



## Pour une approche globale de la santé mentale

*Agissons sur les causes pour aplatir la courbe de la détresse!*

Déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dans le cadre des consultations entourant le prochain  
Plan d'action interministériel en santé mentale



*Regroupement  
des ressources alternatives  
en santé mentale  
du Québec*

Février 2021

## Table des matières

Ce que la pandémie a changé	5
1er chantier - Primauté de la personne.....	9
1. Fonder l'intervention et l'écoute sur la prise en compte de l'histoire de la personne	9
2. Réaliser la primauté de la personne par la participation collective et l'exercice des droits	11
3 . Combattre la stigmatisation et la discrimination au sein du réseau et dans les communautés	12
4. Évaluer et respecter le droit de jouir de la meilleure santé mentale possible	14
2e chantier Déterminants sociaux de la santé.....	15
5. Un plan d'action qui agit ambitieusement sur les déterminants sociaux de la santé mentale	15
6. Le droit à un revenu décent: pour se sortir de la pauvreté durablement	17
7. Le droit à un toit : pour se sentir chez soi, pour se sentir en sécurité	19
8. Le droit à la mobilité : sortir de l'isolement	20
3e chantier - Pratiques et approches alternatives .....	22
9. Avoir accès et pouvoir choisir parmi des alternatives	22
10. Soutenir les pratiques de Gestion autonome de la médication (GAM) dans toutes les régions du Québec	23
11. Sortir de la crise, sortir de l'urgence	25
En conclusion : Pour une approche globale en santé mentale .....	27
Références	29
Remerciements	30

### Coordonnées de contact

Anne-Marie Boucher

Co-coordonnatrice du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

2349 rue de Rouen, 4e étage Montréal, QC, H3L 1L5

[rrasmq@rrasmq.com](mailto:rrasmq@rrasmq.com)

## Un mot sur les droits et les leviers internationaux pour les défendre

Les revendications présentées dans ce document se fondent sur les droits (fondamentaux, politiques, culturels, sociaux) et sur les témoignages et exigences de changement partagées par les personnes évoluant dans les ressources alternatives.

Ces droits, nous ne sommes pas seul.e.s à les défendre. D'autres groupes sociaux comme le FRAPRU, le Collectif pour un Québec sans pauvreté, le Mouvement pour un transport public abordable, par exemple, militent pour faire avancer certains droits sociaux. D'autres alliés, comme l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), portent fièrement le mouvement social alternatif et ses revendications principales.

Il faut également savoir que des allié.e.s internationaux ont, depuis 2013 et à travers trois rapports adressés à l'Organisation des Nations Unies, alerté à propos des abus de droits en santé mentale et ont fait des recommandations percutantes. Ces trois rapports, dont les références se trouvent en page 16 de ce document, «remettent en question l'approche essentiellement biomédicale du système psychiatrique, proposent l'abolition des mécanismes d'exception sur la base de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, refusent le statu quo, demandent un changement de pratique et proposent des recommandations et moyens aux États afin de respecter, protéger et promouvoir les droits et libertés de la personne.»<sup>1</sup>

En effet, à leur lecture, nous prenons la mesure de l'ancrage puissant qu'a le mouvement alternatif en santé mentale dans la force des droits humains. Nos demandes, formulées dans ce document, sont légitimes. Elles constituent un plaidoyer envers la nécessité que chaque citoyen et chaque citoyenne soit accueilli.e avec respect et humanité. Que chaque personne puisse cheminer avec dignité dans le système de santé mentale. Que nous ayons le droit de refuser, de choisir et de recevoir de l'aide d'urgence sans contrainte ni contention.

Finalement, nous soulignons que le dernier Plan d'action en santé mentale a fait des avancées en proclamant l'importance de la primauté de la personne. Or, nous invitons le gouvernement du Québec à pousser encore plus loin cette idée de primauté, soit en l'élargissant à l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Oui, la personne prime, et ce n'est que lorsque nous aurons des logements de qualité, du transport, une réelle sortie de la pauvreté que nous pourrons prétendre travailler dans le sens d'une meilleure santé mentale pour tous et toutes.

---

<sup>1</sup> AGIDD-SMQ, *Psychiatrie: un profond changement de modèle s'impose*, 2018.

## Trois chantiers, onze revendications

Les membres du RRASMQ ont identifié, lors de leur rencontre nationale de janvier 2020, trois chantiers prioritaires pour le prochain Plan d'action en santé mentale, chantiers qui sont en accord avec les principes que nous portons dans le milieu alternatif depuis près de 40 ans : respect et soutien de la personne dans sa globalité, appropriation du pouvoir individuel et collectif et vision critique face à la lunette biomédicale.

Nous croyons que le droit à la meilleure santé physique et mentale possible doit être mis en œuvre et respecté, et ce, par des pratiques fondées sur les droits et la lutte aux inégalités sociales. Nous souhaitons la mise en œuvre de formes d'accompagnement qui donnent envie de vivre et qui font sens, tant pour les personnes qui les reçoivent que pour les travailleurs et travailleuses qui les dispensent.

### Conditions de réalisation

L'approche globale que nous défendons dans ce document s'adresse également aux travailleurs et travailleuses qui, trop souvent, se font exiger l'impossible dans des contextes difficiles et complexes. Ainsi, pour qu'un changement de culture s'effectue dans le milieu institutionnel en santé mentale, il nous semble primordial d'accorder une attention aux conditions de travail et de vie des personnes. Oui, la formation importe, mais il faut également garantir aux professionnel.le.s les moyens et le temps d'accompagner, de soigner et d'aider.

Pour ce faire, nous revendiquons :

- 1) la reconnaissance de l'autonomie, de l'expertise et un rehaussement global du financement des groupes d'action communautaire autonome*
- 2) un réinvestissement important ainsi que la fin de l'approche industrielle dans les services publics de santé.*

## Ce que la pandémie a changé

«Alors, après 2 mois dans mon logement je me sens paralysée pour faire des choses, je pleure aux 2 jours et j'ai l'impression qu'il me faudrait un médicament pour me détendre car je vais exploser. Je vais faire ma première sortie de chez moi : épicerie pour m'acheter des trucs essentiels...voilà comment je vis la situation. Il n'est pas question non plus d'aller me recueillir dans un centre de jour. Alors j'avale. J'avale. J'ai peur.

» **Une citoyenne de St-Jérôme**



Cette plateforme de revendications a été écrite avant l'arrivée de la COVID au Québec. Or, ces revendications participent toutes à améliorer la situation mentale des Québécois et Québécoises, pandémie ou pas. Nous n'avons pas globalement actualisé ces revendications puisqu'elles sont toujours à jour. Toutefois, nous nous permettons d'ajouter quelques pistes d'action qui pourraient faire la différence dans le courant des prochains mois:

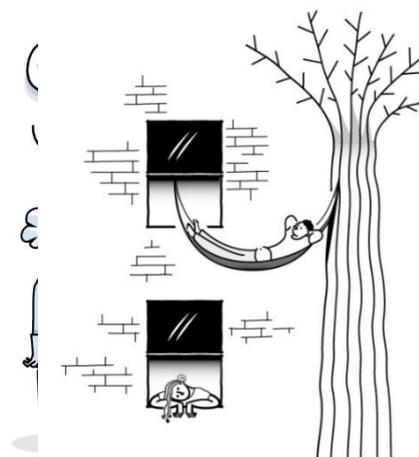
### **Du côté des conditions de vie**

- S'attaquer de front à la fracture numérique en s'intéressant tant à la qualité de la connexion internet qu'au rehaussement des compétences des personnes, sans oublier le prêt de matériel pour les personnes pauvres et isolées, via les organismes communautaires qu'elles fréquentent;
- Ajuster les normes du travail afin d'inclure le droit à la déconnexion et des mesures spécifiques protégeant la conciliation travail-famille en cas de fermeture des écoles et des milieux de garde;
- Reconnaître l'importance, pour plusieurs personnes, d'avoir accès à des lieux extérieurs au domicile.

### **Du côté de l'accompagnement en santé mentale**

- Reconnaître l'importance et la pertinence des approches alternatives, et financer suffisamment les groupes d'entraide en santé mentale, les centres de crise, les ressources en art-thérapie, etc.;
- S'assurer du respect des droits dans les hébergements et départements psychiatriques, notamment en lien avec l'imposition des mesures sanitaires;
- Déployer davantage d'équipes de proximité dans les communautés ;
- Agir directement sur les conditions de travail des soignant.e.s confronté.e.s directement à la réalité de la pandémie au quotidien, reconnaître leur détresse et offrir, de manière préventive, des répit et congés additionnels afin de souffler.

D'après plusieurs, on verrait aujourd'hui apparaître les prémises d'une crise sociale et mentale liée à la Covid, à laquelle le Plan d'action en santé mentale se verra nécessairement appelé à répondre. À notre avis, nous devons à tout prix éviter une médicalisation de la crise et une médication de ses effets. Les Québécois consomment déjà plus d'antidépresseurs que la moyenne des Canadiens ; n'allons pas accentuer cette tendance. On salue la volonté du gouvernement de vouloir donner une réponse rapide, ici et maintenant, à cette crise, mais on pense que la solution doit être envisagée sur le long terme, et surtout doit intégrer l'ensemble des revendications du présent document.



### Le point de vue des personnes

*« Moi je suis une personne de 39 ans qui a des limites physiques et qui fait des crises de panique et beaucoup d'anxiété. Je vis cette tragédie qui est ce virus comme un abandon. Je vis seule et je n'ai pas beaucoup d'amies et comme famille j'ai juste ma soeur qui est infirmière alors très occupée! Je me sens rejetée et seule. J'essaie de garder le cap mais c'est difficile. Pas évident de se sentir seule au monde, mais j'essaie de m'occuper l'esprit! J'ai très très hâte que ça finisse tout ça et que la vie continue.»*

*«Durant la pandémie, je connais des gens qui ont reçu par la poste des prescriptions de psychotropes avec des doses plus fortes. Il est où le droit de participer au traitement?»*

*«Je vivais des malaises en lien avec la médication pour l'hypertension. J'ai remarqué que durant la COVID mon médecin de famille s'est mis à insister pour me prescrire des anxiolytiques en argumentant que mes symptômes étaient dus au stress relié à la pandémie. Après quelques recherches j'ai pu ajuster la manière de prendre mes médicaments pour l'hypertension ce qui a aidé à atténuer les étourdissements. C'est pourtant son rôle à elle de faire ce travail.»*

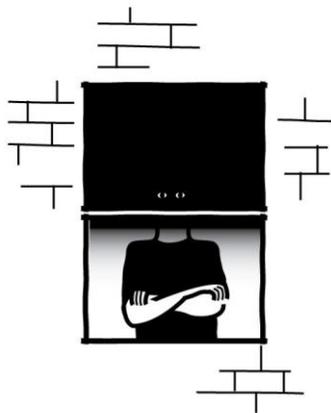
**Propos recueilli par le RRASMQ**

La pandémie est peut-être un événement inusité, mais certaines de ses conséquences sur la santé mentale et la société n'ont rien d'exceptionnel. La COVID n'a fait qu'amplifier des dynamiques qui étaient déjà présentes, que l'on pense à la précarisation grandissante des personnes pauvres, à une augmentation de la détresse psychologique chez un nombre toujours plus important de personnes ou un nombre toujours plus élevé de

prescriptions d'antidépresseurs<sup>2</sup>. C'est pourquoi on pense que la réponse doit s'étendre bien au-delà du seul cadre de la COVID et que l'on réclame non pas une solution de crise, temporaire, mais un Plan d'action en santé mentale qui soit réellement interministériel et intersectionnel.

Il est évident qu'on a besoin d'une **augmentation majeure** des services en santé mentale, mais pas seulement médicaux. Pour être véritablement efficaces, il faut que ces services soient **ancrés dans la population**. C'est la docteure Généreux elle-même qui le dit. Pour le Regroupement, ça nous indique que la prévention en santé mentale est non seulement primordiale, mais que c'est **dans et par** les communautés qu'elle doit se faire.

Reconnaître et soutenir l'entraide entre les personnes : c'est une manière efficace et importante d'être aidée et d'aider. C'est soutenir d'appartenir à un réseau, de recevoir



un coup de fil de temps à autre, d'être écouté.e et entendu.e. La **pratique de l'entraide entre pairs** a été documentée par la recherche, elle est soutenue par le Rapporteur spécial des Nations Unies pour le droit à la santé : on sait que ça fonctionne pour plusieurs, que ça participe au mieux-être, à la réappropriation du pouvoir, à la réduction des hospitalisations. Les ressources du Regroupement mettent déjà en œuvre des pratiques d'entraide et représentent des lieux d'accueil pour la population en général. Il faut également soutenir davantage les pratiques **des travailleurs de milieu et accueillant les personnes de manière globale** : travailleurs.ses de rue, de rang, les services de crises communautaires, etc

On a reçu plusieurs de témoignages dans nos ressources qui ont rapporté l'**incompréhension des personnes devant les mesures sanitaires**, et un profond sentiment d'incohérence. Il nous semble important qu'on lutte contre cette incompréhension, d'une part parce qu'on peut penser que des mesures mieux comprises et adoptées seraient mieux appliquées, mais surtout parce que le **sentiment de cohérence** est au cœur de la santé psychologique, comme le révèlent les travaux de la Dre. Généreux sur les impacts psychosociaux de la COVID.

L'incompréhension n'est pas la seule cause de résistance face aux mesures sanitaires : certaines mesures, tantôt paternalistes, tantôt appliquées sans prise en compte du contexte des personnes et parfois déshumanisantes, viennent limiter des **libertés pourtant essentielles au maintien d'une bonne santé mentale**. Pensons notamment à l'interdiction de quitter la chambre pour certaines personnes, ou encore les limitations faites quant à la possibilité d'aller prendre des marches. Nous avons reçu des témoignages concernant des personnes hébergées en ressource de type familiale (RTF)

---

<sup>2</sup> <https://www.ledevoir.com/societe/sante/586403/sante-mentale-la-pandemie-pese-lourd-sur-le-moral>

qui n'ont droit qu'à deux marches minutées chaque jour, ou encore qui n'ont le droit de fréquenter leur groupe d'entraide qu'une fois par semaine.

### **Un confinement qui n'est pas vécu de la même manière par tous et toutes...**

*«J'habite dans une ressource d'hébergement pour les gens qui ont des problèmes de santé mentale. Le confinement qui nous a été imposé lors de la première vague était excessivement strict. Nous n'avions pas le droit de sortir du tout de la maison. Bien que les autorités invitaient les gens à sortir prendre une marche « pour ne pas devenir fous », nous - qui avons des problèmes de santé mentale - ne pouvions le faire.*

*(...)*

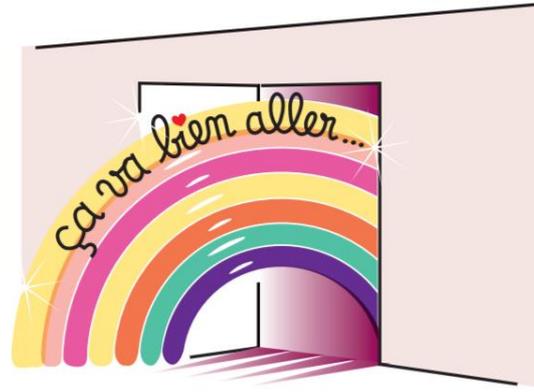
*Pour nous, être confinés a des effets dévastateurs! Si au moins on avait pu aller prendre une petite marche comme le recommandait le Dr. Arruda.*

*Durant les dernières semaines de confinement, une intervenante de Louis-Hippolyte venait prendre des marches avec nous à l'extérieur. Parce qu'on ne nous faisait pas confiance pour respecter les règles sanitaires, on nous imposait un chaperon. Pour les patients autonomes comme moi, c'est abrutissant!*

*(...)*

*La façon dont on gère notre confinement est de l'abus. On nous impose des mesures qui vont rendre malade beaucoup de patients. La sagesse voudrait qu'on apprenne à fonctionner avec un risque dans notre entourage. On choisit de nous enfermer. J'espère qu'on a prévu beaucoup de lits dans les départements de psychiatrie... ils vont vite se remplir. »*

***Témoignage recueilli sur le site [jaiunehistoire.com](http://jaiunehistoire.com)***



... SI ON M'ACCUEILLE ET  
RESPECTE MES DROITS

## 1er chantier - Primauté de la personne

### 1. Fonder l'intervention et l'écoute sur la prise en compte de l'histoire de la personne

#### Le point de vue des personnes

*«Les gens sentent qu'au sein du système de santé, les professionnels n'ont pas beaucoup de temps. On cherche à traiter rapidement sans vraiment chercher à comprendre ce qui amène la personne à consulter. Les professionnels semblent pressés et peu préoccupés par la souffrance du patient. Les rencontres médicales sont rapides et peu personnelles.» **Synthèse des témoignages récoltés par le Centre de soir Denise-Massé, Montréal***

*«On devrait avoir le temps d'arriver, de se déposer... Il devrait y avoir plus de respect de la primauté de la personne avant la maladie.» **Membre d'Au Second Lieu, Saint-Hubert collecte 2019 SDDS***

*« qu'est-ce que je te demande quand je te dis "écoute-moi" ? J'ai besoin que tu t'oublies, l'espace d'un moment, que tu me laisses toute la place, je te demande de porter une attention particulière aux mots qui vont sortir de ma bouche et par-dessus tout que tu sois capable de fermer la tienne. Je dois sentir que tu es là pour moi, que tu acceptes ma différence, mon expérience et que tu me respectes, peu importe ce que je vais dire. Oublie ton positivisme ou tes solutions toutes faites, car je vais trouver les bonnes pour moi et quand tu fais ça, tu minimises ma souffrance, en plus de me faire sentir incapable. Je veux que tu me dises que peu importe mes choix, ils m'appartiennent et que tu seras là pour moi. J'ai besoin de sentir ton support, ton empathie et ta compassion ».*

**L'Autre Espace, volume 10, 2019.**

Au RRASMQ, nous collectons, de différentes façons et depuis plusieurs années, la parole des citoyens et citoyennes ayant eu recours aux services en santé mentale. Une des constantes de ce qu'on entend, c'est que les personnes considèrent qu'elles ne reçoivent pas l'écoute dont elles auraient besoin, et que leur histoire et leurs conditions de vie ne sont pas suffisamment prises en compte. Parfois, le traitement ou l'évaluation, en se trompant de cible, vient aggraver des traumatismes déjà présents plutôt que d'accompagner la personne dans le respect de son histoire.

On constate que la vision biomédicale des problèmes vécus centrée sur la gestion des symptômes laisse peu d'espace aux personnes pour se raconter et trouver du sens à ce qui leur arrive. Pour des personnes, le diagnostic semble justifier la difficulté d'accéder à de l'écoute. Avant le diagnostic, il y a de l'écoute pour tenter de comprendre. Lorsque le diagnostic arrive, les personnes se disent « Ah! C'est ça qu'il a! ». Ce faisant, le diagnostic en vient à effacer la complexité des personnes et de leurs histoires derrière l'identité de "malade", de dépressif, de schizophrène, etc. Il faut que les personnes soient entendues dans leur globalité et que l'on reconnues dans leurs spécificités, et que les logiques de soins tiennent compte des dimensions systémiques et culturelles à l'œuvre derrière la détresse et la souffrance.



C'est pourquoi il faut que les interventions en santé mentale adhèrent au principe de «*D'abord, ne pas nuire.*» et qu'elles se fassent au rythme des personnes, avec leur consentement libre et éclairé et leur participation pleine et entière. Ce que les personnes nous disent : elles souhaitent que les soins dispensés ne viennent pas les retraumatiser, ne viennent pas activer des traumatismes vécus par le passé. Il faut sortir d'une lecture strictement biomédicale et repenser l'offre de services, en s'inspirant notamment de pratiques porteuses telles qu'Open Dialogue, la Gestion autonome de la médication, les Groupes d'entendeurs de voix, le Step Care 2.0, les Soteria House, etc.

#### **Nous revendiquons :**

**1.1 Que les professionnel.le.s oeuvrant en santé mentale disposent d'un temps d'écoute et d'accueil répondant au rythme et aux besoins des personnes**

**1.2 Que l'évaluation et l'accompagnement des personnes prennent en compte les aspects biopsychosociaux de la personne et soient attentifs à la présence de traumatismes dans le parcours de la personne.**

**1.3 Que des mesures soient prises afin de réduire les inégalités dans la relation thérapeute-patient.**

## 2. Réaliser la primauté de la personne par la participation collective et l'exercice des droits

### Le point de vue des personnes

« Je devrais être consulté en tout temps concernant mon plan de traitement. » **Membre de la ressource Au Second lieu, Saint-Hubert**

« Je ne veux plus aller à l'hôpital, je n'ai plus confiance du tout. Je vais attendre qu'on vienne me chercher en ambulance s'il le faut. » **F.Raymond**

« J'avais reçu des visiteurs qui voulaient m'emmener prendre un café dehors. Je devais avoir l'autorisation de l'infirmière et elle devait me donner des cigarettes. Personne ne me répondait. J'ai paniqué, j'ai tapé du pied et pour cette raison on a annulé la visite. Ils m'ont punie. » **Membre d'Action Autonomie le collectif de défense des droits de Montréal**

« Les mesures de contention sont rejetées par toutes les personnes hospitalisées. On demande que la personne qui doit subir une mesure de contention soit informée du traitement et qu'une personne de son environnement soit présente lors de cette information. De plus, il serait souhaitable qu'un lieu de méditation soit installé dans le milieu hospitalier. Beaucoup de solutions positives ont été envisagées et ce qui semble clair, c'est qu'on doit réviser les mesures de contention présentement utilisées dans le domaine hospitalier. La réflexion m'aura permise d'avoir un certain pouvoir sur ce qui pourrait devenir un meilleur lieu pour les gens souffrant de maladies mentales » **L'Autre Espace, 2020, vol. 11**

Malgré la reconnaissance de plus en plus importante de la participation citoyenne des personnes premières concernées, il y a encore du chemin à faire. L'AGIDD-SMQ révèle que cette participation a été sollicitée dans 7 régions et non réalisée dans 4 régions, qu'une région a perdu son financement pour réaliser des rencontres permettant d'assurer une représentation démocratique et porter une voix collective dans les lieux de concertation<sup>3</sup>. À Montréal, cette participation n'est pas encore réalisée dans tous les CIUSSS selon Action Autonomie.

Concernant les mesures de contrôle, dont les plaintes sont récurrentes d'année en année, l'AGIDD-SMQ révèle, suite à une consultation auprès de ses groupes en 2016-2017, que les alternatives aux mesures de contrôle, peu nombreuses, ont été identifiées comme mises en place par les groupes de quatre régions seulement. Dans 9 régions, les groupes rapportent que l'isolement (la mesure de contrôle la plus utilisée en psychiatrie) est souvent employé comme moyen de pression ou de punition face à des comportements qui dérangent, donc dans un esprit contraire à la loi<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> AGIDD-SMQ, *Psychiatrie: un profond changement de modèle s'impose*, 2018

<sup>4</sup> *Ibid.*

Basé sur l'expertise de l'AGIDD-SMQ et de ses membres, des consultations du RRASMQ et les rapports annuels du Protecteur du citoyen, nous faisons remarquer que le droit à l'information et le droit au consentement aux soins, à la participation au traitement, à la représentation par un avocat et d'être entendu au tribunal sont régulièrement bafoués. 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 ressentir de la pression, ne pas subir de chantage. Nous devons donner de l'espace aux personnes et écouter leurs questionnements et l'expression de leurs besoins.

**Nous revendiquons:**

**2.1 Que toutes les orientations et mesures du plan d'action en santé mentale soient pensées, planifiées, réalisées et évaluées avec la participation pleine et active des personnes premières concernées.**

**2.2 Que, pour assurer la représentativité, cette participation se fasse via Représent'ACTION ou d'autres espaces de concertation collective pour les personnes premières concernées, et que ces espaces soient dûment financés.**

**2.3 Que la participation des personnes, quand leur expertise liée à leur vécu est sollicitée, soit soutenue financièrement.**

**2.4 Que les conditions nécessaires au respect des droits en santé mentale soient assurées dans tous les établissements.**

**2.5 Que soient mises en place, dans tous les établissements, des mesures alternatives aux mesures de contrôles afin d'éviter d'y avoir recours.**

### 3 . Combattre la stigmatisation et la discrimination au sein du réseau et dans les communautés

#### **Le point de vue des personnes**

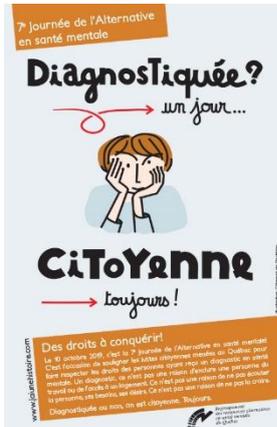
*« Au mois de novembre, suite à période difficile au plan de ma santé mentale je me suis retrouvé involontairement en situation de jeûne prolongé. Je suis allé de moi-même à l'hôpital pour reprendre l'alimentation car mon système digestif était arrêté. À l'hôpital, l'air m'était irrespirable, les produits de nettoyage étaient très forts et me donnaient de fortes douleurs au ventre. J'avais l'impression que j'allais mourir. Lorsque j'en parlais au personnel on me répondait que c'était du délire, que c'était dans ma problématique. Un médecin m'a dit que c'était de la paranoïa, que si je continuais à parler comme ça, il allait me donner un antipsychotique. On me forçait à manger alors que le menu ne me convenait pas et que je voulais reprendre doucement l'alimentation. Sous prétexte d'un état délirant, l'hôpital a demandé une garde en établissement de 30 jours. » **Frédéric Mailhot-Houde, Montréal***

*« J'avais des douleurs et, quand je consultais, on me virait de bord, on disait que c'était émotionnel et on n'investiguait pas. Ça a pris beaucoup de temps pour finalement me donner un diagnostic de fibromyalgie. » **Membre de la ressource Entrée chez soi***

*« Il y a eu des décès chez les locataires de l'organisme car la santé physique de la personne n'était pas considérée, le système croyait que c'était « psychotique », « inventé » et ils n'ont pas approfondi les tests. » **Membre de la ressource Entrée chez soi, Farnham.***

«En appelant Info-Santé pour des douleurs physiques, on m'a demandé si je prenais des médicaments. Lorsque je l'ai informé que je prenais des médicaments psychotropes, elle m'a tout de suite transféré à Info-Social. Ça m'a vraiment insulté. Ça fait qu'on devient méfiant envers les soignant.e.s de santé physique.» **L.L., Montréal**

«Dans mon cas on ne m'a pas diagnostiqué l'asthme dont je souffrais. On attribuait ça au diagnostic de santé mentale.» **L.L., Montréal**



Dans le dernier Plan d'action en santé mentale, il était mentionné que le réseau de la santé 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 ». Depuis, le vécu des personnes qui utilisent les services de santé demeure encore trop souvent marqué par un manque de considération de leur parole.

Nous recevons de nombreux témoignages de personnes qui ne sont pas crues lorsqu'elles souffrent de maux physiques (ce qu'on appelle masquage diagnostique), lorsqu'elles parlent d'agressions qu'elles ont subies ou encore d'effets secondaires de médicaments. Ces situations les mettent à risque face aux traitements inadéquats ou forcés et posent une menace claire à leur droit à la santé. Elles poussent les personnes au désespoir, au repli sur elles-mêmes et à la perte de confiance envers les intervenantEs du réseau de la santé.

On identifie que les préjugés véhiculés dans notre société à l'effet que « les personnes manquent de jugement », ajoutés aux conditions d'accueil et d'écoute déficientes au sein du réseau sont au cœur de ces situations qui entraînent des dénis de droits importants. Pour les transformer, il faut donner la parole aux personnes qui ont subi ce genre de préjugés et ouvrir un réel dialogue.

### **Nous revendiquons :**

**3.1 Que le Plan d'action priorise une lutte constante contre la stigmatisation et la discrimination et fasse prioritairement appel, aux niveaux national, régional et local, à des collectifs de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale pour la réalisation d'actions concertées de lutte à la stigmatisation et à la discrimination.**

**3.2 Que les établissements mettent en place des mesures spécifiques et significatives pour mettre fin au masquage diagnostique.**

## 4. Évaluer et respecter le droit de jouir de la meilleure santé mentale possible

Pour plusieurs membres qui témoignent au sein de nos ressources, les départements de psychiatrie ne sont pas des lieux où ils se sentent en sécurité et où ils sentent que leur dignité est respectée. Pour certains, l'expérience a été difficile, voire traumatisante. Pour d'autres, elle est marquée par l'ennui ou la privation de liberté.

Or, comment transformer cette culture de soin? Nous croyons que c'est en informant, en balisant et en améliorant les conditions de travail au sein du réseau que nous pourrions voir des changements durables. C'est pourquoi il est essentiel que les personnes usagères, de manière individuelle et collective, puissent donner une rétroaction honnête à l'égard de la qualité de l'accueil et des soins qu'elles ont reçus. Bien que ce souci de l'évaluation soit présent dans le dernier Plan d'action en santé mentale, nous croyons que des mesures plus concrètes, participatives et ayant un impact réel doivent être mises en place dans chaque établissement et point de service.

De plus, il nous semble essentiel qu'une instance indépendante se charge, au niveau national, d'étudier l'impact des politiques et mesures gouvernementales sur la réalisation du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Comme le souligne Dainius Puras, rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé, «la réalisation du droit à la santé requiert que tous, en particulier ceux qui vivent dans la pauvreté et ceux qui sont les plus exclus de la société, participent à tous les niveaux aux décisions relatives aux politiques publiques en matière de santé mentale. Cette participation n'est possible que lorsque toutes les populations sont reconnues, respectées et prises en compte dans les organisations et structures sociales.<sup>5</sup>»

### **Nous revendiquons :**

**4.1 Que le MSSS et les Centres intégrés mettent en place des processus d'évaluation des services de santé mentale avec et par les personnes utilisatrices et les organismes qui les représentent. (revendication SDDS Montérégie Ouest)**

**4.2 Que soit mise sur pied une instance d'évaluation nationale<sup>6</sup> des politiques et mesures gouvernementales ayant un impact sur la réalisation du droit de jouir de la meilleure santé physique et mentale et possible.**

---

<sup>5</sup> Rapporteur spécial sur le droit à la santé, rapport d'avril 2019.

<sup>6</sup> Ce comité devrait être composé de personnes premières concernées, de regroupements communautaires, de personnes issues de la recherche et de représentants de la société civile.



... SI ON PEUT PAYER  
NOTRE LOYER

## 2e chantier Déterminants sociaux de la santé

### 5. Un plan d'action qui agit ambitieusement sur les déterminants sociaux de la santé mentale

Le « droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible » implique la réalisation des déterminants sociaux, c'est-à-dire que : pour réaliser le droit à la santé, il faut réduire les inégalités sociales, améliorer l'environnement des personnes, les protéger contre les violences et s'assurer qu'elles aient accès à de l'accompagnement et des soins qui arrivent à temps.

Nous croyons que le prochain Plan d'action doit prendre en compte l'impact des conditions de vie sur la santé mentale et, tout en se préoccupant de la situation des personnes vivant avec un problème de santé mentale, ce plan doit également agir en prévention, pour tous, afin d'assurer à la population québécoise de bonnes conditions de vie, de travail, d'éducation, de logement, de revenu, etc. Agir en prévention, c'est faire preuve de cohérence et de vision.

Finalement, nous sommes persuadés que les communautés sont les mieux placées pour déterminer leurs priorités et leurs besoins, et qu'il est impératif que le gouvernement développe, de manière décentralisée, les services publics et les programmes sociaux.

### **Le point de vue de la recherche et des droits...**

«Ce qu'on observe, c'est qu'une augmentation des dépenses sociales a un plus grand impact sur la santé que les dépenses dans les systèmes de santé eux-mêmes », explique Daniel Dutton. Chercheur post-doctorant spécialisé en politiques publiques et en économie à l'Université de Calgary, il s'est penché sur 31 ans de dépenses canadiennes sociales ou de santé et leurs effets, soit de 1981 à 2011.» «Les dépenses sociales, la clé pour la santé», *Le Devoir*, 22 janvier 2018

« L'inégalité est un obstacle majeur à la santé mentale dans le monde. De nombreux facteurs de risque pour la santé mentale sont étroitement liés aux inégalités dans les conditions de vie. (...) Les inégalités structurelles ont des effets néfastes non seulement sur les personnes, mais également sur la santé de la société, car elles détruisent des facteurs de protection essentiels tels que la confiance, l'inclusion sociale et l'épanouissement des jeunes. La réduction des inégalités est une condition préalable à la promotion de la santé mentale et à la réduction de facteurs de risque importants comme la violence, la marginalisation et l'exclusion sociale. »

**Rapport du Rapporteur spécial de l'ONU sur l'impact des déterminants sociaux sur la santé mentale, 12 avril 2019**

### **Le point de vue des personnes...**

*Moi, à l'école, j'avais de la difficulté en français. Mes parents avaient demandé de l'aide et il ont répondu: "Non, votre enfant ne veut pas faire d'efforts". Mais je faisais les efforts requis dans les années où j'allais à l'école. Le côté riche et le côté pauvre avaient de l'importance. Les étudiants des parents riches réussissaient mieux que les étudiants de parents pauvres parce qu'il y avait du favoritisme. Ex: Les enfants riches recevaient davantage de soutien de la part de leurs parents et des professeurs contrairement aux enfants dont les parents étaient démunis ce qui leur occasionnait des difficultés scolaires. Nous, les personnes moins riches, n'avions donc pas accès à des moyens pour nous accompagner et nous soutenir là où nos besoins scolaires étaient criants. Même si je donnais mon maximum, il n'y avait aucun impact dans mes études, dans mon comportement et mon isolement. Maintenant, des années plus tard, j'ai connu l'organisme Le Murmure et grâce à eux, j'ai pu accomplir de belles choses comme me faire un nouveau réseau de contacts, briser l'isolement, me faire de nouveaux ami(e)s et à me refaire confiance et à refaire confiance aux autres et à aimer la vie.*

*Un citoyen de la MRC Robert-Cliche*

**Nous revendiquons :**

**5.1 Que le gouvernement du Québec agisse de manière concrète, concertée et ambitieuse sur les déterminants sociaux de la santé, et engage la responsabilité de tous les ministères propres à avoir un impact sur la santé mentale des Québécois et Québécoises.**

## 6. Le droit à un revenu décent: pour se sortir de la pauvreté durablement

### Le point de vue des personnes

« Quand t'es pauvre, c'est dur de s'alimenter dans la dignité ou d'obtenir un panier, sans te sentir évaluée « A-t-elle l'air assez pauvre? ».

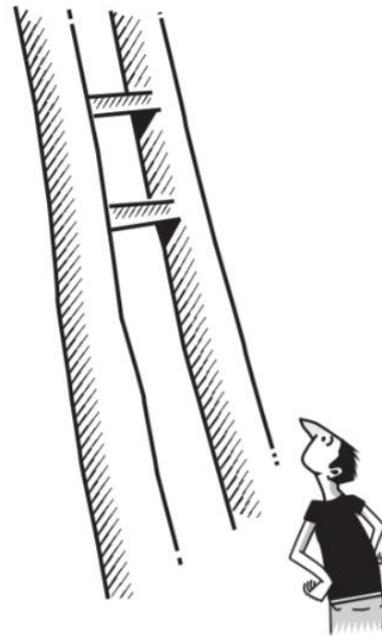
« Ce qui est majeur, c'est la pauvreté. Même avec les organismes, l'aide alimentaire, les spéciaux, on n'y arrive pas. Ça rend les gens dépressifs et ça les amène même au suicide. C'est arrivé à mon frère. » **Johanne, 60 ans, citoyenne participant à un Porteur de parole, Montréal, 2018.**

« On entend souvent que c'est trop cher de régler le problème de la pauvreté, mais les conséquences sont et seront encore plus coûteuses pour la société si rien ne change.»  
**Propos recueilli par le RRASMQ**

« L'aide sociale a appris que je recevais de l'aide et ils m'ont annoncé que je devais rembourser les montants reçus. Au téléphone, je leur ai expliqué que j'avais été dans la marde pendant 3 ans, que j'avais tout perdu, que j'avais dû repartir à zéro, que j'avais déménagé plusieurs fois, que j'ai été trois ans sans logement. Je leur ai expliqué que j'étais obligée de recevoir de l'aide parce que je n'arrivais pas, autrement. Ils m'ont dit que je devais rembourser l'équivalent des montants que j'avais reçus, que j'avais juste à me prendre un logement subventionné si je n'avais pas les moyens d'être dans le privé...» **Une citoyenne de St-Hyacinthe**

80% à 90% des personnes vivant un problème de santé mentale sont sans emploi et l'aide sociale constitue leur unique source de revenu, avec le poids de stigmatisation qui l'accompagne. Les personnes considérées inaptes et recevant des prestations d'aide sociale depuis plus de 66 mois pourront, en 2023, recevoir l'équivalent de la MPC (mesure du panier de consommation), ce qui n'équivaut pas à une sortie de la pauvreté, mais à la simple couverture des besoins de base. Pourquoi attendre qu'une personne passe 66 mois à ne pas se nourrir à sa faim, à vivre de la stigmatisation, à se sentir parfois comme un fraudeur, avant de lui offrir le minimum pour survivre? Les personnes premières concernées qui s'impliquent dans nos instances ont été plusieurs à souligner, au printemps, le décalage net entre le traitement des personnes ayant perdu leur emploi, à qui on octroyait l'aide d'urgence de 2000\$, perçue alors comme un minimum pour bien vivre, versus le montant octroyé aux personnes prestataires de l'aide sociale.

Pour les personnes considérées aptes au travail malgré des limitations concrètes (difficultés familiales, peu d'accès au transport, faible scolarité, longue absence du marché du travail, problème de santé mentale non diagnostiqué, etc.), l'adoption du programme Objectif emploi, vient avec de nouveaux obstacles, une pression au retour à l'emploi et des conditions stressantes qui ne peuvent que renforcer leur détresse et leur sentiment d'exclusion.



On constate qu'en contexte de pénurie de main-d'œuvre, il y a, présentement, une forte pression pour un retour au travail rapide, et ce, dans des conditions qui précarisent parfois la santé mentale des personnes. Il faut souligner que les pratiques d'intégration socioprofessionnelles se retrouvent constamment en pingpong entre deux ministères, et sont souvent négligées. Des personnes sont en mesure de travailler, mais auraient besoin davantage de soutien. D'autres sont très éloignées du marché du travail, et voudraient, avec le soutien des programmes, retrouver la dignité d'un revenu additionnel qui serait accepté par l'aide sociale.

D'autres personnes, finalement, auraient besoin d'un travail adapté accessible sur leur territoire. Il faut également souligner que plusieurs personnes aimeraient être reconnues financièrement pour leurs nombreuses implications militantes ou encore, soutenues pour leur participation communautaire (frais de transport, de nourriture, etc.). Bref, différentes manières de sortir de la pauvreté doivent être accessibles et proposées aux personnes et ce, dans chaque communauté et sans stigmatisation et discrimination.

Parce que tous et toutes devraient pouvoir vivre dans la dignité, sortir de la pauvreté et avoir accès à leurs droits, il faut mettre en place un revenu minimum de citoyenneté!

#### **Nous revendiquons :**

**6.1 Que le Gouvernement du Québec mette en place un revenu minimum garanti, basé sur la mesure du panier de consommation (MPC), de concert avec d'autres mesures sociales permettant à tous et toutes de vivre dans la dignité, de sortir de la pauvreté et d'avoir pleinement accès à ses droits.**

## 7. Le droit à un toit : pour se sentir chez soi, pour se sentir en sécurité

### Le point de vue des personnes

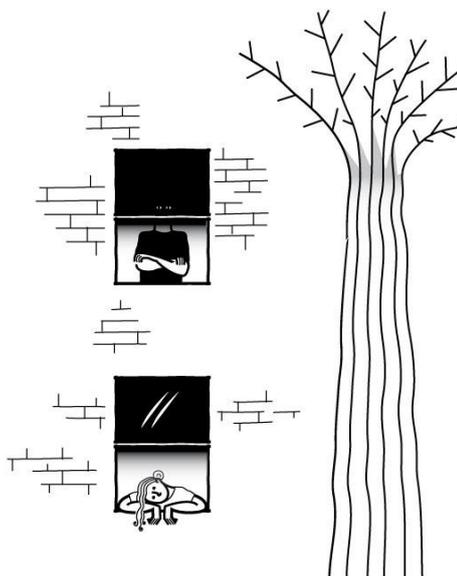
« C'est difficile de trouver un logement sécuritaire et abordable et te déplacer. En plus des préjugés « t'es paresseuse », tu te sens exclue socialement quand tu ne travailles pas. Tu es isolée et tu as honte. Tu racontes des histoires pour y échapper. Tout ça pèse sur ta santé mentale: anxiété, dépression, pensées suicidaires... » **Propos recueilli par le RRASMQ**

« L'accès à un logement social me libère, pour une part, de la servitude matérielle liée à l'argent et au loyer. (...) Cela m'a redonné de la liberté d'une façon extraordinaire! 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. » **Frédéric Mailhot Houde**, extrait de «**La chance d'une vie: le logement social avec soutien communautaire**», *Journal Ailleurs et autrement* 2019.

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

Lors d'une collecte de témoignages en 2018, les personnes fréquentant les ressources alternatives ont témoigné ainsi de leur vécu en lien avec leur logement: «solitude; insécurité; peur d'une augmentation de loyer; insalubrité; peur de l'expulsion; discrimination en lien avec le diagnostic.»

De plus, nous vivons une période de crise du logement, alors que le taux d'inoccupation avoisine les 1% dans plusieurs villes. La conséquence: le prix des logements augmente, les propriétaires discriminent davantage, et les personnes les plus pauvres ou marginalisées luttent pour avoir accès à un logement salubre, sécuritaire et abordable. Le confinement à domicile, l'impossibilité de sortir le soir, le télétravail sont venus ajouter une pression accrue sur le besoin d'avoir accès à un logement suffisamment grand, agréable et sécuritaire afin de pouvoir y passer le plus clair de nos journées.



Parce que le logement est un déterminant important de la santé mentale, parce qu'il est à même d'assurer la réalisation de plusieurs droits humains, les différents paliers de gouvernement doivent agir pour s'assurer que le droit au logement soit assuré dans chaque ville et village.

**Nous revendiquons:**

**7.1 Que toute personne, peu importe où elle vit et où elle souhaite vivre, ait accès et puisse choisir parmi une gamme d'hébergement et de logements diversifiés, abordables, accessibles, de qualité, et ce, sans discrimination et dans le respect de ses droits.**

## 8. Le droit à la mobilité : sortir de l'isolement

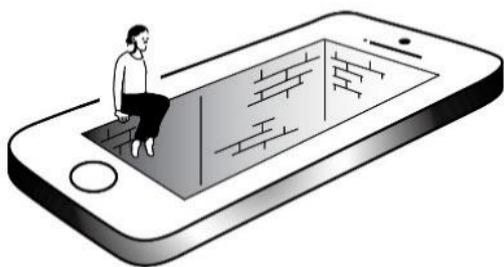
### Le point de vue des personnes

« 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. ». **Propos recueilli par le RRASMQ**

« Le transport collectif offert par l'organisme m'a permis d'améliorer mes conditions de vie et de briser l'isolement. » **Un membre du Phare, source d'entraide, Farnham**

« Taxi-bus, heures fixes de départ et de retour, endroits précis, ne t'amène pas nécessairement où tu veux, tu dois donc, après, prendre un taxi en plus si tu ne peux pas vraiment marcher, tu es pris pour flâner entre les heures de retour... » **Un membre d'Entrée chez soi**

Dans bien des localités du Québec, les personnes défavorisées sur le plan économique, peinent à se déplacer, que ce soit pour se nourrir, participer à une activité, rencontrer ses proches, aller à ses rendez-vous médicaux ou même au travail. Avoir une voiture étant



souvent inaccessible, il reste le transport collectif. Toutefois, son accessibilité demeure limitée en termes de lieu desservi, d'horaire, de coût. Or, la question de la mobilité n'est pas qu'une question de transport : quand on est restreint dans nos déplacements, ça porte atteinte à nos droits, à notre participation citoyenne, à notre besoin de nous mettre en lien avec d'autres personnes.

Il faut voir que d'un point de vue économique, c'est également rentable de rendre la mobilité accessible : «La ville de Calgary a d'ailleurs chiffré son retour social sur investissement à 1\$:12,25\$, c'est-à-dire que pour chaque dollar investi dans le programme de tarification sociale s'adressant aux ménages à faible revenu, la société récupère 12,25 \$ (coût des visites médicales d'urgence évitées, augmentation des impôts et taxes perçues, etc.)<sup>7</sup>»

On ne peut parler de mobilité sans parler de fracture numérique : soit la grande disparité quant à l'accès à l'internet, que ce soit à cause de la lenteur des connexions, une littératie numérique insuffisante, les revenus insuffisants pour se procurer les équipements nécessaires ou les abonnements mensuels aux services internet, ou encore des équipements non adaptés aux conditions physiques des personnes, pensons notamment aux tremblements qui peuvent être causés par certaines médications psychotropes et qui nuisent à l'utilisation d'un téléphone intelligent, ou encore le fait que certaines personnes ayant des problèmes oculaires n'ont pas les moyens de se payer des lunettes adaptées à leurs difficultés.

**Nous revendiquons :**

**8.1 Que toute personne ait accès à du transport public abordable intra et inter régional, adapté à ses besoins.**

**8.2 Que toute personne ait accès à une connexion internet adéquate, au matériel informatique nécessaire et aux connaissances liées à leur utilisation afin de répondre à ses besoins de communication, lorsque la mobilité n'est pas possible.**

---

<sup>7</sup> Direction de la santé publique de Montérégie, *Avis de santé publique de la Montérégie: favoriser le transport collectif abordable: une action à fort potentiel d'impact sur la santé.* p.10



...SI ON M'OFFRE AUTRE  
CHOSE QUE DES PILULES

## 3e chantier - Pratiques et approches alternatives

### 9. Avoir accès et pouvoir choisir parmi des alternatives

#### Le point de vue des personnes

« Lorsque je suis triste, on m'isole et on m'attache. (...) Les intervenantEs ne me traitent pas de la même manière, s'ils, elles ont lu notre dossier. (...) Les médecins lui ont dit que ça s'appelait « TPL » et qu'en acceptant les médicaments ça irait mieux. Personne n'a cherché à comprendre ce qu'EnFan a vécu. On lui a juste dit de vivre le moment présent, de prendre ça et que ça irait mieux. » **Témoignage recueilli par le RRASMQ**

« À ma sortie, j'ai fréquenté le centre de jour. J'ai eu le droit à un psy style des années mille neuf-cent-tranquille. Pas d'écoute, il n'y a que lui qui a raison. Au lieu de me rencontrer, il rencontre l'infirmière et mon dossier. Ensuite, il me prescrit des médicaments. » **L'Autre Espace, volume 10, 2019**

Au Québec, les approches psychosociales, les thérapies ne sont pas accessibles à tous et toutes. Malgré ses prétentions, le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) déployé par le gouvernement précédent et repris par le gouvernement actuel, plutôt que d'élargir l'accès à la psychothérapie, tel que l'annonçait M. Gaétan Barrette en décembre 2017, vient plutôt resserrer cet accès : accès selon le diagnostic, par étapes et pour certains types de pratiques reconnues par les guides, quand il ne reporte pas tout simplement le soin sur les épaules de la personne avec la logique des auto-soins.



Les personnes qui fréquentent nos groupes le disent : elles veulent pouvoir choisir, à partir des besoins qu'elles ressentent et expriment. Le diagnostic ne dit pas tout. De plus, l'article 6 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* stipule que « Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. » Ce droit devrait être le même dans toutes les régions du Québec. Finalement, il faut pouvoir recevoir de l'aide avant d'être en crise (ou même si on ne sera jamais suicidaire!)! Pourquoi attendre que le risque soit imminent pour tendre la main?

**Nous revendiquons :**

**9.1 Que toutes les personnes puissent faire des choix libres et éclairés et aient accès (tant financièrement, géographiquement et sans être limitée dans le temps) à des alternatives<sup>8</sup> pour prendre soin de leur santé mentale et ce, qu'elles aient ou non un diagnostic ou peu importe la nature de celui-ci.**

**9.2. Que la crise ne soit pas le critère d'accès à des soins ou de l'accompagnement.**

## 10. Soutenir les pratiques de Gestion autonome de la médication (GAM) dans toutes les régions du Québec

### Le point de vue des personnes

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

*« On m'a prescrit du Risperdal et ça a déclenché ma ménopause et on ne m'a informée de ça qu'après la visite chez mon gynécologue. » Propos recueilli par le RRASMQ*

*« Un médecin m'a vu une fois et voulait seulement me prescrire des médicaments. J'ai senti: no help for me. » Propos recueilli par le RRASMQ*

*« Moi ça m'a pris 20 ans pour arriver à l'Alternative et à la GAM. Je n'ai pas envie que ça prenne 20 ans à d'autres. J'ai envie de rendre cela facile pour d'autres aussi. Alors c'est pour ces deux raisons-là que je m'engage socialement. Je trouve le prix qu'on paye avec l'approche biomédicale très cher à notre intégrité physique et mentale. Dès que tu libères un peu et que tu donnes la liberté aux gens et dès qu'ils retrouvent leur énergie vitale, ils ont envie de se prendre en main, ils en ont envie ! C'est une question de vie ! Et la liberté, c'est ce que l'on a de plus précieux et on la perd. C'est pour cela que je trouve qu'il devrait y avoir plus de ressources alternatives. » L'Autre Espace, volume 11, 2020*

*« Maintenant, elle peut questionner la médication que veut lui donner le psychiatre parce qu'elle a plus confiance en elle : « cette confiance je l'ai gagnée ici. » Elle*

<sup>8</sup> Services d'écoute, groupes d'entraide, groupes d'entendeurs de voix, psychothérapie, art-thérapies, médecines alternatives reconnues (ostéopathie, acupuncture, massothérapie)

*demande moins de médication sans vouloir arrêter complètement. Le psychiatre dit qu'elle a eu une belle transformation depuis qu'elle travaille à La Cordée.* » **L'Autre Espace, volume 11, 2020**

Dans un contexte où la médication psychotrope occupe très souvent une place de première importance dans la vie des personnes qui vivent un problème de santé mentale; considérant son rôle utile, mais également ses limites; il est primordial que les personnes puissent participer pleinement au traitement afin que la médication, si nécessaire, soit la plus optimale possible et contribue à l'amélioration de la qualité de vie.

Depuis de nombreuses années, les personnes qui fréquentent nos ressources demandent des espaces pour parler librement de leur médication, s'informer, être accompagnées dans leurs décisions afin d'améliorer leur qualité de vie à court et à long terme. Dans leur démarche vers l'autonomie, elles ont aussi besoin du support et de l'accompagnement des professionnels oeuvrant dans le réseau de la santé. C'est pourquoi il est important que ces derniers puissent être informés de l'approche de la Gestion autonome de la médication et des outils disponibles.



La Gestion autonome de la médication (GAM) est une approche novatrice née au Québec qui favorise un usage éclairé des psychotropes, le travail en équipe autour de la médication et l'amélioration de la qualité de vie des personnes. En cela, elle contribue également à prévenir les arrêts brusques et dangereux de médication. Ses impacts, documentés par l'équipe de recherche ERASME, ont contribué à la reconnaissance et aux appuis du Ministère de la Santé et des Services sociaux en maintes occasions et ont permis de la faire connaître et rayonner à l'étranger.

Il faut aussi que le Québec amorce une réflexion de fond sur l'usage des médicaments psychotropes, sur les risques qui y sont liés, notamment en ce qui a trait aux effets de sevrage des médicaments. Alors que la consommation d'antidépresseurs au Québec atteint des taux record, nous nous inquiétons qu'aucune mesure ne soit mise en place pour renseigner les personnes premières concernées, mais aussi les prescripteurs, des effets liés au sevrage de cette classe de médicaments. Ces effets sont réels et documentés, entre autres par le National Institute of Health and Care Excellence en Angleterre, et il nous apparaît essentiel que cette information soit connue par les personnes qui prescrivent et celles à qui on prescrit.

**Nous revendiquons :**

**De manière à ce que la Gestion autonome de la médication (GAM) soit accessible partout au Québec, nous revendiquons :**

**10.1 Que les personnes puissent avoir accès à de l'accompagnement, partout au Québec, leur permettant de réaliser une démarche GAM.**

**10.2** Que chaque centre intégré élabore des actions et des mesures de suivi concernant la sensibilisation et la formation des gestionnaires, des intervenant.e.s et des professionnel.les œuvrant en santé mentale concernant la Gestion autonome de la médication.

**10.3** Que des séances de sensibilisation à la GAM soient proposées périodiquement aux personnes premières concernées et à leurs proches.

**10.4** Que le gouvernement sensibilise les médecins prescripteurs, les pharmaciens.e.s et les personnes premières concernées sur les effets de sevrage liés à la prescription d'antidépresseurs et potentiellement liés à d'autres médicaments psychotropes.

## 11. Sortir de la crise, sortir de l'urgence

### Le point de vue des personnes

*« Les services de santé attendent une situation dangereuse pour fournir l'accès à de l'aide psychiatrique. » « Il manque des services de prévention pour que ma santé mentale se stabilise. » « Si tu arrives à l'hôpital et que tu as l'air « bien », rien n'est mis en place. Tu reviendras quand tu seras en crise. »* **Propos recueilli par le RRAMSQ**

*« Mon fils s'est enlevé la vie six jours après avoir été renvoyé de l'urgence où il s'est adressé avec un intense sentiment de détresse et des idées suicidaires. Patient du même hôpital, il venait juste d'obtenir son congé définitif avec un traitement nouveau aux effets secondaires (ABILIFY) Ni lui, ni nous ses proches n'étions au courant des effets intolérables de sa médication. À l'urgence, après une attente de plus de huit heures, il a été examiné par une équipe et la psychiatre à l'urgence est passée outre ses symptômes: souffrance physique, idées suicidaires, Elle lui a demandé s'il avait des plans pour passer à l'acte, il a répondu non. Elle lui a suggéré de s'adresser à son équipe du centre du jour, le lendemain après-midi, car elle avait jugé qu'il ne constituait pas de danger pour lui-même ni autrui. ! Elle a ajouté aussi que sa souffrance était d'ordre psychiatrique et que cela était courant chez les gens atteints de troubles psychiatriques! »* **Une citoyenne de Montréal**

Sortir de la crise: lorsqu'une crise survient, il est possible et souhaitable d'intervenir de manière à ne pas faire escalader la situation, ni d'aller vers une hospitalisation, sachant que les hôpitaux ne sont pas toujours un lieu sécuritaire et permettent le travail sur soi-même. Il faut donner l'occasion à la personne, pour résorber la crise, d'aller vers les ressources qui lui conviennent. Le modèle des centres de crise communautaire, et l'intervention de crise alternative, devraient être accessibles dans toutes les régions du Québec, dans le souci d'une intervention axée sur la primauté de la personne, l'appropriation du pouvoir, la cohérence et la continuité. Les interventions, lorsqu'elles

sont attentives au rythme de la personne et effectuées dans le souci de désescalader la situation, peuvent mener, dans la vaste majorité des cas, à une résorption de la crise dans la communauté et à éviter une hospitalisation qui n'est pas nécessaire dans la grande majorité des cas. Aider sans contrainte, sur une base volontaire, c'est ce qu'il y a de plus thérapeutique!



Sortir de l'urgence: plusieurs personnes témoignent du fait que, lorsque la crise suicidaire n'est pas présente ou imminente, il n'y a pas d'aide de disponible. Peu importe la situation difficile, les personnes doivent pouvoir accéder à une aide adéquate ou à de l'accompagnement, dans le souci d'éviter une dégringolade ou de permettre de prendre soin de sa santé mentale. C'est pourquoi nous souhaitons que les pratiques de prévention, de promotion et d'accompagnement psychosocial soient davantage soutenues et disponibles rapidement.

**Nous revendiquons :**

**11.1 Que des centres de crise communautaires soient présents et dûment financés sur l'ensemble du territoire québécois;**

**11.2 Que l'expertise du milieu communautaire en intervention de crise soit reconnue, et que sa capacité d'intervenir dans le milieu pour répondre à l'urgence sociale soit reconnue et soutenue<sup>1</sup>.**

1. L'escouade 24/7 du Bas St-Laurent constitue un exemple inspirant en la matière.

## **En conclusion : Pour une approche globale en santé mentale**

*« Nous, citoyens et citoyennes du Québec, que nous ayons reçu un diagnostic ou non, avons le droit d'évoluer dans une société juste, d'avoir accès à un revenu décent, à un logement salubre et de participer pleinement à la vie de nos communautés. Toutes ces mesures pourraient se résumer ainsi : nous avons droit à la santé. Lorsqu'une difficulté survient, nous avons droit à un accueil humain et à un accompagnement respectueux de nos droits. Nous voulons participer au traitement, mais aussi à l'élaboration des pratiques qui nous concernent. Nous espérons que le prochain Plan d'action en santé mentale prendra ce virage audacieux, permettant de réellement axer l'action gouvernementale sur la primauté de la personne, le respect du droit à la santé ainsi qu'un soutien des pratiques alternatives communautaires. »*

**Extrait de la Plateforme de revendications *Trois chantiers pour une approche globale*, RRASMQ, 2020**

Tandis qu'on observe une hausse de la détresse psychologique et de différents problèmes de santé mentale, et ce depuis bien avant les débuts de la crise de la Covid, pouvons-nous espérer un changement qui serait plus que bienvenu dans l'action proposée en santé mentale? Nous l'espérons. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a une occasion en or d'amorcer ces transformations: par le prochain Plan d'action interministériel en santé mentale. Afin de pouvoir être efficace, ce plan doit impliquer l'ensemble des ministères concernés dans la lutte dans la lutte aux inégalités sociales qui sont trop souvent à l'origine de la détresse et de la souffrance psychologique. C'est pourquoi nous portons les 11 grandes revendications suivantes.

- 1. Fonder l'intervention et l'écoute sur la prise en compte de l'histoire de la personne**
- 2. Réaliser la primauté de la personne par la participation collective et l'exercice des droits**
- 3. Combattre la stigmatisation et la discrimination au sein du réseau et dans les communautés**
- 4. Évaluer et respecter le droit de jouir de la meilleure santé mentale possible**
- 5. Agir de manière ambitieuse sur les déterminants sociaux de la santé mentale**
- 6. Garantir le droit à un revenu décent: pour se sortir de la pauvreté durablement**
- 7. Garantir le droit à un toit : pour se sentir chez soi, pour se sentir en sécurité**
- 8. Garantir le droit à la mobilité : sortir de l'isolement**
- 9. Promouvoir et donner accès à des alternatives**
- 10. Soutenir les pratiques de Gestion autonome de la médication (GAM) dans toutes les régions du Québec et donner accès à une information complète sur les médicaments psychotropes.**
- 11. Établir des nouveaux modèles de gestion de la crise qui sortent de l'urgence.**

Dans l'optique où, devant la COVID, un plan d'urgence s'avérerait nécessaire, celui qui pourrait faire une véritable différence pour la santé mentale des Québécois et Québécoises, aujourd'hui, c'est un plan qui nous ferait avancer vers une **société juste, bonne à vivre pour tout le monde et respectueuse de la planète sur laquelle nous vivons. C'est un plan qui serait à même de générer de l'espoir et un sentiment de sens malgré notre monde en transformation.** Ce plan d'urgence doit bâtir des logements accessibles pour les personnes seules et les familles, favoriser l'alimentation locale et saine, préparer, aujourd'hui, la transition écologique qui seule peut nous permettre d'**éviter la prochaine catastrophe, les prochaines pandémies.**

Ce plan d'urgence doit nous permettre de reprendre le contrôle sur nos destinées collectives et faire en sorte que nous protégions l'avenir de nos enfants, et du Vivant sur la Terre. Cette transition écologique doit s'attaquer à la pauvreté et aux inégalités sociales dont celles qui sont le fruit du racisme systémique. Pour ce faire, nous devons **miser sur la force de la solidarité et des liens d'entraide** plutôt que sur la mise en compétition de tous contre tous.

La peur de la mort, la peur de disparaître, l'inquiétude pour les proches, la crainte de manquer de ressources et denrées essentielles... ces peurs que la pandémie a pu activer chez nous, ce sont également des peurs, raisonnables et beaucoup plus puissantes, qui sont et seront provoquées par la crise climatique et la perte de la biodiversité. Notre système économique, caractérisé par l'exploitation éhontée de l'humain par l'humain, mais également de la nature, est un cadre malade dans lequel les inégalités se creusent. C'est un système qui contribue à détruire le seul écosystème dans lequel la vie, telle que nous la connaissons, peut exister. Dans ce contexte, **comment les jeunes peuvent-ils garder espoir?** N'est-ce pas une des bases fondamentales de la santé mentale que nous détruisons ainsi?

Les pandémies n'arrivent pas de nulle part, on dit qu'elles résultent notamment de la perte de biodiversité<sup>9</sup>. Les problèmes de santé mentale n'arrivent pas par hasard, ils sont souvent déclenchés et amplifiés par nos conditions de vie. Le gouvernement du Québec doit agir impérativement sur les causes.

---

<sup>9</sup> <https://www.tvanouvelles.ca/2020/12/26/la-pandemie-de-covid-19-ne-sera-pas-la-derniere-avertit-loms>

<https://www.journaldemontreal.com/2020/09/08/protger-la-biodiversite-pour-prevenir-les-pandemies>

## Références

AGIDD-SMQ, *Psychiatrie: un profond changement de modèle s'impose*, 2018.

Collectif pour un Québec sans pauvreté : <http://www.pauvrete.qc.ca/>

Ministère de la Santé et des services sociaux, *Politique de santé mentale*, 64 pages, 1989.

Ministère de la Santé et des services sociaux, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020-Faire ensemble et autrement*, 79 pages, 2015.

Mouvement pour le transport public abordable (MTPA), Brochure Tarif social 101. Pour mieux comprendre la tarification sociale du transport en commun (en ligne).

Organisation des Nations Unies, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, par Juan E.Mendez, A/HRC/22/53, 26 pages, 1er février 2013.

Organisation des Nations Unies, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, par Dainius Pūras, A/HRC/35/21, 24 pages, 27 mars 2017.

Organisation des Nations Unies, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, (angle déterminants sociaux)* par Dainius Pūras, A/HRC/41/34, 21 pages, 12 avril 2019.

Organisation des Nations Unies, *Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, par Zeid Ra'ad Al Hussein, A/HRC/34/32, 20 pages, 31 janvier 2017.

Roelandt Jean-Luc, « Implication des usagers en santé mentale : un défi permanent. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 2019/1 (Vol. 37), p. 69-74. DOI : 10.3917/sss.371.0069. URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2019-1-page-69.htm>

RRASMQ, Documentation variée sur la Gestion autonome de la médication: <http://www.rrasmq.com/GAM/presentation.php>

RRASMQ, *Penser et réaliser la participation*, Revue L'autre Espace, vol.7 no.1, Été 2016.

RRASMQ, *Un changement de paradigme nécessaire en santé mentale*. Mémoire déposé au Rapporteur spécial de l'ONU, novembre 2018.

RRASMQ, *Trois chantiers pour une approche globale en santé mentale, Plateforme de revendications*, 2020.

## Remerciements

Alex, Anna, Jules Amyot, Francis Arseneault, Sara-Eve Aubert, Émilie Auclair, Marie-Hélène Baril, Monique Bayard, Mathieu Beaudin, Martin Bédard, Georgette Bélanger, Marcel Belisle, Peter Belland, Stéphane Belleville, Lisa Benisty, Franky Benjamin, Mélanie Bergeron, Anik Bérichon, Pamela Bérubé, Jocelyne Bessette, Sylvie Bilodeau, Yvan Bilodeau, Denise M.Blais, Mathieu Blanchet, Karyne Blanchette, Annick Boyer, Sophie Brassset, France Brault, Diane Brodeur, Sarah Brukart, Linda Carson, Martine Champagne, François Charbonneau, Annie Charbonneau, Roxanne Chassé, Richard Chenel, Jean-Daniel Cherrier, Diane Chevalier, Julie Corbeil, René Cormier, Nadia Courville-Lefort, Amanda Davis, Ann-Renée Deschênes, Antoinette Deslandes, France Desroches, Nancy Di Vincenzo, Suzanne Doyon, Sylvain Dubé, Karine Dubé, François Dubé, Marie-Reine Dubé, Alexandre Duguay, Nathalie Dumais, Guy Dumais, Anne Dupras, Alain Durepos, Élisabeth Fafard, Pierre Faucher, Manon Ferland, Sylvie Forest, Élie Forest, Jackie Fortier, Hélène Fortin, Daniel Foucher, François Gaboriault, Dominique Gagné, Marie Gagné, Daniel Gagnon, Vincent Gauthier, Nicole Gauthier, Pascal Gignac-Laflamme, Ginette Godin, Ghislain Goulet, Monique Gravel, Marie-Claude Groleau-Warren, Karine Guay, Floriane Guérini, Dominic Guillemette, Sylvie Haché, Marie-Pier Halle, Véronique Imbault, Nadjib Khelil, Vivian Labrie, Paulette Lacoste, Cléo Laforest, Katherine Lafrance, Marie-Claude Lagacé, Marcelle Lagacée, Raymond Lajoie, Danika Lalonde-Ouellet, Catherine Lambert, Johanne Landry, Natacha Laplante, Jessie Larrivée-Pion, Timothé Lavallée, Gabriel Lavoie, Mylène Lavoie, Francesca L-Dion, Céline Leblond, Cathy Leclerc, Claire L'écuyer, Patrick Leduc, Laurence Leduc-Primeau, Albert Lévesque, Huguette Loisel, Mathieu Lyonnais, Nicole Malo, Sylvie Mandeville, Patrick Marcoux, Pierre Martin, Julie Martineau, Sophie Martineau, Stéphanie Matte, Laurie McFall, Stéphanie Mercier, Lorraine Michaud, Diane Michaud, Louise Misgo, Claude Monnette, Élisabeth Moreau, Gérald Moreau, Christine Morel, Linda Morin, Marilynne Morneau, Alain Nadeau, Daniel Noël, Analice Palombrini, Michel Paquet, Judith Paquin, Annie Patenaude, Stéphanie Patenaude, Carole Perron, Mathieu Perron, Josée Pinard, Nicole Plante, Manon Poulin, Francine Raymond, Estelle Richard, Line Robichaud, Carolyn Roger, Jules Rouleau, Maryse Rousseau, Jean-Pierre Rousseau, Sabrina Roy, Audrey Sévigny, Julie Simoneau, Paula Stewart, Cara St-Onge, Kathy St-Pierre, Sébastien St-Pierre, Lynda Tétrault, Pascal Thiboutot, Corrine Tremblay, Vicky Truchon, Pierre Turcot, Yan Vincent.

**Rédaction de ce mémoire** : Anne-Marie Boucher, Dominic Dubois, Mathilde Lauzier

**Illustrations originales** : Clément de Gaulejac