À LA MALADIE. TOUJOURS SELON L'OMS, LA PAUVRETÉ EST LA PLUS GRANDE MENACE À LA SANTÉ. QU'ATTENDONS-NOUS POUR AGIR ?

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : INCONTOURNABLE!

Nos gouvernements ont une responsabilité envers la santé et la sécurité de leurs citoyens et citoyennes. Or, de plus en plus, les cibles budgétaires prédominent face à ce souci. Confrontées à ce constat, des personnes se mobilisent, se solidarisent et se redonnent de l'espoir, en refusant de laisser la situation se détériorer. Que ce soit dans leur milieu d'étude, de travail ou de vie, ces personnes se réapproprient leur pouvoir en exigeant une action du gouvernement sur les déterminants sociaux et en oeuvrant, à leur échelle, à la transformation de la société.

QUE PEUVENT NOS GOUVERNEMENTS POUR PRÉVENIR LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ?

L'action en matière de santé mentale est, de façon navrante, souvent consacrée au curatif, soit aux soins ciblant les personnes déjà aux prises avec un problème de santé mentale. Le mouvement

alternatif, au contraire, invite les gouvernements à *agir ambitieusement en prévention*, en améliorant les conditions de vie quotidienne. Pour ce faire, nous revendiquons :

- des politiques globales et universelles de protection sociale de façon à garantir à tous un revenu suffisant pour mener une vie saine;

- un meilleur soutien aux premières années de la vie par le développement social, affectif, cognitif et l'apprentissage du langage tout en prenant en considération les ressources existantes du milieu;

- plus de soutien au milieu scolaire, pour améliorer le développement affectif des enfants;

- un meilleur financement du logement social et communautaire, en s'assurant de mécanismes de fixation des prix du logement et en assurant la salubrité et l'accessibilité des logements;

- des villes et villages où il fait bon vivre, avec des espaces verts et du transport accessible;

- une amélioration des conditions de travail de toutes les travailleuses et travailleurs;

- une meilleure intégration sociale de tous les citoyennes et citoyens, notamment du côté de la prise de décisions;

- une action plus large contre la violence et toutes formes de discrimination, notamment le racisme, le sexisme et l'âgisme, etc.

LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS EN SANTÉ : UNE PRIORITÉ!

Agir en prévention en santé est, c'est bien connu, une façon intelligente, efficace (et économique) d'agir sur la santé des populations. Cela est vrai autant pour la santé physique que mentale. Or, si nous constatons présentement une détérioration des actions en prévention de la part des gouvernements, on s'alarme également des inégalités en santé, notamment de par les menaces répétées à l'universalité des services de santé.

Pour faire face à ces menaces, des citoyennes et des citoyens se mobilisent pour réclamer des systèmes de soins de santé basés sur les principes d'équité, de promotion de la santé et de prévention de la maladie. D'autres réclament une participation accrue des personnes usagères à la prise de décision et à l'évaluation des services. Finalement, on réitère l'importance d'assurer l'accès universel, notamment aux services de psychothérapie.

Agir à la source des problèmes de santé mentale, c'est possible.

Et notre gouvernement en a les moyens, quoi qu'il en dise.

Pour un bon départ dans la vie, offrez-lui **LES ANTIDÉPRESSEURS** !



*Mais n'est-ce pas dangereux?**

Ne vous inquiétez pas! Il n'est jamais trop tôt pour diagnostiquer une dépression chez votre nourrisson! En effet, selon des chiffres publiés dans le *New York Times*, près de 20 000 prescriptions pour des médicaments antipsychotiques comme le rispéridone (Risperdal) ont été rédigées en 2014 pour des enfants de moins de 2 ans, et 83 000 prescriptions pour l'antidépresseur Prozac ont été données à des bébés du même âge. Au Québec également, on observe une hausse des prescriptions ciblant de jeunes enfants. Ne tardez pas! Le bonheur est à portée de la main!

Travail et santé mentale (suite)

emplois à temps plein afin de joindre les deux bouts, venant complexifier la conciliation travail-famille. Or, cette situation n'est pas fatale : tout comme les conditions de travail se sont détériorées au cours des trente dernières années, il est possible de travailler à renverser la vapeur, en exigeant de meilleures conditions de travail. Après tout, c'est en notre intérêt, mais également dans celui des collègues et de l'employeur, comme nous l'apprend un communiqué de l'Ordre des conseillers en ressources humaines agréés en date du 2 mai dernier.⁴

Ainsi, des chercheurs de l'IRIS nous invitent à repenser l'univers du travail afin d'agir sur la santé mentale des employé-e-s: « Les employeurs et les employeuses en font-ils assez pour respecter les limites à la productivité de leurs employé-e-s ? Il ne s'agit pas de faire de la méditation sur l'heure du midi ou forcer le personnel à prendre des formations extracurriculaires sur l'estime de soi, reportant ainsi sur leurs épaules la responsabilité de leur équilibre psychologique. Il s'agirait plutôt d'offrir des mesures de conciliation travail-famille, d'accorder plus de deux semaines de vacances par année, de ne pas imposer d'heures supplémentaires, de ne pas les rejoindre en dehors des heures de travail, voire même (soyons fous) de diminuer le temps de travail. »⁵ Une belle invitation à refuser le fatalisme et à imaginer, ensemble, une autre façon de vivre le travail.

4 «Santé mentale au travail: les victimes collatérales». <http://www.newswire.ca/fr/news-releases/sante-mentale-au-travail-les-victimes-collaterales-577808161.html>

5 Guillaume Hébert et Céline Héquet, «Le fardeau individuel: de l'endettement à la dépression», billet de blogue de l'IRIS. <http://iris-recherche.qc.ca/blogue/le-fardeau-individuel-de-l-endettement-a-la-depression>

Jeunes et santé mentale

Médicamenter ou agir sur les conditions de vie ?

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.»¹

¹ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), mai 2015, Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux.

On observe ainsi une augmentation importante du nombre de jeunes diagnostiqués pour des troubles mentaux et qui prennent des médicaments psychotropes, soit une hausse de l'ordre du 200 à 500% au cours des vingt dernières années.

UN ÉTAT DES LIEUX PRÉOCCUPANT

La situation du trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est particulièrement préoccupante. Selon l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire [2], 13% d'entre eux ont reçu un diagnostic de TDAH confirmé par un médecin et les Québécois consomment 35% des médicaments anti-TDAH (Ritalin, Concerta...) prescrits au Canada¹.

En 2014, le nombre de pilules de Ritalin consommées au Québec a grimpé de 12 % par rapport à 2013, faisant du Québec la province canadienne où la consommation de ce type de médicament est la plus élevée, en proportion de sa population.

D'autres données ont de quoi inquiéter! Selon des études réalisées au cours des dernières années dans les Centres jeunesse de la région de Montréal, 20 à 36 % des jeunes de 12 à 17 ans hébergés reçoivent une médication psychotrope; la prise de médication s'inscrit couramment dans la démarche générale de relation d'aide, si bien que près d'un jeune sur deux a un diagnostic de trouble mental inscrit au dossier et près de deux jeunes sur cinq prennent un ou des médicaments psychotropes.

Les statistiques internes du Regroupement des Auberges du cœur du Québec (RACQ) révèlent qu'en près de 10 ans, les «problèmes de santé mentale» chez les résidents ont augmenté de 176 %. Or, l'avenir laisse entrevoir le pire. En effet, une recension des études démontre que l'on prescrit à de plus en plus de jeunes, de plus en plus tôt dans leur vie (0-5 ans), de plus en plus deux ou trois médicaments au même jeune, pour de plus en plus longtemps (voire toute la vie).²

QUAND LA BIOLOGIE L'EMPORTE SUR LES CONDITIONS DE VIE

Pour bon nombre de personnes, la hausse de la médicalisation résulte des progrès réalisés dans le domaine des sciences biomédicales, de la génétique, de la neurologie et de la pharmacologie. De plus en plus d'intervenants s'interrogent toutefois sur la validité d'une telle explication. Cette médicalisation accrue des difficultés vécues par les jeunes serait-elle une réponse inadéquate, généralisée et simpliste à la transformation des normes économiques, politiques, sociales et culturelles au sein de la société ?

La mutation des liens sociaux et des solidarités, le changement de regard sur l'être hu-

main, l'affaiblissement du support offert aux élèves en difficulté dans les écoles (sans parler de l'augmentation du ratio maître-élève), les changements des repères diagnostiques et l'influence de l'industrie pharmaceutique jouent un rôle majeur dans le regard qui est porté sur les « problèmes de santé mentale » vécus par les jeunes.

Au Québec, ces moteurs sont renforcés par le mode d'organisation actuel du réseau de la santé et des services sociaux et les transformations des politiques sociales, où la médication est la réponse presque exclusive à la souffrance sociale et psychique³.

En l'absence de services psychologiques gratuits dans des délais raisonnables, les services médicaux/psychiatriques constituent souvent la seule option accessible. On constate également que plusieurs éléments pèsent lourd dans le choix de prescrire des psychotropes aux enfants et adolescents: les prescriptions de plus en plus indépendantes des diagnostics, de moins en moins de véritables diagnostics médicaux, des évaluations de la santé mentale des jeunes qui demeurent «subjectives» et, enfin, la tolérance de moins en moins grande à la *dérangerosité* des comportements.

Il ne faut pas non plus sous-estimer, dans la balance, les intérêts conjugués de l'industrie pharmaceutique, du marché des assurances et des contraintes budgétaires des gouvernements. Les dépistages précoces et/ou systématiques, encouragés dans le dernier plan d'action québécois en santé mentale, ont pour effet de multiplier les diagnostics, surtout dans les familles les plus pauvres, de stigmatiser toute une jeunesse en difficulté et d'accroître du même coup leurs problèmes (effet Pygmalion)⁴.

De plus en plus de difficultés scolaire, familiale, relationnelle, économique, existentielle, etc. sont ainsi considérées comme des pathologies à traiter avec des moyens pharmacologiques alors que leurs causes profondes devraient être recherchées ailleurs que dans des dysfonctionnements d'ordre biologiques ou neurologiques.

La pauvreté, les inégalités de revenus, le chômage et les transformations du marché du travail, les problèmes d'accès aux services sociaux et de soutien en milieu scolaire, des conditions de logement difficiles, surtout dans les milieux défavorisés... sont des facteurs déterminants de l'état de santé physique et mentale. Pourtant, les dépistages glissent vers un usage des médicaments psychotropes comme «moyen de prévention»: dans le doute on prescrit, «ça ne peut pas faire de mal».

Est-ce vraiment le genre d'avenir que l'on veut préparer pour la jeunesse? Vu sous cet angle, on est en droit de s'interroger sur les seuls impacts qu'auront les mesures d'austérité

imposées aux Centres de la petite enfance (CPE) et aux établissements scolaires et, par conséquent aux familles, impacts qui se mesureront sur la jeunesse actuelle et sur les adultes de demain.

UNE AUTRE PERSPECTIVE EST POSSIBLE

Les jeunes en difficulté se butent à de nombreux obstacles dans leur intégration, obstacles dus aux inégalités sociales, souvent à la racine de la détresse psychologique et de l'isolement social. Or, une stricte lecture individuelle et biomédicale de ces difficultés (de plus en plus définies comme des «troubles» de santé mentale) ne saurait ouvrir la voie à l'élaboration de mesures efficaces et adéquates afin de mieux accompagner ces enfants et adolescents.

Au contraire, il nous semble aujourd'hui incontournable de développer des approches alternatives et des actions plus collectives afin de répondre à ces situations. L'attention mise sur le diagnostic détourne scandaleusement une attention qui devrait plutôt se porter sur le contexte d'émergence de ces comportements. En conséquence, les déterminants sociaux de la santé sont niés, de même que l'analyse sociale et structurelle qui pourrait alimenter des actions politiques significatives pour faire face aux causes des inégalités sociales (plutôt que de strictement médicamenter les symptômes).

Il nous semble impératif de faire face à ces enjeux et de collectivement déconstruire le recours à la médication comme étant une finalité et «la» seule solution aux difficultés que vivent les jeunes. Une mobilisation émerge lentement, suite au Forum jeunes et santé mentale tenu en avril 2016 par trois regroupements québécois préoccupés par cette question. Les jeunes, en ce sens, seront des acteurs majeurs de cette bataille, afin de faire entendre leurs difficultés et d'en appeler à des réponses plus adaptées à leurs situations de vie.

« Moi en fait, je ne comprends pas pourquoi ils disent que le *kid* a un problème. Pourquoi ils ne disent pas : « le *kid* vit un problème »? Et, le plus souvent, ce que j'entends, c'est que le *kid* est un problème. »

Témoignage d'un jeune mis en théâtre par Mise au jeu lors du Forum Jeunes et santé mentale, avril 2016

¹ 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

² RACQ (2012), Bernadette Dallaire, Pierre Gromaire, Michael McCubbin, Mélanie Provost et Lucie Gélinau, 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?

³ Rodriguez, L., Corin, E. et M-L Poirer (2001), Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée, Revue de psychologie du Québec, Vol 2, No 2, pages 201 à 223.

⁴ L'effet Pygmalion a été d'abord mis en lumière dans une étude sur le verdict scolaire et l'effet de ce verdict sur la progression des élèves. Des enseignants à qui on avait indiqué qu'un groupe était plus doué avait tendance à investir positivement cette classe et à l'évaluer à la hausse. D'un autre côté, les groupes identifiés faussement comme plus faibles étaient négligés et notés à la baisse. Ainsi, le préjugé de départ sur un individu ou un groupe modifie nos rapports à ceux-ci et ont un impact sur l'investissement et l'évaluation de ces derniers.

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

La Journée de visibilité de l'Alternative en santé mentale se tient, chaque année, le 10 octobre. L'édition 2016 a retenu le slogan « J'ai une histoire, pourquoi en faire une maladie ? ». Cette phrase, aux sens multiples, se déploie ainsi : tout d'abord, nous souhaitons faire entendre que chaque personne a une histoire, histoire faite de difficultés et de chemins cahoteux, mais également de réussites et de solidarités. Ces histoires personnelles s'inscrivent dans un grand tout, nos histoires, l'Histoire avec un grand H. Cette Histoire qui est faite et défaits au gré de nos luttes sociales, de nos avancées et reculs en matière de droit des travailleurs et des travailleuses, en matière de droit au logement, droit à la dignité, etc. Les histoires individuelles, lorsqu'elles sont souffrantes, sont trop souvent perçues et reçues au travers de la lunette déformante du biomédical: avant d'écouter une personne, on lui pose un diagnostic, on lui prescrit une médication, et hop! Pourtant, ces souffrances, qu'elles soient appelées dépression ou anxiété, sont souvent causés par des conditions sociales et pourraient être soulagées par des mesures structurelles, s'adressant à ces causes. En attendant que nos gouvernements entendent ce cri, nous faisons entendre, au travers de cette campagne, les histoires des personnes. Des histoires trop souvent tues.

Folle d'histoires!

PROJET DE SYNOPSIS, PAR JOLAINE

(Elle entonne maladroitement un fragment du refrain déformé de «La Maladie d'amour» de Michel Sardou) «Elle court, elle court, la maladie des histoires, dans le cœur des enfants, de sept à soixante-dix-sept ans... Pis moi j'en ai vingt-neuf pis j'carbure encore aux histoires! (Elle rit) Assez pour avoir été taxée d'histrionique infantile par le psychiatre Jean Renaud qu'y'était donc content d'avoir sa tendre moitié le DSM en tête pour se comprendre...

(Hors de soi) Pis moi là-dedans! J'ai jamais été une briseuse d'union, mais fallait-tu que j'me résigne à être un témoin – un de plus – de sa (elle mime des guillemets) «noce d'argent»? Une union financièrement profitable, on s'en cachera pas, han, quand tu gagnes 300 000 piastres par année pour riposter à ta patiente pas patiente que t'embarqueras certainement pas dans son histoire!

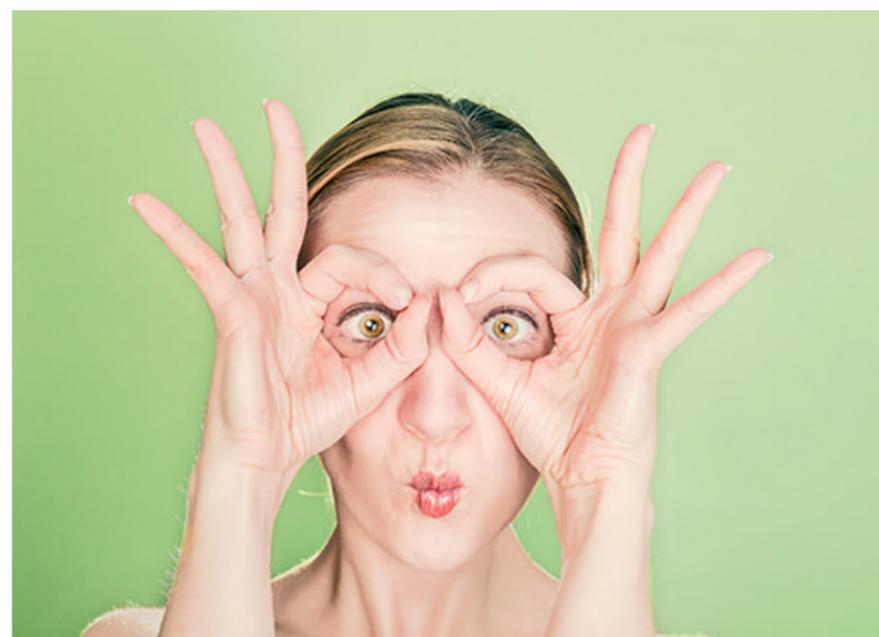
À quoi bon s'raconter, alors, si on peut pas l'faire d'la manière dont nos tripes nous l'dictent ? C'toujours ben pas d'ma faute si j'parle, depuis qu'j'suis haute comme trois pommes, de ma détresse en ayant recours aux contes... Des contes à dormir debout, oui, parfois, je l'avoue, mais c'pas comme si la souffrance savait pas s'travestir! Pis si elle sait si bien s'travestir, c'est peut-être parce qu'elle est trop grande pour se montrer sans déguisement, han!

Quand tu t'présentes à l'autre avec une armure d'histoires, c'pas pour le trip de s'jouer de lui ou d'elle! C'parce que ça fait un quart de siècle que tu t'construis un bouclier de fictions pour farder les déceptions, compenser les manques, calmer les irritants, te protéger de la bêtise humaine, composer avec tes peurs, mettre un peu de fantastique – pas le pouche-pouche nettoyeur, là... – dans le quotidien de tes proches aigris, te prémunir contre le rejet, soustraire à la vue de toutes et tous ta grande fragilité, rehausser ton estime... le peu qu't'as!

Vingt-cinq ans à camoufler tellement de choses, qu'à un moment donné, tu t'es camouflée, toi, complètement, sans même t'en rendre compte. (Elle mime l'éclatement.) Paf! T'es disparue derrière tes histoires! Pis le psychiatre refuse de jouer à la cachette avec toi, maintenant! Le risque est ben trop grand qu'y r'trouve, en chemin, sa part d'humanité qu'y'a reniée, han! Qu'est-ce t'en penses?

Ce synopsis a été écrit dans le cadre de la présente campagne, afin d'en faire un court-métrage.

Le film est disponible sur www.jaiunehistoire.com



Sortir de la noirceur

Début des années 2000 : moi, Mélanie, suis au top de ma game : mère de famille comblée, travaille comme cadre chez Radio-Canada, fait des études universitaires à temps-plein et vient de m'acheter ma première maison. En couple depuis des années avec un amour d'adolescence, ma vie semble parfaite, du moins, d'un regard extérieur.

2007 : tout s'est écroulé dans les trois dernières années. La maladie physique s'est installée par la grande porte, ce qui m'a fait perdre mon poste de cadre. J'ai dû arrêter mes études à cause de la médication et, cerise sur le sundae, je me suis séparée en 2007. Pourquoi m'être séparée ? Car je ne pouvais plus endurer la violence verbale et physique que je vivais avec mon conjoint. Cette séparation m'a fait perdre ma maison, mais m'a surtout coûté ce que j'avais de plus au cher au monde : la garde de mes 3 enfants.

J'étais en mille morceaux et je ne tenais plus qu'avec de la ficelle ! Mon monde s'était écroulé, anéanti. C'est là que je me suis mise à broyer du noir, la vie n'avait plus de sens. Je ne voyais aucune raison de me lever encore moins d'exister. Je me détestais et je détestais encore plus les autres. On m'a forcée à consulter, ce qui m'a menée à un diagnostic de dépression majeure. Cette dépression a duré des années. Je suis tombée creux, très bas. J'ai tenté de me suicider, et j'en ai voulu longtemps à l'équipe médicale de m'avoir sauvée. Durant cette période, on m'a traitée de toutes les manières, des encouragements aux menaces. J'en ai entendu des bonnes à mon sujet tel que : « Oublie pas ta médication, tu pourrais être dangereuse ! » ou encore « Tu veux pleurer, c'est à cause de ta maladie, retourne chez toi et on se parlera un autre jour ». C'est allé jusqu'à : « Si tu ne te reprends pas en main, je vais devoir couper les ponts avec toi... »

Durant ma grande dépression, j'ai quand même été chanceuse d'avoir du soutien. C'était un petit réseau de soutien, mais il était constant. Mes parents ont toujours été là pour m'aider avec les enfants et étaient là pour moi à leur manière. On n'avait pas la meilleure relation, mais pour les enfants, c'était génial ! Et il y a ma meilleure amie, qui m'a supportée, acceptée et aimée peu importe l'état dans lequel je me trouvais.

Début 2015 : Mélanie est fatiguée de vivre dans cette noirceur. J'ai alors décidé d'entreprendre des démarches qui m'ont menée à la Maison du Goéland, organisme communautaire en Montérégie. De là, j'ai reçu de l'aide d'une intervenante sociale, j'ai participé à des groupes de soutien et j'ai commencé à faire du bénévolat. On a créé Les Reporters, ce qui m'a permis de sortir de ma noirceur en très peu de temps, car je constate aujourd'hui que j'étais très isolée et que j'avais un grand besoin de socialiser.

Aujourd'hui, je me sens bien dans ma peau. Je connais mes limites physiques et mentales. Et j'essaie de les respecter le plus possible. Je continue à faire du bénévolat, c'est comme un travail pour moi, ça me valorise autant. J'ai vaincu ma dépression mais je sais que je ne suis pas à l'abri d'une autre. Personne n'est à l'abri. Prenez soin de votre santé, physique comme mentale.

Ce témoignage a été recueilli dans le cadre d'une Bibliothèque vivante tenue dans une ressource de la région de la Montérégie.

DOSSIER

L'Alternative en santé mentale :

Se donner un Ailleurs et un Autrement

LE REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) ET SES RESSOURCES MEMBRES POSENT UN AUTRE REGARD SUR LA SANTÉ MENTALE EN GÉNÉRAL, SUR LES PERSONNES QUI ONT UN VÉCU EN SANTÉ MENTALE, SUR LEUR CHEMINEMENT ET SUR LES TRAITEMENTS OFFERTS EN PSYCHIATRIE. IMAGINER DES ESPACES AUTRES QUE L'HÔPITAL POUR VIVRE ET TRAVERSER UNE CRISE. IMAGINER DES LIEUX OÙ L'ON PEUT CHEMINER À SON RYTHME SANS SE SENTIR JUGÉ OU ENCADRÉ DANS UN QUELCONQUE PROGRAMME. IMAGINER UN ORGANISME DANS LEQUEL L'ÉTIQUETTE DU DIAGNOSTIC NE COLLE PAS. IMAGINER DES ENDROITS OÙ L'ON EST ACCUEILLI COMME DANS UNE FAMILLE ET OÙ L'ON VALORISE L'EXPÉRIENCE DE LA SANTÉ MENTALE COMME UN SAVOIR. IMAGINER DES VALEURS HUMAINES DE SOLIDARITÉ ET D'ENTRAIDE PLUS EFFICACES QU'UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE. IMAGINER DES ESPACES DÉMOCRATIQUES OÙ L'ON MET L'ACCENT SUR LA PARTICIPATION DE CHACUN ET CHACUNE À LA VIE COLLECTIVE DE L'ORGANISME.

À LA SOURCE DES PRATIQUES ALTERNATIVES (extraits du Manifeste du RRASMQ)

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



Composés et portés principalement par les personnes ayant connu la psychiatrie, les groupes rattachés à ce mouvement dénonçaient et contestaient fortement les abus du système psychiatrique sur les individus. Enfin, une troisième influence du mouvement alternatif appartient au mouvement communau-

taire québécois qui s'est développé à travers l'émergence de plusieurs groupes sociaux tels que les groupes des femmes, d'éducation populaire, de défense de droits individuels et collectifs, des jeunes, etc.

Au Québec, les débuts de la désinstitutionnalisation ont été initiés par la sortie du livre *Les fous crient au secours* (1961) écrit par Jean-Charles Pagé, un ex-patient de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu qui dénonçait les conditions de vie intolérables et inhumaines dans les asiles. Ensuite, en 1962, une Commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques a déclenché une remise en question majeure du bienfait et de la nécessité des asiles. Dès lors, la responsabilité de la prise en charge des problèmes de santé mentale est passée de l'autorité des communautés religieuses vers les médecins psychiatres.

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

Cette vision médicale des soins et services repose entre autres sur l'autorité du médecin psychiatre dans le rôle de l'expert, le recours presque exclusif à la médication comme trai-

tement et l'hospitalisation à répétition par manque de soutien adéquat dans la communauté. Vers la fin des années 1970, au Québec, c'est en quelque sorte dû à l'échec, mais aussi à la remise en question d'une psychiatrie sociale qui se voulait tournée vers la communauté, que sont nés le besoin et le désir de chercher ailleurs et autrement des moyens pour répondre à la souffrance émotionnelle.

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

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

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

Les ressources alternatives aujourd'hui

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

Les ressources alternatives sont des espaces créatifs d'intervention dans lesquels on accueille la souffrance psychique de façon non-médicale et où l'on mise sur des approches collectives et sociales en plus des approches individuelles.

Les ressources alternatives développent également des activités de prévention, d'information et de sensibilisation sur la santé mentale. Elles sont enracinées dans leur communauté locale et visent à réduire les inégalités sociales en santé mentale. Pour plusieurs, elles représentent un lieu symbolique où l'on est accueilli, non pas comme une personne malade, mais comme une personne à part entière. C'est ce qui fait toute la différence !



pour transformer le monde



Quelques approches et pratiques alternatives

ACCUEILLIR... HUMAINEMENT, SANS JUGER ET SANS DIAGNOSTIQUER

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

Accueillir, c'est refuser de poser un jugement moral sur les comportements même si ceux-ci peuvent nous choquer ou nous ébranler. C'est refuser de se réfugier dans la recherche d'un diagnostic dont l'effet néfaste est de fournir une « définition toute faite » de ce que la personne est censée ressentir et une sorte de « kit » sur la façon de se comporter. C'est considérer l'autre devant soi, à égalité, comme un être humain et comme un citoyen, une citoyenne à part entière.

VIVRE LA CRISE SANS HOSPITALISATION ET Y TROUVER UN SENS

La crise est un moment dans la vie d'une personne, un moment de grande souffrance et qui peut prendre différentes formes : tristesse, angoisse, peur, agitation, perturbation... En général, la personne seule ou accompagnée d'un proche se présente à l'urgence d'un hôpital ou y est amenée contre sa volonté.

Mais il existe d'autres façons d'accueillir une personne en crise. À la Bouffée d'Air (Rivière-du-Loup, Bas-St-Laurent) comme son nom l'indique, la personne est certaine d'avoir le temps de reprendre son souffle. La personne souffrante ou en détresse qui cogne à leur porte est assurée d'un accueil immédiat et chaleureux. Pendant l'accueil on prend le temps nécessaire pour bien cerner les besoins de la personne. On se fait un devoir d'impliquer la personne dans la résolution de la crise et aussi du déroulement de son propre séjour. Chacun a sa façon

différente de vivre sa détresse et d'y trouver des réponses. Et la crise peut être un moment opportun pour remettre en question des dynamiques souffrantes et d'emmener des changements durables dans sa vie.

S'ENTRAIDER ENTRE PERSONNES AYANT UN VÉCU COMMUN

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

AVOIR ACCÈS À DES « TRAITEMENTS » ALTERNATIFS

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

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

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

Parmi les différentes approches de « traitement », l'Entre-Deux a développé des pratiques basées sur la reconnaissance de la condition particulière des femmes ayant des problèmes de santé mentale, sur des pratiques féministes.

Comme femme, la plupart d'entre nous avons été blessées dans notre estime, chacune à notre façon. Notre risque est plus élevé d'être en dépression dans notre vie. Il est donc important de se retrouver comme femme et entre femmes, afin de se renforcer, d'explorer notre potentiel, d'apprendre à se faire confiance et à se solidariser entre nous. (Pauline Lacroix, Hébergement L'Entre-Deux, Montérégie)



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

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

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

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

« J'ai une **histoire**. Pourquoi en faire une maladie? »



Que fait un prisonnier dans sa prison ?

Il tourne en rond dans sa tête, il fait les cent pas. Incapable de se stabiliser, il a perdu la notion du temps. Impulsivement, il crie, il crie à tue tête : Laissez-moi, laissez-moi sortir d'ici ! Laissez-moi sortir de ce corps aux émotions malades! Laissez-moi sortir de moi-même. Ma tête pense bien, c'est ce corps cet handicap, non... c'est ce cœur qui ne peut se contenir et veut exploser à en éclabousser les barreaux des fenêtres inexistantes et des portes closes. Je n'en peux plus! Je ne sais plus où frapper, sur le mur de mes mains crispées, sur le lit plutôt la base de métal de mes pieds tendus, pourquoi pas le gardien... Non, je ne frapperais jamais quelqu'un mais moi-même, suis-je quelqu'un à mes yeux ? Est-ce qu'il y a quelqu'un dans la cellule de ma tête, dans la prison de mon cœur ? Où est mon amoureux ? Où est ma mère ? Où sont mes amis ? Où est ma famille ? Où suis-je, moi, là-dedans ? Où est ma vie ?

Je suis dans une cellule toute blanche et toute noire à la fois. Je suis dans le monde et le vide en même temps. Je suis dans l'action et le néant qui se chevauchent simultanément. Je suis dans un coin composé d'ombre et de lumière à la fois. Suis-je la seule ainsi ? Les TPL d'un bord et les non-TPL de l'autre côté. Je vous en prie, sortez-moi de moi avant que le pire ne m'arrive, encore pire que la mort ou le suicide, sauvez moi de la perte de mon âme et la déconnexion de... Moi! Car vivre à travers mes yeux, je suis prisonnière de moi-même, tout en remettant ma vie entre les mains des autres... Vos mains!

Ce texte a été créé par Mylène lors d'un atelier d'écriture créative à la ressource alternative Le Rebond de la Petite-Patrie, Montréal.

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

COMITÉ MOBILISATION : Ghislain Goulet, Gorette Linhares, Julie Sigouin, Yves Brosseau, Haleema Rachid, Michel Durocher, Stéphane Belleville, Dominic Guillemette, Émilie Duplessis-Brochu, Anne-Marie Boucher

RÉDACTION DES ARTICLES : Yves Brosseau, Anne-Marie Boucher, Marie-Claude Bourdon, Lorraine Guay, Ghislain Goulet, Gorette Linhares, Robert Théoret

TÉMOIGNAGES ET CRÉATIONS : Mélanie, Jolaine, Mylène, Céline Cyr, Véronique Pascal

RELECTURE : Anne-Marie Boucher, Raymond Beaunoyer, Émilie Duplessis-Brochu, Gorette Linhares, Mathilde Lauzier, Jean-Pierre Ruchon, Robert Théoret.

MISE EN PAGE: Anne-Marie Boucher

CRÉDITS IMAGES:

PAGE 1 : Jenny So, Freemages.com, Gratisography

PAGE 2 : L'extraction de la pierre de la folie, Hieronymus Bosch

PAGE 3 : Anne-Marie Boucher

PAGE 5 : PicJumbo

PAGE 7 : Gratisography

PAGE 8 : Archives web, mouvement des Survivors

PAGE 9 : Life of Pix

PAGE 10 : Dominic Guillemette

PAGE 11 : Gratisography

FAUSSES PUBLICITÉS : Anne-Marie Boucher

IMPRIMEUR : Hebdo-Litho

Les inadéquats

Les inadéquats
Se sont perdus
Se sont emmêlés démêlés construits déconstruits rénovés retapés taponnés ils se sont revivés de tous bords tous côtés dans tous les sens d'un point cardinal à l'autre nord sud sud-est nord-ouest ben ben à l'ouest mais oùess que c'est le boutte de la voûte que coûte que coûte on goûte
À autre chose qu'à notre usure

Tourner sur soi ça use
Toupie tout le temps
Les pensées en constante rivière contre le barrage de leurs crânes
Sparage mental et le spin spame le réel c'pas de ma faute
C'pas de ma faute
C'est-tu de ma faute
C'pas de ma faute
Ça doit être un peu de ma faute de la faute à ma mère à la société de ma faute de savoir à qui la faute peu importe spin and spame and twist and shout c'pas supposé être de même la vie
Un incessant flot d'idées qui te circulent dans le corps
Et te poussent dans le néant

Les inadéquats
Se sont perdus encore une fois
Quelque part dans une zone grise
Ils sont parmi nous mais pas tant
Ils marchent à côté de leur corps
Et tiennent leur tête à quatre mains parce que trop lourde

Les inadéquats cherchent refuge
Dans une phrase qui donne courage
Dans une explication tangible au pourquoi du comment
La tête pleine et vide
Épuisés ils se traînent jusqu'au ravitaillement ben ben à l'ouest
Le sens leur sille dans les oreilles comme des bombes prêtes à les écraser
À tout moment le ciel pourrait tomber – se retourner contre eux
(...)

Les inadéquats cherchent le drapeau blanc tout beurré des sueurs froides de ceux qui ont quitté le champ de bataille auparavant
Arivent au buffet mais plus aucun convive à qui faire l'accolade
Et les assiettes sont vides – reste plus rien de vraiment nourrissant
Toute la junk qu'ils avaleraient
N'importe quoi – taire les voix qui hurlent à présent
Taire le mal et la faim ne serait-ce qu'un temps
Un petit sursis s'il vous plaît

Les inadéquats ont faim de sens
Et de se raconter
Mais les oreilles prêtées sont vites reprises
'Pis tsé c'est tellement cher de nos jours des oreilles, c'pas tout le monde qui n'a'
'C'est rendu un luxe, moi j'ai pas les moyens personnellement, fak je parle tout le temps'
'parle-parle-jaser ça coûte zéro-pine-barre tsé'
Pas le temps de dire grand-chose
Le temps coule trop vite
Toujours l'heure de prendre la porte
Mais c'est la porte qui aurait le goût de les prendre
Un câlin de quart de rond c'est mieux que rien

Les inadéquats savent que ben ben à l'ouest on endort les endoloris
Pit stop le spin – pit fuck le spam
On le spottera peut-être jamais le fond de la toupie
Anyway

Les inadéquats auront vite soif de silence
Quitte à en perdre leur essence

Et pour toute réponse on leur remettra
Quelques doses d'indifférence

Ce texte a été créé par Véronique Pascal, une comédienne de Longueuil, propriétaire de 2 chats obèses, qui chante et qui écrit. Ce qui lui importe le plus, c'est peu importe le médium... avoir une parole et prendre la parole. Sa couleur préférée est le rouge, elle ne sait pas trop pourquoi.

Les **ressources alternatives** membre du Regroupement des ressources alternative en santé mentale du Québec **dans votre région**

- **Bas-St-Laurent (01)** : Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) Bas-du-Fleuve (418) 723-6416 ; **Centre d'entraide l'Horizon** (418) 862-2333; **La Bouffée d'Air du KRTB** (418) 867-8580; **La Traversée Association Kamouraskoise en santé mentale** (418) 856-5540; **Le Marigot** (418) 562-4247; **Le Périscope des basques** (418) 851-3398; **Rayon de partage en santé mentale** (418) 629-5197; Regroupement des organismes communautaires alternatifs en santé mentale du Bas St-Laurent (418) 867-3699; **Source d'Espoir Témis** (418) 854-0009
- **Saguenay / Lac St-Jean (02)** : Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale du Saguenay / Lac St-Jean (418) 662-1163
- **Capitale nationale (03)** : Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR) (418) 640-5253; **Relais La Chaumine** (418) 529-4064
- **Mauricie / Centre du Québec (04)** : **Groupe Facile d'accès** (819) 523-4952; **La Ruche Aire ouverte** (819) 293-6416; Regroupement des organismes de base en santé mentale de la région 04/17 (819) 691-2592; **Réseau d'aide Le Tremplin** (819) 474-1895
- **Estrie (05)** : **La Cordée Ressource alternative en santé mentale** (819) 565-1226; **Contact Richelieu-Yamaska** (450) 771-7152 ; **Entrée Chez-soi** (450) 293-1631; **L'Autre Rive** (819) 564-0676; **L'Autre Versant** (450) 777-7611; **Le Rivage Val-Saint-François** (819) 826-5303; **L'Ensoleillée** (819) 583-5727; **L'Éveil, ressource communautaire en santé mentale** (819) 849-3003; **Le Phare Source d'entraide** (450) 293-0690; **L'Éveil de Brome-Missisquoi** (450) 263-6240; **Virage santé mentale** (819) 877-2674
- **Montréal (06)** : **Accès-Cible s.m.f.** (514) 525-8888; **Action Autonomie** (514) 525-5060; **Action Santé de Pointe St-Charles** (514) 933-5771 ; Alliance communautaire autonome pour la promotion et la défense collective des droits en santé mentale du Québec; **L'Alternative** (514) 640-1200; Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (514) 523-3443; **CENTRAMI** (514) 761-1509; Association de Parents pour la santé mentale de Saint-Laurent-Bordeaux-Cartierville (514) 744-5218; **Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel (CAMÉÉ)** (514) 327-3035; **Centre d'Apprentissage Parallèle (CAP)** (514) 843-5658; **Centre de soir Denise Massé** (514) 525-8059; **Centre de soutien jeunesse de St-Laurent** (514) 744-1288; **Centre d'entraide Le Pivôt** (514) 251-1869; **Communauté Thérapeutique La Chrysalide** (514) 843-2015; **Déprimés anonymes** (514) 278-2133; **L'Atelier** (514) 844-6458; **L'Autre Maison Centre d'intervention de crise du Sud-Ouest** (514) 768-0098; **Maison des amis du Plateau Mont-Royal** (514) 527-1344; **Maison l'Éclaircie de Montréal** (514) 382-2760; **Maison Saint-Jacques** (514) 526-4132; **Maison St-Dominique** (514) 845-7793; **La Parentrie** (514) 385-6786; **Prise II** (514) 858-0111; **Projet PAL** (514) 767-4701; **Le Rebond** (438) 404-9909; **Relax-Action Montréal** (514) 385-4868; Réseau alternatif communautaire des organismes en santé mentale (514) 847-0787
- **Abitibi / Témiscamingue (08)** : **Groupe Soleil Malartic** (819) 757-6930; **L'Accueil d'Amos** (819) 727-1984 ; **Le Trait d'union de La Sarre** (819) 333-3628; **L'Entretoise du Témiscamingue** (819) 622-0733; **Maison 4 Saisons** (819) 629-3261; **Table de concertation régionale des organismes communautaires alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue.**
- **Côte-Nord (09)** : **L'Âtre de Sept-Îles** (418) 962-6006; **Maison de transition Le Gîte de Baie-Comeau** (418) 589-2211 ; Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de la Côte-Nord (418) 589-2211; **CREAM (Baie-Comeau)** (418) 295-3328
- **Nord-du-Québec (10)** : Corporation Le Zéphir de Chibougamau (418) 748-2225
- **Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine (11)** : **Association d'entraide pour la santé mentale de New-Richmond (La Passerelle)** (418) 392-4888; **Centre Accalmie** (418) 788-2406; **Centre Émilie-Gamelin de Chandler** (418) 689-6100; **Le CRRI (Centre de ressourcement; de réinsertion et d'intervention)** (418) 368-1655; Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (418) 763-9177
- **Chaudière / Appalaches (12)** : **Aux Quatre Vents** (418) 833-3532; **Centre la Barre du jour** (418) 887-7100; **La Table régionale des organismes communautaires alternatifs en santé mentale de la région de Chaudière-Appalaches** (418) 832-1555; **Le Murmure** (418) 774-2444; **Le Trait d'Union de Montmagny** (418) 248-4948; **L'Oasis de Lotbinière** (418) 728-2214
- **Laval (13)** : **Association de loisirs des personnes handicapées psychiques de Laval** (450) 627-4525; **En-Droit / Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale de Laval** (450) 668-1058
- **Lanaudière (14)** : **La Bonne Étoile** (450) 759-8853; **La Rescousse Amicale** (450) 834-3151; **La Rescousse Montcalm** (450) 839-7050; **Le Tournesol de la Rive-Nord** (450) 657-1608; **Le Vaisseau d'Or (des Moulins)** (450) 964-2418; **Services de crise de Lanaudière** (450) 657-5005
- **Laurentides (15)** : **Centre aux sources d'Argenteuil** (450) 562-0673; **Groupe La Licorne** (450) 433-9084; **L'Échelon des Pays-d'en-haut** (450) 227-1996; **L'Envolée de Sainte-Agathe** (450) 326-5778; **Droits et recours Laurentides** (450) 436-4633
- **Montérégie (16)** : **Alternative Centregens** (450) 651-0651; **Ancre et Ailes du Haut Saint-François** (450) 829-3491 ; **Arc-en-ciel Vaudreuil-Soulanges** (450) 424-7006; Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (450) 375-5868; **Au Second Lieu** (450) 672-8725; Collectif de défense des droits de la Montérégie (450) 674-2410; ; **Groupe d'entraide L'Arrêt-Court** (450) 743-6071; **Hébergement l'Entre-Deux** (450) 651-0715; **L'Avant-garde en santé mentale** (450) 444-9661; **Le Tournant** (450) 371-2820; **Maison alternative de développement humain** (450) 774-6139; **Maison du Goéland de la Rive-Sud** (450) 845-1700; **Maison Jacques-Ferron** (450) 646-5381; **Maison le Point Commun** (450) 346-5706; **Maison sous les arbres** (450) 691-8882; **Maison Vivre** (450) 465-0264; **Réseau d'Habitations Chez soi** (450) 676-8940



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*

2349, rue de Rouen, 4^e étage
Montréal (Québec) H2K 1L8
Téléphone : (514) 523-7919 / 1-877-523-7919
rrasmq@rrasmq.com

www.jaiunehistoire.com