L'Avant-garde en santé mentale,
groupe d'entraide et d'éducation populaire

Mémoire

Regard critique sur l'accueil de la santé mentale au Québec.

01/06/2011

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont généreusement donné de leur temps afin de lire, corriger, commenter et réfléchir, sur le contenu du mémoire.

Merci tout d'abord au groupe qui a participé aux rencontres de consultation.

Merci à mesdames Lise Campeau, France Bélanger, Sylvie Langlais ainsi qu'à messieurs Gérald Mongeau, Jérôme Guay et Jean Bélanger qui ont pris le temps de lire et commenter.

Dans un contexte de débordement continuel, la rédaction s'est échelonnée sur 3 ans et demie de 2008 à 2011, soit 33 jours de travail pour la partie recherche et rédaction.

L'équipe :
Les administratrices-teurs des conseils d'administration de 2008 à 2011

Nancy Badeau
Yves Brosseau
Ginette Trudeau
Ginette Allard
Nicole Malo
Micheline Longtin
Josée Dumont
Karina Morin
Patrice Depault

Réalisation du mémoire
Connie Bleau et Josée Dumont

Table des matières

Introduction page 5
Contexte historique page 7

1- Présentation de l'Avant-garde, groupe d'entraide et d'éducation populaire page 12

2- Pourquoi écrire un mémoire page 14
2.1 Un outil pour le groupe
2.2 Un outil de promotion et de sensibilisation

3- Qu'est-ce qu'un groupe d'action communautaire autonome page 16
3.1 Un groupe d'action communautaire autonome
3.2 Une ressource alternative en santé mentale
3.3 Un groupe d'entraide en santé mentale
3.4 Présentation de l'organisme et de notre pratique citoyenne

4- Nos principes directeurs page 20
4.1 Notre vision des « problèmes » de santé mentale
4.2 L'accueil de la souffrance ou de la différence
4.3 L'entraide
4.4 L'appropriation du pouvoir
4.5 Rapporter notre expérience
4.6 La transformation sociale

5- Notre expérience comme groupe communautaire autonome en santé mentale page 24
5.1 Notre expérience auprès des services en santé mentale
5.2 Notre expérience auprès des personnes

6- L'expérience des personnes page 27
6.1 Comme client dans les services en santé mentale
6.2 Comme personne dans le groupe

7- L'offre biomédicale et ses vrais impacts sur la santé mentale page 29
7.1 Le corridor de la folie : un mal obligé?
7.1.1 La désorganisation émotionnelle est-elle obligatoirement une «maladie mentale», un problème de santé mentale?
7.1.2 La pratique médicale et la désorganisation émotionnelle
7.1.3 Le diagnostic : besoin pour les experts ou stigmate pour la personne
7.1.4 Les médicaments comme traitement principal
7.1.5 Le contexte social, le grand oublié dans les interventions?

7.2 Si nous pouvions refaire le monde à notre façon page 36
7.2.1 La culture d'accueil : l'accueil de la souffrance et de la différence
7.2.2 L'éducation populaire
7.2.3 La prévention
7.2.4 Les pratiques
7.2.5 L'appropriation du pouvoir

7.3 Ailleurs et autrement page 40

Lexique page 41

Plate-forme de revendications de l'Avant-garde page 47

Bibliographie page 53

Introduction

Vingt ans plus tard, 20 ans d'expertise à partager. Aujourd'hui l'Avant-garde se définit toujours comme un groupe d'entraide. Un groupe d'entraide centré sur l'appropriation du pouvoir, la pratique citoyenne, l'éducation populaire.

Vingt ans plus tard, nous nous outillons toujours afin de remettre au centre des discussions la préoccupation des citoyenNEs dans le champ de la santé mentale au Québec.

Aujourd'hui plus que jamais, nous sommes convaincus que la santé mentale est surtout une affaire d'éducation! Il faut conscientiser les gens. Il faut expliquer les contextes qui ont un impact sur la santé mentale et démontrer le pouvoir détenu individuellement et collectivement pour les changer. Il faut expliquer les systèmes, les structures, les services et laisser les personnes décider de ce qui leur convient ou non.

Il faut outiller, bâtir, s'exprimer, déranger et remettre en question. Collectivement, nous avons apporté une réponse médicale aux problèmes sociaux. Mais où allons-nous?

Ce mémoire est élaboré afin de communiquer clairement qui nous sommes, quelle est notre expérience et quel changement nous voyons. Il est divisé en sept parties. Les quatre premières ont pour objectif de permettre aux citoyenNEs intéresséEs de bien comprendre notre mission.

La cinquième et la sixième partie ont comme objectif de partager l'expérience du groupe, individuellement et collectivement.

La septième partie est divisée en deux points, le premier étant l'opinion du groupe sur la gestion de la santé mentale au Québec. Le deuxième étant ce que les citoyenNes entendent par l'accueil en santé mentale dans une dynamique d'appropriation du pouvoir.

« Je suis certaine que si j'avais eu une thérapie profonde dès le départ, je serais correcte. À la place j'ai eu un diagnostic et une prescription renouvelable de six mois en six mois et cela depuis 20 ans. »

Nous tenons à souligner qu'il ne s'agit pas de rejeter les services psychiatriques et la pharmacothérapie. Nous déplorons la place qu'ils occupent parmi un ensemble d'outils qui ont fait leurs preuves et que des milliers de citoyenNEs reconnaissent au Québec. Pourtant, que ce soit le médecin généraliste, la psychiatrie ou le réseau, malgré une liste d'attente de plusieurs mois, voire des années, les personnes concernées ne sont pas informées de toutes les possibilités qui s'offrent à elles et cela est inacceptable pour nous.

Et finalement, connaissons-nous des personnes qui ont des problèmes de santé mentale? Oui et de sérieux problèmes. Mais plusieurs ont des problèmes sociaux, économiques, familiaux, et cetera. Et elles sont confinées dans le réseau de la santé mentale. Même plus, elles n'ont jamais été référées *ailleurs*. Elles sont simplement invitées à prendre leur médicament. Pour nous, cela est inacceptable!

Peu importe les difficultés vécues, il est essentiel d'accueillir les personnes dans une dynamique d'appropriation du pouvoir.

Comme défini par le Dr William Anthony « … *il (Dr Anthony) proposait un ensemble de stratégies pour réorganiser les services en santé mentale à partir de la vision du rétablissement. Il y définissait le rétablissement comme un processus unique amenant la personne à effectuer d'importants changements dans sa vie, incluant ceux se rapportant à ses attitudes, valeurs, émotions, buts, habiletés et rôles sociaux. Bref, une nouvelle vie lui apportant espoir, satisfaction personnelle et lui permettant de contribuer de façon significative à la société, et cela malgré la présence de symptômes et de déficits liés à la maladie mentale.*»
Il est à noter que le processus proposé par le Dr Anthony est le même processus par lequel passe inévitablement tout individu qui choisit de reprendre le pouvoir sur sa vie.

Contexte historique

En octobre 1990, le groupe d'entraide l'Antre-Psy voit le jour. Le libellé de la mission de l'organisme s'inspire de celui de la politique en santé mentale. Selon la Charte de l'Antre-psy, la mission de l'organisme est de regrouper des personnes ayant des troubles émotifs graves afin qu'elles trouvent elles-mêmes une réponse à leur situation. De plus, le Centre régional de santé et des services sociaux, qui coordonne l'implantation, veut faire des groupes d'entraide des centres d'activités pour les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale.

Dès le départ, le libellé de la mission porte à confusion. Il ne permet pas, pour des personnes qui ne viennent pas de ce mouvement, de saisir le sens profond et le rôle social du groupe d'entraide. Les personnes impliquées se regroupent afin de créer un « drop in ». « Drop in » qui, avec l'adhésion de personnes qui vivent des problèmes émotifs plutôt que la psychiatrisation, se transforme rapidement en centre d'activités pour personnes démunies avec l'utilisation du budget pour des activités occupationnelles. Ce qui est loin des revendications des personnes qui militent[1] dans les regroupements nationaux (Association des groupes en intervention et défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDDSMQ), Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)) qui défendent farouchement leur volonté d'implanter des groupes d'entraide par et pour des personnes utilisatrices. Ce qui veut dire une implication limitée, voire inexistante, de personnes n'ayant pas vécu des problèmes de santé mentale.

Certaines personnes parmi ce petit groupe comprennent qu'elles peuvent prendre le budget alloué par la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS), et l'affecter selon leur bonne volonté. Leurs objectifs étant le congédiement des employés, le partage de l'argent alloué aux salaires et l'attribution du reste à des dépenses pour des activités occupationnelles, le groupe se retrouve ainsi continuellement en assemblées générales spéciales sans trop comprendre pourquoi puisque ces objectifs sont légalement impossibles à atteindre. Pour répondre à ces difficultés majeures d'implantation et de plaintes déposées auprès des bailleurs de fonds, l'Antre-Psy procède à une restructuration.

1991

Des personnes militantes psychiatrisées ainsi que des directeurs et directrices d'organismes alternatifs en santé mentale de la Montérégie viennent porter main-forte. L'Antre-psy prend un nouveau départ et reprend ses activités sous le nom de l'Avant-garde en santé mentale.

[1] Voir le lexique

1992
Une seconde crise due à une gestion malsaine des fonds publics pousse cette fois la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) à intervenir. Après évaluation de la situation, la Régie régionale de la santé et des services sociaux demande un plan d'intervention qui assure un redressement radical de la situation où elle aura comme seule option de suspendre voire même cesser toute subvention. De plus, elle demande que la démarche continue d'être supportée par les ressources alternatives de la sous-région de Châteauguay ainsi que de l'Association régionale des ressources alternatives en santé mentale de la Montérégie (AASMM). La restructuration se fait progressivement et aucune autre crise n'interfère avec les activités de l'organisme.

De **1992** à **1998**
L'Avant-garde milite avec les autres ressources alternatives en santé mentale et revendique le développement de ressources alternatives. Elle influence aussi le développement des services offerts aux personnes qui vivent des problèmes de santé mentale au Québec.

Nous participons aux tables de concertation. Elles se multiplient de façon astronomique et sous peu, nous souffrons de « réunionatites aiguës ». Officiellement, les partenaires du réseau disent vouloir travailler avec nous, mais officieusement, il n'y a aucune référence ni aucun contact sur le terrain. Lors de nos négociations, nous sommes vite transportés sur un terrain politique. Malgré le discours officiel, les décisions se prennent ailleurs. L'institution rejette systématiquement nos demandes et invoque la lourdeur administrative. L'État définit les problèmes. En conséquence, les projets financés sont, pour la plupart, issus des priorités ministérielles laissant pour compte les demandes du groupe. Toutes nos énergies sont mises au service de l'État et cette proximité nous fait perdre de vue le caractère spécifique de notre groupe d'entraide.

1998
Le groupe est essoufflé. Les personnes impliquées depuis plusieurs années sont dépassées par les demandes des nouvelles personnes. Nous réalisons qu'à la suite de la transformation des services et de l'échec qui suit la désinstitutionalisation[2] les personnes qui veulent participer dans le groupe vivent des difficultés majeures par rapport à une société qui refuse encore et toujours de leur reconnaître le rôle de citoyenNEs à part entière. Les conséquences de l'institutionnalisation sur celles-ci ont comme impact de les confiner, pour la plupart, dans une dynamique de prise en charge. Plusieurs viennent même à vivre dans la rue et l'itinérance s'ajoute au fardeau des personnes psychiatrisées de notre communauté.

Les hôpitaux ferment des lits et les ressources alternatives de notre milieu qui font de l'hébergement ne reçoivent pas suffisamment de budget pour les

[2] La désinstitutionalisation est la volonté de sortir la folie des hôpitaux et d'offrir le soutien nécessaire dans la communauté. L'échec est en bonne partie attribué aux faits que le financement n'a pas suivi la politique et que les différents intervenants n'ont pas su travailler ensemble.

accueillir avec une équipe 24/7. Lors des rencontres de concertation, on assiste encore et toujours au discours de la psychiatrie qui critique systématiquement les ressources d'hébergement qui, selon elle, ne se développent pas selon leur protocole et leur approche.

Afin de nous soutenir, une ressource alternative de suivi et d'hébergement nous prête main-forte. En cas de besoin, nous pouvons faire appel aux intervenants qui se déplacent. Les personnes entraidantes, quant à elles, soutiennent et hébergent ceux et celles qui se retrouvent dans la rue.

1999

Lors de nos rencontres d'échanges et de coordinations hebdomadaires, nous constatons que dans un tel contexte, l'entraide est difficile et parfois presque impossible. Les personnes recherchent des intervenants et des services. En plus, elles expriment le besoin d'avoir recours au travail comme agent de motivation. « Pourquoi essayer de s'en sortir si nous ne pouvons même pas travailler! » nous disent-elles. Bien que nous manifestons ce besoin auprès des instances gouvernementales pendant plusieurs années, leurs demandes sont laissées pour compte. Aucune mesure sérieuse n'est mise en place et rien ne nous porte à croire qu'un investissement arrive sous peu. La Régie régionale de la santé et des services sociaux répond que cela relève d'Emploi-Québec et vice versa. Les personnes se battent depuis des années et souffrent toujours de cet état de fait et demandent à ce que le groupe développe des activités d'intégration au travail.

Poursuivant notre course folle vers le développement des services que l'État n'assure pas, l'Avant-garde prend un virage important et développe un volet soutien & accompagnement tant au chapitre de « l'intégration sociale » que de « l'intégration au travail » et continue de soutenir les personnes qui vivent l'itinérance dans notre communauté. Dans la même foulée, le groupe décide de faire les démarches nécessaires afin d'embaucher une équipe de travail.

2001

La Régie régionale de la santé et des services sociaux reconnaît l'importance du soutien à la gestion du quotidien par une équipe de travail. Nous recevons une augmentation de notre financement récurrent qui permet l'embauche de deux intervenants à temps plein.

2002

Suite à des difficultés de partenariat et de concertation des organismes en santé mentale de notre sous région (1996), la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSS-M) décide d'évaluer les acteurs impliqués. Considérant les relations positives avec les représentants régionaux, nous acceptons tous la démarche d'évaluation de bonne foi. Mais l'échec des résultats nous amène à mettre en doute la démarche auprès de notre regroupement régional. Voulant être proactive et reprenant l'expérience comme un « projet pilote », l'Association des alternatives en santé mentale de

la Montérégie entreprend une démarche d'autoévaluation. Ce projet est soutenu par la Régie régionale de la santé et des services sociaux qui investit les argents nécessaires et assure la rigueur et la qualité d'une telle démarche.

Malgré toute la cacophonie entourant notre virage : agrandissement des locaux, intégration d'une équipe d'intervenants, développement d'un projet de travail, et cetera, nous participons à l'élaboration des outils d'évaluation. Dès la première année, nous nous affairons à implanter cette procédure. Nous nous assurons que nos « clients » reçoivent des « services » de qualité!

2003

L'équipe de travail a maintenant deux ans d'expérience. Elle participe aux formations sur la réappropriation du pouvoir, la gestion autonome des médicaments, et autres. Lors d'une rencontre de bilan, les intervenants se questionnent sur leur rôle. Ils savent que l'objectif du groupe est l'appropriation du pouvoir individuel et collectif et que les services développés doivent sous-tendre ces objectifs, mais les personnes qui fréquentent le groupe demandent à être prises en charge, recherchent des activités occupationnelles et des services adaptés!

Sans s'en rendre compte, notre groupe, né de revendications des personnes psychiatrisées dans le but de porter des actions collectives et d'assurer que leurs voix soient entendues, devient un centre de services (voire même un centre de jour) qui offre des activités aux personnes qui vivent des problèmes de santé mentale. À force de vouloir influencer le réseau de la santé et des services sociaux, celui-ci influence largement nos pratiques.

Cette préoccupation est soumise à la fois au conseil d'administration ainsi qu'au groupe. Elle devient vite une priorité d'action avec des rencontres d'échanges, de discussions et de formations. De nos travaux émerge une volonté claire qui redonne au « malade » ou au « fou » son identité de citoyenNe à part entière, son pouvoir d'agir individuellement et collectivement sur sa situation, sur le développement des services en santé mentale au Québec ainsi que sur les activités de promotion et de sensibilisation auprès de la population.

2004

Nous lisons, échangeons, consultons puis nous suivons diverses formations : nous nous éduquons. Nous refaisons notre histoire, l'histoire du rôle du mouvement communautaire autonome du Québec, l'histoire du rôle des ressources alternatives du Québec puis l'histoire du rôle des groupes d'entraide au Québec. Le groupe se mobilise. Les personnes sont intéressées, veulent comprendre et aller plus loin.

Nous questionnons ce que nous faisons et comment nous le faisons. Nous réalisons aussi que nous ne disons rien ou ne posons aucune action, trop affairés à développer des services! Un bon exemple de prise de conscience est celui entourant le ritalin offert aux enfants en bas âge et l'expulsion de ceux-ci de l'école ou de la garderie si les parents s'opposent à cette prise de

médicament. Plusieurs personnes qui participent aux débats sont des « enfants du ritalin », ils sont nos adultes d'aujourd'hui.

Toute cette démarche identitaire nous fait redécouvrir nos racines oubliées. Nous mettons fin aux différents « services » non financés qui nous obligent à nous concentrer sur l'offre de services et le financement.

2005

Au cœur de la transformation sociale, le « client » devient une personne, un citoyen, une citoyenne à part entière. La ressource alternative en santé mentale qui offre des services, selon des besoins définis par l'État, devient un organisme communautaire autonome qui œuvre en santé mentale. Ce qui est l'essence profonde de la volonté de nos « ancêtres militants ».

2007

Notre groupe élabore des outils d'éducation populaire et milite activement pour la défense collective des droits. Nous planifions des activités ici et dans la communauté, activités d'éducation qui représentent bien notre rôle de sensibilisation auprès de la population. Le conseil d'administration est composé d'une majorité de personnes militantes et le rôle social de l'Avant-garde est de plus en plus reconnu.

2010

Le groupe est devenu une quincaillerie où les citoyenNEs viennent chercher leurs outils afin de se construire voire même se reconstruire. Le groupe a accès à une panoplie d'outils qui se développent selon les besoins exprimés que ce soit en défense des droits, en formation, l'apprentissage par l'éducation populaire ou du support alternatif. C'est aussi l'année où est déposée en assemblée générale, la Plate-forme de revendications.

2011

Nous avons aussi réorganisé les postes de travail afin de permettre l'embauche d'une autre intervenante communautaire. Ainsi, nous actualisons les projets d'éducation populaire, de promotion et de sensibilisation. Finalement, après plusieurs années de travail, nous procédons à l'adoption de notre mémoire.

1 Présentation de l'Avant-garde, groupe communautaire autonome qui œuvre en santé mentale

L'Avant-garde est un groupe d'entraide en santé mentale situé à La Prairie qui œuvre auprès des citoyenNEs depuis 1990. C'est un endroit où les personnes qui vivent ou croient vivre des problèmes de santé mentale se regroupent pour échanger et discuter de leur situation. Étant un organisme d'action communautaire autonome (ACA), nous agissons à titre préventif en travaillant en amont des problèmes. Concrètement, l'énergie est concentrée sur les déterminants de la santé de la personne plutôt que sur les symptômes vécus. La pratique citoyenne étant notre moyen d'action, nous offrons des formations et de l'information dans la communauté pour sensibiliser les citoyenNEs au sujet des programmes, activités, droits et moyens alternatifs offerts à tous, en plus de donner une place de choix à la recherche.

Notre groupe d'entraide s'est donné comme objectifs :

1. De favoriser l'appropriation du pouvoir individuel et collectif dans une démarche d'amélioration de la santé mentale;
2. D'influencer le développement des services en santé mentale aux niveaux local, régional et provincial;
3. De sensibiliser et de prendre toute action nécessaire afin d'influencer le développement social qui a un impact sur la santé mentale;
4. D'influencer le développement de pratiques novatrices et alternatives à la psychiatrie;
5. De défendre les droits des citoyenNEs par divers moyens, dont la lutte contre les inégalités et les partialités sociales.

« … l'expert du communautaire doit d'abord et avant tout être un éducateur. »

Ainsi portés par notre mission sociale, nous priorisons le rôle d'agent de transformation social en faisant de l'éducation populaire auprès des personnes fréquentant la ressource ainsi que dans la communauté. Comme le cite Henri Lamoureux : *« … l'expert du communautaire doit d'abord et avant tout être un éducateur.* » [3]

Nos activités au quotidien sont : la gestion autonome des médicaments, le développement du regard critique de chaque individu, la documentation sur les sujets d'actualité politique, sociale, médicale et environnementale. Nous soutenons les actions individuelles et collectives, nous suscitons des débats et

[3] Henri Lamoureux, *L'action communautaire. Des pratiques en quête de sens*, Montréal, 2007, p.61.

une vie associative et démocratique active. Dans la communauté, cela se traduit par le biais de concertations, de présentations et de représentations.

Nos actions sont élaborées en fonction de porter et de rapporter la parole, le vécu et l'expertise des citoyenNEs qui se sont heurtés à leurs émotions puis à leur santé mentale.

Nous portons cette mission de façon continue.

2 Pourquoi écrire un mémoire

2.1 Un outil pour le groupe

L'idée d'écrire un mémoire est venue à partir du constat que le groupe est en constant changement donc, que la mémoire et l'expertise se perdent. C'est afin de lui permettre de poursuivre ses objectifs[4] dans un esprit évolutif que nous avons cherché à outiller chaque personne à partir de l'expertise collective. Nous avons choisi d'élaborer un mémoire dans le but de définir et de préserver l'expertise du groupe et de nous assurer que nos représentations, individuelles et collectives, soient toujours en lien avec l'ensemble de nos préoccupations.

« Le groupe d'entraide offre un regard différent et complémentaire à celui des autres acteurs concernés dans le réseau de la santé mentale au Québec. »

2.2 Un outil de promotion et de sensibilisation

L'action communautaire autonome est essentielle pour nous. Ce document sera utilisé afin de faire de l'éducation populaire dans la communauté.

Nous voulons nous y investir afin de contribuer au resserrement des liens sociaux dans nos milieux. Nous sommes motivés par le besoin de prendre la parole afin de remettre sur la place publique des discussions et des échanges sur notre vision de la culture d'accueil de la santé mentale.Le groupe d'entraide offre un regard différent et complémentaire à celui des autres acteurs concernés dans le réseau de la santé mentale au Québec. Ce regard est primordial, tout comme le mentionne le Plan d'action en santé mentale : « *Dans son plus récent rapport en santé mentale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que les personnes utilisatrices de services et les familles prennent part à l'élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés.»*[5] Vivant l'impact positif *de la pratique citoyenne*[6] au quotidien, nous croyons que la contribution de l'expertise des personnes utilisatrices est d'une grande utilité à l'ensemble de la société et pour le développement des méthodes d'implantation et de soutien du système de santé.

---

[4]Voir le point 1

[5]Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens,* 2005, p.15.

[6] Se référer au lexique

Cependant, notre expérience nous démontre que nous ne pouvons pas mettre à contribution de façon significative la vision et l'expertise de notre groupe. Premièrement, à cause des moyens et de la structure établis dans le Plan d'action2005-2010. Deuxièmement, à cause de l'écart entre nos méthodes de travail qui pour nous s'actualisent par une gestion démocratique[7] et une représentation collective[8].

Donc, ce mémoire devient le porte-voix des personnes du groupe.

[7] Se référer au lexique
[8] Se référer au lexique

3 Qu'est-ce qu'un groupe d'action communautaire autonome?

3.1 Un groupe d'action communautaire autonome[9]

Un groupe d'action communautaire autonome est un moyen de prise en charge d'une situation problématique, liée à l'exercice d'un droit, d'un milieu par lui-même. Selon la Politique de reconnaissance de l'action communautaire autonome[10] :

Les quatre critères qui s'adressent au milieu communautaire dans son ensemble sont :

1- Avoir un statut d'organisme sans but lucratif;
2- Démontrer un enracinement dans la communauté;
3- Entretenir une vie associative et démocratique;
4- Être libre de déterminer sa mission, ses orientations ainsi que ses approches et ses pratiques.

Les quatre critères spécifiques de l'action communautaire autonome et qui s'ajoutent aux quatre premiers :

5- Avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté;
6- Poursuivre une mission sociale propre à l'organisme et qui favorise la transformation sociale;
7- Faire preuve de pratiques citoyennes et d'approches larges axées sur la globalité de la problématique abordée;
8- Être dirigé par un conseil d'administration indépendant du réseau public.

« Par le biais de l'éducation populaire, nous travaillons sur les causes des problèmes sociaux plutôt que sur les effets, les symptômes. »

L'objectif principal d'un groupe d'action communautaire autonome, et ce qui en fait sa particularité, est la transformation sociale. Par le biais de l'éducation populaire[11], nous travaillons sur les causes des problèmes sociaux plutôt que sur les effets, les symptômes. Parmi ses rôles existe celui de promouvoir la justice sociale et l'exercice de la citoyenneté construit à partir de l'expérience du groupe d'appartenance.

« La mission sociale propre à l'organisme d'action communautaire autonome est aussi étroitement liée à la nature de l'action menée par l'organisme. Cette action n'est pas que curative; elle est également préventive et renvoie à une

[9] Se référer au lexique
[10] Politique de reconnaissance de l'action communautaire autonome
[11] Se référer au lexique

approche d'intervention qui ne se limite pas à la stricte livraison d'un service quelconque. Les modes d'intervention favorisés visent à développer la capacité individuelle et collective d'agir et à déclencher un processus d'appropriation, de reprise du pouvoir et de prise en charge par rapport à une situation problématique. La transformation sociale est le résultat recherché de ce processus qui fait largement appel à la sensibilisation, à l'information, à l'éducation populaire et à la défense collective des droits. »[12] Il faut faire une démarche avec chaque citoyenNE afin qu'il développe un regard critique sur sa situation et le monde qui l'entoure.

« … que les personnes prennent conscience qu'ils ont intérêt à court, moyen et long termes à partager collectivement leur expérience afin de transformer les causes des problèmes sociaux. »

Et c'est dans sa recherche d'approprier ou de réapproprier du pouvoir sur sa vie, en participant activement pour elles-mêmes et dans un groupe que les personnes prennent conscience qu'elles ont intérêt à court, moyen et long termes à partager collectivement leur expérience afin de transformer les causes des problèmes sociaux. Par exemple, si l'on améliore la condition financière des plus démuniEs c'est un changement d'ordre économique, mais cela peut se traduire par une plus grande capacité de s'impliquer sur le plan culturel, politique ou social. Les gens qui participent dans les groupes à des activités collectives sont plus à même d'intervenir dans chacune des facettes de leur environnement. Du statut de patients passifs qui reçoivent des services, ils deviennent citoyenNEs actifs en participant à la vie de leur communauté.

3.2 Une ressource alternative en santé mentale

Historiquement au Québec, certains intervenants du milieu de la santé ainsi que des personnes utilisatrices avaient une vision différente des problèmes de santé mentale ainsi qu'une vive volonté de changer les pratiques et la compréhension (sociologique pour les promoteurs de l'alternative et biologique pour la psychiatrie traditionnelle) de ces problèmes. Ils ont donc revendiqué la création des ressources alternatives en donnant naissance à un mouvement alternatif, soit un ailleurs et un autrement à la psychiatrie. Ces ressources sont devenues la réponse à un besoin exprimé par la population. D'ailleurs, l'objectif originaire pour les groupes d'entraide était la défense collective des droits et le développement de ces services; c'est-à-dire de reconnaître que toute personne a des droits fondamentaux et que celle-ci est en droit de faire des choix de traitements libres et éclairés. De plus, ils revendiquent le développement, pour les « patients psychiatriques », d'une voie « alternative » par rapport à la psychiatrie classique et au système hospitalier. Également, en devenant alternatif, au sens où la parole serait rendue aux « malades », et que du statut passif d'objet de traitement, de catégorie diagnostique du *Manuel diagnostic et statistiques des troubles mentaux* D.S.M.IV, ils seraient aidés à se réinscrire

[12]Gouvernement du Québec, « Cadre de référence en matière d'action communautaire », juillet 2004

autant que cela leur serait possible, comme sujets d'une parole à retrouver, et comme citoyennes et citoyens à part entière.[13]

3.3 Un groupe d'entraide en santé mentale

Le groupe d'entraide en santé mentale est un rassemblement de personnes qui vivent ou qui croient vivre des problèmes de santé mentale. Le rôle de l'entraide à l'intérieur du groupe en est un de soutien entre pairs, à tous les niveaux de vie personnelle. Collectivement, le rôle du groupe d'entraide est de promouvoir leur expérience dans une volonté de mobiliser les individus autour des enjeux collectifs qui leur sont propres, de faire place à leur initiative et de reconnaître leur expertise.

Les personnes impliquées souhaitent pouvoir s'entraider et militer tout en étant supportées par une structure adéquate. Les outils élaborés sont créatifs et composés autant d'aide-mémoires, de formations, d'activités d'éducation populaire ou de tout autre moyen jugé pertinent par le groupe.[14]

Selon Diane :

« L'expérience de l'entraide fut pour moi un défi individuel que j'ai relevé. En plus d'être enrichissant pour ma vie, cela favorise positivement la vie dans le groupe. En plus, cela m'a aidé à éviter d'être désorganisée. »

[13] *Les ressources alternatives de traitements*; collaborateurs sous la direction de Yves Lecomte et Jean Gagné

[14] Cadre de référence de l'Avant-garde en santé mentale; juin 2006

3.4 Présentation de l'organisme et de notre pratique citoyenne

Pour la plupart, la personne qui arrive au groupe aura entendu parler de nous soit de bouche à oreille ou a été référée par d'autres ressources alternatives du milieu. Elle recherche un milieu de vie ou est dans un besoin immédiat. Le grand défi est de soutenir la personne dans son cheminement entre sa *maladie* et sa réappropriation du pouvoir puis de son individualisme à sa conscience collective qui permettent le passage du patient passif au citoyen actif (se référer à la définition de la pratique citoyenne).

L'accueil

Citoyenne

Citoyen

Écoute

Soutien ou référence

Encourager la participation (progressivement)

Assister aux rencontres et aux activités

Participer aux discussions

Participer aux débats

Participer aux décisions

Développer les compétences

Assister aux formations

Chercher de l'information

Développer ses connaissances

Développer ses compétences

Améliorer l'estime de soi

Légitimer son identité propre

Reconnaitre ses propres compétences

Faire connaitre ses compétences par les autres

Favoriser la conscience critique

Développer sa conscience individuelle

Développer sa conscience collective

Développer sa conscience sociale

Développer sa conscience politique

Se manifester

Développer ses connaissances des structures démocratiques

Développer des outils afin de manifester son opinion individuellement ou collectivement

Reprendre un pouvoir sur sa vie

« Mener collectivement une action lorsque chacun et chacune peut participer, décider, réaliser, critiquer et évaluer est un exercice formidablement formateur et conscientisant. Ceci permet aux personnes (ou aux malades) de redevenir des citoyenNEs dans le vrai sens du terme et ne pas rester confinés au rôle de contribuable et de consommateur-consommatrice de services dans lequel les institutions les confinent.

Il s'agit d'actions et de pratiques qui visent à tout moment à permettre à des individus de prendre conscience de leur situation et de la situation du monde qui les entoure afin de les changer. C'est une pratique sociale et politique qui doit découler d'une prise en charge individuelle et collective de la situation sociale des personnes visées et d'une recherche des rapports de forces favorables à leurs intérêts. »[15]

[15]Source : L'Assemblée des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s du Québec (ATTAQ).

4 Nos principes directeurs

4.1 Notre vision des « problèmes » de santé mentale

Nous croyons que les « problèmes » de santé mentale sont, en grande partie, tributaires du développement de l'ensemble de la société et de ses visées politiques. Comme nous le savons maintenant, plusieurs changements sociétaux influencent le rapport de la personne avec son environnement. En ce sens, nous croyons qu'afin de s'adapter à cette réalité et aux revirements auxquels elles font face, les personnes développent une extraordinaire capacité d'adaptation qui leur donne la flexibilité nécessaire à leur survie.

Selon notre expérience, il ne faut pas regarder tous les problèmes de santé mentale uniquement sous l'angle de la maladie, mais sous celui d'une personne qui vit en société avec des contextes sociaux, politiques, culturels et environnementaux qui ont un impact direct sur son cheminement personnel. Sa « maladie » mentale peut alors devenir une quête de sens afin d'améliorer son bien-être et d'agir sur ces contextes.

« Il ne faut pas regarder tous les problèmes de santé mentale uniquement sous l'angle de la maladie, mais sous celui d'une personne qui vit en société avec des contextes sociaux, politiques, culturels et environnementaux qui ont un impact direct sur son cheminement personnel. »

4.2 L'accueil de la souffrance ou de la différence

Qu'importe nos origines, que nous ayons grandi dans une famille riche ou pauvre, unie ou reconstituée, dans un milieu favorisé ou traumatisant, nous avons tous été enfant cherchant l'épanouissement dans le regard de l'autre. Nous voulons y percevoir, au-delà de notre propre perception de nous-mêmes, que nous sommes reconnus comme une personne qui en vaut la peine et qui est capable de reprendre le pouvoir sur sa vie.

Et c'est ainsi que nous accueillons les citoyenNEs. Nous prenons d'abord le temps d'écouter puis nous leur proposerons différentes alternatives offertes par l'organisme ou le milieu. L'écoute peut s'échelonner de quelques heures à plusieurs mois. La présentation des outils mis à sa disposition dans le milieu est une démarche qui permet à la personne de bien connaître l'ensemble des services et activités qui lui permettent de faire un choix éclairé dans sa recherche de mieux-être.

Dans la mesure où notre société continuera d'accueillir, ce qui est pour certains les émotions, pour d'autres, des problèmes de santé mentale (ou encore, et très maladroitement, des maladies mentales), la personne se reconnaîtra comme ayant une maladie qui a besoin de traitement médical. À moins que son sens critique ait survécu aux pressions sociales, son regard porté sur elle-même sera dorénavant entaché par cette vision étroite et malhabile projetée par son environnement.

Et finalement, lorsque la personne est accueillie uniquement comme « client » ou « patient », c'est nier d'emblée l'ensemble de son expérience et la réduit à un simple consommateur de services. C'est en ce sens que nous croyons fermement qu'il est plus que temps d'accueillir la souffrance ouvertement dans l'ensemble de ses dimensions humaines.

4.3 L'entraide

Les bienfaits immenses qui se dégagent de l'entraide sont un phénomène sociétal connu et reconnu de tous. Jean Bedard définit la relation d'entraide ainsi : « *C'est une relation humaine, où des personnes s'impliquent et agissent comme des êtres humains également dignes de respect et chacun fondamentalement responsable de lui-même, en vue d'atteindre leurs buts sans qu'aucun ne soit investi d'une autorité ou d'une ascendance lui venant d'un appareil institutionnel ou organisationnel.* »[16] L'entraide est d'abord et avant tout un lieu d'apprentissage où s'imbriquent les relations que les personnes développent. Elles seront empreintes d'un épanouissement grâce au partage et à l'écoute de l'autre. L'entraide se vivra même à l'extérieur de la ressource, dans la vie sociale et personnelle des gens. Elle aide à guérir les blessures et, en parallèle, celles des autres. Ils sont ainsi dans l'action et retrouvent un but ultime à leur quotidien, un espace dans la société. « *Dans les groupes d'entraide, les personnes utilisent leurs forces pour s'appuyer mutuellement, pour briser leur isolement et pour favoriser un changement social. Les bénéfices de l'entraide par les pairs ont été maintes fois démontrés, tant dans le domaine de la santé mentale que dans d'autres secteurs.* »[17]

4.4 L'appropriation du pouvoir

« *Être pris en charge par un système ou une personne, c'est être dépossédé de son histoire. Leur point de vue indique l'extrême importance accordée par les personnes concernées à la reconnaissance de l'expérience vécue dans sa ¨différence¨ et sa singularité fondamentales, et ce, tant dans la souffrance qu'elle comporte que dans sa richesse et son potentiel de transformation et de croissance personnelle.* »[18]

Longtemps considéré inapte à évaluer sa situation, le malade était contraint à vivre l'impact de sa quête de sens pourtant essentielle, selon nous, à son rétablissement. Heureusement, le Québec s'est doté en 1989 d'une « *Politique de santé mentale qui mettait de l'avant la primauté de la personne : le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences, de ses liens avec son environnement, la prise en considération de l'ensemble de ses besoins. On mise aussi sur les capacités de la personne, sur la nécessité de tenir compte de son point de vue, de favoriser sa participation dans les décisions qui la concernent et*

« Une personne qui vit une désorganisation émotionnelle vit une profonde trahison d'abord et avant tout d'elle-même envers elle-même. Elle perdra confiance en elle-même et l'opinion des autres deviendra souvent ce qu'elle croit le plus. Elle cherche dans le regard de l'autre l'accord ou le désaccord de l'ensemble de son Être (comportement, opinion, réaction, etc.). Elle perd ses propres points de repère. Une relation ne pourrait survivre une telle trahison (nous nous référons plutôt à la blessure causée par la trahison plutôt que la trahison elle-même) mais une personne doit réapprendre à vivre avec elle-même et ce qu'elle porte. »

---

[16] Jean-Jacques Bedard, *La relation d'entraide*, 1985, p.27.
[17] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, 2005, p.91.
[18] L. Rodriguez, L. Bourgeois, Y. Landry, L. Guay, J.-L. Pinard, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté*, 2006, p. 90.

le respect de ses droits. Dix ans plus tard, en 1998, le Plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la transformation des services en santé mentale désigne comme principe directeur de sa démarche l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices sur leur vie. » [19] Mais ce changement de culture reste encore un défi à relever.

Les quatre éléments de l'appropriation du pouvoir individuel et collectif dans une démarche d'amélioration de la santé mentale[20]

1. Avoir la possibilité d'exercer des choix libres et éclairés
2. Participer activement aux décisions qui ont un impact sur sa vie
3. Pouvoir actualiser son potentiel de croissance personnelle, professionnelle et sociale
4. Pouvoir connaître, comprendre, exercer et défendre ses droits

L'appropriation du pouvoir personnel et collectif dans une démarche d'amélioration de la santé mentale : enjeux et menaces

Enjeux de l'appropriation du pouvoir

- ✓ Se sentir considéré comme un individu ayant une personnalité et une existence propres
- ✓ Sentir l'espoir que sa souffrance sera soulagée et que sa santé mentale va s'améliorer
- ✓ Demeurer une citoyenne ou un citoyen investi dans sa collectivité, un membre actif de la communauté humaine

Principales menaces

- ✓ L'intégrité de la personne utilisatrice de services en santé mentale : L'utilisation du diagnostic psychiatrique
- ✓ L'espoir des personnes utilisatrices de services en santé mentale : L'indifférence manifestée face à la souffrance et à la vulnérabilité exprimées
- ✓ L'intégration dans la communauté : le refus ou l'ignorance de l'apport des personnes utilisatrices à la transformation des services et à l'amélioration de la santé mentale collective

[19] Comité de pilotage du guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir, Andrée Larose, Micheline Lecomte et Action Autonomie, *Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale*, Montréal, 2004, p.6.
[20] Idem p. 10.

Malgré les réformes et les bonnes intentions, le respect et la reconnaissance que chacun possède sa personnalité et une existence propre sont loin d'être acquis. Ce besoin est la même hauteur que le vôtre, le mien, celui de tout professionnel, enfant, aîné. À la même hauteur que toute citoyenne, tout citoyen.

« Il est donc essentiel pour nous de rapporter l'expertise individuelle et collective des personnes afin de faire reconnaître les pratiques d'éducation populaire (ou alternatives) et leurs impacts positifs… »

4.5 Rapporter notre expérience

Nous sommes complices au quotidien de l'impact positif de l'éducation, de la reconnaissance de la personne comme telle, de sa reprise du pouvoir sur sa vie. Nous sommes aussi témoins d'un nombre presque indécent de personnes qui reçoivent un diagnostic psychiatrique et qui pourtant ont besoin de discuter et de comprendre plutôt que d'être systématiquement médicalisées uniquement du fait qu'elles vivent des problèmes sociaux. Il est donc essentiel pour nous de rapporter l'expertise individuelle et collective des personnes afin de faire reconnaître les pratiques d'éducation populaire (ou alternatives) et leurs impacts positifs, d'influencer notre culture d'accueil de la santé mentale ainsi que le développement des services au Québec.

4.6 La transformation sociale

La transformation sociale est au cœur des priorités des groupes communautaires autonomes. Selon Henri Lamoureux, « *une fraction importante de ces organismes se considère surtout comme des agents de transformation sociale et non comme des gestionnaires de problématiques sociales. Ces caractéristiques sont le produit de 40 ans de pratique. Elles sont le fruit de luttes parfois difficiles pour faire évoluer les politiques sociales, et de façon plus générale, pour influer sur nos choix sociaux.* »[21] En 2003, nous remettions à l'ordre du jour notre rôle d'éducation populaire pour recentrer nos actions vers la transformation sociale qui est devenue notre mode de travail à l'intérieur de la structure démocratique du groupe d'entraide.

[21] Henri Lamoureux, *L'action communautaire, des pratiques en quête de sens,* Montréal, 2007, p.22.

5 Notre expérience comme groupe communautaire autonome en santé mentale

Depuis presque 20 ans, nous avons participé à l'implantation des « Programmes régionaux d'organisation des services en santé mentale (P.R.O.S.) », nous avons aussi participé à l'évaluation de l'implantation de la Politique de santé mentale, nous nous sommes positionnés fermement contre les « Plans de services intégrés (PSI) »[22] pour finalement nous impliquer activement dans l'élaboration de Réseaux de services intégrés (RSI)[23]. Lorsqu'en 2003 les nouvelles Agences de santé et des services sociaux[24] nous ont présenté les Centres de santé et des services sociaux et les Projets cliniques nous sommes restés stupéfaits par la volonté du gouvernement de recommencer les travaux de réseautage!

À ce moment, nous avons entamé une démarche dans le groupe, notre quête de sens. Il faut se rappeler que, comme groupe communautaire autonome, notre rôle était, et est encore, un rôle d'agent de transformation sociale, et que, à répondre aux demandes constantes d'implication pour le déploiement de la Politique de santé mentale, la permanence s'essoufflait et la parole des utilisateurs de service ne se faisait pas entendre.

« Après plus de 10 ans de concertation active, les services étant encore et toujours déployés à partir d'une culture biomédicale et selon la vision des « professionnels », force est de constater le peu de reconnaissance pour les avancées vécues par les personnes utilisatrices ainsi que leurs expertises. »

5.1 Notre expérience auprès des services en santé mentale

Année après année, notre participation rigoureuse avec les partenaires dans le processus de concertation a témoigné de notre volonté de travailler de concert avec le réseau en santé mentale. Cependant, deux constats émergent de notre réorganisation en 2003 : combien il est difficile de nommer et de faire comprendre nos approches d'intervention et comment les structures participatives proposées par le Réseau ne nous permettent pas de participer à son développement en mettant à contribution le plein potentiel de notre expertise. Ainsi, nous avons compris (ou réalisé) que deux causes majeures ont affaibli l'apport de notre participation. Dans un premier temps, « … *le problème de la représentation individuelle heurte le fonctionnement démocratique des ressources alternatives et communautaires basé sur la délégation de mandats, la prise de décisions collectives, des mécanismes de reddition de compte. Cette logique crée des problèmes d'identité, de représentation, de légitimité.* » Dans un deuxième temps, *« … l'absence de débats de fonds. En général, il n'y a pas eu assez de débats, pas assez explicites et toujours relatifs. Les sujets abordés (valeurs, communauté, monopole psychiatrique, santé mentale, libre-choix, approche biopsychosociale, thérapie, traitement, notions de responsables, partenaires, collaborateurs) ont été abordés de façon très succincte. Et surtout, on n'a pas abordé les approches, les philosophies de base, la critique du modèle*

[22] Se référer au lexique.
[23] Se référer au lexique.
[24] Se référer au lexique.

médico-psychiatrique, la notion claire d'alternative. »[25] La critique a été faite il y a plus de 15 ans, elle est toujours tout aussi pertinente aujourd'hui.

Il est clair que les personnes impliquées collectivement dans nos actions ne sont pas intéressées ou ne se sentent pas outillées pour participer à de telles structures. Notre force est la participation collective : « *Avoir ¨les mots pour le dire¨, vivre et généraliser les expériences dites alternatives, et ce, de façon argumentée, crédible, articulée et convaincante, tout cela ne va pas de soi. Surtout quand on connaît la pluralité, le dispersement, la polymorphie et la durée éphémère de certaines ressources, la précarité de certaines pratiques, et, notamment, la tendance à fonctionner sur le mode intuitif. Jacques Lazure (1987:299) parle avec pertinence des savoirs synthétiques et affectifs typiques des pratiques novatrices des mouvements sociaux. »*[26]

« … nous constatons un déséquilibre fonctionnel entre les intentions de participation souhaitées par le ministère de la Santé et des services sociaux et sa méthodologie de fonctionnement… »

À ce chapitre, voici une liste de quelques revendications que nous avons portées depuis 20 ans :

- Miser sur la prévention en améliorant globalement les déterminants de la santé.
- Permettre aux personnes d'avoir accès plus facilement aux services de crise dans un processus d'appropriation du pouvoir.
- Référer les personnes aux organismes communautaires du milieu.
- Nous mettre en contact avec les personnes qui sortent de psychiatrie afin d'éviter qu'elles se retrouvent seules sur le trottoir.
- Nous référer particulièrement les personnes qui sont sur la liste d'attente de services psychiatriques ou psychosociaux.
- Nous avons demandé que les services alternatifs d'hébergement puissent offrir plus de places et du soutien 24/7. Nous avons demandé que les services de suivi intensif soient offerts par les ressources alternatives.
- Nous avons demandé que l'approche biomédicale s'ouvre sur l'approche alternative.
- Nous avons revendiqué que les médecins cessent de privilégier le traitement pharmacologique.
- Et finalement, nous avons, de 1993 à 2003, réclamé que l'approche biomédicale ne soit pas la solution ou la pratique privilégiée, mais que soient incluses les approches et les pratiques novatrices proposées dans l'offre de service par les ressources communautaires et alternatives[27].

« Fragmenter l'expertise ou noyer la parole citoyenne nie la définition même du partenariat. »

Conséquemment, nous constatons un déséquilibre fonctionnel entre les intentions de participation souhaitées par le ministère de la Santé et des services sociaux et sa méthodologie de fonctionnement afin de mettre en place les Réseaux de services intégrés. Fragmenter l'expertise ou noyer la parole citoyenne nie la définition même du partenariat.

---

[25] Regroupement des ressources alternatives du Québec R.R.A.S.M.Q., *Le choc des cultures, Bilan synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites*, juin 1991.
[26] Jocelyne Lamoureux, *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal,1994, p.209.
[27] Se référer au lexique.

5.2 Notre expérience auprès des personnes

Les personnes qui arrivent à l'Avant-garde possèdent un, deux ou même plusieurs diagnostics. Institutionnalisée ou non, le stigmate est présent et *la clientèle* des services en psychiatrie arrive convaincue, pour un grand nombre d'entre elles, que leur état de personne malade est définitif. Pour elles, *diagnostic* et *traitement pharmacologique* riment avec *jusqu'à la fin de mes jours*. « *La mise en mots de l'expérience de la "maladie mentale" amène donc irrémédiablement la personne à se situer vis-à-vis des savoirs experts. Parfois, son récit s'appuie sur ces derniers, comme lorsque la personne s'affirme comme schizophrène ou maniaco-dépressive, s'approprie son diagnostic psychiatrique comme base de son identité.* »[28] Que le diagnostic sorte de la bouche d'un médecin généraliste ou d'un psychiatre, il semble que l'impact du diagnostic soit le même. Conscientisées par le gouvernement qui confirme que les problèmes de santé mentale sont une maladie,[29] la question qu'elles se posent et qui est restée en suspens est : « Mais qu'est-ce qui m'est arrivé? » Certaines sont heureuses de savoir qu'elles ont une maladie qui explique, enfin, leur malaise. D'autres veulent comprendre ce qui s'est passé pour en arriver là, se rétablir et reprendre un pouvoir sur leur vie.

« Conscientisées par le gouvernement qui confirme que les problèmes de santé mentale sont une maladie, la question qu'elles se posent et qui est restée en suspens est : « Mais qu'est-ce qui m'est arrivé? »

Nous accueillons la personne nonobstant son vécu, sa provenance, ou son état. Nous répondons aux besoins urgents du moment par l'écoute, le soutien et l'accompagnement au quotidien. Par la suite, selon son rythme, nous démystifierons les problèmes de santé mentale abordant l'ensemble des causes qui peuvent l'influencer notamment le contexte familial, social, économique, politique et environnemental dans lequel la personne a vécu et vit présentement. L'encouragement, l'éducation populaire, les remises en question des choix de vie, la compréhension du fonctionnement du réseau de services en santé mentale, etc. feront que la plupart des personnes développeront une compréhension différente de la santé mentale. Et c'est la compréhension même de l'ensemble de ces facteurs ainsi que leur implication active dans leur choix de traitement qui leur permettront de développer leur compétence dans le champ de leur santé mentale et de reprendre une vie active dans leur communauté.

[28]Karine Vanthuyne, Département d'Anthropologie, Université McGill, *Trouver les mots pour le dire : S'approprier un certain pouvoir sur l'expérience de la folie à travers la prise de parole,* Montréal, 2002.
[28] Publicité du MSSS

6 L'expérience des personnes

6.1 Comme client dans les services en santé mentale.

L'histoire des expériences vécues dans les centres hospitaliers en psychiatrie est généralement teintée de mauvais souvenirs. L'accueil d'une personne hospitalisée pour des problèmes de santé mentale passe par l'urgence de l'hôpital de son territoire, même si la loi sur les services de santé et services sociaux, article 6, stipule : « *toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux* ».

Après avoir attendu nombre d'heures, la personne est évaluée par le psychiatre de service à l'urgence puis transférée, selon son diagnostic, dans telle ou telle aile de psychiatrie. La personne est en état de crise, se déconnecte de la réalité qui fait souffrir et est traitée avec la médication prescrite.

« Péter une crise » en oncologie est acceptable, pas en psychiatrie.

-Luc Vigneault

Qu'elles soient en psychose, en surdose ou paranoïde, elles ont le souvenir d'être reçues dans leur souffrance avec la froideur des murs verts. « *Péter une crise »* en oncologie est acceptable, pas en psychiatrie. En plus, les personnes relèvent qu'elles reçoivent peu d'explications. Le client en santé mentale est contraint à un traitement pharmacologique et malheureusement, tout un processus de privilèges est associé aux comportements. « *Si vous faites bien : vous lever, vous laver, respecter les heures de fumoir, on vous permettra de garder vos vêtements .*» Lorsque les malades outrepassent les normes, ils se retrouvent en jaquette.

Aujourd'hui, dans un contexte où le Plan d'action en santé mentale parle de rétablissement et d'appropriation du pouvoir, il existe encore des normes infantilisantes pour les personnes qui demandent à être prises en charge dans un moment difficile.

6.2 Comme personne dans le groupe.

Différents contextes feront qu'une personne arrive au groupe d'entraide. Certaines ont faim, d'autres sont référées par la communauté, plusieurs seront en situation de crise. Plus la crise est grande, moins elles s'attardent au lieu et à la différence. Tout ce qu'elles disent c'est qu'elles vivent quelque chose d'insoutenable et qu'elles ne savent plus où aller, alors elles sont ici!

Elles expriment leurs émotions et leurs souffrances. Elles s'expriment souvent ouvertement, dans la cuisine, devant un café. Les personnes présentes se mobiliseront afin de soutenir ces personnes, leur trouver des solutions pour ici et maintenant… on verra après pour le reste.

Pour d'autres, cet accueil peut être intimidant, elles demandent un intervenant et une pièce fermée. On accepte, l'objectif étant de permettre à la personne de déverser sa souffrance, sans condition, sans critère[30], sans évaluation. Pour le reste, nous verrons dans un deuxième temps.

« Les personnes présentes se mobiliseront afin de soutenir les personnes, leur trouver des solutions pour ici et maintenant… on verra après pour le reste. »

[30]Se référer au lexique.

7 L'offre biomédicale et ses vrais impacts sur la santé mentale

7.1 Le corridor de la folie : un mal obligé?

7.1.1 La désorganisation émotionnelle est-elle obligatoirement une «maladie mentale», un problème de santé mentale ?

Actuellement, nous constatons que la culture d'accueil est définie à partir du savoir, du langage et du traitement biomédical. La société et les professionnels de la santé parlent de « problèmes de santé mentale », de « maladie mentale », de « troubles mentaux » et même de « troubles mentaux sévères, voire chroniques ». Il est donc difficile pour une personne avec une étiquette de « malade » de se reconnaître comme citoyenNE à part entière surtout en connaissant les liens établis avec la notion de dangerosité. Dans sa thèse « *Trouver les mots pour le dire* », Karine Vanthuyne interroge les personnes utilisatrices de services dans plusieurs ressources en santé mentale : « *Malgré tous les doutes exprimés quant à sa capacité de vraiment rendre compte de l'expérience de la « maladie mentale », le langage psychiatrique domine l'ensemble des entrevues conduites auprès des usagers des trois ressources fréquentées, confirmant ainsi les observations de Rodriquez et coll. (2000). Cette prédominance s'explique d'abord par le statut de savoir expert associé à ce champ de discours.* »[31]Pourtant, le plan d'Action en santé mentale 2005-2010 est explicite : « *L'ensemble des actions prioritaires retenues devrait être réalisé dans une perspective visant le rétablissement des personnes en cause et soutenant l'appropriation du pouvoir par celles-ci.* »

Dans le but d'affirmer et de défendre le statut scientifique et de spécialité médicale de la psychiatrie, les auteurs du DSM-III ont cherché à objectiver le diagnostic en psychiatrie afin d'éliminer toute subjectivité dans les pratiques d'identification et de classification des pathologies mentales (Corin 1993 et Klerman 1984). Les pratiques se sont ainsi trouvées standardisées et systématisées « *par la seule prise en compte de signes objectifs, c.-à-d. les symptômes de ces pathologies* » et Lock remarque que ce que les gens vivent et ce qu'ils relatent de leur expérience diffèrent essentiellement du type d'informations sur lesquelles se base la science biomédicale**.**
« *La science procède par abstraction* ».
Elle observe, désassemble, mesure puis classe les phénomènes.
« *La personne, elle, les vit comme un tout* ».
Pour elle, un symptôme ne se réduit pas au phénomène physiologique auquel il faut référence, mais implique sa personne en son entier.

[31] Karine Vanthuyne, Département d'Anthropologie, Université McGill, *Trouver les mots pour le dire : S'approprier un certain pouvoir sur l'expérience de la folie à travers la prise de parole,* Montréal, 2002.

Pour ce faire, nous devons adopter une vision macroscopique : «*Cette vision globale tient à une définition des problèmes sociaux qui met de l'avant que le contexte économique, politique, social, culturel et environnemental dans lequel vivent (ou ont vécu) les personnes constitue un des déterminants majeurs de leur bien-être et influe sur leur capacité à exercer du pouvoir sur leur vie. »*[32] En ce sens, créer des réseaux ou des continuums de services en santé mentale qui s'inscrivent uniquement dans une approche biomédicale de la santé façonnent implicitement un parcours institutionnel qui limite, à son tour, l'épanouissement de la personne dans son milieu de vie. En peu de temps, son réseau social deviendra le réseau de la santé mentale. Son environnement et elle-même interpréteront ses comportements comme faisant partie de ses « problèmes » de santé mentale.

« Cette vision globale tient à une définition des problèmes sociaux qui met de l'avant que le contexte économique, politique, social, culturel et environnemental dans lequel vivent (ou ont vécu) les personnes constitue un des déterminants majeurs de leur bien-être et influe sur leur capacité à exercer du pouvoir sur leur vie. »

Son rapport à elle-même et au monde qui l'entoure sera transformé. C'est ce que nous nommons « le corridor de la folie ».

7.1.2 La pratique médicale et la désorganisation émotionnelle

Malgré toutes les alternatives proposées et la pluralité des approches tant revendiquées par les personnes concernées, l'État préconise toujours l'approche biomédicale dans *l'offre de services.* On se souviendra que, lors de notre participation à l'élaboration des Plans régionaux de services puis à celle des Réseaux intégrés de services, il avait été entendu avec tous les partenaires que de tels réseaux, aujourd'hui appelés Continuums de services en santé mentale, devaient servir de 2 à 3 % des personnes considérées ayant de « grands troubles mentaux ou chroniques ».

Aujourd'hui, nous constatons que toutes les personnes vont systématiquement chez le médecin pour leur problème de santé mentale. Dans sa campagne de sensibilisation, le ministre Bolduc affirme : « *Avec cette troisième édition de la campagne, nous voulons faire en sorte que les gens reconnaissent encore plus la dépression comme une maladie répandue dans toutes les couches de la population, et surtout, une maladie qui peut être traitée médicalement* »; nous déplorons le fait que le ministre ne parle que de maladie et de traitement médical.

Cela va directement à l'encontre des revendications des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Si un réseau institutionnel peut être bénéfique pour certains, pour d'autres, ce même réseau limite leur cheminement vers le mieux-être. Et pourtant, il existe déjà au Québec une panoplie d'approches alternatives et efficaces.

7.1.3 Le diagnostic : besoin pour les experts ou stigmate pour la personne

Les cliniciens nous disent et nous redisent que le diagnostic est nécessaire afin de se comprendre, de mieux cerner les interventions et de donner le bon

[32] Mémoire du RQ-ACA sur la réforme du droit associatif, mars 2009, p.17.

traitement. Dans le réseau, les professionnels de différents milieux accueillent les personnes sous cet angle. Tellement, qu'afin de recevoir un service, celles-ci doivent avoir un diagnostic. Si elles refusent de le recevoir, ou même d'avoir un suivi par un psychiatre, elles pourront se voir refuser un service. Plusieurs recherches démontrent combien l'évaluation en établissement peut être subjective, dépendamment de l'expérience vécue par la personne ainsi que de la perception du psychiatre ou du médecin traitant.

Nous n'avons qu'à penser à la fameuse expérience de David Rosenhan,[33] psychologue américain.

En psychologie, l'expérience menée par le psychologue David Rosenhan en 1973 est célèbre par ses conclusions sur la validité du diagnostic psychiatrique.. (…)

L'étude de Rosenhan est composée de deux parties. La première partie implique la participation d'associés en bonne santé mentale, les « pseudo patients », qui ont simulé des hallucinations auditives brèves dans le but d'être admis dans douze hôpitaux psychiatriques des États-Unis, répartis dans cinq États différents du pays. Ils ont tous été admis et reconnus souffrants de désordres psychiatriques. Après leur admission, ils ont agi normalement, et déclaré au personnel soignant qu'ils se sentaient bien et n'avaient plus d'hallucinations du tout. Le personnel de l'hôpital a échoué dans chaque cas à détecter la supercherie et est, au contraire, est resté persuadé que tous les pseudo patients montraient les symptômes d'une maladie mentale. Plusieurs sont restés internés des mois. Ils ont tous été obligés d'admettre avoir une maladie mentale et accepter de prendre des antipsychotiques pour être libérés.

La seconde partie consistait à demander au personnel d'un hôpital psychiatrique d'identifier de faux patients dans un groupe qui n'en comportait pas. Le personnel soignant a faussement détecté comme imposteurs un grand nombre de vrais malades.

La conclusion de l'étude est que les humains ne peuvent pas distinguer les personnes saines des personnes atteintes d'aliénation mentale dans les hôpitaux psychiatriques. Elle a également illustré les dangers de la dépersonnalisation et de l'étiquetage dans les établissements psychiatriques. L'étude suggère une plus grande prise en compte des problèmes et des comportements personnels dans les institutions de santé mentale, plutôt que de s'attacher au jargon médical, ainsi qu'une éducation afin de rendre les travailleurs psychiatriques plus conscients de la psychologie sociale de leurs installations.

Ce qui était autrefois un comportement différent devient un symptôme de la maladie. Les citoyenNEs entrent dans une relation de client-service, patient-professionnel. Et cet état les suit dans toutes les dimensions de leur vie. Du statut de personne en détresse, elle devient un diagnostic. Pour un transport payé par l'aide sociale, le (la) citoyenNE doit fournir un diagnostic prescrit par

[33] David Rosenhan, The pseudo patient experiment, 1973

un psychiatre afin de faire partie d'un programme. Emploi-Québec proposera un programme pour les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale; il faut un diagnostic. Même lorsqu'un médecin juge que nous avons besoin d'un arrêt de travail, il faut un diagnostic!

Donc, certaines personnes recevront le diagnostic avec respect, rassurant pour elles, ainsi que pour leurs proches, puisqu'il confirme que le problème est une maladie. Pour d'autres, le diagnostic reçu par le médecin ne changera ni le regard qu'elles ont d'elles-mêmes, ni de leur vie en général.

Mais, inévitablement, ce diagnostic prendra beaucoup de place afin d'avoir recours aux services dont la personne a besoin.

Voici le témoignage donné par Lola : *« Après avoir vécu un braquage dans une caisse pop, je me suis fait dire de ne rien raconter et de continuer à travailler normalement. N'y arrivant pas, mon médecin m'a prescrit des médicaments. Personne ne m'a dit que c'était normal d'avoir peur, et j'ai dû arrêter de travailler. Aucune thérapie ne me fut suggérée, à part continuer mes médicaments. Maintenant que je fréquente un groupe d'entraide, je me sens mieux. Mon incident s'est produit 30 ans plus tôt. Maintenant que je comprends mieux ma situation, je me sens comme dans une bulle avec tous ces médicaments puisque j'ai changé. Même si j'ai un bon médecin, il ne veut rien savoir au fait de réajuster la médication, il a peur que je rechute. Moi, j'ai changé depuis tout ce temps, je sais plus de choses, je me sens endormie, mes médicaments sont trop forts. Mon médecin ne comprend pas que j'ai changé. »*

Bien que les professionnels tendent vers le discours d'une possible appropriation du pouvoir sur leur vie, nous croyons que la volonté du réseau de la santé, personnifiée de façon exemplaire par sa structure, ne permet pas une telle démarche.

Elle maintient les gens dans le corridor de la santé mentale, dans des services de suivi clinique.

7.1.4 Les médicaments comme traitement principal

La presque totalité des expériences rapportées par les gens confine le traitement des problèmes de santé mentale à la prise de médicaments sans autres alternatives. Nous déplorons la généralisation de ce choix de traitement caractérisé par un manque d'accompagnement, de soutien et de suivi par les professionnels qui prescrivent hors de la perspective de gestion autonome des médicaments telle que développée par les personnes utilisatrices et soutenue par leur regroupement[34].

L'expérience du groupe démontre qu'entre l'antidépresseur et le retour à la maison, toujours seule avec elle-même, la personne ressentira les effets secondaires des médicaments qu'elle associera à sa « nouvelle situation » ou, en fonction de la discussion avec son médecin, à sa « nouvelle maladie ». La fatigue, l'agitation, l'insomnie, parfois même l'ajout de l'incontinence et de la baisse de libido[35] attaqueront sa confiance en soi et sa propre estime. L'anxiété se mêlera aux autres émotions. Au deuxième rendez-vous, la personne dira à son médecin qu'elle va de mal en pire, qu'elle se sent anxieuse et fait de l'insomnie. Une autre pilule se joindra à la première, et avant longtemps, la personne se retrouvera avec plusieurs médicaments influençant de façon progressive le regard qu'elle porte sur elle-même.

Les personnes rapportent aussi que ce traitement pharmacologique limite leur démarche vers une appropriation du pouvoir individuel.

Au Québec, la santé mentale est une priorité depuis plus de 20 ans. On cherche à améliorer les services. On plane d'une réforme à l'autre. On se concerte, on discute, on pense puis on repense. On consolide certains services, nous en développons, puis nous nous « re-concertons », nous rediscutons, nous repensons. Dans l'ensemble des réseaux spécialisés en santé mentale, nous nous sommes affairés à développer des services afin de venir en aide à la personne qui se retrouve en bas du pont!

Mais qu'en est-il de la cause du déraillement sur le pont?

[34]Repère pour la gestion autonome de la médication, 2006. Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), en collaboration avec l'Association des groupes pour la défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)
[35]Voir les effets secondaires des antidépresseurs

7.1.5 Le contexte social, le grand oublié dans les interventions?

Tout comme le champ de la santé mentale est aussi tributaire de l'évolution de l'ensemble de la société (Rhéaume; Sévigny, 1988) « *plusieurs changements sociétaux influencent le rapport de l'individu avec son environnement et entraînent des problèmes de santé mentale. À cet égard, mentionnons, entre autres, l'éclatement des familles, l'effritement des valeurs collectives, l'urbanisation, les mouvements migratoires, les mutations économiques et la place du travail dans notre société. Ces bouleversements sociaux, associés aux conditions de vie précaires et aux vulnérabilités individuelles, agissent fortement sur le degré de détresse psychologique des personnes.* »[36]

« Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, instauré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, propose une organisation de services dans une vision biomédicale, axée sur le dépistage et le traitement, où la hiérarchisation des services est au centre des préoccupations. On se dirige vers la standardisation et la spécialisation des services et l'on ne tient pas compte de la santé globale des femmes et de leurs conditions sociales. Ainsi, il y aura un plus grand risque de « surmédicaliser » et de « sur-diagnostiquer » de nombreuses femmes, surtout si elles sont âgées, pauvres… Les problèmes sociaux et le corps des femmes seront davantage médicalisés. Les femmes ayant un diagnostic en santé mentale seront de plus en plus perçues et traitées d'une façon différente de celles qui n'en ont pas. »

Action autonomie, texte rédigé par madame Louise Baron. *L'impact de l'organisation des services de santé et des services sociaux chez les femmes utilisant des services en santé mentale.* Colloque La détresse psychologique des femmes : À Laval, c'est l'affaire de tout le monde!

Présenté le 14 novembre 2007 à Laval.

Il est maintenant prouvé que l'environnement joue un rôle dominant sur la santé mentale des individus. Évoluer dans un contexte où les personnes en santé mentale sont conduites automatiquement dans le système médical restreint la gestion des souffrances au seul concept de prise de médicaments. Pourtant, la loi sur la santé publique stipule au chapitre 1, point 3 que : « *D'autres mesures édictées par la présente loi visent à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée.* »

---

[36] Louise Blanchette et Mario Poirier, *De la maladie mentale à la santé mentale : le contexte québécois* Université de Montréal

Force est de constater que la santé publique tente de travailler les troubles de santé mentale en étant ouverte et tournée vers une vision élargie des moyens pour optimiser ce qui détermine une bonne santé. Mais le contexte social demeure tout de même, selon notre expérience de groupe, oublié dans l'accueil et le traitement de la souffrance.

N'oublions pas que l'Organisation mondiale de la santé dresse une liste des conditions qui déterminent une bonne santé. Notons, entre autres, un logement décent, de la nourriture au quotidien, des relations saines, la paix, sont tout autant de déterminants ayant un impact sur la santé mentale.

7.1.6 Mais où est passé « l'*autrement* »?

« L'*autrement* » a été défini par les personnes qui ont vécu la psychiatrisation comme étant le besoin d'avoir recours à des services qui sont à l'écoute de leur point de vue, de leur expérience, de leur expertise. Elles se sont mobilisées afin de revendiquer l'accès à une pluralité d'approches qui leur permet de reprendre le pouvoir sur leur vie et d'améliorer leur qualité de vie.

Pourtant, même si « l'*autrement* » existe au Québec, les personnes du groupe d'entraide précisent qu'il fut très rare, lors de leur passage en psychiatrie ou lors d'une consultation auprès de leur médecin, qu'elles soient référées auprès d'une ressource alternative ou de tout autre service dans la communauté : un psychologue, un massothérapeute, un psychanalyste, etc. Les personnes qui pouvaient s'offrir certains traitements alternatifs ou encore celles qui ont eu la chance de découvrir le monde des ressources communautaires aux pratiques plurielles sont des milliers, au Québec, à témoigner que ces moyens ont changé le parcours de leur vie. Mais, paradoxalement pour nous, le gouvernement ne débourse pas les frais de soins extérieurs au système médical. Constat difficile à comprendre puisque, d'une part, le gouvernement reconnaît l'importance du point de vue des personnes utilisatrices et, d'autre part, ces orientations vont complètement à l'encontre de leur point de vue!

Les ordonnances d'antidépresseurs remboursés par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont plus que doublé depuis 2000. On parle de 5,9 millions d'ordonnances prescrites en 2007.

La facture pour les antidépresseurs à la RAMQ est ainsi passée de 68 millions de dollars en 2000 à 115 millions de dollars en 2007.

« Imaginons ce que nous pourrions faire de tout cet argent…

Thérapie, intégration par le mouvement oculaire IMO,

acuponcture, massage, construction de logements sociaux… »

7.2 Si nous pouvions refaire le monde à notre façon

7.2.1 La culture d'accueil : l'accueil de la souffrance et de la différence

Les personnes nous témoignent que, même pendant des épisodes de désorganisation, elles sont conscientes de l'attitude des personnes qui les accueillent : sentir une réception chaleureuse fait toute la différence quant à leur capacité de verbaliser, dans le respect, leur souffrance et leurs besoins.

Être accueilli veut dire être écouté, *être entendu*, être respecté. Guy Baillon relate en effet comment lui et son équipe ont réalisé que les urgences psychiatriques existaient et qu'ils devaient apprendre à les accueillir plutôt qu'à les ignorer.[37]Car si la personne est au cœur de ses besoins, si elle est unique, différente, et qu'elle porte une histoire, il est inquiétant de voir le système qui homogénéise l'accueil sous le seul modèle médical. (Bien entendu, si la personne recherche du soutien lors d'une crise, il faut prendre le temps.)

La culture d'accueil fait partie d'un système qui doit départager les problèmes physiques et les problèmes sociaux des problèmes de santé mentale. Les trois dimensions sont définitivement entremêlées et le soutien dont les personnes ont besoin doit être un accueil qui s'ouvre sur l'ensemble de ces problèmes, et ce, par l'entremise des ressources disponibles au Québec. La culture d'accueil doit permettre d'intervenir globalement sur les différentes causes de la souffrance.

« La culture d'accueil fait partie d'un système qui doit départager les problèmes physiques et les problèmes sociaux des problèmes de santé mentale. Les trois dimensions sont définitivement entremêlées… »

7.2.2 L'éducation populaire

L'éducation populaire, l'encouragement et les remises en question des choix de vie viendront ici agir sur la compréhension des problèmes : être en dépression ne nécessite pas systématiquement un médicament si la personne vit pauvrement dans la communauté et qu'elle tente de survivre chaque mois. Dans ce contexte, l'approche et l'intervention de *cette dépression* seront complètement différentes. Une banque alimentaire ou un groupe d'éducation populaire sera beaucoup mieux placé afin d'outiller cette personne. De plus en plus de conditions sociales sont maintenant médicalisées : naissance, petite enfance, adolescence, ménopause, deuil, dépendance. Ce ne sont pas des problèmes de santé mentale, mais des conditions de vie, des phases.

Nous croyons donc que l'éducation doit faire partie intégrante de la culture d'accueil et qu'il est primordial que cette même éducation doive s'étendre à l'ensemble de notre société.

De plus en plus de conditions sociales sont maintenant médicalisées : naissance, petite enfance, adolescence, ménopause, deuil, dépendance. Ce ne sont pas des problèmes de santé mentale, mais de conditions de vie, des phases.

[37] L'urgence de la folie : L'accueil de la santé mentale. Guy Baillon, 1998.

7.2.3 La prévention

Une multitude de recherches ont su mettre en relief les problèmes sociaux et les déterminants de la santé. Nous sommes en mesure de pouvoir agir en amont des problèmes de santé mentale. Le gouvernement reconnait que les déterminants de la santé ont un impact majeur sur la santé mentale puis d'un autre côté, il investit des milliards dans la médicalisation de ces mêmes problèmes de société.

> Le renforcement du rôle effectif des citoyens dans les processus décisionnels et l'appréciation des résultats Enjeu majeur dans les débats sur l'organisation du système de santé depuis les trois dernières décennies, la participation citoyenne contribue nécessairement à la qualité de la gestion du système, et ce, de plusieurs manières. D'abord, elle encourage les citoyens à s'exprimer sur le choix des valeurs qui doivent guider les compétences techniques et administratives. Elle permet à de plus aux usagers de se prononcer sur la qualité des services. Elle permet, par ailleurs, de maintenir ou de rétablir le lien de confiance entre les citoyens et les services publics et d'obtenir plus facilement le soutien de la population lors de la mise en œuvre des décisions. Rapport : *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Laval, novembre 2000.

Il faut donc remettre l'amélioration des conditions de vie au cœur des interventions et des politiques. Il faut retravailler étroitement avec la société civile afin d'actualiser les politiques, les orientations et les projets déjà développés. Afin d'assurer la participation citoyenne, le Québec s'est doté d'une politique extraordinaire : la Politique de reconnaissance de l'action communautaire. Nous déplorons que cette initiative unique au monde ne soit malheureusement pas utilisée à son plein potentiel.

L'Association canadienne de la santé mentale explique bien comment prévenir les problèmes de santé mentale[38] :

- ✓ **Agir avant l'apparition des problèmes de santé mentale[39]**

C'est d'ailleurs en agissant pour réduire les facteurs qui sapent ou qui détériorent les conditions de vie des individus que la prévention prend tout son sens (agir avant l'apparition des problèmes de santé mentale) et qu'elle devient efficace. La prévention de la maladie mentale permet, par exemple, de changer certaines conditions de vie sociales qui dévalorisent et isolent les individus, afin de prévenir la violence, la détresse, la dépression, la négligence, l'abus, etc.

---

[38] Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) Division de Québec; *Prévention en santé mentale*

[39] *Un système de gouvernance régionale axé sur l'amélioration continue de la performance : Le projet de santé et de bien-être de la Montérégie*. Document synthèse soumis pour discussion lors du 4e colloque montérégien sur les réseaux locaux de services.

- ✓ **Tenter de réduire la présence de facteurs ou conditions de vie qui fragilisent la santé mentale des individus**

Ainsi, les facteurs qui représentent les plus importants risques pour la santé mentale des individus sont plus présents dans leurs milieux de vie ou fortement liés à leurs conditions de vie, plutôt qu'à leur vulnérabilité personnelle. À titre d'exemple, on pense à la pauvreté, à l'intimidation dans les écoles, à la surcharge de travail, à la non-reconnaissance au travail, aux logements insalubres.

- ✓ **Adopter des stratégies ciblées**

De manière générale, ces stratégies sont ciblées, en ce sens qu'il s'agit d'interventions locales dans des milieux de vie où a été identifiée la présence de certaines conditions particulièrement dommageables pour la santé mentale des individus. Nous faisons référence ici, par exemple, au soutien des nouveaux immigrants, aux personnes ayant perdu leur emploi ou encore aux jeunes en difficulté à l'école.

- ✓ **Se quantifier et se qualifier par l'accroissement du bien-être personnel et collectif**

En ce sens, la prévention ne se mesure pas uniquement par la réduction des facteurs de risque dans un milieu donné. Travailler en prévention, comme nous l'avons dit plus tôt, nécessite une culture d'accueil qui favorise l'intégration des différents contextes dans l'intervention. C'est ce qui nous amène inévitablement à travailler en amont des problèmes de santé pour récolter comme impacts positifs entre autres : le désengorgement du système de santé, l'amélioration de l'appui aux personnes en détresse, le moyen de redonner un pouvoir citoyen.

« … la pauvreté peut être définie comme étant la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé de manière durable ou chronique des ressources, des moyens, des choix, de la sécurité et du pouvoir nécessaires pour jouir d'un niveau de vie suffisant et d'autres droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux. »
(Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, 2001)

Santé publique Montérégie nous le dit **:** « *Ces déterminants de la santé sont : les facteurs biologiques (âge, génétique, etc.), les comportements et habitudes de vie (alimentation, tabac, exercice physique, etc.), l'environnement (les parcs, les pistes cyclables, la proximité des installations sportives, la qualité de l'air, des sols et de l'eau, etc.), les facteurs socio-économiques (les conditions de vie, le revenu, le transport, l'environnement social, etc.) et l'organisation des soins et services de santé. »*

Outiller les citoyenNEs veut surtout dire influencer directement l'avenir de nos enfants.

7.2.4 Les pratiques

La pluralité des pratiques est demandée par les personnes utilisatrices depuis plus de 40 ans. Il y a 20 ans, nous avons vu des efforts politiques en ce sens, mais depuis, c'est une lutte constante pour les citoyenNEs afin de préserver ce qu'il en reste. Elles revendiquent toujours une boîte à outils complète gérée par un ensemble de partenaires dans un rapport égalitaire, ouvert et disposé à un dialogue sincère avec les personnes qui ont recours à ces services, indépendamment du territoire desservi. De plus, la pluralité des pratiques indique implicitement que le biologisme et la psychiatrie ne soient plus au cœur de l'intervention, mais bien un ensemble d'approches et d'intervenants de toutes les disciplines. Et surtout, que les personnes puissent utiliser le pouvoir qu'elles ont sur leur vie, en sachant qu'elles peuvent être épaulées dans le système qui les guide vers une appropriation de leurs moyens.

« (…) les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale réclament avec insistance la mise en place de conditions et de pratiques qui leur permettront de se réapproprier la maîtrise de leur vie. Par ailleurs, la majorité des partenaires consultés disent éprouver des difficultés à traduire concrètement le principe d'appropriation du pouvoir. »

7.2.5 L'appropriation du pouvoir

L'appropriation du pouvoir, telle que nous la décrivons au point 4.4, doit être l'objectif central des interventions et, surtout, elle doit être travaillée avec les citoyenNEs sans préjugés ni stigmatisations. Et malgré le fait que ce principe directeur est soutenu par les réformes, il est loin d'être atteint. En effet : «*Dix ans plus tard, en 1998, le Plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la transformation des services en santé mentale désigne comme principe directeur de sa* ***démarche l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices sur leur vie.»***[40] Force est de constater que ce changement de culture reste encore et toujours l'échec et la pierre angulaire du système de santé mentale au Québec.

« Selon nous, s'il y avait un dialogue, un vrai dialogue sur nos besoins, nous pourrions les aider à améliorer toute cette culture d'accueil. Comme personnes qui reçoivent du soutien, nous pourrions proposer des modifications un peu comme on le fait dans notre organisme communautaire : cela améliorerait l'accueil que l'on reçoit. »

Encore aujourd'hui, les personnes déplorent que la culture de prise en charge domine toujours celle de l'appropriation du pouvoir. «*Cette réappropriation du pouvoir se traduit par l'exercice d'un choix libre et éclairé au moment de prendre des décisions à des étapes cruciales de sa vie. »*[41] Dans un premier temps, nous croyons que l'éducation populaire doit être le point de départ de l'appropriation du pouvoir et du développement de notre capacité à être critique devant ce que nous vivons et les choix que nous faisons. Nous croyons aussi fermement que les gens évoluent plus habilement dans un système où leurs valeurs et leurs choix sont parties prenantes de la gestion de leur santé mentale.

---

[40] *Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale,* 2004, p.6

[41] *L. Rodriguez, L. Bourgeois, Y. Landry, L. Guay, J.-L. Pinard, «Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté», Québec, 2006.* p. 283.

7.3 Ailleurs et autrement

L'*ailleurs* a eu un certain succès dans le sens où ce qui était revendiqué était d'avoir accès à des services dans la communauté. L'*autrement* a vécu une émergence dynamique pour, malheureusement, être de plus en plus homogénéisé aux pratiques institutionnelles. Nous croyons qu'il faut rester sur nos gardes pour ne pas perdre nos couleurs et offrir des services autres qu'institutionnels à la communauté.

L'*autrement* est le résultat de la forte volonté des personnes de faire reconnaître leur expertise et de permettre une participation active dans l'élaboration de nouvelles approches. Il se distingue des pratiques biomédicales comme l'acupuncture, la massothérapie, la réflexologie, la naturopathie, etc. De plus, il reconnaît la participation citoyenne comme un élément majeur à son développement et s'assure de la mise en place d'approches qui favorisent la citoyenneté.

L'*autrement* se distingue aussi par un foisonnement dans les milieux. Bien des personnes ont cherché des moyens alternatifs et se sont retrouvées dans des groupes de femmes, des groupes pour hommes, des ressources alternatives en santé mentale, et cetera. Leurs parcours auront défié tous les plans d'intervention des professionnels de la santé mentale. Ce cheminement permet aux personnes d'être véritablement au cœur de leur réseautage. Ces ressources, directement branchées sur l'appropriation du pouvoir et l'éducation populaire, offrent la connaissance et le développement des compétences.

L'*autrement* veut dire avoir des pratiques qui permettent de réapprendre à avoir une vie active et de retrouver, tout simplement, le sens du plaisir.

C'est dans ce contexte souhaitable que les personnes peuvent choisir les intervenantEs à qui elles souhaitent donner un rôle plus spécifique. Directement en contact avec un réseau qui éduque, forme et informe, elles peuvent démystifier dans quel contexte social elles ont désorganisé au point de perdre le sens de leur vie. Ainsi, elles développent un regard critique sur leur situation et le monde qui les entoure. Cette prise de conscience les propulse vers un désir de réappropriation du pouvoir sur leur vie et c'est ainsi que l'*ailleurs* et l'*autrement* prennent tout leur sens.

Lexique

Action communautaire autonome
« L'organisme d'action communautaire autonome n'est pas seulement autonome dans la détermination de sa mission, de ses orientations, de ses pratiques et de ses approches. Aux paramètres qui définissent l'autonomie juridique des organismes communautaires au sens large s'en ajoutent d'autres qui non seulement marquent la distance à maintenir entre les pouvoirs publics et les organismes, mais reflètent également l'autonomie politique de l'organisme, c'est-à-dire son indépendance d'action. Dans son essence même, cette autonomie politique et cette indépendance d'action renvoient à la nature et à la philosophie de l'action et de l'intervention dans lesquelles un organisme d'action communautaire autonome est engagé ainsi qu'à sa capacité à définir par lui-même les règles ou les normes qui encadrent la conduite de ses activités ». Cadre de référence en matière d'action communautaire troisième partie p. 16.

Action individuelle et collective
Une action dans le contexte de changement peut être menée par une personne individuelle (ex. Je fais des pressions sur mon député, car il y a des aberrations à l'aide sociale ou je mène la même action, mais dans un groupe, un collectif).

Agence de santé et des services sociaux
L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie constitue le palier régional de gouvernance des services de santé et des services sociaux. Elle a pour mission d'assurer la coordination du réseau montérégien afin d'en améliorer la performance et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
Il y a une Agence pour chacune des 18 régions du Québec.

Ailleurs et autrement
« *L'ailleurs* » et « *l'autrement* » constituaient le slogan des partisans de la désinstitutionnalisation qui fait référence à des ressources ailleurs que dans les institutions psychiatriques et des pratiques éloignées du modèle asilaire. *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté* par Lourdes Rodriguez. En fait, ils revendiquaient des pratiques qui se développent à partir du vécu des personnes.

Appropriation du pouvoir individuel et collectif
La notion d'appropriation du pouvoir découle de l'anglicisme *empowerment. « L'empowerment comporte quatre composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique (conscience individuelle,*

collective, sociale et politique). Lorsque ces quatre composantes sont en interaction, un processus d'empowerment est alors enclenché. Ce processus proactif est centré sur les forces, les droits et les habiletés des individus et de la communauté, plutôt que sur les déficits ou les besoins.»(Gibson, 1991, Anderson, 1996).

Approche biomédicale
L'approche biomédicale est l'application en médecine de la méthode analytique des sciences exactes, sans tenir compte des interactions entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie.

Critère
Caractère, principe qui permet de distinguer une chose d'une autre, d'émettre un jugement, une estimation. Méthode utilisée par la plupart des organismes en santé mentale, institutionnels ou non.

Désinstitutionnalisation
(…) En quarante ans, près de 17 000 lits ont été fermés en soins psychiatriques au Québec. Cette politique, la désinstitutionalisation, a été appliquée dans tous les pays développés, avec l'accord de l'Organisation mondiale de la santé. À l'hôpital Louis-Hyppolyte-Lafontaine, le nombre de personnes hospitalisées, qui était de 6000 en 1960, est passé à 645. La désinstitutionalisation n'est pourtant pas un problème en tant que tel, mais les ressources aux patients, essentielles à son succès, n'ont pas été suffisantes. Ces personnes ont souvent été laissées à elles-mêmes et n'ont pu être intégrées à la société.
Reportage d'Armand Dubois. Mise à jour : 08/01/2002

Déterminants sociaux de la santé
Selon l'Office mondial de la santé : Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

Ces circonstances qui reflètent des choix politiques dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local.

Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.

Afin de répondre aux inquiétudes grandissantes concernant la persistance et l'aggravation des inégalités, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi en 2005 la Commission des déterminants sociaux de la santé pour les réduire.

Le rapport final de la Commission, rendu public en août 2008, formule trois recommandations fondamentales :

- ✓ Améliorer les conditions de vie quotidienne

- ✓ Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources
- ✓ Mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée

Développement social

Le *développement local* désigne l'évolution *qualitative* d'un territoire; il vise le mieux-être des habitants et part d'une dynamique de projet. Le *développement social* ajoute la dimension de solidarité. Ses valeurs participent de l'autonomie du projet, de l'éducation tout au long de la vie, de l'engagement citoyen. Ses méthodes sont participatives pour le diagnostic, le projet et l'évaluation, dans une approche transversale et globale. Ses acteurs militent pour une transformation ou un changement social. S'il porte sur le long terme, il devient *développement durable* : ne pas compromettre la capacité d'agir des générations futures.

Source : Extraits du Vade mecum — travailler et coopérer dans les centres sociaux et socioculturels, publié par la FCSF en partenariat avec le CIDEM, Paris, 2006.

Éducation populaire

Éducation populaire autonome

Cadre de référence sur l'action communautaire autonome : L'éducation populaire autonome est le principal moyen d'action de plusieurs organismes qui se consacrent à la défense collective des droits. Il s'agit d'une démarche de prise de conscience au regard d'une situation particulière, démarche qui vise la prise en charge et l'autonomie des personnes visées. C'est par l'éducation populaire autonome qu'un organisme renseigne, informe, éduque, outille, sensibilise, favorise la création de liens entre les personnes qui vivent des situations semblables et parvient à susciter la mobilisation sociale. C'est par l'éducation populaire autonome qu'un organisme vulgarise des concepts et rend compréhensibles, à un large public, des contenus autrement rébarbatifs : projets de loi, politiques gouvernementales, textes scientifiques, etc.

Établissement

Hôpitaux, cliniques externes de psychiatrie, services des CLSC, le réseau de la santé

Gestion démocratique

Utilisé pour décrire la forme de gouvernement d'un pays, le terme de démocratie peut servir à qualifier le fonctionnement de tout corps ou organisation sociale : société humaine, organisme public ou privé, associations, entreprise, famille, etc. Dans chaque cas, la notion de peuple doit être comprise comme l'ensemble des membres de l'organisation sociale. Dans une démocratie, l'ensemble des citoyens détient le pouvoir souverain et exprime sa volonté par le vote, selon le principe « un homme, une voix »; ce principe peut d'ailleurs être considéré comme la principale concrétisation de la démocratie. Le corps politique des citoyens recouvre une partie plus ou moins grande de la population selon des critères qui ne sont ni stables ni universels. Wikipédia.

Liens sociaux
Liens sociaux : Le lien social désigne l'ensemble des relations qui unissent des individus faisant partie d'un même groupe social et/ou qui établissent des règles sociales entre individus ou groupes sociaux différents. Quand on utilise l'expression au pluriel, on pense aux relations sociales concrètes dont le lien social est tissé. Les liens sociaux permettent d'assurer la cohésion sociale et l'intégration des individus, soit par le partage de valeurs communes soit par la reconnaissance sociale des différences lors de l'établissement des règles sociales. Ils permettent aussi aux individus d'acquérir une identité sociale. Cependant, de nouvelles formes de liens sociaux, moins verticaux et plus horizontaux (entre individus se considérant comme égaux, par des relations interpersonnelles), d'où des règles plus souples, moins institutionnalisées, mais qui existent néanmoins, apparaissent cependant et peuvent être efficaces.
Source :Banque de Ressources Interactives en Sciences Économiques et Sociales

Militer
Participer à la vie d'une organisation, d'une association et se charger d'en défendre, d'en diffuser les idées, les revendications.

Notion de dangerosité
Dans le dictionnaire infirmier de psychiatrie : État caractérisant un sujet qui constitue un danger, une menace ou compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose. Il s'agit d'un concept transdisciplinaire qui intéresse à la fois la psychiatrie et la criminologie, caractérisant la situation qui peut découler d'un passage à l'acte violent de la part d'un individu, sous l'influence notamment d'une débilité mentale, d'une pathologie psychiatrique (troubles de l'humeur, schizophrénie, psychoses passionnelles, paranoïa) ou de substances modificatrices de la conscience (alcool, médicaments, drogues). Elle pose le difficile problème de sa prédiction. La notion de dangerosité est inscrite dans la loi : procédure d'expertise psychiatrique demandée systématiquement pour tout sujet inculpé d'une effraction qualifiée de crime, même lorsqu'il n'existe apparemment pas de trouble mental, afin de répondre à la question de la responsabilité de l'accusé : la loi sur les alcooliques dangereux, l'hospitalisation d'office.

Plans de services intégrés (PSI)
« Un réseau intégré de services est un ensemble d'organisations inter reliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie ». Le plan de services s'inscrit dans ce réseau.
Source : Régie régionale de la santé et des services sociaux, région de l'Estrie

Pratique citoyenne
L'exercice de la citoyenneté se situe au carrefour d'appartenances socioculturelles diverses et des valeurs universelles qui fondent les droits humains. L'éducation à la citoyenneté a pour but de construire des repères communs compris et acceptés de tous. Elle doit permettre à chacunE de devenir

acteur de la société. Or, il n'y a pas d'acteur qui n'ait une place, un rôle, des droits reconnus et des responsabilités. L'exercice de la citoyenneté exige des espaces de participation ouverts à tous.

Jouer un rôle dans la société et assumer des responsabilités impliquent de construire des compétences pour comprendre les enjeux de société actuels qui s'inscrivent dans un système mondial complexe. L'éducation à la citoyenneté fournit à l'élève des moyens pour se situer face à ces enjeux et pour devenir acteur de la société. Elle permet à l'élève d'opérer des choix dans des situations marquées par la complexité et les incertitudes.
Source : Par Charly Maurer, Fondation Education et Développement

Projets cliniques
Selon le Réseau de la santé et des services sociaux, la notion de projet clinique peut se définir ainsi : « Les projets cliniques sont des projets par lesquels les partenaires du territoire œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux développent ensemble des stratégies pour répondre mieux qu'auparavant aux besoins de santé et de bien-être de la population. » Un projet clinique est en quelque sorte un plan regroupant diverses interventions concertées pour répondre à une préoccupation de santé ou sociale identifiée prioritaire sur notre territoire, aussi appelée « cible clinique » (par exemple, l'obésité ou le suicide). Il amène la mobilisation des gestionnaires et des cliniciens envers cette préoccupation.

Plan régional d'organisation de services (PROS)
L'élaboration d'un PROS a entre autres comme objectifs d'identifier les besoins spécifiques de la population en matière d'accessibilité aux services de première ligne et de disponibilité de ceux-ci, et aussi de planifier les services à mettre en place. Pour y répondre, une étroite collaboration entre les intervenantEs et les acteurs clés de l'organisation des services de première ligne de l'ensemble du réseau est assurément un élément essentiel à l'application d'un plan d'action régional. De plus, ce plan établit des mesures à suivre qui favorisent le développement de liens organisationnels fonctionnels et structurels à l'intérieur des centres et entre les établissements.
Source : Régie régionale de la santé et des services sociaux, région de l'Estrie.

Plan de services individualisés (PSI)
Le plan de services individualisé (PSI) est une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant ou de sa représentante et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation concertée des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale, tout en assurant sa protection. (Ministère d la santé et des services sociaux (MSSS), 1992)

Psychiatrie classique
La psychiatrie classique (...) définit *médicalement* la **folie** comme existant à l'intérieur de la personne examinée. Cette croyance en une **folie** logée dans l'individu est partagée par les malades et leur famille. « La **folie** est entrée dans

mon fils » me dit un père « il se décharge de trop avec sa masturbation; à mon avis il faudrait le châtrer, ça supprimerait la cause et ferait sortir la **folie** ».
M. MANNONI, *Le Psychiatre, son « fou », et la psychanalyse,* Paris, Éd. du Seuil, 1970, p. 25.

Quête de sens
La quête de sens est une recherche du sens de la vie, pour y trouver un sens, pour comprendre ce qui nous arrive.

Représentation collective
Les représentations collectives sont composées de personnes regroupées et unies grâce à des opinions, croyances, valeurs, idéologies, etc. Elles désirent, par leurs actions concrètes, changer ou voir changer des éléments qu'ils soient d'ordre politique, social, idéologique, culturel, relationnel ou financier.

Transformation sociale
La mission sociale propre à l'organisme d'action communautaire autonome est aussi étroitement liée à la nature de l'action menée par l'organisme. Cette action n'est pas que curative; elle est également préventive et renvoie à une approche d'intervention qui ne se limite pas à la stricte livraison d'un service quelconque. Les modes d'intervention favorisés visent à développer la capacité individuelle et collective d'agir et à déclencher un processus d'appropriation, de reprise du pouvoir et de prise en charge par rapport à une situation problématique. La transformation sociale est le résultat recherché de ce processus qui fait largement appel à la sensibilisation, à l'information, à l'éducation populaire et à la défense collective des droits.

Pour plus de détails, vous référer au Cadre de référence en matière d'action communautaire SACAIS.

Plate-forme de revendications de l'Avant-garde

Adoptée en Assemblée générale annuelle de juin 2010

Introduction

La présente plate-forme de revendications est proposée afin de permettre au groupe de résumer clairement ses pistes d'action issues du mémoire 2010. Il s'agit d'un outil évolutif dont nous ferons une mise à jour périodique selon les besoins du groupe.

Par ailleurs, nous voulons rappeler au lecteur que cette plate-forme est complémentaire à la plate-forme de la Coalition des Tables régionales des organismes communautaires (C.T.R.O.C.,s) et de la plate-forme de la Table régionale des organismes communautaires de la Montérégie (T.R.O.C.-M).

Bonne Lecture

Yves Brosseau

Président

Plate-forme de revendication de la Coalition des Tables régionale des organismes communautaires[42].

1) Un réseau de la santé et des services sociaux public, universel, accessible, intégral et gratuit

1.1 L'injection de fonds publics supplémentaires dans le réseau de la santé et des services sociaux, plus particulièrement dans les budgets octroyés à la prévention et à la promotion et aux services sociaux ;

1.2 L'arrêt de la privatisation, de l'intrusion du secteur privé et de marchandisation des services offerts par le réseau public ;

1.3 La mise en place d'un régime universel et public d'assurance médicaments ainsi que le développement d'une politique globale sur les médicaments dans le but d'en assurer l'accessibilité à l'ensemble de la population et d'en contrôler les coûts.

1.4 Le respect effectif de la loi canadienne sur la santé pour ce qui est de la prestation des services incluant l'injection de fonds.

2) La reconnaissance sociale, politique et financière de l'apport du mouvement communautaire autonome

2.1 Le respect par l'État des spécificités des organismes communautaires autonomes tels que leur rôle d'agent de transformation sociale, leurs actions sur les déterminants de la santé, leur vision et leur approche globales, leurs pratiques alternatives, leur liberté d'établir des collaborations avec différentes instances, qu'elles soient publiques ou non, leur imputabilité à la communauté dont ils sont issus, bref tout ce qui constitue le fondement de leurs actions dans la société.

2.2 L'injection de fonds significatifs dédiés à la mission globale des organismes communautaires autonomes, notamment ceux intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux ;

2.3 Le rehaussement financier du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) en lien avec les besoins exprimés par les organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux ;

2.4 Le maintien de la vocation première du PSOC comme enveloppe financière dédiée à la mission globale des organismes communautaires autonomes ;

2.5 Le maintien de l'indépendance du PSOC relativement à la participation ou non des organismes communautaires autonomes dans des approches intégrées de services telles que les continuums de services et les réseaux de services intégrés ;

---

[42] Plate-forme de revendication de la CTROC disponible sur leur site internet (www.ctroc.org) ou dans notre centre de documentation.

2.6 L'application, dans toutes les régions du Québec, de balises nationales fermes encadrant la reconnaissance et le soutien des organismes communautaires autonomes ;

2.7 Le respect des acquis des organismes communautaires autonomes, tant sur une base nationale que régionale ;

2.8 Le respect de l'équité entre les régions et entre les secteurs d'activités des organismes communautaires autonomes selon le principe : « à missions comparables, financement comparable ».

Plate-forme de revendications de la Table régionale des organismes communautaires de la Montérégie; les déterminants sociaux de la santé[43].

1) Le statut social économique : revenu, emploi, scolarité.

2) L'accès aux biens et services essentiels : logement, sécurité alimentaire, transport.

3) L'accès aux services de santé et aux services sociaux : services publics gratuits et universels, soutien aux personnes et aux familles.

4) Le capital social : Le soutien social, la cohésion sociale, la participation sociale.

5) L'état de santé et de bien-être : l'adoption de politiques publiques favorables.

[43] Plate-forme de revendications de la TROC-M disponible sur leur site internet (www.trocm.org) ou dans notre centre de documentation : La Montérégie à l'heure de la solidarité populationnelle; plate-forme de revendications 24 janvier 2008.

Plate-forme de revendications de l'Avant-garde

1) La prévention
Constat :
Nous savons maintenant qu'une multitude de facteurs tels que : le logement, la pauvreté, l'accès à des services adéquats, etc. agiront directement à court, moyen et long terme sur la santé mentale des citoyenEs.

Revendications

1. Que le gouvernement développe une approche globale qui permet de travailler en amont des problèmes de santé mentale.
2. Que cette approche soit développée en tenant compte du processus d'appropriation du pouvoir.

2) La démystification des problèmes de santé mentale tant dans le contexte social que biomédical.
Constat :
Nous constatons que la promotion et la sensibilisation faites au Québec sont centrées sur une vision médicale des problèmes de santé mentale. Le ministère de la Santé et des Services sociaux présente les problèmes comme une maladie mentale et les médicaments comme solution.

Revendication

1. Démystifier les problèmes de santé mentale en abordant l'ensemble des causes qui peuvent l'influencer; départager les problèmes physiques et les problèmes sociaux des problèmes de santé mentale.

3) La médicalisation des problèmes sociaux
Constat :
Nous assistons aujourd'hui à une médicalisation de plus en plus grande des problèmes sociaux. De plus, nous constatons que les services de santé mentale accueillent toutes personnes sans regards ou distinctions entre les problèmes sociaux, les problèmes physiques et les problèmes de santé mentale.

Revendications

1. Nous revendiquons que soit distingué auprès de la société ce qui relève des problèmes de santé mentale, les problèmes sociaux ainsi que les problèmes de santé physique vécus par les personnes.
2. Que l'accueil dans les services soit réorganisé en tenant compte, dans l'intervention, de ces trois dimensions.

4) Offrir des traitements alternatifs
Constat :
Il existe une panoplie d'outils alternatifs, financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou non, dont les citoyenEs ont difficilement accès faute de promotion de ces outils, de références ou de budget.

Revendications

1. Que le gouvernement du Québec fasse la promotion de l'ensemble des ressources et services alternatifs au Québec.
2. Que le gouvernement assume les coûts reliés à ces services au même titre que les services psychiatriques et le traitement pharmacologique.

5) Avoir recours à l'expertise des personnes qui vivent ou qui ont vécu des problèmes de santé mentale dans l'élaboration des services.
Constat :
Bien que des efforts soient déployés afin de permettre aux personnes de participer aux tables de concertation, ces formes de participation individuelles ne permettent pas une représentation significative des personnes qui utilisent les services en santé mentale au Québec.

Par ailleurs, les personnes qui désirent s'impliquer individuellement dans les tables de concertation ne reçoivent aucun dédommagement. En conséquence, lorsque les personnes reprennent suffisamment le pouvoir sur leur vie, elles chercheront à faire un retour au travail et quitteront ainsi précocement les lieux de concertation[44] privant ainsi le réseau de leur expertise.

Revendications

1. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux finance les Rencontres régionales comme prévu dans le Plan d'action 2005-2010.
2. Que l'expertise des personnes soit reconnue et rémunérée.
3. S'assurer d'avoir des ressources dans le milieu qui soutiennent les personnes dans leur représentation.

6) La sectorisation
Constat :
Nous constatons que les personnes qui utilisent les services en santé mentale ne sont pas informées qu'elles ont le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elles désirent recevoir des services de santé ou des services sociaux.

« Loi sur les services de santé et services sociaux : Article 6 : Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. »

---

[44]Dans son plus récent rapport en santé mentale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que les personnes utilisatrices de services et les familles prennent part à l'élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés. (Plan d'action en santé mentale 2005-2020, p.15)

Revendications

1. Que le gouvernement veille à ce que la loi sur les services de santé et les services sociaux soit respectée.
2. Que les brochures et dépliants qui informent les citoyenEs sur leur droit contiennent cet article de loi.

Bibliographie

Acsm Division de Québec; *Prévention en santé mentale,* 1998.

Cadre de référence en matière d'action communautaire, Gouvernement du Québec, juillet 2004.

Cadre de référence de l'Avant-garde en santé mentale, juin 2006.

David Rosenhan, The pseudo patient experiment, 1973.

Document synthèse soumis pour discussion lors du 4e colloque montérégien sur les réseaux locaux de services, *Un système de gouvernance régionale axé sur l'amélioration continue de la performance : Le projet de santé et de bien-être de la Montérégie,* 2006.

Office mondiale de la santé; *20 ans de santé mentale au Québec, Regards critiques des acteurs et des collaborateurs*, Montréal, 1996.

Gouvernement du Québec, *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, juillet 2004.

Gouvernement du Québec, *La politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire*, septembre 2001.

Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale, Montréal, 2004.

Guy Baillon, *L'urgence de la folie*, Paris, 1998.

Henri Lamoureux, *L'action communautaire des pratiques en quête de sens,* Montréal, 2007.

J . Claude St-Onge, *L'envers de la pilule*, Montréal, 2008.

Jean-Jacques Bédard, *La relation d'entraide*, Rimouski, 1985.

Jocelyne Lamoureux, *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, 1994.

Johanne Collin, Marcello Otero, Laurence Monnais, *Le médicaments au cœur de la socialité contemporaine*, Québec, 2006.

Jörg Blech, *Les inventeurs de maladie*, Actes sud, 2005.

Karine Vanthuyne, Département d'Anthropologie, Université McGill, *Trouver les mots pour le dire : S'approprier un certain pouvoir sur l'expérience de la folie à travers la prise de parole,* Montréal, 2002.

L. Rodriguez, L. Bourgeois, Y. Landry, L. Guay, J.-L. Pinard, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté,* Québec 2006.

Louise Blanchette et Mario Poirier, *De la maladie mentale à la santé mentale : le contexte québécois,* Université de Montréal, 2010.

Mémoire du RQ-ACA sur la réforme du droit associatif, mars 2009, p.17.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens*, 2005.

Philippe Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, 2003, 2004.

Rapport : Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec. Laval, novembre 2000.

Regroupement des ressources alternatives du Québec R.R.A.S.M.Q., *Le choc des cultures, Bilan synthèse de l'expérience de participation aux comités tripartites*, juin 1991.

Sous la direction de Christine Thoër, Bertrand Lebouché, Joseph J. Lévy, Vittorio A.Sironi, *Médias, médicaments et espace public*, Québec, 2009.

Sous la direction de Yves Lecomte et Jean Gagné, *Ressources alternatives de traitement*, Édition conjointe du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et de la revue Santé mentale du Québec.