

Ailleurs et Autrement

Le Journal de l'Alternative en santé mentale

Edition 2019

www.jaunehistoire.com

À quoi ressemblerait un Québec qui prend soin de la santé mentale?

Dans ce numéro

Page 3

Ailleurs et Autrement: un autre regard

Quelques approches et pratiques alternatives

Page 5

On arrivera quand on arrivera

Page 6

Dossier

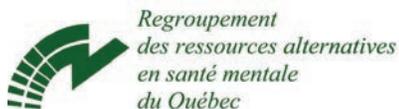
Des droits à conquérir

- Ouverture de dossier
- Des luttes citoyennes
- Le logement social - avec soutien communautaire!
- Quand t'es pas cru, t'es cuit!
- Maladie, trouble, problème ou diversité?
- Hospitalisation et médicalisation forcée en santé mentale
- Une lecture sociologique du TDAH

Page 16

Les ressources alternatives au Québec

Ce Journal est produit par le RRASMQ depuis maintenant sept ans, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale (OMS). Au Québec, cette journée est soulignée comme la Journée de l'Alternative en santé mentale.



« L'histoire de ton corps accuse l'histoire politique. »
Édouard Louis, *Qui a tué mon père*

ÉDITORIAL- Le 31 janvier dernier, près de cinquante pédiatres et professionnels médicaux signaient une lettre ouverte visant à alerter la population sur une dérive en cours. Au cœur de leur lettre, de nombreuses statistiques mettant en lumière la hausse des diagnostics d'hyperactivité mais surtout, la hausse massive de consommation de psychostimulants (Ritalin, Concerta, etc.). Ces chiffres, connus depuis longtemps, sont mis de l'avant par le Mouvement Jeunes et santé mentale depuis quelques années dans le but de provoquer un débat de société. Or, cette dernière sortie médiatique a créé une onde de choc : était-ce la première fois qu'autant de médecins s'alliaient pour dénoncer la lente dérive que nous observons tous? Était-ce la première fois qu'autant de parents contactaient les journalistes pour exprimer leur désarroi face aux pressions du milieu scolaire en faveur de la médication de leur enfant ?

La cinquantaine de signataires, en concluant leur texte, lançait une question large que porte le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec depuis plus de 35 ans : par-delà la lecture médicale des comportements et des émotions, quel rôle joue la société dans son ensemble? Pourquoi tant de gens souffrent, pourquoi tant de personnes, adultes comme enfants, se retrouvent porteurs d'un diagnostic psychiatrique? Et pourquoi, comme société, sommes-nous si peu à même de transformer nos manières de voir et de faire pour accueillir et accompagner les personnes comme elles le souhaitent?

Au rang des causes probables de ce glissement dénoncé par les pédiatres, difficile de passer sous silence cette tendance que nous avons tous à faire porter la responsabilité des difficultés que vit une personne sur ses propres épaules, plutôt qu'à réfléchir au cadre culturel et social dans laquelle cette personne évolue, que ce soit sa famille, son école ou son travail. Difficile également, en tant que travailleurs et travailleuses du communautaire, de ne pas nommer la pauvreté et l'exclusion qui affectent des personnes et des familles, causant un stress chronique qui détériore activement la santé mentale.

« (...)cette tendance que nous avons tous à faire porter la responsabilité des difficultés que vit une personne sur ses propres épaules, plutôt qu'à réfléchir au cadre culturel et social dans laquelle cette personne évolue... »

Suite en page 3

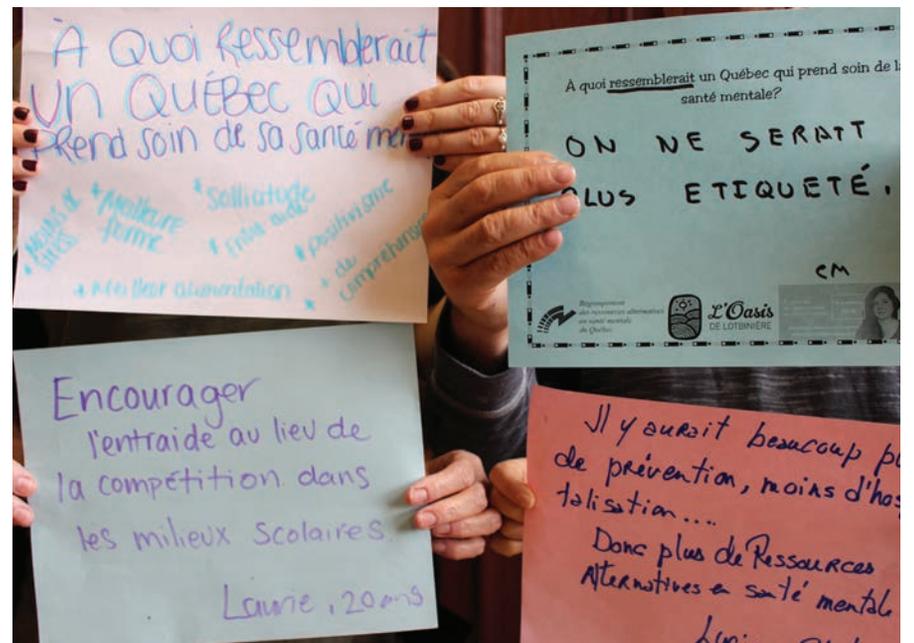
58 ans après *Les fous crient au secours*

Par Anais Dupin,
Auteure et organisatrice communautaire

Quel a été l'apport de l'antipsychiatrie dans la création des réseaux alternatifs en santé mentale au Québec? Les idées proposées ont-elles contaminé les instances officielles de la psychiatrie? Avec un bref survol des idées proposées par ce mouvement de contestation, un petit rappel de l'état des lieux au Québec dès la publication de *Les fous crient au secours!* (Jean-Charles Pagé, 1961) puis l'émergence des ressources alternatives au Québec, nous suivrons ce fil conducteur: l'idée qu'une personne privée de voix, déclassée, objectivée, est forcément vulnérable aux abus de ceux et celles qui disent vouloir s'en occuper.

Dès les années 50, une prolifique contestation de l'institution psychiatrique se met en branle. Du côté européen et états-unien, on conteste la crédibilité scientifique de la psychiatrie, questionne la signification socio-politique de la folie et défend la dignité des personnes internées. Le terme d'antipsychiatrie est proposé à la fin des années 60: le fou n'est plus vu comme un objet d'étude, qu'on observe dans le but de trouver des

signes de folie. Les rôles sont considérés perméables: la frontière entre soignant et soigné, traditionnellement rigide, éclate. Selon les courants, on remet en question la société-même (culture, modèles familiaux, travail), on affirme que la folie est une invention de la société, que la psychiatrie est une institution répressive destinée à protéger la société, ou encore, que la folie est le résultat d'une société fondamentalement malade. Ces remises



Suite page suivante

58 ans après *Les fous...* (suite de la page 1)



en questions s'accompagnent d'un changement profond du regard que l'on porte sur les fous. On considère, notamment, que l'individu réagit d'abord à son environnement. Pour le comprendre, il faut non plus observer son comportement, chercher des symptômes, mais tenter de traduire son monde intérieur, ce contre quoi il cherche à se protéger et le contexte social dans lequel il s'inscrit. D'ailleurs, on admet que l'attitude et les préjugés du médecin peuvent avoir une influence sur ce comportement. On parle d'une vision globale de l'individu, on exige le droit à la parole et la notion de pair-aidant émerge. En Europe, de nombreuses expériences communautaires tentent de mettre en pratique les principes proposés par l'antipsychiatrie.

Aux-États-Unis, le Mental Patient Liberation Front, un regroupement par et pour les personnes ayant été lésées de leurs droits par l'institution psychiatrique, développe autant des espaces alternatifs d'entraide que l'approche de défense des droits, tout le mouvement des Survivors. Une figure du mouvement, Judi Chamberlin, poussera la pratique de pair-aidance, décloisonnant les « expertises » et cassant les rôles rigides de l'aidant et de l'aidé.



L'arrivée des ressources alternatives

Au Québec, l'écho à ces bouleversements se fera avec la création de ressources alternatives en santé mentale. Pour en comprendre le contexte d'origine, remontons à avril 1961: Jean-Charles Pagé est alors libéré de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (aujourd'hui l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal). Intercepté en état d'ivresse par les policiers, il y aura été enfermé une année entière sous l'autorité des Sœurs de la Providence.

Il témoignera de cette expérience et la publication de son livre, *Les fous crient au secours*, fera grand bruit: fortement médiatisé, il donnera immédiatement suite à la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, une enquête menée par des psychiatres et décrivant les pratiques et réalités de chaque asile de la province du Québec. Il ressort du rapport final (ci-après rapport Bédard) en 1962 que les personnes internées sont malmenées: surpopulation, règles internes absurdes et

«**Considéré comme un citoyen de seconde zone (...), l'ex-interné.e se heurte à l'absence de soutien suite à sa sortie de l'institution.**»

1993 aux personnes ayant une «incapacité mentale»), l'ex-interné.e se heurte à l'absence de soutien suite à sa sortie de l'institution.

Du clergé à la psychiatrie

Les institutions pour aliéné.e.s subissent de profonds changements dans les années 60. L'asile passe des mains des communautés religieuses à celles des médecins. Le rapport Bédard mène à la régionalisation des services: les asiles sont conservés, servant entre autres choses à interner les cas plus difficiles, et des départements de psychiatrie sont intégrés aux hôpitaux généraux.

Cependant, une fois dehors, les ex-patientEs se retrouvent, à nouveau, sans filet. Beaucoup sont réadmis à l'hôpital psychiatrique, au gré des crises, laissant apparaître le phénomène dit des *portes tournantes*: jusque dans les années 70, les urgences sont encombrées et les taux de réadmissions ne cessent de croître. Vient alors la réforme Castonguay-Nepveu, suscitant une nouvelle organisation des services de santé et des services sociaux. Le pouvoir passe des mains des médecins à celles des gestionnaires: la santé publique relèvera désormais de l'État, qui cherche à rendre accessibles les services à moindre coûts. À cette époque, le soutien de l'État est dirigé dans les hôpitaux plutôt que dans la communauté, perpétuant l'absence de réseau de soutien pour les ex-internéEs. C'est dans ce contexte qu'apparaissent, vers la fin des années 70, des ressources alternatives en santé mentale.

Droits devant!

Sous l'influence des divers courants antipsychiatriques étasuniens et européens, face à la prise de parole et à la combativité revendiquant des droits et la dignité, se développe au Québec une approche alternative en santé mentale: elle comprend la défense des droits des (ex-)internéEs, mais aussi la mise en place de lieux alternatifs pour exister, partager et s'entraider. Ces nouveaux groupes communautaires sont issus de la contestation de la médecine, opposant aux discours biologisant une vision globale de la personne, mais aussi de la volonté d'offrir des lieux ancrés dans la communauté, de créer des espaces où l'expérimentation permet une exploration alternative à la médicali-

sation, d'autres genres de rapports soignant-soigné, où la déconstruction de la maladie mentale se fait sous des angles politiques (féminisme, rapports de classe, etc.). Il y a une volonté de briser la vision linéaire qui mène de la folie à la guérison.

Ainsi est questionnée l'idée qu'être socialement fonctionnel signifie être à nouveau employable: monsieur Pagé décriait déjà une utilisation du travail dans les asiles comme une façon de tirer profit des internéEs, et non de préparer à l'après-institution. Quant à la folie, elle est appréhendée comme un levier pour questionner la société. Comme l'expliquent par exemple des fondateurs de Solidarité-psychiatrie en 1980, l'idée est de créer un réseau d'entraide et « un groupe de travail publicisant les questions soulevées par celui ou celle que les « spécialistes » désignent comme le fou. Nous tentons de rompre des silences, de lever des tabous, de dénoncer des pratiques ». Cette façon de voir permet également de questionner le pouvoir des gens investis traditionnellement du rôle de soignantEs, remise en question faite par les psychiatiséEs eux-mêmes.



Vigilance!

Il est aujourd'hui admis que le vécu personnel est un savoir à part entière qui trouve sa place dans les processus d'aide et d'entraide. L'expérience en tant qu'expertise a sa place. Cependant, tant qu'existera la possibilité d'accorder un pouvoir d'agissement arbitraire à une institution envers une personne, dont les droits

«**tant qu'existera la possibilité d'accorder un pouvoir d'agissement arbitraire à une institution envers une personne, dont les droits fondamentaux sont ainsi annihilés, il est du devoir de la collectivité de rester vigilant face aux pratiques...**»

fondamentaux sont ainsi annihilés, il est du devoir de la collectivité de rester vigilant face aux pratiques, face à ce qu'il se passe entre quatre murs. Quelle que soit sa nature et son but, tout acte imposé de force à l'égard d'une personne, de facto violente, est à risque de dérapage et d'engendrer des traumatismes.

La première conséquence est d'ailleurs une méfiance compréhensible envers le corps soignant et l'institution psychiatrique, et des blessures potentielles s'ajoutant à une souffrance déjà présente. L'idée qu'une personne diagnostiquée, psychiatisée, est d'abord un être-pour-soi, qui a droit à la parole et possède une expertise sur son propre vécu et sa propre personne, est loin d'avoir fait son chemin dans les institutions traditionnelles. Il faut également continuer d'interroger le regard que la société elle-même porte sur la folie: tant que la parole d'une personne stigmatisée par la psychiatrie sera considérée suspecte, ou tout simplement sans importance, des abus seront possibles dans l'indifférence générale. ●

À quoi ressemblerait... Suite de l'éditorial

Il y a également la culture de performance, la toujours théorique conciliation travail-famille, les parents obligés de laisser au CPE leurs bambins ayant une gastro ou une pneumonie, faute de soutien familial ou de possibilité de s'absenter du travail. Il y a aussi l'organisation de nos services de santé faisant en sorte que nous investissons probablement trop dans la médication et pas assez dans l'écoute et l'accompagnement. Il y a aussi les effets néfastes du sous-financement des services publics qui creusent l'écart d'accès aux ressources entre les plus riches et les plus pauvres.

Il en résulte des pratiques qui entravent les droits fondamentaux et contreviennent aux lois. Chaque année, des milliers de citoyens et citoyennes du Québec n'ayant commis aucun délit se voient privéEs de leur liberté ou médicamentés de force pendant des an-

nées. Le milieu de la psychiatrie, sensé soutenir les personnes vers un meilleur état de santé mentale, prend souvent un visage autoritaire et répressif, source de contraintes et de traumatismes.

Nous devons avoir le courage de questionner : quel est le rôle de la médication dans notre société? Quels manques vient-elle pallier? Comment est-ce que l'approche biomédicale de la santé mentale mine notre capacité à comprendre les causes psychosociales et d'agir là où ça fait mal? Et comment la prise de cette médication (et ses effets secondaires) est-elle vécue par les enfants et les adolescents (et leurs parents)?

Dans le milieu communautaire, ça fait des années que nous partons de la parole des personnes, de leurs besoins, de leur soif de dignité, pour réfléchir avec elles sur cette question fondamentale :



que faire? À l'automne 2018, nous avons mené un exercice de récolte de paroles citoyennes dans une douzaine de villes dont Montréal, Sherbrooke, St-Jérôme, Rivière-du-Loup, Trois-Pistoles... Les citoyens et citoyennes rencontrés devaient tous répondre à la question suivante : À quoi ressemblerait un Québec qui prend soin de la santé mentale?

Les réponses les plus fréquentes nommaient l'importance de l'accès à une diversité de lieux d'accueil et à différentes alternatives, l'importance de l'action sur la qualité de vie et la lutte aux inégalités sociales, et finalement, la lutte à la stigmatisation et aux préjugés. Dolorès, du Bas St-Laurent, évoquait que : « La santé mentale au Québec est encore taboue. Plein de préjugés et en manque de ressources, d'attention et d'écoutes.» tandis que Danielle, de Longueuil, indiquait que « Les gens ont besoin de

plus d'accompagnement et moins de pilule. Les psychologues devraient être gratuits et plus accessibles. » Fafan, de Montréal, imaginait ce Québec comme un lieu où « Il n'y aurait plus de détresse par la pauvreté. Il y aurait le respect de l'être humain en son entier. »

Face à ces situations et forts de la parole des personnes premières concernées, nous souhaitons la tenue d'une commission parlementaire, telle que portée par Hélène David, qui ferait la lumière sur les causes sociales des souffrances et des difficultés traversées et sur les réponses que, socialement, nous déployons ou devrions déployer. ●

Cette lettre a été publiée le 13 février 2019, dans sa version longue, dans la Presse +, et est cosignée par une quinzaine de personnes, toutes impliquées au sein du RRASMQ.

L'Alternative en santé mentale :

Ailleurs, Autrement, avec un autre regard

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

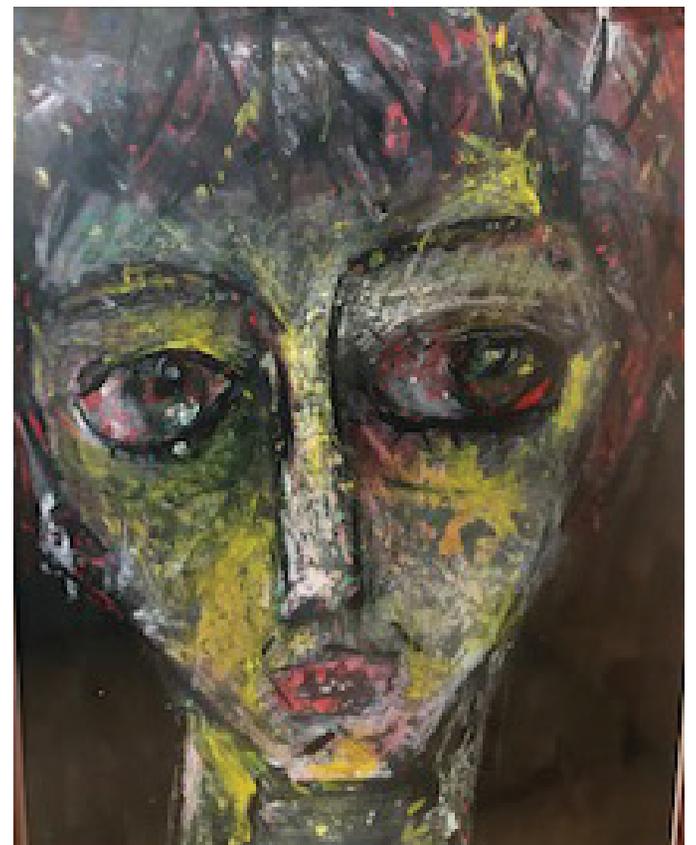
L'Alternative se caractérise également par la valorisation et la mise en pratique d'une vision critique en santé mentale, qui conçoit l'approche biomédicale comme une culture particulière encadrant la santé mentale, et non la seule vision possible. La vision critique s'intéresse également aux conditions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

L'Alternative en santé mentale...

L'Alternative, c'est d'abord et avant tout une philosophie, une vision du monde, un « autre » regard porté sur la santé mentale et sur les personnes qui vivent ou qui ont vécu un problème de santé mentale. C'est également une attitude commune de respect des personnes, de leur histoire personnelle et de leur réalité à travers une vision positive et non pathologique de la santé mentale.

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

L'Alternative remet en question la culture biomédicale de la santé mentale, qui considère surtout la maladie plutôt que la santé. Elle demeure critique face aux savoirs médicaux, aux modèles de réadaptation et aux traitements utilisés en psychiatrie. L'Alternative questionne la culture sociale qui met l'emphase sur la performance et la productivité des individus. Elle inscrit ses actions dans le mouvement communautaire autonome.



Le Regard regardé, par Martin Fortier

«C'est mon cœur et mon âme
Que je voulais que vous deviniez.
Quand on regarde on peut tout voir.
Eh bien quand on regarde quelqu'un,
on peut aussi tout imaginer. La beauté est dans l'œil qui
regarde et dans le visage de celui qui est regardé, quand on
fait un autoportrait c'est aussi un façon de saisir un instant,
une émotion et de l'exprimer dans son œuvre. Faire un aut-
portrait, c'est sortir de soi et retourner à soi en couleurs. C'est
mettre de la lumière et de la couleur sur notre intérieur . »



Quelques approches et pratiques alternatives

Quand ça ne va pas... sommes-nous vraiment condamnés à n'avoir comme traitement que celui proposé par les médecins et psychiatres, soit une approche basée sur la médication et le contrôle des symptômes ? Sommes-nous condamnés au passage par l'urgence, à s'armer de patience face aux listes d'attente, à vivre, dans les cas les plus intenses, l'hospitalisation et l'enfermement ? Au Québec, il existe pourtant, depuis 40 ans, un ailleurs et autrement en santé mentale. Encore méconnues, les ressources alternatives sont des groupes à échelle humaine, dans la communauté, qui proposent une diversité de réponses tout en adhérant à une philosophie commune.

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 ou d'agitation extrême. 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. 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.

Les intervenants et les membres des ressources alternatives participent à l'accueil des uns et des autres en abordant autant les forces que les vulnérabilités. Elles accordent une grande importance à la chaleur humaine, à la démocratie et la participation des uns et des autres ainsi qu'au respect de la dignité et des droits de chacun.



S'ENTRAIDER ENTRE PERSONNES AYANT UN VÉCU COMMUN

Les ressources alternatives favorisent l'entraide entre les personnes ayant un vécu relié à la santé mentale. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles se définissent principalement comme des groupes d'entraide. Ces groupes sont des espaces où l'on mise sur le partage, l'apprentissage mutuel et la participation. Les personnes intervenantes y facilitent la vie de groupe et la prise en charge du groupe et des activités par les membres (ex : ateliers, activités culturelles, cuisines collectives, groupe de partage, etc.). L'entraide est une forme de relation et de dynamique où l'on reconnaît le vécu, les expériences difficiles mais aussi les forces, comme une

«À Mi-chemin, l'une des résidences d'Arc-en-ciel, je me développe et j'apprends beaucoup. Je rencontre des gens, on s'écoute. C'est une place où notre histoire n'est pas insignifiante pour les autres.»

Karaine Cadieux

source de savoir et un vecteur de solidarité. Naturelle, libre et gratuite, cette forme de relation nourrit les individus mais qui peut aussi mener à des actions plus collectives pour contribuer à la vie du groupe et de la

communauté (ex : implication des membres dans les comités, les représentations, les activités de sensibilisation dans la communauté, etc.).

VIVRE LA CRISE SANS HOSPITALISATION ET Y TROUVER UN SENS

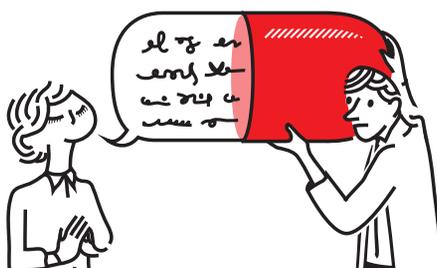
La crise est un passage dans la vie d'une personne. Un moment de grande souffrance et qui peut prendre différentes formes : tristesse, angoisse, peur, agitation, perturbation... Certaines ressources alternatives sont également des centres de crise qui permettent d'accueillir les personnes en offrant une alternative à l'hospitalisation. Selon le cas, elles proposent de l'intervention téléphonique, de l'hébergement temporaire, de l'accompagnement et du soutien dans la communauté.

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



AVOIR ACCÈS À DES « TRAITEMENTS » ALTERNATIFS

Certaines ressources alternatives ont développé des démarches permettant un travail psychique en profondeur pour se réapproprié un sens, une signification et une direction, dans sa vie. Ces groupes sont en général des lieux accueillants où les personnes sont reconnues 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 démarches proposées sont diverses: thérapie par la parole, groupes de discussion, art-thérapie, approche psychocorporelles... et permettent à la personne de cheminer à son rythme.



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

Parmi les différentes approches de « traitement », l'Entre-Deux, hébergement pour femmes en Montérégie, a développé des pratiques basées sur la reconnaissance de la condition particulière des femmes ayant des problèmes de santé mentale et sur des pratiques féministes. La spécificité de l'expérience d'être une femme dans nos sociétés peut créer des blessures à l'estime, peut être marquée par des discriminations diverses. Les femmes ont un risque plus élevé d'être en dépression au cours de leur vie. Il est donc important qu'elles puissent se retrouver comme femme et entre femmes, afin de se renforcer, d'explorer leur potentiel, d'apprendre à se faire confiance et à se solidariser entre elles.

GAM Gestion autonome de la médication

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 à un processus plus large d'amélioration de leur qualité de vie. La GAM aide les personnes à répondre à des questions telles que : « Pourquoi est-ce que je prends des médicaments ? Est-ce que je connais bien cette médication ? Quels sont ses effets sur ma qualité de vie ? Est-ce que la médication répond toujours à mes besoins ? ». La GAM facilite la discussion entre les personnes et leur médecin autour de la médication. Les ressources alternatives offrent des outils et du soutien à cette démarche. Pour en savoir plus sur la GAM: www.rasmq.com/GAM



LA PARTICIPATION CITOYENNE

Les ressources alternatives en santé mentale stimule l'apprentissage à la participation démocratique, à une vision critique et à la mobilisation. « Notre devoir est d'être des organisations citoyennes et démocratiques et de permettre aux participantEs d'y prendre la place qui leur revient, de faire entendre leur voix, leurs préoccupations et ➔

Quelques approches et pratiques alternatives (suite)

de générer une société plus égalitaire et inclusive. ». DiscriminéEs, stigmatiséEs, internéEs, considéréEs longtemps comme citoyenNEs de seconde zone, les personnes peuvent, par la participation à la ressource et dans leur communauté, développer leur citoyenneté à part entière. Elles sont présentes sur les comités, le conseil d'administration et dans les assemblées. Elles font des représentations et organisent des activités. Elles partagent leurs vécus et dénoncent les situations injustes, participant du même coup à la transformation de notre société.

LES GROUPES D'ENTENDEURS DE VOIX

Les groupes d'entendeurs de voix sont des groupes de soutien mutuel qui proposent aux personnes d'appriivoiser et de travailler à interagir avec leurs voix. Avec l'entraînement, le support du groupe, ces voix peuvent se calmer, se taire et, dans certains cas, devenir inutiles. L'approche, mise au point par le psychiatre hollandais Marius Romme et son épouse Sandra Escher, fait aujourd'hui mouvement à travers le monde. Les groupes d'entendeurs de voix se développent de plus en plus au Québec. Le colloque international Intervoces aura d'ailleurs lieu à Montréal en novembre 2019.



Création du comité Intelligences citoyennes du RRASMQ

LA PROMOTION-VIGILANCE DES DROITS

En santé mentale, l'expérience de vie de nombreuses personnes est marquée par des difficultés diverses relatives au non-respect de leurs droits (ex. : exclusion, refus d'informer, refus de la participation de la personne aux décisions, précarité et pauvreté, etc.). La ressource alternative s'engage donc à promouvoir les droits des

personnes aux prises avec un problème de santé mentale en commençant par ses membres, mais aussi auprès de la société en général, dans une posture impliquant un préjugé positif envers la personne. La ressource alternative exerce aussi une vigilance qui « consiste à porter un regard averti et critique sur le respect des droits et, par conséquent, à s'assurer que les droits d'une personne, ou d'un ensemble de personnes, sont respectés autant que ceux de l'ensemble des citoyens² ». Ces pratiques s'incarnent notamment par des ateliers, des conseils, de l'accompagnement mais aussi par la participation à des journées comme la Journée nationale *Non aux mesures de contrôle*. ●

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

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

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

Un immense merci au comité Pratiques du Regroupement pour la révision de ces textes

La loi du silence

Témoignage

J'ai 44 ans. Lorsque j'étais petite, j'habitais la campagne. Ma maison au bout du rang siégeait au milieu d'une nature luxuriante et paisible. Mais au coeur de ce qui aurait dû être un havre de paix, à l'intérieur de cette demeure, mon père s'en est pris à moi, plusieurs fois, à coups de straps, d'intimidation, de moqueries et de menaces.

Alors que j'avais 9 ans, mon père a tenté de m'étouffer sous un oreiller, parce que je m'étais révoltée du haut de mon jeune âge, parce que je criais et que je me débattais, refusant d'être à nouveau prise en otage de sa colère. C'est mon frère qui m'a sauvée, par pur hasard. Lui qui passait tous ses week-end hors du domicile familial, chez des amis. Il avait 16 ans. Il est revenu, en plein avant-midi, prenant mon père par surprise. Ce dernier m'a lâchée. Mon frère criait dans la maison: ohé! il y a quelqu'un? J'en ai profité pour me sauver. Mon frère n'a pas compris ce qui se passait.



« Je me retrouvais comme une petite fille, bafouée dans son intégrité, mal écoutée, mal aimée. »

Ensuite, ma vie n'a plus jamais été la même. Je me suis repliée sur moi-même et j'ai fait de mon mieux pour poursuivre mon chemin. Je me souviens m'être bercée dans la cuisine par la suite, observant ma mère du coin de l'oeil, me demandant si elle se doutait qu'il me violentait dès qu'elle quittait la maison. Je n'ai pas tenté ma chance en me confiant à elle. J'avais déjà perdu confiance. J'ai longtemps fait des cauchemars où quelqu'un tentait de me tuer. À la fin de la vingtaine, je me suis plongée dans des études thérapeutiques. Moi qui n'arrivait pas à trouver réconfort auprès de psychologues, toujours dans mon rationnel, à chercher des explica-

tions, des choses flagrantes se sont révélées à moi à travers l'art-thérapie. J'ai tenté des démarches auprès de ma famille pour remettre les pendules à l'heure, tenter une réconciliation et recadrer nos rôles respectifs dans la famille. Rien n'y faisait, je frappais un mur à chaque fois. Je me retrouvais comme une petite fille, bafouée dans son intégrité, mal écoutée, mal aimée. Une campagne de salissage s'est mise en branle dans la famille élargie. Soudainement, ma mère avait peur que l'on m'interne en psychiatrie, on disait de moi que je m'étais embarquée dans une secte ou que mon conjoint me montait la tête contre ma famille...

Je me suis mise à faire de l'anxiété, j'ai sombré dans la dépression. Un matin, je me suis regardée dans le miroir et je me suis demandée où était passée mon âme.

J'ai une histoire.

Pourquoi en faire une maladie?

L'histoire ci-contre a été partagée, de façon anonyme, sur le site www.jaiunehistoire.com/temoignages. Vous pouvez, vous aussi, y ajouter votre histoire.

Des cordes à linges, disposées dans les prochaines pages, reprennent également des paroles recueillies dans une vingtaine de communautés du Québec, à partir de la question: «À quoi ressemblerait un Québec qui prend soin de la santé mentale?». Nous remercions toutes les personnes qui y ont contribué.

Je suis allée à la librairie et je suis tombée sur un livre d'Alice Miller. Ce livre m'a sauvée la vie, il a sauvé mon âme en tout cas. Quelques semaines plus tard, j'ai repris mes droits sur ma vie et j'ai coupé les ponts avec ma famille. Malgré tout, j'ai passé des années à avoir peur, à craindre qu'ils débarquent chez moi. J'ai même déménagé. Ils ont retrouvé mon adresse par le biais d'un détective. Ils refusaient de me laisser vivre en paix. J'en ai eu mal au coeur. J'en ai voulu à ma famille, j'en ai voulu au monde entier. À travers les thérapies, de peine et de misère, par manque d'argent, à travers un support spirituel également, j'ai réussi à retrouver du pouvoir sur ma vie. Mon anxiété a fini par se dissiper malgré des années de montagnes russes à me demander où et quand j'avais perdu le droit de vivre. J'ai eu la chance d'avoir un conjoint formidable et des amis supportants.

Par contre, au travail, j'étais facilement anxieuse, ne sachant pas me défendre devant des comportements abusifs. J'ai changé d'emploi plusieurs fois avant de trouver un endroit sécurisant et qui me convenait. Je ne gagne pas très bien ma vie. Et pourtant j'ai fait de longues études. J'ai 44 ans, cela fait seulement 6 mois qu'est remonté à ma mémoire cet événement traumatique survenu alors que j'avais seulement 9 ans. Cela fait 6 mois que j'ai pu reprendre possession de ma vie et réaliser d'où venait ce sentiment d'être inadéquate. Pendant 35 ans, j'ai cru ne pas avoir le droit de vivre. Pendant 35 ans, j'ai gardé le silence sur mon drame. L'anxiété était le symptôme de la peur vécue à ce moment et de toutes les autres peurs légitimes, distillées au compte-gouttes, jour après jour pendant toute mon enfance et mon adolescence. Maintenant, je n'ai plus peur, je n'ai plus honte. J'ai compris que l'anxiété était un signal de mon corps pour m'obliger à m'occuper de moi. J'ai 44 ans et j'ai enfin envie de vivre. Comme société, permettons aux gens en difficulté d'avoir un réseau de soutien professionnel pour améliorer les conditions de vie et de guérison.

Parce que 35 ans, c'est long.

Une citoyenne de Trois-Rivières

On arrivera quand on arrivera

«J'ai une histoire à raconter et même, comme chacun, j'en ai plusieurs. Parfois c'est difficile d'avoir quelqu'un à qui les dire, quelqu'un qui écoute. Certains professionnels en santé mentale ont développé une tendance à vouloir guérir sans écouter vraiment. Comme s'il fallait guérir de soi. Quand je peins, je ne sais pas trop quelle histoire je raconte, peut-être aucune en particulier en fait. Mais peut-être que je dis, tout simplement, « je suis là ». - Matteo Esteves, Espaces

Par Marjolaine Beauchamp

Ce matin, ça été difficile avec les enfants...

On s'est chicanés, ça a crié, ça a pleuré, nos paroles ont dépassé nos pensées, on s'est fait de la peine, il était très tôt, on était fatigués. On a tous de la difficulté dans cette maison à embrasser ce beat de vie effréné, qui semble des fois nous emmener beaucoup plus d'anxiété que d'apaisement, de confort mental ou de satisfaction.

Nous sommes une famille singulière, hors-norme, nous sommes curieux, ouverts, aimants, un peu croches, un peu poqués, pirates... Et comme beaucoup de foyers de mon quartier HLM, nous vivons des enjeux socio-économiques, des enjeux de santé, de littératie. Nous enfilons les jours de semaine comme autant de petits combats.

Dimanche soir à la télé, deux pédiatres ont parlé de notre histoire sans le savoir. Notre histoire à mon fils et à moi, mon petit pack-sac comme j'aime l'appeler. Je l'ai eu jeune et mêlée, dans une période de multiples traumas. On a grandi ensemble, jusqu'à un genre de stabilité, un genre de vie qui aspire à la douceur, deux 4x4 qui se parkent pour un boutte...

Le système scolaire et médical tels qu'ils sont pensés en ce moment ont contribué à transformer un formidable petit garçon doué, brillant, empathique avec un gros baluchon de vie et un immense besoin de patience, en petit garçon disqualifié, colérique, avec peu d'estime, qui déteste son image corporelle et se sent à part dans sa classe spéciale.

Un enfant de 11 ans qui parle de mort, de dégoût de soi et d'échec depuis des années, tout en ayant heureusement quelques moments de répit, pour se rappeler qu'il y a du beau des fois.

On y travaille avec acharnement.

Ce petit garçon à qui la Commission scolaire a fait passer un test avec un nom compliqué de scientifique, sans spécifier clairement ni à lui, ni à moi que c'était un test pour déceler un TDAH.

Mon fils s'est fait diagnostiquer un TDAH par l'école et j'ai dû refuser ce processus tel qu'il m'était présenté. Je leur ai écrit une longue lettre pour parler de sa vie, ses traumas, et ma certitude que ce n'était pas un trouble TDAH qu'il avait, mais autre chose. Ils ont finalement accepté de me rencontrer pour une réévaluation.

Je ne parlerai pas ici de littératie médicale, d'inéquité dans le rapport aux soins, c'est un autre débat, que je voudrais mener si j'avais de l'espace mental et un confort monétaire, pour pouvoir réfléchir mon système sans qu'on me fasse sentir que je perds mon temps...

Je leur ai donné rendez-vous au centre de pédiatrie sociale où nous sommes suivis, armée de mon équipe de soins et de notre médecin formidable, qui souriait calmement au personnel de l'école en leur disant « Pas du tout, cet enfant n'est pas du tout TDAH... c'est un grand anxieux, et il doit être traité comme un anxieux! » Je ne vous parlerai pas du fait que cette institution est privée et que c'est contre mes valeurs d'habitude. Je ne vous parlerai pas des gouvernements qui ont fait en sorte

« Je leur ai écrit une longue lettre pour parler de sa vie, ses traumas, et ma certitude que ce n'était pas un trouble TDAH qu'il avait mais autre chose. »

que je ne me sente plus protégée par mon système public et que je me dirige naturellement vers ce qui fonctionne mieux en contexte de fin du monde. Je ne vous parlerai pas qu'on a pas le temps de crever pour des idéaux, surtout quand on crève chaque jour. Ça c'est un autre débat que je voudrais mener devant certains de ces militants ingénus sans flexibilité qui crient au capitalisme et aux concepts compliqués "privé public" devant des humains qui souffrent dans l'immédiat. Nous sommes utilisés comme token à débats intellectuels et nous sommes trop souvent disqualifiés du côté de ceux qui réfléchissent un monde meilleur parce qu'il leur manque cruellement de notions sociologiques.

J'ai demandé à la psychologue de l'école un an de sur-sis avant de confirmer ce diagnostic et mon refus de la médication, parce que sinon j'entrerais dans la case des parents réfractaires.

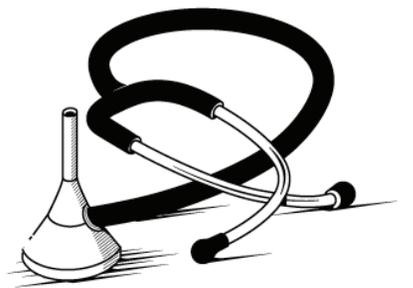
J'espère que d'autres parents prendront la parole publiquement pour dénoncer cette intimidation.

Parce que j'ai été témoin d'histoires d'horreur, de petits garçons suicidaires, qui ne mangent plus et ne jouent plus à cause des effets secondaires de leur médication, et de parents stigmatisés de refuser la médication, je l'ai vu, ça se passe, particulièrement dans des écoles qui desservent des quartiers comme mon quartier HLM.

Je ne parlerai pas de legs, d'équité et d'éducation en contexte de survie, c'est un autre débat, un grand débat sociologique, que je rêve de mener, un jour, avec

plus d'esprit de synthèse, plus de connaissances théoriques.

Maintenant médicamenté pour anxiété généralisée, mon fils est dans une classe spéciale qui renferme une table collective, des sofas pour relaxer, une aire de jeu, une cuisinette et une salle de contention, comme en prison.



Quand ils ne se contrôlent plus ces petits garçons fâchés, disqualifiés, intimidés, intenses, on doit les mettre dans cette salle, le temps de leur tempête. Les professeurs ont absolument le droit légitime de se protéger contre la violence, ils sont très fâchés des fois ces petits garçons, c'est difficile de savoir quoi faire. Quelquefois, selon moi, ils y vont pour des raisons injustifiées, ça m'attriste, mais ce qui m'horripile, c'est bien plus grand que ça...

Mon fils m'a demandé si je comprenais ce que ça faisait réellement se faire enfermer dans une pièce carrée, petite, sombre et sans fenêtre, et d'être obligé de rester calme pour sortir.

J'ai eu mal dans mon corps. Mal d'avoir consenti à la contention physique en cas de débordement.

Vouloir faire fitter un carré dans un cercle, jusqu'à l'enfermement. Mon garçon n'est pas en faillite, il ne peut pas avoir échoué quelque chose qu'il essaie si fort de réussir.

Je me rends compte soudainement que je me sens aussi comme ça, dans d'autres proportions, avec d'autres contraintes, mais avec le même sentiment que mon corps est directement atteint par ce système, atteint et meurtri.

Édouard Louis y fait allusion d'une autre façon en parlant de la vie de son père, nos corps ne sont pas égaux devant le système. Ce système de performance, d'accomplissements, de mérite. Ce système comptable, mercantile, individualiste, intolérant.

Ce système rempli d'écoles désuètes
D'hôpitaux engorgés et débordés
De travailleurs en détresse
D'enfants brisés, perdus, étiquetés
De parents fatigués, désorientés à la recherche de modèles atteignables
De professeurs démunis et exploités jusqu'à l'épuisement

Suite en page 10

Diagnostiquée?

→ un jour..



Ouverture de dossier

CiToYenne?

→ toujours

DES DROITS À CONQUÉRIR

L'hiver dernier, les membres du comité Mobilisation du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec étaient assis autour de la longue table de nos lumineux bureaux. En s'abreuvant de café, ils se questionnaient : après trois années à porter dans l'espace public le slogan *J'ai une histoire, pourquoi en faire une maladie?*, comment renouveler le discours de la Journée de l'Alternative? Mise à part la dénonciation de la médicalisation, quels sont les enjeux prioritaires à mettre de l'avant dans l'espace public?

Inspirés par notre visite de l'exposition Inter-reconnaissance à l'Écomusée du Fier monde et par les collectifs citoyens ayant pris naissance dans la démarche *Se donner du souffle* (initiée par le RRASMQ en 2017), l'un des membres du comité eut une idée : « et si on parlait des luttes pour les droits? De la stigmatisation, des dénis de droits et des discriminations que vivent les personnes? » Aussitôt, nous nous sommes mis au travail en ce sens. L'affiche produite, ainsi que ce Journal que vous tenez entre vos mains, sont le fruit de cette idée, rapidement apparue comme une évidence : porter l'Alternative en santé mentale, c'est nécessairement lié à la promotion et la défense des droits des personnes.

Cette certitude est nourrie par la force des lois. En 1976, le Canada signait le PIDESC, soit le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels, pacte qui engage les États signataires à avancer graduellement dans un respect de plus en plus grand de ces droits sociaux. Ainsi, le logement social, les bibliothèques publiques ou l'aide sociale sont des

mesures permettant de garantir, dans une certaine mesure, certains des droits énoncés dans ce Pacte. De nombreux groupes sociaux, dont le FRAPRU, interpellent fréquemment le gouvernement du Canada pour l'engager à respecter ce Pacte dont il est signataire depuis plus de 40 ans.

Mais les droits ne sont pas qu'énoncés dans le PIDESC! Quoi de plus célèbre que la Déclaration universelle des Droits de l'homme, adoptée en 1948 par les Nations Unies, et reprise par des Chartes ici-même, soit la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, adoptée en 1975, suivi en 1982 par la Charte canadienne. Le Québec, en se dotant de cette Charte, souhaitait ainsi porter clairement le droit à l'égalité de tous et toutes en terre du Québec, peu importe nos différences. Et il est intéressant de souligner que le Québec est « la seule province - et la seule juridiction nord-américaine - qui a inclus les droits économiques et sociaux dans une loi fondamentale, la Charte des droits et libertés de la personne, qui a préséance sur toutes ses autres lois. » (site de la CDPDJQ)

Or ces droits énoncés dans la Charte, que ce soit le droit au respect, à la sécurité, à la liberté (de croyance, de circulation, d'expression, d'association) ne sont jamais garantis : c'est par la vigilance constante de la société civile que nous nous assurons de faire respecter ces droits, surtout que ces droits ont tendance à être moins respectés lorsqu'il est question de personnes provenant de groupes plus minoritaires, isolés ou marginalisés...

Plus près de la question de la santé mentale, le respect des droits des personnes psychiatisées a évolué, au gré des réformes des dernières 60 années. L'article d'ouverture du Journal, signé par Anais Dupin, revient sur la sortie du livre *Les fous crient au secours* et l'émergence d'un mouvement alternatif en santé mentale au Québec.

Ainsi, l'édition 2019 de ce Journal met en valeur certaines luttes qui se mènent actuellement au Québec pour dénoncer les situations injustes qui bafouent nos droits et affectent notre santé mentale.

Quelques luttes citoyennes en cours

Par Mathilde Lauzier,

Responsable à la formation du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

VIVRE DIGNEMENT

C'est à Farnham, autour de ressources alternatives de l'Estrie, que se réunit depuis quelques mois un petit comité de personnes vivant dans la pauvreté ou solidaires à ces dernières. Ce collectif, qui considère que la pauvreté est l'une des situations qui menacent le plus la santé mentale, souhaite sensibiliser les éluEs à l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, dont le revenu. Les hommes et les femmes qui s'y impliquent peuvent témoigner comment la pauvreté a affecté et affecte toujours leur santé mentale et leur capacité à conserver l'équilibre. Les militantEs du comité souhaitent que le gouvernement adopte la mesure du revenu minimum garanti pour tous, de façon à permettre une meilleure participation à la vie communautaire, à reconnaître la contribution de tous, y compris de ceux et celles qui oeuvrent dans l'ombre pour aider les autres, et surtout, à avoir le minimum pour vivre décemment ! Ailleurs en Estrie, le collectif Tanné.e.s d'être pauvres tente de modifier le règlement de l'aide sociale de façon à transformer le seuil de gains permis pour permettre aux personnes de sortir progressivement de la pauvreté grâce à un travail.



« Quand t'es pauvre, c'est dur de s'alimenter dans la dignité ou d'obtenir un panier, sans te sentir évalué « A-t-elle l'air assez pauvre? ». C'est difficile de trouver un logement sécuritaire et abordable et te déplacer. En plus des préjugés «t'es paresseuse», tu te sens exclue socialement quand tu ne travailles pas. Tu es isolée et tu as honte. Tu racontes des histoires pour y échapper. Tout ça pèse sur ta santé mentale: anxiété, dépression, pensées suicidaires..On entend souvent que c'est trop cher de régler le problème de la pauvreté. Mais les conséquences sont et seront encore plus coûteuses à la société si rien ne change. »

ÊTRE EN SÉCURITÉ

Les départements de psychiatrie sont-ils des lieux où l'on se sent en sécurité? Pour plusieurs, l'expérience de l'hospitalisation a été difficile, voire traumatisante. Quand une personne qui a un diagnostic en santé mentale va à l'hôpital pour des douleurs physiques et qu'on l'envoie directement en psychiatrie; quand une jeune femme en crise, se fait attacher, injecter un médicament et renvoyer le lendemain matin; quand une femme est agressée au sein même de l'établissement; quand la famille d'un homme le fait interner contre son gré et attend 3 jours avant que le psychiatre vienne évaluer son état, quand on te donne un diagnostic sans autres explications, quand tu es tellement assommé par la médication que tu n'arrives plus à participer aux décisions... Quand cela arrive, il est difficile de se sentir en sécurité et de faire confiance.

POUVOIR ALLER OÙ ON VEUT

Dans le Bas-St-Laurent, à l'automne 2018, une journée d'analyse sociopolitique autour des conditions de vie a mis en lumière une situation de déni de droit en lien avec l'accès aux transports. Bien que cette région ne soit pas la seule à vivre des difficultés quant à la possibilité de se déplacer à faible coût, les transports collectifs sont souvent absents ou encore, proposent des horaires qui ne conviennent pas. Côté accessibilité, les lignes de bus ne se rendent pas aux lieux désirés. Cette situation plonge les personnes les plus pauvres – ou ayant des limitations fonctionnelles – dans l'impuissance et l'isolement. Sans transport, comment se rendre dans les organismes? Comment visiter ses amis, faire son épicerie à moindre coût, aller à ses rendez-vous médicaux, fréquenter son amoureux ou son amoureuse? Dans ces conditions, est-ce possible de choisir librement son lieu de vie? Dans certaines villes, quand transport collectif il y a, les personnes n'ont pas droit à plus d'un sac d'épicerie avec elles. D'autres doivent errer des heures avant que la navette de retour les ramène à la maison.



« Quand t'es pauvre, ta vie c'est comme un jeu de serpents et échelles. Et à force de pogner des serpents, on finit par se mettre chum avec eux-autres. »

Patrick

J'AI LE DROIT!!

de RECEVOIR toute l'information concernant le traitement

La raison pour laquelle ce médicament est proposé; ses effets bénéfiques et secondaires; les contre-indications; quand et jusqu'à quand le prendre; les examens médicaux requis. Mais aussi les alternatives!

de CONSENTIR aux soins de manière libre et éclairée

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

de PARTICIPER au traitement

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

d'être ACCOMPAGNÉ-E

chez mon ou ma médecin/psychiatre

- Une personne de mon choix peut m'accompagner lors de mes rendez-vous médicaux.

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

«Les problèmes de transport.. ça nous fait vivre du stress et de l'anxiété.. Quand tu n'as pas de voiture.. tu as des options oui, mais.. on ne sait jamais si on va avoir une place dans le transport. On doit appeler 24h à l'avance pour réserver et même quand on appelle deux jours à l'avance on se fait dire qu'il n'y a pas de place. L'autre jour j'ai demandé à avoir un transport collectif aller-retour pour un rendez-vous. J'ai été conduit à temps, mais on n'est jamais revenu me chercher. Je n'ai pas de cellulaire...»



ON NE NOUS ÉCOUTE PAS, ON NE NOUS CROIT PAS!

C'est le cri du coeur lancé par les dizaines de personnes qui se sont regroupées à Montréal pour en discuter, en témoigner et en comprendre les causes au début du mois d'avril. De quoi parle-t-on au juste? Du fait qu'en raison du diagnostic psychiatrique certaines personnes ne sont pas crues lorsqu'elles souffrent de maux physiques (masquage diagnostique, voir article en page 11), lorsqu'elles parlent d'agressions qu'elles ont subies ou encore d'effets secondaires de médicaments. C'est un vécu marqué par un manque de considération pour la parole, les questions, les choix des personnes.

Cette situation a pour conséquence d'entraîner la dévalorisation de soi, le découragement, des problèmes de santé non soignés, des pensées suicidaires. Un cercle vicieux s'installe aussi parfois: « on ne me croit pas, alors je me fâche, on me trouve dérangeant, on déclenche un code blanc ». Plus largement, ces situations conduisent à une perte de confiance dans le système et de l'isolement. Les préjugés entretenus dans notre société à l'effet que « les personnes manquent de jugement », ou encore la vision que les problèmes vécus relèvent d'une maladie du cerveau... qu'il ne sert à rien d'écouter l'histoire de la personne, sont à la base du non-respect du droit à l'égalité sans discrimination, qui mine à son tour le droit à la santé. Ces idées préconçues permettent de justifier l'oppression : décider à la place de, traitement forcé, la médication abusive, etc.

« J'ai vu mon psychiatre et il m'a dit que ce n'est pas vrai qu'il y a des effets secondaires avec les médicaments. Il m'a ridiculisé. Il me donne mes médicaments en dosette comme si je n'étais pas capable de contrôler mes médicaments.»

Dans les Laurentides et en Montérégie, les personnes dénoncent aussi qu'on ne prend pas en considération leur histoire réduisant la souffrance à des symptômes et à un diagnostic. « Au bout de 5 minutes d'entretien, elle m'a dit que je n'étais pas bipolaire mais que j'avais un trouble de personnalité limite ». Pourtant, pour Annick, intervenante à l'Échelon, « écouter, c'est permettre à l'autre de s'entendre, de se connaître et de se comprendre... » Qu'arrive-t-il lorsqu'une personne est privée de cet espace d'accueil et d'écoute? Le diagnostic vient justifier le manque d'écoute. Avant le diagnostic, il arrive que la famille soit plus à l'écoute, qu'elle tente de comprendre. Lorsque le diagnostic arrive, elle se dit « Ah! C'est ça qu'il a! ». Le diagnostic devient la valise dans laquelle on met tout et on n'a plus besoin d'écouter».

AVOIR SON MOT À DIRE

Pour pouvoir consentir, dire oui ou dire non, de façon éclairée, les personnes ont besoin de plusieurs conditions. Avoir de l'information, avoir des choix, avoir du temps, ne pas sentir de pression, ne pas subir de chantage. Dans Lanaudière, c'est autour de cet enjeu-là que se sont rassemblées les citoyennes et intervenantes des ressources alternatives. Pour elles, les professionnels sont entraînés à régler des problèmes et être les experts de la situation. Ils sont peu habitués à faire face au refus d'une personne ou à la remise en question d'un traitement qui ne fonctionne pas pour la personne... Ils font face à l'inconnu et ont peu d'autres options à suggérer. Dans le pire des cas, on attribue le refus d'une personne à un symptôme de son trouble. Pouvons-nous donner de l'espace aux personnes et écouter pourquoi elles refusent et ce dont elles ont besoin?

“Fou”?

→ Selon toi



CiToYen?

→ Selon la loi

À quoi ressemblerait un Québec qui prend soin de la santé mentale?

- Morceaux choisis de notre Porteurs de parole 2018 -

« Une société qui est plus centrée sur la personne et moins sur le diagnostic. »
Jessy

« Il n'y aurait plus de détresse par la pauvreté. Il y aurait le respect de l'être humain en son entier. »
Fafan, 61 ans

« On ne serait plus étiqueté »
Anonyme

« Un Québec qui reconnaît et valorise la contribution de tout son monde, qui met en place le revenu de citoyenneté. »
Denise, 58 ans

« Encourager l'entraide au lieu de la compétition en milieu scolaire. »
Laurie, 20 ans



La chance d'une vie !

Le logement social avec soutien communautaire

Par Frédéric Mailhot-Houde,
Citoyen montréalais

Le logement social a changé ma vie! Il a littéralement transformé mes conditions de vie en me permettant de me réaliser plus pleinement comme individu et comme citoyen et en me donnant un accès un peu plus complet aux biens de première nécessité. Ce changement fut bienvenu dans ma vie, car le logement précédent où j'ai habité durant une quinzaine d'années auparavant était devenu gravement insalubre à un point avancé à cause en partie de mon trouble de santé mentale, la pauvreté étant aussi une cause importante de cette dégringolade et aussi une bien malheureuse négligence.

C'est une amie à moi qui m'a conseillé de faire une demande pour obtenir un logement social là où elle-même habitait déjà, et elle a été convaincante pour moi qui avais tendance à repousser toutes les offres d'aide pour la maison.

Elle m'a dit : « Obtenir un logement social, c'est la chance d'une vie. Quand on fait le bilan de sa vie, si on a manqué cette chance, on va le regretter ».

J'ai donc fait une demande et j'ai passé l'entrevue préalable pour que l'on me connaisse : j'ai été surpris de l'accueil positif malgré les difficultés que je vivais. Chantale, l'intervenante de milieu responsable m'a dit : « Vous êtes exactement le genre de personne qu'on cherche ». La priorité était donnée à « des gens qui ont eu de la misère dans la vie ».

Et en fin de compte j'ai été rapidement accepté, car c'était une nouvelle maison et j'étais donc un des premiers sur la liste d'attente. J'ai eu une chance inouïe! Et je leur en suis profondément reconnaissant!

Je me souviens qu'une amie intervenante chargée des dossiers collectifs à Action Autonomie m'avait dit : « Le logement social, c'est le premier et le plus important déterminant de la santé mentale! C'est celui qui influence le plus, continuellement ». Hé bien! Les changements qui se sont ensuivis pour moi ont été majeurs!!

Ma maison nouvelle est devenue ce que j'ai toujours désiré qu'elle soit : une base pour élaborer mes plans d'action, un point d'appui d'où je peux prendre élan pour réaliser mes objectifs de vie. Cette maison est ma maison réelle, trouvée après toutes ces années d'errances et de recherches. En trouvant ma maison,

mon tipi, mon igloo, ma casa nostra, mon abri infini, mon humble palais, je me suis trouvé moi-même! Dans cette maison, je forge mon identité tel que je veux être réellement! En épanouissant toutes mes possibilités!

En logement social, la dimension humaine est inscrite au cœur de notre réalité comme une priorité que l'on aime à qualifier d'absolue parce que nous y tenons énormément. C'est ce qui nous pousse vers l'avant, c'est ce qui nous engage les uns envers les autres dans le respect et l'amitié, c'est ce qui fonde notre mode d'être ensemble. C'est ce qui nous réunit, comme une communauté! Or, nous avons avec nous une personne exceptionnelle qui nous engage à cette acceptation inconditionnelle de l'autre. Chantale est intervenante de milieu avec nous et grâce à son excellent sens du dialogue et de l'écoute, à son dynamisme et à son esprit de non-jugement qui est profondément bénéfique, nous devenons meilleurs les uns envers les autres. Cela nous inspire à garder le cap sur la paix si parfois nos caractères s'entrechoquent. En grandissant, nous vivons les uns près des autres, voisins, voisines, en partageant du temps ensemble, des repas et des activités choisies ensemble, organisées avec les stagiaires de l'université, ainsi que Noémie qui a été engagée à temps plein après son stage. Et nous l'aimons beaucoup.

L'accès à un logement social me libère, pour une part, de la servitude matérielle liée à l'argent et au loyer. Ce n'est pas mon revenu qui a augmenté, ce sont mes dépenses pour le loyer qui ont diminué. Cela m'a redonné de la liberté d'une façon extraordinaire! Le logement social me donne la garantie que j'ai un toit sur la tête, à un prix décent, accessible à mon petit budget, selon mon revenu. Je suis comme protégé de

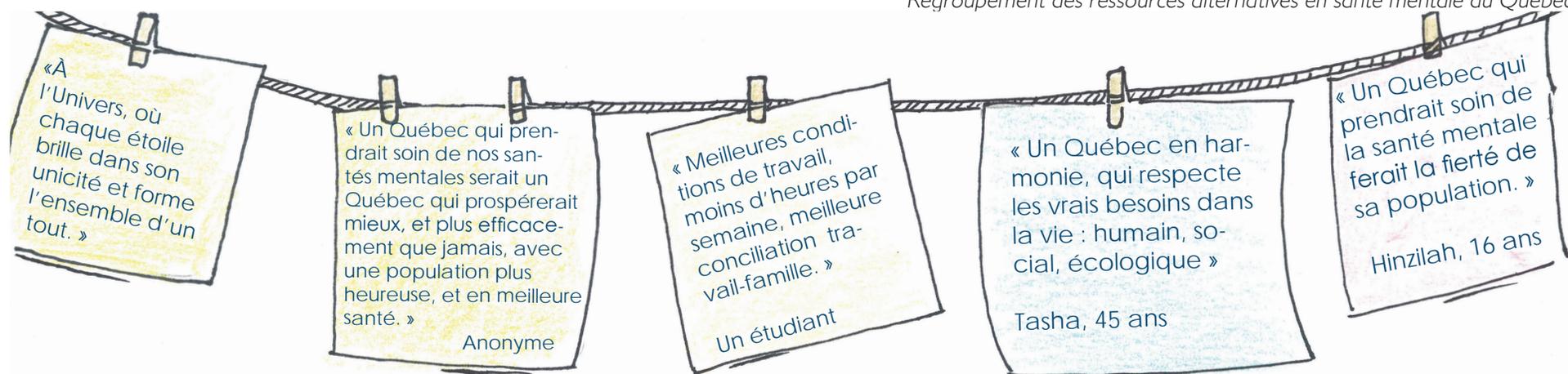
tout dommage. La seule contrepartie qui m'est demandée, c'est de bien prendre soin du logement qui m'a été attribué.

Ainsi, la subvention qui m'est accordée sert uniquement pour les coûts d'entretien et de la maintenance sans qu'intervienne une notion de profit pécuniaire, ce n'est pas mercantile. C'est comme un service à la communauté pour les citoyens qui rend plus effective la réalisation de nos droits, afin de pouvoir vivre décemment, quel que soit notre revenu. Cela nous donne une maison pour vivre. C'est notre maison.

Le logement social est un droit, il ne s'agit pas uniquement d'une faveur ou d'une grâce accordée selon l'arbitraire. Ce droit, relève d'une dignité inaliénable, il est incontournable et inconditionnel. Toutes les personnes dans le dénuement devraient pouvoir s'en prévaloir lorsque le besoin s'en fait sentir et ce, en temps raisonnable. Car l'accès au logement social est une nécessité vitale de première importance dans une société où les prix des loyers sont devenus de plus en plus exorbitants.

Suite page suivante





On arrivera quand on arrivera (suite de la page 6)

De démunis méprisés et punis
De Premières Nations humiliées et maintenus en situation d'asservissement moderne
D'intervenants à bout de souffle
D'infirmières en larmes
D'agresseurs sexuels au pouvoir
D'intimidateurs avec une tribune

De fraudeurs aux commandes d'une multitudes d'institutions
De policiers racistes et méprisant envers les enjeux de santé mentale
D'immigrants en danger à cause de politiques populistes
De sécurité compromise chaque jours au prix de l'économie
D'enfants agressés par leurs entraîneurs sportifs
De générations complètes brisées par les sévices du pouvoir religieux

Et on doute encore... On se dit c'est sûrement nous le problème, sûrement un problème d'adaptation...

On se chicane le matin pour se dépêcher d'envoyer les enfants être éduqués dans ce système cassé de partout, même si on doute nous-même de la pertinence de ce geste.

Pendant que pour manger à notre faim, on part donner notre précieuse énergie à y prendre part à ce système, défaits, convaincus que c'est trop grand pour changer, que c'est plus intelligent de se conformer.

On se dit il y a des perles cachées et du soleil et de l'espoir dans ce système et on remet notre colère dans notre poche on la remet à plus tard et tous les «plus tard» sont passés et il est maintenant presque trop tard. «Ventre plein n'a pas de rage» que Félix disait.

Je me demande aujourd'hui s'ils sont tant adaptés, ces humains adaptés. Je suis capable de voir l'espoir, le beau, le travail acharné des humains qui refusent. Je suis capable de voir les résistants, les effrontés, les rouspéteurs, les mal habillés, les irrévérencieux. Ce matin, j'ai juste beaucoup de misère à aimer mon humanité, parce qu'elle me demande d'être active, de me réveiller, de dénoncer et je suis si fatiguée...

En attendant de notre côté, pour guérir notre cœur au moins pour aujourd'hui, on est allés ailleurs, dehors, on a même pas regardé l'heure...

On arrivera à l'école quand on arrivera... ●

À propos de l'auteure : Marjolaine Beauchamp remporte en 2010 l'argent à la coupe du monde de slam en France. Elle publie aux Éditions de l'Écrou, Aux Plexus et Fourrer le feu et signe les pièces Taram et M.I.L.F. Marjolaine assure la première partie de Richard Desjardins lors de la Tournée L'Existoire. Elle a accepté que nous reproduisons ce texte, initialement partagé sur Facebook en février 2019.

La chance d'une vie (suite de la page 9)

Nous croyons que le logement devrait être soustrait aux règles du marché capitaliste de façon qu'il ne soit plus conditionné par les lois de la spéculation qui permettent aux propriétaires d'en augmenter davantage le prix. Beaucoup de citoyens s'étouffent pour payer les loyers qui deviennent inaccessibles aux plus pauvres d'entre nous. Le logement ne devrait pas être traité comme une marchandise, mais comme un bien premier dont on ne peut se passer et qui par conséquent, devrait demeurer également accessible à tous les citoyens. Le logement devrait être retiré de la sphère de marchandisation économique de façon que personne ne puisse plus s'accaparer éhontément le profit monnayable au détriment de ceux qui s'appauvrissent de plus en plus dans leurs conditions de vie. C'est à cette vision d'une Justice élémentaire et primordiale que répond le logement social.

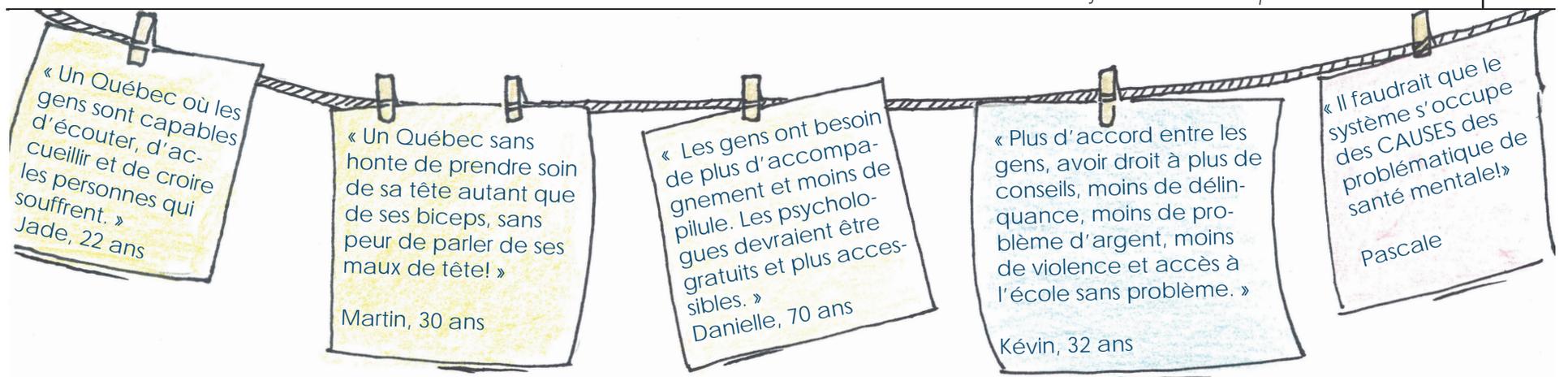
Au chapitre de la santé, grâce au logement social, ma vie a été grandement améliorée. Premièrement : finie l'insécurité alimentaire perpétuelle. Je peux manger à ma faim, jusqu'à la fin du mois, à tous les mois. Deuxièmement : finie l'insécurité généralisée : en m'assurant de meilleures conditions de vie, mon niveau de stress a énormément baissé, je récupère la sécurité personnelle qui me manquait. Ainsi, je me fais plus confiance, je vais plus facilement vers les autres, j'ai plus d'ouverture à la vie, et je communique ce que je vis avec plus d'enthousiasme et d'aisance. Je suis plus heureux! Le logement social me libère de toute une série de contraintes qui pesaient lourd sur moi et me maintenaient dans un demi-enfermement. Je suis libéré. Troisièmement : Il me devient plus facile de faire face aux problèmes : ceux-ci prennent moins une ampleur colossale et incontrôlable; les solutions me sont plus facilement accessibles et atteignables, plus à portée de mains. Quatrièmement : Je constate une capacité d'autogénération largement accrue pour moi, pour des symptômes physiques et aussi psychiques. Le logement social n'annule pas le diagnostic en santé mentale, mais il facilite la vie grandement. J'ai la nette impression que le logement social agit comme un puissant médicament à l'effet durable.

Cinquièmement : Je suis en train, petit à petit, de corriger un problème grave et récurrent d'insomnie profonde.

Pour conclure : Obtenir un logement social est un événement fondateur dans une vie, qui oriente les voiles d'une façon extrêmement constructive, en captant les effluves bénéfiques, en nous redonnant du pouvoir, en contribuant à faire de nous des sujets libres et égaux. En nous libérant de conditions de vie opprimantes et appauvrissantes. Le logement social permet de rétablir la trajectoire d'une vie sur des bases solides : il permet de construire; il favorise la santé; il nous donne accès à nos propres ressources intérieures; il nous rend à même de participer pleinement à notre société, en nous impliquant comme on le souhaite avec des groupes communautaires! Merci! ●



« Il me devient plus facile de faire face aux problèmes : ceux-ci prennent moins une ampleur colossale et incontrôlable; les solutions me sont plus facilement accessibles et atteignables, plus à portée de mains. »



Quand t'es pas cru, t'es cuit ! Droit à la santé et masquage diagnostique

Par Anne-Marie Boucher,

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

Les données nous l'indiquent. Les personnes nous le confirment. Quand on vit avec un problème de santé mentale, ou un diagnostic psychiatrique dans notre dossier, notre espérance de vie diminue. Les causes seraient nombreuses : moins bonne santé générale, effets secondaires de certains psychotropes sur nos organes, diabète, problèmes cardiaques, ralentissement des activités... Une dernière de ces causes, et non la moindre : le masquage diagnostique. Le masquage diagnostique se définit comme l'attribution de symptômes de maladie physique à un trouble de santé mentale déjà diagnostiqué. La personne se retrouve alors avec un diagnostic de maladie physique ou un traitement qui, s'il correspond au problème arrivera trop tard.

« Ta parole est folle, quand t'as un problème de santé mentale. »

Activité Se Donner du souffle, Action Autonomie, mars 2019

Dans le courant de la dernière année, des intervenantes de plusieurs ressources alternatives nous ont mentionné que des membres de chez eux s'étaient butés à une absence de soins pour des problèmes de santé physique. La raison : ces personnes n'étaient pas crues par le personnel soignant qui les recevait au triage ou en examen. *C'est dans ta tête... ça doit être à cause de ton trouble de personnalité limite... ces douleurs-là sont dues à ton anxiété!* À l'été 2018, nous avons procédé à une collecte de témoignages sur cette réalité et nous avons constaté que de nombreuses personnes avaient reçu ce genre de réponse à leurs maux physiques. Ces réponses, servies par des professionnel-le-s souvent surmené-e-s et parfois en mal d'empathie, semblent malheureusement assez fréquentes pour que des chercheurs s'y penchent, pour tenter d'en comprendre les causes et, surtout, pour dégager des pistes de solution.

Quels impacts connus sur les personnes?

Les recherches autour du phénomène du masquage diagnostique ont débuté dans les années 1980, et plusieurs chercheurs s'y intéressent depuis. En 2013, une étude anglaise explorait les vécus des personnes dans les services en soins physiques (l'un des cinq milieux où les personnes sont le plus victimes de discrimination) et a souligné la fréquence des témoignages suivants : « Je ne me sens pas écouté. On ne me croit pas. On me dit que mes symptômes sont un signe de mon trouble mental. On ne m'a pas examiné. »

Selon une autre étude, menée en Australie cette fois, la présence d'un diagnostic en santé mentale dans le dossier d'une personne influence toute la relation entre le ou la professionnel-le de la santé et la personne soignée. Dans ce contexte, les professionnels sont moins portés à prescrire des prises de sang, des examens physiques approfondis, etc. Les personnes affirment avoir vécu des conséquences sur leur santé, des complications suite à des chirurgies, des cancers qui ont été découverts trop tard et qui s'avèrent alors impossibles à soigner.

Lors d'une journée d'analyse sociopolitique menée à Montréal, le 4 avril dernier, les personnes présentes ont témoigné vivre également des situations où elles ne sont pas écoutées ni crues. Leurs droits ne sont pas toujours respectés, notamment le droit à l'information, au consentement ou à l'accompagnement. Les courts témoignages suivants, recueillis lors d'une activité de partage à Action Autonomie, en mars dernier, en témoignent :

« Quand tu as un diagnostic, c'est eux qui en jugent, ils ne font pas confiance en notre jugement. »

« Les intervenantEs ne me traitent pas de la même manière, si ils, elles ont lu notre dossier. »

« Quand tu as un diagnostic, c'est eux qui en jugent, ils ne font pas confiance en notre jugement. »

Lors de la rencontre régionale du 4 avril, les impacts de cette forme de stigmatisation ont été explorés par les participantEs : elle pousse certaines personnes au désespoir, au repli sur elle-même et à la perte de confiance envers les intervenantEs du réseau de la santé.

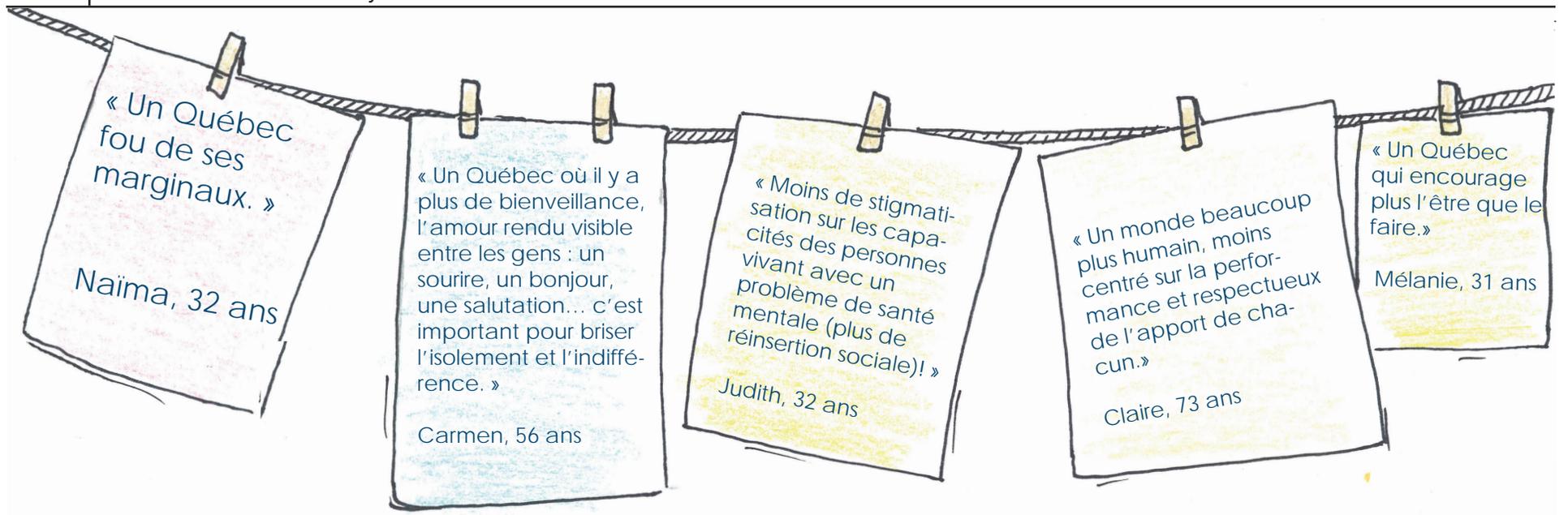
Et le personnel du réseau de la Santé?

Mais quelles sont les pratiques qui font une différence face au masquage diagnostique? Dans le dernier Plan d'action en santé mentale 2015-2020, il était mentionné que le réseau de la santé et des services sociaux devait inclure, dans son plan sur la primauté de la personne, « des activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes d'un trouble mental en ciblant prioritairement les intervenants qui travaillent dans les établissements de santé et de services sociaux ». Or, nous constatons que la primauté de la personne est une valeur difficile à faire vivre lorsqu'on ne croit pas la parole ou encore, lorsque le temps d'écoute s'amenuise comme peau de chagrin. Si le contexte organisationnel du réseau de la santé met une pression lourde sur les employéEs qui accueillent les personnes, il faut constater surtout que le milieu de la santé n'est pas exempt de préjugés à l'égard des personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Il est en effet essentiel de lutter contre les préjugés qu'intériorisent les personnes à même d'offrir des soins de santé physique et mentale. Selon deux chercheurs, certaines infirmières peuvent adopter des attitudes discriminatoires en fonction de certains diagnostics perçus comme plus pénibles: elle peuvent démontrer par exemple plus de préjugés et de pratiques discriminatoires, notamment à l'égard des personnes diagnostiquées d'un trouble de personnalité limite, perçues comme étant plus difficile, agaçante, manipulatrice ou à la recherche d'attention. Dans une autre recherche, on constate aussi que certaines infirmières plus âgées peuvent parfois contribuer à perpétuer les préjugés à l'égard de certainEs patientEs perçus comme étant plus demandant en temps et attention.



Pour Marie-Claude Jacques, professeure en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke menant un projet de recherche sur le masquage diagnostique, il est essentiel que la lutte à la stigmatisation se fasse en formant mieux le personnel et les gestionnaires, ou en mettant en place des postes d'infirmières de liaison ou de pairs-aidants pour mieux aider les personnes à naviguer dans le réseau de la santé. La lutte aux préjugés est un enjeu majeur, de même que l'accès à l'information pour les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Il faudrait également, et surtout, que les situations soient dénoncées par les personnes qui les ont vécu, et que des lois et mesures viennent changer durablement la situation pour tous et toutes. Bref, c'est une invitation à transformer le regard sur les personnes ayant reçu un diagnostic, et à s'assurer que ces dernières ne soient pas victimes de discrimination, quelles qu'elles soient. ●



Maladie, trouble, problème ou diversité?

Réflexion sur le diagnostic en santé mentale

Par Isabelle Jacques,
Étudiante à la maîtrise en sociologie à l'UQAM, technicienne en recherche sociale au CREMIS et militante

De quoi parle-t-on lorsqu'on parle du diagnostic en psychiatrie? Est-ce qu'on parle d'une maladie, un trouble, un problème de santé mentale, un problème tout court ou encore une manière d'être parmi d'autres? Le présent texte est une réflexion personnelle qui découle d'une recherche que j'ai faite dans le cadre de ma maîtrise en sociologie et qui porte sur le rapport des personnes au diagnostic de trouble de santé mentale.

D'entrée de jeu, il faut préciser que dans la préface du DSM-V, soit le manuel de diagnostic utilisé par la plupart des médecins et psychiatres, il n'est pas question de « maladies », mais plutôt de « troubles ». Pour obtenir le titre de maladie, il faudrait pouvoir identifier des causes biologiques ciblées. Or, selon l'état des connaissances actuelles, nous devons considérer les explications biomédicales et génétiques comme des hypothèses à vérifier mais non validées. Le trouble fait plutôt référence à un ensemble d'attitudes (comportements, pensées, émotions) qu'on retrouve souvent exprimées chez une même personne et pour lesquelles on ne peut pas identifier une cause simple. Il est le résultat de facteurs multiples qui interagissent entre eux (biomédicaux, psychologiques, relationnels, socio-économiques, spirituels et existentiels).

Le diagnostic sert à décrire l'organisation probable des comportements chez une personne, mais n'est pas une explication de ses comportements. Il permet

« Bien que le diagnostic encadre l'expérience et lui donne un sens, le sentiment d'être malade paralyse. »

contraint bien souvent à répondre à des problèmes complexes avec des moyens limités.

Ceci dit, au-delà de ce qu'est ou non le diagnostic de trouble de santé mentale, nous avons pourtant tous ce sentiment de comprendre quelque chose de plus lorsqu'on peut avoir recours à un diagnostic (à une étiquette, à un qualificatif, etc.) pour expliquer nos com-

portements ou ceux d'une autre personne. De plus, le sens donné au diagnostic varie d'une personne à l'autre. Selon les individus, le diagnostic sera le signe d'une maladie, d'un trouble, d'un problème ou d'un défaut de soi.

D'après les résultats de mon étude¹, le diagnostic répond à un besoin de faire du sens et de nommer ce qui est ressenti au centre de l'expérience individuelle. Bien que le diagnostic encadre l'expérience et lui donne un sens, le sentiment d'être malade paralyse. À l'inverse, l'absence de mots pour nommer cette souffrance peut rendre les personnes démunies et perdues face à celle-ci. Au-delà de sa fonction médicale, le diagnostic devient, pour les individus qui ne sont pas entendus, un outil leur permettant de revendiquer le droit à la reconnaissance de la souffrance vécue, le droit de prendre des temps d'arrêt et le droit d'être soi (dans les bons et moins bons moments). En ce sens, le diagnostic est utile, mais n'est pas sans impact sur la manière de se comprendre. Si certains se voient comme des personnes malades, d'autres considèrent avoir un trouble à gérer, tandis que d'autres s'expliquent leurs difficultés comme des problèmes à surmonter. Pour certains, le diagnostic est vécu comme un frein, pour d'autres comme une identité à reconnaître.

Un besoin de sens

Le diagnostic répond donc à un besoin de se comprendre, de s'expliquer de manière simple et de communiquer la souffrance, les écarts à la norme et les dysfonctionnements vécus. Pour les personnes qui s'y reconnaissent, le diagnostic décrit une expérience réelle, quelque chose qui est ressenti jusque dans le corps et des obstacles rencontrés qui sont malheureusement souvent ramenés à un défaut de soi. Il permet entre autres à certains individus de se sentir soulagés par le sens qu'il apporte ou de solidariser avec les pairs ayant un même diagnostic, mais laisse bien souvent un sentiment d'être brisé et inadéquat.

Puisque le diagnostic répond à un besoin de sens, il semble que nous ayons besoin de construire de nouveaux discours facilitant l'expression de la souffrance

¹ Jacques, Isabelle. « Figures de l'appropriation du diagnostic psychiatrique: entre problème et maladie. »



associée aux troubles de santé mentale, discours qui ne soient pas réduits aux critères de diagnostics.

Des efforts pour mettre en lumière cette complexité sont faits par plusieurs à travers diverses actions collectives pour faire reconnaître l'importance des déterminants sociaux et des contraintes du système dans la constitution de cette souffrance, mais cette démarche peut parfois laisser la personne seule face à la souffrance immédiatement ressentie. Il serait souhaitable de tenir compte de ce besoin de sens au niveau individuel dans la formulation des revendications collectives.

Complexifier le discours sur la souffrance au-delà de l'énumération de critères de diagnostics négatifs doit passer par un questionnement plus vaste sur ce que sont les émotions, les traumatismes, les difficultés qu'ont les humains à se comprendre et comprendre les autres, le manque d'ouverture face aux différences, le manque de curiosité et d'écoute face à une personne qui parle trop vite ou crie trop fort. Enfin, il serait rafraîchissant d'entendre parler davantage de sensibilités différentes, de rapports au monde variés, de souffrances profondes qui sont le propre de l'être humain lorsqu'il ressent qu'une situation ne lui convient pas. On pourrait parler aussi de réactions fortes, mais vivantes et surtout d'acceptation des diversités d'être. ●



De l'influence des mythes

Hospitalisation et médication forcée en santé mentale

Par Gorette Linhares,

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

Les droits fondamentaux des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale sont bafoués régulièrement. Les droits à la liberté, au consentement libre et éclairé aux soins, à une défense pleine et entière, à la représentation par avocat sont fréquemment transgressés dans le cadre des procédures juridiques d'exception permettant d'hospitaliser, de médicamenter ou d'héberger une personne contre son gré.

Ces pratiques sont connues, mais persistent. Pourquoi? C'est que les personnes vivant un problème de santé mentale, victimes d'une foule de préjugés et mythes, sont trop souvent traitées comme des citoyenNES de seconde zone. En effet, elles subissent de la coercition soi-disant pour leur « bien », au détriment du respect de leurs droits, ce qui au regard de certains constitue un dommage collatéral acceptable. Et pourtant, des alternatives existent.

La garde en établissement

Au Québec, il est possible de détenir une personne dans un établissement de santé et de la priver de sa liberté sans qu'elle ait commis un crime (Loi P-38.001).

Depuis deux décennies, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) décrit les problèmes d'application liés aux procédures de garde en établissement. Dans une publication récente, *Psychiatrie : Un profond changement de modèle s'impose*, l'Association démontre -à partir de la réalité de certaines régions- que le pourcentage des personnes représentées par un avocat reste faible (40%) tout comme le taux de présence de la personne concernée (52%) au Tribunal. S'ajoute la durée de l'audience : une moyenne de 6 minutes, ce qui est expéditif pour priver une personne de sa liberté pour une moyenne de 21 jours! Quant à l'accueil des requêtes par la Cour, il est toujours aussi important (92%) ce qui est étonnant pour une mesure dite d'exception.

« De l'approche du Conseil de la nation atikamekw en passant par l'unité mobile d'intervention mise en place à Stockholm et le modèle finlandais du Dialogue ouvert, les alternatives existent. »

L'AGIDD-SMQ a recensé quelques-unes des pratiques existantes pour diminuer le recours à cette procédure privative de liberté. De l'approche basée sur le bien-être collectif du Conseil de la Nation Atikamekw en passant par l'unité mobile d'intervention mise en place à Stockholm et le modèle finlandais de « Dialogue ouvert », les

alternatives existent ! Plus près de chez nous, n'oublions pas, à Québec, les services d'aide en situation de crise tels que PECH qui visent à éviter la judiciarisation, mais ces derniers ne sont pas implantés dans toute la province.

L'autorisation judiciaire de soins

L'autorisation judiciaire de soins (AJS) -aussi appelée ordonnance de traitement ou ordonnance de soins- vise à contraindre une personne à subir un traitement (médicaments, électrochocs, gavage, etc.) et/ou à être hébergée contre son gré si elle est déclarée inapte à consentir et si elle continue de refuser catégoriquement de recevoir des soins.

Depuis 2000, il y a une utilisation croissante de cette procédure d'exception. Les AJS sont accordées presque systématiquement, assez souvent sans que la personne en soit informée. Lorsqu'elle l'apprend, il est habituellement trop tard pour la contester, le jugement ayant été rendu et les recours sont, somme toute, inexistantes. De plus, il est excessivement difficile, voire impossible, de trouver un avocat dans le délai imparti. Enfin, la personne est fréquemment absente à la Cour, ce qui est questionnable puisque le juge doit statuer sur son aptitude à consentir. De plus, l'AJS est de plus en plus assortie d'une ordonnance d'hébergement.

Les données pour 2017 nous disent que plus de 2500 personnes ont été contraintes à se soumettre à des traitements forcés. Et pourtant, il y a des alternatives comme le démontre la Norvège avec son hôpital qui offre un service sans médicaments¹ ou encore le programme québécois de réduction d'antipsychotiques dans les CHS-LD².

1 <https://www.forumpsy.net/t1509-2017-la-norvege-lance-des-services-psychiatriques-publics-sans-medicaments>

2 <http://msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/com-munique-1731/>

De l'influence des mythes

En introduction, nous nous interrogeons sur les causes de ces dénis de droits et soumettons l'idée que le manque de connaissances sur les mythes en santé mentale et sur leurs impacts psychosociaux agit sur le traitement des personnes vivant un problème de santé mentale lorsqu'elles sont confrontées à l'appareil judiciaire.

Le grand mythe fondateur est celui du tout biologique³. L'idée, soutenue par moult psychiatres et professionnels de la santé, que les problèmes de santé mentale ont une origine biologique est largement répandue, bien qu'il ne s'agisse que d'une hypothèse. Ainsi, la compréhension des problèmes de

santé mentale est trop souvent réduite à des symptômes qu'il faut traiter alors qu'il y aurait lieu de s'attaquer aux conditions de vie des personnes.

Un second mythe concerne l'inaptitude. En effet, la tendance est à juger « aptes à consentir » les personnes utilisatrices qui acceptent leur traitement, sans jamais le remettre en cause. En contrepartie, les personnes qui refusent leur traitement, le questionnent, le contestent, ou qui cherchent à faire

valoir leurs droits, sont davantage susceptibles d'être jugées « inaptes » donc de subir une autorisation judiciaire de soins.

Enfin, le préjugé le plus persistant envers les personnes vivant un problème de santé mentale est celui qu'elles sont potentiellement violentes. Ce mythe est particulièrement lourd envers les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et celles ayant traversé des épisodes psychotiques. Il y a trop souvent présomption de dangerosité sur la base du diagnostic. En réalité, les personnes vivant un problème de santé mentale sont plus

3 ST-ONGE, J.-Claude. *Les dérives de l'industrie de la santé : Petit abécédaire*, Montréal, Écosociété, 2006, p. 33-34.





susceptibles d'être les victimes de gestes violents que leurs auteurs.

Coercition intériorisée

Triste constat, nous avons intériorisé l'idée que la coercition est indissociable de la psychiatrie. Certains psychiatres disent même publiquement avoir fait la paix avec cette notion. Ici, il ne s'agit pas de démoniser les

soignants, ces derniers sont clairement en manque de moyens et parfois, d'imagination.

À ces derniers, mais aussi à l'ensemble des acteurs impliqués dans l'application de la Loi P-38.001 et des autorisations judiciaires de soins, nous recommandons trois rapports spéciaux provenant de l'Organisation des Nations Unies en lien avec la santé mentale. Ces trois rapports remettent en question l'approche essentiellement biomédicale du système psychiatrique.

Partageons en conclusion les recommandations préliminaires de Dainius Puras, rapporteur spécial des Nations unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, à la suite

de sa visite au Canada en novembre 2018. «L'objectif principal est de parvenir à la parité entre la santé mentale et la santé physique dans la prestation des services de santé. Mais pour que cela se produise, des décisions politiques doivent être prises afin de donner la priorité aux investissements dans les services qui sont conformes à l'approche fondée sur les droits de la personne et qui n'alimentent pas le cercle vicieux de la discrimination, de la stigmatisation, de l'exclusion et de l'utilisation abusive du modèle biomédical. » ●

Ce texte est un résumé de « Judiciarisation, déni de droits et mythes en santé mentale » publié dans la *Revue Porte Ouverte* de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec, Volume XXXI, numéro 1, 2019.



Une lecture sociologique du TDAH

Charles Beaudoin-Jobin et Myriam Boivin-Comtois
Professeurs de sociologie au collégial

Comment, socialement, en vient-on à pathologiser un comportement ? Quels sont les procédés de justification scientifiques et idéologiques qui rendent acceptable l'expansion du médical sur le social ? Que révèlent ces pratiques dans la définition des normes de comportement ainsi que dans la régulation de l'enfance et plus largement de l'existence ?

La semaine dernière, une lettre ouverte de pédiatres ainsi qu'une intervention à *Tout le monde en parle* du Dr Guy Falardeau et de la Dre Valérie Labbé est venue une nouvelle fois rappeler les dérives du modèle biomédical, un modèle basé sur la médicalisation et l'individualisation des problèmes de santé. Cette phrase de la Dre Labbé en résume en quelque sorte l'essence : « Le problème, c'est qu'on retrouve vraiment plein de problématiques, mais on n'a qu'une seule pilule à donner. »

Les études du sociologue Peter Conrad démontrent bien que la médicalisation correspond à un basculement d'enjeux sociaux dans le champ du médical. Il s'agit, écrit-il, d'« un processus socioculturel qui peut, ou non, impliquer le corps médical, mener à un contrôle social des traitements médicaux exercés par les médecins, ou résulter d'une expansion délibérée de la profession médicale ». Cette dérive de l'entreprise médicale affirme ainsi pouvoir non plus uniquement soigner les individus, mais bien gérer leur santé. Le fonctionnement même de l'exigence thérapeutique se confond ainsi à des pratiques de régulation et de contrôle social qui à l'heure actuelle semblent converger vers une médicalisation des comportements. Ces pratiques médicales ne sont pas neutres. Elles visent à établir des normes toujours plus élevées et exigeantes, elles établissent des barèmes de la personne raisonnable en société.

L'utilisation d'approches non médicales complémentaires ou alternatives à la prise de médicaments est régulièrement mise de côté (psychothérapie, relaxation, yoga, prescriptions sociales, etc.) faute de moyens, et ce, au profit d'une réponse « rapide et efficace ». Exit les conditions socio-économiques sur la compréhension des causes.

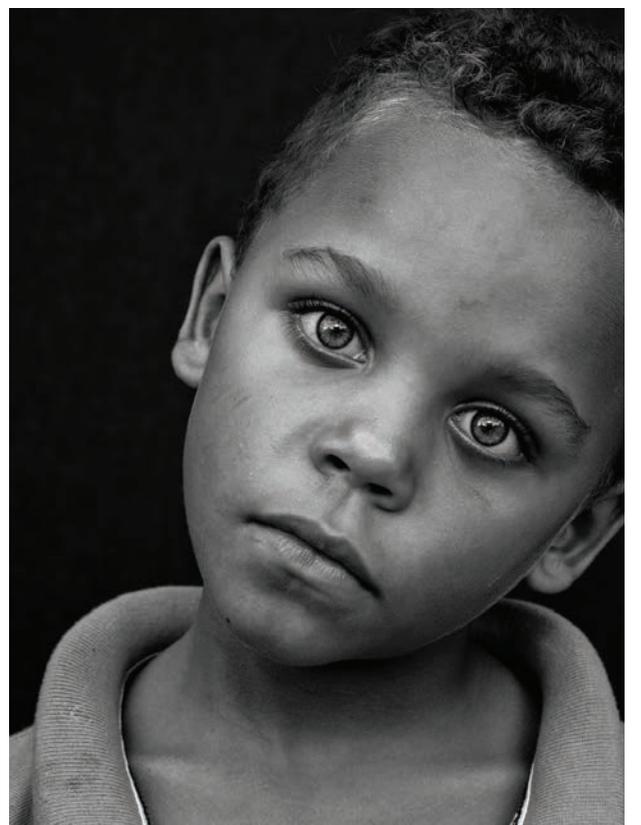
L'individualisation

Évidemment, les médicaments sont nécessaires afin de régler des problèmes de santé physique et mentale.

En revanche, comme l'ont observé Luc Bonneville et Jean-Guy Lacroix, depuis quelques années, au Québec, la solution pharmacologique est trop souvent utilisée de manière outrancière. L'accroissement de prescriptions de médicaments pour contrer les problèmes de TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité) est emblématique de cette logique systémique de médication excessive des troubles individuels, qui sont parfois plutôt rattachés à des problèmes sociaux.

De plus, loin d'évaluer l'ensemble des causes sociales et les déterminants sociaux desdits comportements problématiques, cette lecture biomédicale a pour effet pervers d'individualiser ces pathologies, et par-là de rendre acceptable la prescription aux yeux de la société, et à exonérer l'État de ses responsabilités socio-sanitaires envers les enfants et leurs parents. La médication est ainsi un choix sous contraintes. Elle amène aussi à culpabiliser les individus et leurs proches, les familles qui doutent et bien parfois résistent à cette pression sociale.

La médicalisation du social se traduit ainsi par la place que le médical occupe dans nos vies quotidiennes soumises à un rythme de plus en plus effréné, à la performance de soi, à l'accélération et à l'efficacité au travail comme dans la vie. L'augmentation des diagnostics a de quoi nous inquiéter. Or, en circonscrivant le problème à la personne qui le vit, à l'enfant « inattentif, impulsif, hyperactif », sans regarder les causes extérieures, les conditions socio-économiques, la surcharge des parents, des enseignantes et enseignants, et les sociétés dans lesquelles elles ou ils évoluent, on individualise un problème qui dépasse bien largement le domaine médical, et par-là on en perd socialement et collectivement le contrôle. Or cela n'aurait-il pas à voir plutôt avec ces nouvelles exigences de « la santé parfaite », à cette pression de performance, aux nouveaux modes d'organisation des entreprises et des institutions publiques, à l'intensification du travail et à l'accélération de nos sociétés ?



Ce cri d'alarme des pédiatres nous rappelle une nouvelle fois à quel point nos sociétés modernes sont soumises à ce modèle dominant qui laisse très peu de place à la parole contraire. Ce cri nous invite en somme à une prise de conscience, à faire preuve de curiosité intellectuelle et à mettre en question ces « nouvelles normes médicales », à demeurer vigilantes et vigilants et surtout critiques de ces transformations sociales et de la manière dont cette entreprise médicale du « mieux-être » a pris le contrôle de nos vies. ●

Ce texte a été publié initialement dans les pages du journal *Le Devoir* du 15 février 2019. Merci aux auteurs pour la permission de reproduction!

Vers un changement de paradigme

Par Anne-Marie Boucher,
Responsable aux communications du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

En novembre 2018, l'équipe de la permanence du RRASMQ déposait à M.Dainius Puras, rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé. Ce dernier faisait alors une visite au Canada afin de faire état de la progression du respect d'un droit humain bien spécifique: celui de jouir du meilleur état de santé mentale et physique possible. En attente de la publication du rapport final, qui sera déposé à l'ONU à l'été 2019, soit après que ce Journal soit allé sous presse, nous souhaitons souligner quelques aspects évoqués lors du rapport préliminaire rendu public à l'automne 2018.



Un système de santé réellement respectueux des droits humains se devrait d'intégrer cette perspective au sein de son fonctionnement parce que, comme l'indique le rapport préliminaire, la santé, «au-delà d'un service public, est un droit humain.» Bien que le Canada et le Québec se soient dotés de système de santé public relativement performant sur certains aspects de la santé physique, on constate pourtant que l'accès au système de santé demeure problématique, principalement pour les groupes marginalisés. Comme l'indique M.Puras: «Les autres lacunes qui subsistent dans la prestation des soins de santé concernent les domaines qui ne sont pas couverts par le système public de soins de santé, notamment les médicaments, les soins de la vue et dentaires ainsi que les interventions psychosociales.»

Il faut aussi souligner que le Québec ne saurait respecter le droit à la santé sans une action ambitieuse sur les déterminants sociaux de la santé, soit les facteurs structurels qui ont un impact sur la santé physique et mentale des personnes. Dans ce même rapport préliminaire, M. Puras souligne que « les déterminants de la santé mentale, tels que les inégalités, la discrimination et la violence, doivent être abordés avec une volonté politique plus forte et des investissements accrus, afin de prévenir efficacement les facteurs de risque en lien avec les conséquences négatives en santé mentale.»

Pour prendre connaissance du mémoire déposé par le RRASMQ :
bit.ly/RRASMQ_ONU19

1 Rapport préliminaire du Rapporteur spécial, novembre 2018. Toutes les citations de ce texte en sont issues.

Investir davantage dans l'Ailleurs et l'Autrement

Ces constats, formulés en novembre dernier, soulignaient également l'importance d'investissements accrus dans le domaine de la santé mentale, le rapporteur spécial indiquant que «L'objectif principal est de parvenir à la parité entre la santé mentale et la santé physique dans la prestation des services de santé. » Mais ces investissements ne devraient pas pour autant accroître le pouvoir du médecin sur l'enjeu de la santé mentale, Dainius Puras étant très critique à l'égard de cette tendance à répondre à des enjeux multiples par le biais de la psychiatrie.

Ainsi, le Rapporteur spécial exhorte les gouvernements à adopter des politiques priorisant des investissements vers des approches et des pratiques conformes au respect des droits humains, et visant à briser le cercle vicieux de l'exclusion, de la stigmatisation et de la discrimination. Il ajoute qu'il faut mettre fin à l'utilisation abusive du modèle biomédical, soit le tout à la psychiatrie. Nous portons des constats similaires depuis plus de 35 ans : il nous faut assurer des conditions de vie dignes aux personnes, et leur offrir un soutien respectueux de leurs droits, de leurs besoins et de leurs aspirations.

Face à ces recommandations et suite à l'examen approfondi de ce qu'implique le respect du droit à la santé, nous ne pouvons que constater que le mouvement social alternatif en santé mentale au Québec est à l'avant-garde de ce changement nécessaire de paradigme en santé mentale. En offrant des espaces thérapeutiques diversifiés fondés sur l'exercice de la citoyenneté et l'inclusion sociale, les ressources alternatives sont des espaces essentiels pour les personnes et les communautés, afin de réaliser le droit à la meilleure santé mentale possible. ●



Les couleurs de l'Alternative

Dans ce Journal, vous avez pu découvrir quelques oeuvres originales donnant un aperçu du talent des personnes dont le parcours est lié à une ressource alternative. Merci à tous ces artistes pour leurs généreuses contributions !

Vous trouverez donc, en ces pages, les oeuvres de:
Sonia Verreault, *Monde intérieur* en page 1, *Bibittes dans le traîneau* en page 2, et *Le passé laisse des traces* en page 13
Martin Fortier, *Le regard regardé*, page 3
Le comité des Intelligences citoyennes, en page 5
Matteo Esteves, *Espaces*, p. 6
Comité Mobilisation du RRASMQ, page 9
Carole Lévis, page 14

Nous soulignons également la collaboration heureuse avec Clément de Gauléjac, illustrateur professionnel ayant produit les illustrations originales des pages 2, 4, 7, 8, 10, 11, 13, 14 et 15 et celles ornant nos affiches 2019!

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

Conception et rédaction: comité Mobilisation du RRASMQ: Sara-Eve Aubert, Stéphane Belleville, Aline Bilodeau, Anne-Marie Boucher, Yves Brosseau, Dominic Guillemette, Ghislain Goulet, Jean-Pierre Ruchon. Comité Pratiques du RRASMQ pour la révision des pages 4 et 5. Comité le Politique et administrateurs-trices du RRASMQ pour la collaboration à l'éditorial.

Contributions citoyennes : Marjolaine Beauchamp, Charles Beaudoin-Jobin, Myriam Boivin-Comtois, Marie-Claude Jacques, Isabelle Jacques, Gorette Linhares, Frédéric Mailhot-Houde.

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

Crédits photo :

Pages 1 : Anne-Marie Boucher
Pages 2 et 5 : Action Autonomie
Pages 4, 7, 8 9 et 14: Life of Pix
Page 12: Carolyne de Bellefeuille et Kelly Jacobs, visuel original créé pour le Mouvement Jeunes et santé mentale grâce à l'implication des résidentEs de l'Auberge du coeur L'Escalier

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

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

Abitibi / Témiscamingue Groupe Soleil Malartic + Le Trait d'union de La Sarre + L'Entretoise du Témiscamingue + Maison 4 Saisons du Témiscamingue + Table de concertation régionale des organismes communautaires alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue **Bas-St-Laurent** Centre d'entraide l'Horizon + La Bouffée d'Air du KRTB + La Traversée Association Kamouraskoise en santé mentale + Le Marigot + Le Périscope des Basques + Rayon de partage en santé mentale + Regroupement des organismes communautaires alternatifs en santé mentale du Bas St-Laurent + Santé Mentale Québec - Bas St-Laurent + Source d'Espoir Témis **Chaudière / Appalaches** Aux Quatre Vents + Centre la Barre du jour + Le Murmure + Le Trait d'Union de Montmagny + L'Oasis de Lotbinière **Capitale nationale** Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR) + Relais La Chaumine **Côte-Nord** L'Âtre de Sept-Îles CREAM (Baie-Comeau) + Maison de transition Le Gîte de Baie-Comeau + Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de la Côte-Nord **Estrie** La Cordée Ressource alternative en santé mentale + Entrée Chez-soi + L'Autre Rive + L'Autre Versant Le Rivage du Val-Saint-François + L'Ensoleillée + L'Éveil, ressource communautaire en santé mentale + Le Phare Source d'entraide + L'Éveil de Brome-Missisquoi + Virage santé mentale - **Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine** Association d'entraide pour la santé mentale de New-Richmond (La Passerelle) + Centre Accalmie + Centre Émilie-Gamelin de Chandler + Le CRRI (Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention) + Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de la Gaspésie et des Îles-du-Québec **Nord-du-Québec** Corporation Le Zéphir de Chibougamau **Lanaudière** La Bonne Étoile + La Rescousse Amicale + Le Vaisseau d'Or (des Moulins) + Rescousse Montcalm + Le Vais-services de crise de Lanaudière **Laurentides** Centre aux sources d'Argenteuil Groupe La Licorne + L'Échelon des Pays-d'en-haut + L'Envolée de Sainte-Agathe + Droits et recours Laurentides + Collectif des Laurentides en santé mentale + L'Association laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale + Centre de promotion et de défense des droits en santé mentale de Laval + CAF-GRAF **Montréal** Groupe Facile d'accès + La Traverse du sentier Réseau d'aide Le Tremplin **Montérégie** Alternative Centregens + Ancre et Ailes du Haut Saint-François Arc-en-ciel Vaudreuil-Soulanges + Au Second Lieu + Collectif de défense des droits de la Montérégie + Le Campagnol + Contact Richelieu-Yamaska + Groupe d'entraide L'Arrêt-Court Hébergement l'Entre-Deux + L'Avant-garde en santé mentale + Le Tournant + Maison alternative de développement humain (MADH) + Maison du Goéland de la Rive-Sud-Maison Jacques-Ferron + Maison le Point Commun + Maison sous les arbres + Maison Vivre Psychohésion + Réseau d'Habitations Chez soi + Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de la Montérégie **Montréal** Accès-Cible s.m.t. + Action Autonomie + Action Santé de Pointe St-Charles + Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) + CENTRAMI + Association de Parents pour la santé mentale de Saint-Laurent-Bordeaux-Cartierville (APSM) + Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel (CAMÉÉ) + Centre d'Apprentissage Parallèle (CAP) + Centre de soir Denise-Massé + Centre de soutien jeunesse de St-Laurent Centre d'entraide Le Pivot + Communauté Thérapeutique La Chrysalide + Écoute Entraide inc. + L'Atelier + L'Autre Maison Centre d'intervention de crise du Sud-Ouest + Maison des amis du Plateau Mont-Royal + Maison l'Éclaircie de Montréal + Maison Saint-Jacques + La Parentrie + Prise II + Projet PAL + Le Rebond + Relax-Action Montréal + Réseau alternatif communautaire des organismes en santé mentale **Nord-du-Québec** Corporation Le Zéphir de Chibougamau **Saguenay / Lac St-Jean** Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale du Saguenay / Lac St-Jean (ARACASM)

Il y a plus de 100 ressources communautaires alternatives en santé mentale au Québec.