

**ÉRASME**  
**Équipe de recherche**  
**et d'action**  
**en santé mentale**  
**et culture**

**LA GESTION AUTONOME DE LA MÉDICATION  
EN SANTÉ MENTALE**

**PROJET PILOTE DE COLLABORATION ENTRE LES  
RESSOURCES ALTERNATIVES ET COMMUNAUTAIRES ET LE  
RÉSEAU PUBLIC DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE**

**POUR LE  
RENOUVELLEMENT DES PRATIQUES**

**Bilan du suivi évaluatif**

**Projet en collaboration :**  
**Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)**  
**Équipe de recherche et action en santé mentale**

**Projet financé par le MSSS**  
**Août 2002-2005**

**Version préliminaire déposée lors de l'Assemblée générale du RRASMQ**  
**Juin 2006**

Sous la direction de Lourdes Rodriguez del Barrio, Ph.D. professeure agrégée,  
Université de Montréal, ÉRASME

Agents de recherche : Marie Drolet, M. Sc., ÉRASME, Marie-Laurence Poiré, Ph.D.

Rédaction : Marie Drolet, Lourdes Rodriguez

## Table des Matières

INTRODUCTION.....	6
PARTIE I. PRÉSENTATION DU PROJET PILOTE : GESTION AUTONOME DE LA MÉDICATION EN SANTÉ MENTALE.....	10
Chapitre 1. La médication dans la vie des personnes et dans les pratiques en santé mentale : La Gestion autonome de la médication .....	11
2. État des connaissances .....	12
2.1. Les limites du traitement psychopharmacologique.....	13
2.2. Les aspects symboliques de la médication .....	14
2.3. Ouvrir des espaces de dialogue entre les personnes usagères et les praticiens et praticiennes en santé mentale .....	14
3. La Gestion autonome de la médication (GAM) .....	15
3.1. Un premier projet pilote autour de la GAM .....	15
3.2. Les principes et pratiques de la Gestion autonome de la médication .....	16
3.3. Des outils d'accompagnement à la Gestion autonome de la médication .....	18
1. Objectifs du deuxième projet pilote.....	19
2. Les trois régions pilotes .....	20
3. Les activités : le programme de formation, le comité aviseur provincial et le forum international .....	21
3.1. Comité aviseur provincial sur la GAM .....	21
3.2. Formation-sensibilisation à la GAM destinée aux ressources alternatives et aux organismes communautaires en santé mentale .....	21
3.3. Formation-sensibilisation GAM condensée destinée principalement aux intervenantEs et gestionnaires du réseau public .....	22
3.4. Dîners-conférences offerts dans des centres hospitaliers et destinés principalement aux médecins .....	23
3.5. Formation L'Autre côté de la pilule de l'AGIDD-SMQ.....	23
3.6. Forum international : Les psychotropes, une réponse à la souffrance? Limites et enjeux pour le renouvellement de pratiques en santé mentale .....	24
PARTIE II. RÉSULTATS DU SUIVI ÉVALUATIF.....	25
Chapitre 3. Méthodologie .....	26
1. Cadre d'analyse .....	26
2. Types de données recueillies:.....	27
3. Analyse des données .....	28
Chapitre 4. Historique de l'implantation du projet dans les trois régions pilotes.....	29
1. Prolongement d'une année du projet pilote .....	29
2. Tournée de formation-sensibilisation à la GAM dans l'ensemble des ressources alternatives membres du RRASMQ .....	29
3. Dynamiques et contextes régionaux et implantation du projet pilote.....	31
3.1. Lanaudière .....	32
3.2. Gaspésie.....	33
3.3. Sous-région Nord de Montréal .....	38
Chapitre 5. Réactions des acteurs et actrices à la GAM et à ses fondements.....	41
1. Une perspective qui fait écho aux préoccupations sur le terrain.....	42
1.1. L'importance grandissante de la médication dans la vie des personnes et des pratiques en santé mentale .....	42

1.2. Les limites de la médication dans le traitement et le soulagement de la souffrance psychique .....	44
1.3. Les contraintes des services et les limites de la pratique médicale en santé mentale .....	46
1.4. L'appropriation du pouvoir .....	46
1.5. L'accent mis sur la qualité de vie .....	50
2. Les limites et les enjeux de la GAM.....	51
2.1. Des préjugés dépassés par le dialogue .....	51
2.2. Perception d'une ambiguïté dans le message : diminution ou dose de confort? .....	53
2.3. Enjeu de la psychose .....	55
Chapitre 6. Impact du projet pilote GAM : Un nouveau regard qui permet de nommer, systématiser et renouveler les pratiques en santé mentale.....	59
1. Niveaux d'impact du projet pilote sur le développement de pratiques liées à la GAM.....	59
1.1. Un nouveau regard : nommer les contraintes et les possibilités de changement liées au vécu des personnes et aux pratiques en santé mentale.....	60
1.2. Susciter l'émergence de nouvelles pratiques.....	60
1.3. Formaliser et enrichir les pratiques existantes.....	63
1.4. Expérimenter de nouvelles pratiques .....	67
2. Utilisation du Guide personnel GAM et sa contribution à l'intervention.....	68
Chapitre 7. Conditions facilitantes et contraintes à la GAM .....	71
1. Mettre en pratique l'approche .....	71
1.1 Conception des problèmes de santé mentale .....	71
1.2. Profession .....	72
1.3. Connaissances et expérience en santé mentale.....	72
1.4. La formation sur la médication psychotrope .....	74
1.5. Formation sur des alternatives de traitement.....	75
2. Contextes institutionnels.....	76
2.1. Temps d'intervention et durée du suivi offert .....	77
2.2. Grand roulement du personnel.....	77
2.3. Ressource d'hébergement et contrat de service avec des établissements hospitaliers .....	78
2.4. Le soutien institutionnel à l'approche.....	79
3. Collaboration des médecins .....	80
4.1. La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et l'implantation du projet pilote.....	84
4.2. Instances de concertation régionales et processus d'implantation du projet pilote .....	85
4.3. Milieu rural versus milieu urbain.....	86
4.4. Relation entre le milieu communautaire et le secteur public .....	87
4.5. Rôle des acteurs clés .....	88
CONCLUSION.....	90
BIBLIOGRAPHIE .....	92
ANNEXES.....	95
ANNEXE 1 .....	96

Présentation des responsables du projet pilote.....	96
ANNEXE 2.....	98
Membres des comités de travail du projet pilote GAM.....	98
ANNEXE 3.....	101
ANNEXE 4.....	102

## INTRODUCTION

Dans la psychiatrie contemporaine, le traitement psychopharmacologique, associé à l'élaboration d'outils diagnostiques de plus en plus sophistiqués, constitue la forme de traitement prioritaire. Ce recours systématique à la médication psychotrope agit en profondeur, non seulement sur les pratiques en santé mentale, mais sur les manifestations et l'expérience même des problèmes de santé mentale (Rodriguez et al. 2001). Cette utilisation généralisée pose de nombreuses questions à la recherche et à l'intervention.

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME), responsables du présent projet pilote<sup>1</sup>, se penchent depuis de nombreuses années sur les conséquences de cette place primordiale accordée au traitement psychopharmacologique sur les pratiques en santé mentale et l'expérience des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'action du RRASMQ en ce sens consiste essentiellement à développer et promouvoir des approches alternatives à la psychiatrie biomédicale et à la médication psychotrope, tandis que la contribution des chercheurEs d'ÉRASME, travaillant en partenariat depuis une douzaine d'années avec le RRASMQ, se situe principalement au niveau d'un questionnement des pratiques, tant psychiatriques qu'alternatives, du point de vue des personnes usagères.

En 1999, à l'initiative du RRASMQ, des représentantEs, tant personnes usagères qu'intervenantEs, de dix ressources alternatives en santé mentale<sup>2</sup>, des membres de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ<sup>3</sup>) ainsi que de chercheurEs d'ÉRASME<sup>4</sup> se réunissent pour

---

<sup>1</sup> Voir Annexe 1 pour la description des responsables du projet pilote.

<sup>2</sup> Les 10 ressources participant au projet pilote reflètent la diversité des ressources membres du RRASMQ en terme de champs d'intervention et d'activités (hébergement, traitement, milieu de jour, groupe d'entraide, suivi communautaire, intégration au travail) et en terme de milieu car elles proviennent de plusieurs régions du Québec et tant du milieu urbain, semi urbain que rural.

<sup>3</sup> L'AGIDD-SMQ, fondée en 1990, regroupe 30 organismes répartis dans toutes les régions du Québec. Elle se donne pour mission de lutter pour la reconnaissance et l'exercice, pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des droits de tout citoyens à part entière, c'est-à-dire les droits fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité. Administrés majoritairement par les personnes directement concernées, les groupes de promotion et de défense des droits se mettent au service des personnes qui, ayant un problème de santé mentale, ont besoin d'appui pour exercer leurs droits ; ces groupes interviennent également au niveau systémique, c'est-à-dire pour remettre en cause des règlements, des politiques ou l'organisation des services de santé mentale. L'AGIDD s'intéresse depuis toujours à la question de la médication mais dans une perspective de droits des personnes usagères, dont le droit à un consentement libre et éclairé face aux traitements proposés, quels qu'ils soient; ce qui donnera lieu à un important travail de diffusion d'informations sur les effets secondaires des médicaments psychiatriques, notamment au moyen du *Guide critique des médicaments de l'Âme* et de la formation qui en découle intitulée *L'Autre côté de la pilule*.

poser les bases d'une expérience nouvelle d'accompagnement à la Gestion autonome de la médication (GAM) à travers la mise en place d'un projet pilote. Ce groupe s'est appuyé sur de nombreuses années de réflexions poursuivies par un comité de travail du RRASMQ formé à la demande de personnes usagères, dans le but de poser un regard critique sur la médication et les conditions dans lesquelles elle est prescrite et dispensée. Parmi les critiques formulées par ce comité et plus globalement par le RRASMQ et l'AGIDD, on retrouve le fait que la médication est souvent l'unique traitement offert aux personnes, et qu'il leur est difficile d'obtenir de l'information sur ses impacts et ses effets secondaires et de la remettre en question auprès de leur médecin, de leur intervenantEs et de leur entourage.

Les cinq années de questionnements, d'échanges et d'expérimentation de pratiques réalisés dans le cadre de ce projet pilote ont donné lieu, non seulement à une approche GAM plus élaborée et mieux implantée dans les ressources pilotes, mais aussi à la création de d'outils pédagogiques portant sur cette approche, soit : *La Gestion autonome de la médication de l'âme. Mon guide personnel (2002)*; *Gestion autonome de la médication. Guide d'accompagnement pour les ressources alternatives (2002)*.

La nécessité de diffuser cette approche à l'ensemble des organismes en santé mentale, tant du réseau public que du communautaire, est ressortie comme une des principales conclusions du suivi évaluatif de ce projet pilote, notamment dans le but de favoriser la collaboration des partenaires et plus particulièrement des médecins dans l'accompagnement à la GAM. Un deuxième projet pilote, subventionné par le MSSS, a donc été réalisé dans le but d'élargir le dialogue autour de l'approche GAM mais aussi plus largement autour de la place de la médication dans la vie des personnes et des pratiques en santé mentale, à l'ensemble des ressources du RRASMQ et aux partenaires du communautaire et du réseau public. Il s'agissait de s'assurer que les conditions de prescription et de suivi du traitement psychopharmacologique dans la communauté favorisent le plus possible une démarche d'appropriation du pouvoir et d'amélioration de la qualité de vie, telle que le suppose la GAM. Parmi les moyens utilisés pour répandre l'approche GAM, on retrouve essentiellement la mise en place de lieux d'échanges partenariaux afin de réfléchir aux stratégies à adopter pour implanter cette approche, ainsi que l'élaboration et la diffusion de diverses formules de formation à la GAM.

Tout comme le premier projet pilote, ce deuxième projet a fait l'objet d'un suivi évaluatif de la part de chercheuses d'ÉRASME. Le rapport qui suit en présente les résultats. Un bilan d'étape de ce projet pilote a été déposé au MSSS en octobre 2003,

---

<sup>4</sup> Le rôle d'ÉRASME dans le cadre de ce projet pilote consiste à alimenter la réflexion des acteurs et actrices impliqués dans le projet pilote sur le rôle joué par la médication dans la vie des personnes, à identifier les obstacles et les conditions favorables à la Gestion autonome des médicaments tant du point de vue des personnes usagères que des ressources et à assurer un suivi évaluatif d'implantation du projet pilote. Lourdes Rodriguez a assumé la direction de la recherche et a accompagné ce comité de travail et ceux qui l'ont succédé. Marie-Laurence et Marie Drolet ont été impliqués par la suite dans diverses étapes de réalisation de la recherche.

soit un an après le début des activités (Rodriguez et Poirel, 2003). Les premiers chapitres du présent document reprennent en partie le contenu de ce bilan d'étape. Le présent rapport est composé de sept chapitres regroupés en deux parties. La première partie, qui est divisée en deux chapitres, consiste en la présentation du projet pilote. Le chapitre 1 rend compte du contexte et des connaissances ayant suscité l'émergence des projets pilotes GAM et décrit les fondements et les pratiques qui caractérisent cette approche. Le chapitre 2 se veut l'exposé des objectifs du projet pilote, de ses modalités et des activités auxquelles il a donné lieu.

En ce qui concerne la deuxième partie du document, elle est la plus substantielle car elle traite des résultats du suivi évaluatif. Cette seconde partie est divisée en cinq chapitres. Le premier d'entre eux, soit le chapitre 3, expose le cadre d'analyse et la méthodologie, essentiellement qualitative, adoptés par les chercheurs.

Le chapitre 4 présente l'historique de l'implantation du projet pilote et dégage les enjeux et les facteurs qui ont affecté cette implantation et le déroulement des activités du projet pilote.

Les trois autres chapitres correspondent aux trois objectifs du suivi évaluatif. Ainsi, le chapitre 5 traite des réactions des divers acteurs et actrices à la GAM et à ses fondements, c'est-à-dire, les constatations et les analyses sur lesquelles cette approche est fondée. Une grande partie des acteurs et actrices rencontrés se sentent interpellés par l'approche GAM et voient en elle un moyen dépasser des difficultés liées aux pratiques actuelles en santé mentale qu'ils constatent sur le terrain.

Le chapitre 6 se penche sur les changements de pratique suscités par le projet pilote GAM. Plusieurs niveaux de changement sont identifiés, en fonction d'une diversité de facteurs. Certains sont relatifs aux acteurs et actrices et organismes qui mettent ou mettront cette approche en pratique, tandis que d'autres ont trait aux moyens et outils utilisés pour promouvoir l'approche et faciliter sa mise en application. On constate que le projet pilote rejoint un grand nombre de préoccupations présentes sur le terrain et a permis, d'une part, de créer un espace où ces difficultés ont pu être nommés et partagés tout en proposant une nouvelle perspective pour y répondre. D'un autre côté, le projet GAM a renforcé et enrichi les pratiques de dialogue, négociation et questionnement du traitement pharmacologique entre personnes usagères et intervenantEs, déjà présentes sur le terrain. Par ailleurs, certaines ressources ayant joué le rôle de ressource pilote au sein du projet ont poussé plus loin leur expérimentation de pratiques GAM. Les différents types de pratiques auxquels la GAM a donné lieu dans le cadre de ce projet pilote sont aussi documentées dans ce chapitre.

Quant au septième et dernier chapitre du rapport, il met de l'avant les conditions facilitantes et les contraintes au déploiement de l'approche GAM. Différents types de facteurs ayant un impact positif ou négatif sur la GAM sont analysés, certains relèvent des acteurs susceptibles de mettre en pratique la GAM, d'autres ont trait au contexte d'exercice de la pratique et d'autres aux caractéristiques des régions pilotes.

De plus, la collaboration ou non collaboration des médecins est un des facteurs clés lié à l'implantation de l'approche GAM. Une attention particulière sera donc portée à ce dernier.

**PARTIE I. PRÉSENTATION DU PROJET PILOTE : GESTION  
AUTONOME DE LA MÉDICATION EN SANTÉ MENTALE**

# Chapitre 1. La médication dans la vie des personnes et dans les pratiques en santé mentale : La Gestion autonome de la médication

## 1. Perspectives et contexte<sup>5</sup>

Au Québec, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, le traitement psychopharmacologique occupe une place centrale dans la vie des personnes usagères des ressources et services en santé mentale et concerne particulièrement les personnes souffrant de troubles mentaux graves. On peut dire que la médication psychotrope a transformé l'expérience des problèmes en santé mentale et pose de nombreuses questions à l'intervention (Rodriguez et al. 2001)

Notamment, l'impact du traitement psychopharmacologique sur des dimensions telles que l'amélioration de la qualité de vie et l'appropriation du pouvoir des personnes usagères reste complexe et difficile à évaluer. Tout en reconnaissant l'importance des traitements médicaux et se donnant comme objectif de les rendre accessibles pour celles et ceux qui en ont besoin (Québec, 1998, 2001a), le MSSS propose d'ailleurs de développer des approches de traitement plus larges et « visant le soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel des personnes ».

Dans ce sens, le MSSS (Québec, 2001b) vise à orienter l'ensemble des services à partir du principe de l'appropriation du pouvoir. Selon le Plan d'action, « l'estime de soi, l'emprise sur sa situation de vie, l'espoir et la capacité d'interaction » ont été amoindris chez les personnes vivant des problèmes graves en santé mentale. Il est essentiel de leur « redonner un sentiment de maîtrise sur leurs vies ».

Cette « réappropriation du pouvoir » se traduit notamment par l'exercice d'un choix libre et éclairé au moment de prendre des décisions à des étapes cruciales de sa vie, ce qui implique la participation active de la personne concernée aux choix des services et des moyens qui l'aideront à atteindre ses buts personnels et à réaliser son plein potentiel. L'application de ce principe implique des pratiques individuelles et collectives. Les intervenantEs sont amenés « à respecter la personne, à l'informer, à lui offrir des recours adaptés à sa situation et, enfin, à miser sur son potentiel ». Ces objectifs impliquent l'offre d'une pluralité des formes de traitement et de services permettant le libre choix (Québec, 1998:17).

Confirmant la place centrale du principe d'appropriation du pouvoir, le MSSS propose plus particulièrement, quant aux conditions de prescription et de suivi de la médication dans la communauté, de soutenir « des projets visant la Gestion autonome de la

---

<sup>5</sup> Cette section reprend pour l'essentiel le protocole de recherche présenté au MSSS en 2002 (Rodriguez, 2002) et des extraits des documents suivants : protocole de recherche sur la GAM présenté au FRSQ (Rodriguez, Corin, Rousseau, Poirel, 2001); du rapport de recherche intitulé *La Gestion autonome de la médication : pour une contribution au renouvellement des pratiques en santé mentale* (Rodriguez et Poirel, 2001); du bilan d'étape de ce projet pilote déposé au MSSS (Rodriguez et Poirel, 2003).

médication » (Québec, 2001b: 24). Cette notion implique la possibilité pour les personnes usagères de faire valoir leurs points de vue et d'être associées aux décisions concernant le traitement médical. Ces nouvelles orientations répondent à un souci de donner une place centrale aux personnes usagères et au développement de pratiques plus proches de leurs milieux de vie. Ce mouvement fait aussi écho à l'émergence de nouvelles revendications de la part des personnes utilisatrices des services.

En 2001, le MSSS constate que « le principe de l'appropriation du pouvoir demeure largement (...) une intention » (Québec, 2001a: 15); les personnes usagères ont encore « peu de choix et très peu de place dans les décisions qui les concernent ». Plusieurs obstacles majeurs sont identifiés: 1) le manque de variété dans les approches et le type de services disponibles (difficulté accentuée par une distribution très inégale selon les régions); 2) certaines règles de la responsabilité professionnelle qui constituent des contraintes « au passage du principe de la « prise en charge » à celui de l'appropriation du pouvoir »; 3) l'organisation du réseau des services qui ne facilite pas la participation des personnes aux décisions qui les concernent, tant sur « le plan individuel que collectif ».

Dans le contexte de la nouvelle Réforme du système de la santé et des services sociaux, le MSSS met de l'avant en santé mentale le principe du rétablissement et met l'accent sur la consolidation des services de première ligne. Dans ce cadre, le rôle de la médication psychiatrique doit être repensé en fonction de ces objectifs. Dans ce contexte, une approche comme la Gestion autonome de la médication (GAM) permettrait d'enrichir les pratiques de soutien à la vie dans la communauté.

## ***2. État des connaissances***

Associé à l'élaboration d'outils diagnostiques sophistiqués, le recours au traitement psychopharmacologique dans nos sociétés occidentales n'a fait qu'augmenter et influence tous les aspects des pratiques en santé mentale et de la psychiatrie (Rodriguez et al., 2001). Cette utilisation généralisée suscite de nombreux questionnements.

Selon certains auteurs, la pratique psychiatrique se voit de plus en plus circonscrite à la détermination d'un diagnostic afin de prescrire la médication la plus adéquate. On en vient ainsi à marginaliser les dimensions de l'expérience subjective qui dépassent le cadre des symptômes et on cherche peu à aider la personne à les comprendre et à travailler sur eux en discutant avec elle (Fowler et al., 1999). On tend ainsi tout à la fois à occulter la complexité des expériences des personnes et à réduire les espaces de communication dans la relation thérapeutique (Rodriguez et al., 2001).

## *2.1. Les limites du traitement psychopharmacologique*

Certaines recherches ont tenté de cerner le point de vue des personnes utilisatrices par rapport à l'impact de l'utilisation du traitement psychopharmacologique. Ces études ont mis en évidence que le point de vue des personnes usagères sur la médication n'est jamais homogène. La signification de la médication change selon les moments de la vie et selon les personnes; à un même moment, elle peut être plurielle ou même contradictoire.

Les personnes consommant des psychotropes reconnaissent tant l'importance de la médication que ses limites (Rodriguez et al., 2001; Rodriguez et al., 2000). D'un côté, la plupart des personnes interrogées considèrent que, à un moment ou l'autre de leur parcours, la médication les a aidées à trouver davantage de calme. D'un autre côté, plusieurs dénoncent le fait que l'utilisation régulière de médicaments ou une médication inadéquate les a empêchées de « rentrer en contact avec elles-mêmes » et a freiné la possibilité d'une transformation personnelle, d'un rétablissement plus profond.

La présence d'effets secondaires pénibles, dont certains peuvent nuire à l'intégration sociale, est souvent déplorée par les personnes qui consomment des psychotropes. Par exemple, plusieurs médicaments entraînent des difficultés de concentration et de la fatigue, réduisant ainsi, non seulement la capacité de la personne à occuper un travail ou à entreprendre des études, mais à s'engager dans des démarches susceptibles de l'amener vers un mieux-être. D'autres effets secondaires, tels que l'hyperactivité, la dyskinésie, la sécheresse de la bouche, les difficultés de concentration limitant, par exemple, la capacité de suivre une conversation, peuvent contribuer, de part leur visibilité, à stigmatiser les personnes et diminuer leur possibilité d'insertion sociale.

Parmi les autres limites de la médication, il y a le fait que non seulement elle ne guérit pas mais elle ne soulage pas complètement. Les recherches évaluatives concernant l'efficacité des psychotropes montrent que « les effets de la médication sont mitigés et contradictoires » (Rodriguez et al., 2001). Par exemple, entre le quart et la moitié des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie souffrent de symptômes tels que les délires et les hallucinations malgré la prise régulière de médicaments. Cette limite des médicaments jumelée à la présence d'effets secondaires pénibles expliquent qu'un grand nombre de personnes questionnent l'utilisation à long terme de la médication et que plusieurs aient essayé, à un moment ou à un autre, d'arrêter d'en prendre (Rodriguez et al., 2001).

Une autre plainte importante des personnes émergeant des contacts avec le système psychiatrique est le manque d'information et d'explication concernant d'une part, les interprétations données à leurs expériences (les diagnostics sont souvent peu expliqués), et d'autre part aux traitements proposés, notamment l'hospitalisation et la médication. Le suivi apparaît comme étant souvent très insuffisant. Plusieurs hospitalisations peuvent se succéder sans que la personne ait l'impression d'avoir été suffisamment soutenue et informée.

Dans ce contexte, les personnes usagères considèrent que la médication leur est présentée comme étant la seule réponse à leurs souffrances et leurs difficultés qui dépassent largement les symptômes que le traitement psychotrope était sensé traiter.

## ***2.2. Les aspects symboliques de la médication***

Pour comprendre l'impact du traitement médical du point de vue des personnes utilisatrices il est essentiel de tenir compte des aspects symboliques de la médication (Diamond, 1985; Estroff, 1998; Rodriguez et al., 2002; Rousseau, 1992): consommer des psychotropes signifie toujours quelque chose pour la personne, pour son entourage, et pour la société. En particulier, si pour certaines personnes la médication peut signifier une prise en charge positive pour contrôler efficacement les troubles, pour d'autres, la prise de médicaments représente un rappel constant de leur souffrance et de leurs limites, du fait qu'elles sont contrôlées par d'autres. Il apparaît ainsi que, sur le plan de l'expérience subjective, les aspects symboliques et les effets biologiques se trouvent étroitement enchevêtrés. On remarque aussi que les rapports que les hommes et les femmes entretiennent avec la médication ainsi que l'impact des effets de celle-ci diffèrent de façon significative.

Ainsi, le rapport à la médication est déterminant dans le processus d'appropriation du pouvoir, de rétablissement et dans l'amélioration de la qualité de vie ainsi que dans la relation que les personnes établissent avec les services et les intervenantEs en santé mentale. Et les rapports aux médicaments psychiatriques sont influencés de manière significative par les contextes et les modalités de prescription et de suivi (Rodriguez et al., 2001; Corin, 2002).

## ***2.3. Ouvrir des espaces de dialogue entre les personnes usagères et les praticiens et praticiennes en santé mentale***

Certains auteurs suggèrent que dans un contexte où les prescriptions font l'objet de dialogue et de négociation avec la personne, on obtient les mêmes effets avec des doses moins élevées que lorsque prédomine un contrôle externe des prescriptions (Keith, 1984; Turmel, 1990). On considère que le fait de permettre à la personne de participer activement à l'utilisation de ses médicaments est un élément essentiel à sa collaboration (Diamond, 1985; Turmel, 1990). De plus, on enlève ainsi au médicament son image d'objet persécuteur. Sur les plans culturel et symbolique, la médication pourrait selon certains auteurs et auteures entraîner une expérience subtile de privation de pouvoir, notamment à cause de l'intrusion à long terme dans l'espace corporel (Estroff, 1998). Dans le cas de la psychose, l'impact de cette dimension est d'autant plus important que le rapport au corps est profondément altéré. On remarque par ailleurs que la signification de la prise de médicaments pour le patient n'est souvent pas suffisamment prise en compte par les cliniciens, les coûts d'ordre psychologiques et sociaux de la prise de médicaments restant difficiles à évaluer par ces derniers. « On estime (...) que l'amélioration au niveau

des symptômes et la capacité de vivre en dehors de l'hôpital est suffisante. Évidemment, nos patients ne pensent pas que cela soit suffisant » (Diamond, 1985).

### **3. La Gestion autonome de la médication (GAM)**

C'est en écho à des demandes répétées de personnes usagères et à l'initiative de certaines d'entre elles que la notion de Gestion autonome des médicaments a émergé progressivement dans l'espace alternatif en santé mentale au Québec comme partie intégrante d'une approche d'appropriation du pouvoir. Les ressources alternatives, membres du RRASMQ, d'une part, les groupes de défense de droits, regroupés en fédération indépendante autour de l'AGIDD-SMQ, d'autre part, ont à cet égard emprunté des directions à la fois différentes et complémentaires.

Particulièrement frappées par le manque voire l'absence d'espaces de parole dans lesquels les personnes peuvent aborder la question de leurs rapports à la médication psychotrope et situer ces rapports dans un cheminement plus large, les ressources alternatives ont très vite inscrit l'essentiel de leurs explorations dans cette direction. De leur côté, les groupes de défense de droits ont d'emblée considéré prioritaire de rendre disponible pour les personnes usagères une information adéquate sur les traitements psychopharmacologiques et leurs effets secondaires afin d'outiller les personnes pour faire valoir leur droit au consentement aux traitements.<sup>6</sup>

Après plusieurs années de réflexion et d'exploration, le RRASMQ a invité l'ensemble des ressources qui le composent à soutenir à travers leurs pratiques la Gestion autonome de la médication. Le *Manifeste du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec* introduit la Gestion autonome de la médication comme partie intégrante d'une approche alternative d'appropriation du pouvoir (1999).

#### **3.1. Un premier projet pilote autour de la GAM**

En 1999, un projet pilote d'accompagnement à la Gestion autonome de la médication impliquant dix ressources alternatives aux pratiques diversifiées situées dans différentes régions du Québec a été mis en place. Des chercheuses de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME) ont accompagné et évalué son implantation (Rodriguez et Poirel, 2001 et 2003). Ce projet pilote visait à développer, à rendre visible et à élargir, par l'expérimentation de nouvelles pratiques et l'approfondissement de pratiques existantes, l'espace alternatif autour de la Gestion autonome des médicaments avec pour principal fil conducteur les demandes des personnes usagères, qui souhaitent surtout comprendre leurs expériences et retrouver un équilibre dans leur vie, qui cherchent aussi des alliés pour se faire entendre auprès des services publics afin de changer les conditions dans lesquelles la médication leur est prescrite.

---

<sup>6</sup> Dans cette perspective, l'AGIDD-SMQ, en collaboration avec le chercheur David Cohen, publie en 1995 un *Guide critique des médicaments de l'âme* et élabore une formation sur la médication, « *L'Autre côté de la pilule* ».

Les ressources engagées dans cette expérience se sont retrouvées devant le défi immense de poser les bases de pratiques d'accompagnement fondées sur une approche tout à la fois respectueuse des rapports pluriels des personnes usagères au traitement psychotrope et consciente de certains pièges des approches biologiques en psychiatrie.

L'impact de ces nouvelles pratiques liées à la GAM sur la qualité de vie et le cheminement vers un mieux-être des personnes a été évalué dans le cadre d'une recherche exploratoire réalisée par des chercheuses d'ÉRASME (Rodriguez et Drolet, 2004). Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de 16 personnes usagères fréquentant une des dix ressources ayant pris part au projet pilote et qui se questionnent sur le rôle joué par la médication dans leur vie. L'analyse des résultats nous permet de croire que l'approche GAM, telle que développée dans les ressources du projet pilote, est fructueuse, dans le sens qu'elle a suscité une transformation positive du rapport à la médication, du rapport au médecin et plus globalement du rapport à soi de l'ensemble des personnes interviewées.

### ***3.2. Les principes et pratiques de la Gestion autonome de la médication***

La GAM, partie intégrante de l'appropriation du pouvoir, vise la possibilité pour la personnes usagère d'accéder à une position de sujet dans le processus de traitement, de prendre en main sa démarche personnelle et sa médication, d'évaluer l'impact de celle-ci sur son cheminement et sa qualité de vie. À travers différentes pratiques d'accompagnement, les ressources alternatives travaillent à l'ouverture d'un espace de parole autour de la médication. Dans une perspective de traitement, on entend donner sens à l'expérience des personnes, au-delà du contrôle des symptômes visés par la psychopharmacologie.

En résonance avec les pratiques développées par les ressources, elles-mêmes fondamentalement guidées par la voix et le rythme propre des personnes usagères dans leur pluralité, un certain nombre de principes guident les pratiques autour de la GAM :

#### Reconnaître les aspects symboliques de la médication psychotrope

Les aspects symboliques de la médication, ses significations plurielles et contradictoires (tantôt symbole de santé, tantôt symbole de maladie, tantôt désignée comme cause des troubles, tantôt conçue comme solution exclusive...) apparaissent comme étant aussi importantes que ses effets biologiques. « Ce qui importe c'est de respecter la représentation que les personnes ont de leur médication et de travailler avec ça. » (Rousseau, 1992.)

#### Ouvrir des espaces de parole autour de la médication

La mise en place de tels espaces de parole, véritablement ouverts à la diversité des expériences, capables de donner voix à la grande complexité des rapports à la médication psychiatrique, représente le premier défi que les ressources engagées dans le projet ont à

relever. Ce projet a ainsi fait émerger la nécessité d'une prise en compte de « savoirs » multiples autour de la médication psychotrope.

### Pour des changements qualitatifs dans la vie des personnes

L'approche de Gestion autonome de la médication vise à promouvoir d'abord des changements *qualitatifs* dans la vie des personnes. La GAM vise ainsi à contribuer à un questionnement personnel sur la qualité de vie, sur les moyens de l'améliorer et, plus largement, sur les conditions de changements significatifs dans la vie quotidienne et la trajectoire de vie des personnes.

### Pour le respect de la personne, de ses décisions et de ses droits

La Gestion autonome de la médication prend appui sur un principe premier et essentiel: la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne, dont le droit au consentement libre et éclairé, qui au Québec, sont garantis par le Code civil, par la Charte des droits et libertés de la personne et par la Charte canadienne des droits et libertés (RRASMQ, 2002). Le prescripteur, mais aussi à un autre niveau les intervenantEs, doivent s'assurer de l'actualisation du consentement libre et éclairé en matière de traitement psychotrope, en informant la personne de ses droits, en lui donnant accès à de l'information pertinente sur le traitement psychopharmacologique et sur les approches complémentaires et alternatives, tout en s'assurant qu'elle a bien assimilé l'information<sup>7</sup>.

En ce qui concerne les pratiques liées à la GAM qui ont été développées jusqu'à maintenant, nous pouvons les catégoriser de la façon suivante :

- Information sur les médicaments concernant d'une part, les effets secondaires, et d'autre part, les droits des personnes usagères à un consentement libre et éclairé au traitement;
- Ateliers et groupes de discussion permettant aux personnes usagères de partager leurs expériences plurielles concernant la prise de médicaments et leur rapport aux pratiques en santé mentale;
- Écoute et suivi individuel où les rapports à la médication sont explorés dans une démarche personnelle plus large orientée vers le changement;
- Soutien, préparation et accompagnement au dialogue et à la négociation de la médication avec le médecin.

#### **La Gestion autonome de la médication**

- constitue une démarche personnelle axée sur la qualité de vie et l'appropriation du pouvoir
- exige un réseau de soutien dans le milieu de vie
- implique les partenaires du réseau des services en santé mentale dans la communauté

<sup>7</sup> Recommandations émises par le sous-comité sevrage du MSSS, dirigé par Michel Messier, psychiatre, qui s'est penché sur la Gestion autonome de la médication en santé mentale (MSSS, 1998, p.9).

### 3.3. Des outils d'accompagnement à la Gestion autonome de la médication

Le projet GAM a permis l'expérimentation et le développement de diverses pratiques et d'outils d'accompagnement.

*Gestion autonome des médicaments de l'âme. Mon guide personnel* (2002), évalué par les chercheurs d'ÉRASME et publié en association avec l'AGIDD-SMQ, constitue un outil concret, destiné aux personnes usagères, qui propose la réalisation d'un bilan personnel du rapport à la médication psychotrope dans un questionnaire plus large sur la qualité de vie<sup>8</sup>. Le MSSS a financé la publication de ce document.

*Gestion autonome de la médication. Guide d'accompagnement pour les ressources alternatives*<sup>9</sup>, outil visant plus particulièrement les organismes, met en réflexion et en pratique l'accompagnement à la Gestion autonome des médicaments. Documents élaborés collectivement, étroitement en résonance avec les pratiques déployées par les ressources et les personnes, ces textes représentent aussi des outils de sensibilisation et de promotion de cette approche novatrice.<sup>10</sup>

*Repères pour une Gestion autonome de la médication en santé mentale. Guide d'accompagnement.* De plus, nous travaillons actuellement à la rédaction d'un guide d'accompagnement à la GAM destiné à l'ensemble des professionnels et professionnelles, des intervenantEs et des accompagnantEs de tous les milieux pratiquant, public et communautaires, auprès de personnes qui consomment des médicaments psychotropes. Ce guide sera publié à l'automne 2006. D'autres outils audiovisuels compléteront les matériaux disponibles pour la formation et la réflexion autour de la place que la médication occupe dans la vie des personnes.

---

<sup>8</sup> Explorant l'une des dimensions de la GAM, celle de la qualité de vie, *Gestion autonome des médicaments de l'âme. Mon guide personnel* propose, pour les personnes qui en arriveraient à la conclusion que leur médication actuelle a des répercussions négatives sur leur qualité de vie, une méthode de diminution progressive, et éventuellement d'arrêt, de la médication à entreprendre en collaboration avec le médecin traitant.

<sup>9</sup> Ce document, adopté lors de l'assemblée générale du RRASMQ de juin 2002, représente une version sérieusement remaniée du « Programme de Gestion autonome des médicaments » de 1998.

<sup>10</sup> Ces documents sont désormais disponibles en anglais.

## **Chapitre 2. Vers un partenariat autour de la Gestion autonome de la médication**

Un des principaux constats qui est ressorti de ces nombreuses années d'expérimentation de l'approche GAM (tel que mentionné dans le document *Gestion autonome de la médication. Guide d'accompagnement pour les ressources alternatives*) consiste en l'importance des collaborations avec le milieu, et plus particulièrement avec le médecin traitant, dans l'accompagnement à la Gestion autonome des médicaments. Ainsi, afin que les personnes en cheminement reçoivent tout le support qui leur est nécessaire, ce projet vise à impliquer les autres partenaires dans cette nouvelle approche.

### ***1. Objectifs du deuxième projet pilote***

C'est dans ce contexte que le RRASMQ en collaboration avec ÉRASME élaborent un projet qui a pour objectif le développement, l'expérimentation et l'évaluation de pratiques d'accompagnement des personnes usagères visant à orienter les conditions de prescription et de suivi du traitement psychopharmacologique dans la communauté vers une démarche d'appropriation du pouvoir et d'amélioration de la qualité de vie. Ce projet a obtenu, en 2002, le financement du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Plus particulièrement, il s'agit de :

**1.** Mettre sur pied, valider et diffuser un programme de formation visant à créer des espaces de réflexion et d'échange, d'une part, sur la place que la médication occupe dans la vie des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et dans les services, et d'autre part sur la Gestion autonome de la médication. Il s'adresse :

- aux personnes usagères des ressources et des services en santé mentale;
- aux intervenantEs des organismes communautaires et des ressources alternatives en santé mentale de trois régions pilotes;
- aux intervenantEs impliqués dans la dispensation des services publics en santé mentale dans la communauté de trois régions pilotes.

**2.** Établir des mécanismes de suivi et d'appui à l'expérimentation des pratiques de Gestion autonome de la médication dans trois régions du Québec, représentant la pluralité des milieux (urbain, semi-urbain, rural). À cet effet, un des moyens mis en place consiste en la création d'espaces partenariaux dans chacune des régions pilotes (comité de travail GAM) afin de réfléchir aux meilleures stratégies à adopter pour sensibiliser les acteurs et actrices du milieu à l'approche GAM et favoriser le développement de pratiques GAM dans leur communauté. Ces comités de travail GAM sont formés de divers acteurs et actrices du milieu, auquel des membres de l'équipe du RRASMQ et d'ÉRASME participent.

**3.** Documenter, évaluer et réaliser un bilan du programme de formation, d'une part, et des expériences sur le terrain, d'autre part. À cet égard, il s'agit d'identifier la façon dont les différents acteurs et actrices du champ de la santé mentale (personnes usagères, gestionnaires et intervenantEs du réseau public et du communautaire, médecins, psychiatres, pharmaciens et pharmaciennes, intervenanEs et membres de groupes de parents et de proches des personnes concernées) rencontrés dans le cadre des activités du projet pilote réagissent à l'approche de la Gestion autonome de la médication et à la façon dont ils l'intègrent dans leur pratique, lorsque c'est le cas. De plus, il s'agit d'identifier les conditions facilitantes et les contraintes associées au déploiement de cette approche.

## ***2. Les trois régions pilotes***

Tel que défini dans le deuxième objectif de ce projet pilote, celui-ci vise à établir des mécanismes de suivi et d'appui à l'expérimentation des pratiques de Gestion autonome de la médication dans trois régions du Québec représentant la pluralité des milieux. Il s'agit plus particulièrement d'impliquer les différents partenaires dans le développement d'une approche de Gestion autonome de la médication.

Trois régions ont été sollicitées pour participer au projet pilote :

- **Lanaudière** : Une région semi-urbaine qui, à la demande du milieu communautaire, a créé il y a plusieurs années des lieux de concertation pour réfléchir à la question de la médication (comité et colloque « Optimisation de la médication »);
- **La Gaspésie** : Une région rurale, éloignée des grands centres urbains, où on ne retrouve pas de ressource membre du RRASMQ ayant pris part au premier projet pilote GAM;
- **La sous-région Nord de Montréal** : Une sous-région montréalaise où la diversité d'acteurs (centre hospitalier général, centre hospitalier jumelé d'un pavillon de psychiatrie, CLSC, centre de crise, structures intermédiaires, organismes communautaires, ressources alternatives) permettra de saisir les dynamiques de partenariat en jeu. Dans cette sous-région, une ressource alternative (Prise II), membre du comité de travail du premier projet pilote GAM, met en pratique cette approche et joue un rôle clé au sein des instances de concertation de son territoire.

### ***3. Les activités : le programme de formation, le comité aviseur provincial et le forum international***

Le premier volet du projet consistait à mettre sur pied, valider et diffuser un programme de formation portant sur la Gestion autonome de la médication visant les différents protagonistes en santé mentale (objectif 1). Différentes formules de formation ont été élaborées en fonction du type d'acteurs visés et de leur milieu d'appartenance.

#### ***3.1. Comité aviseur provincial sur la GAM***

Un comité provincial aviseur formé d'une grande diversité d'acteurs et d'actrices (des intervenantEs et personnes usagères de ressources alternatives, des intervenantEs et gestionnaires du réseau public, un psychiatre, une pharmacienne, un psychologue, un représentant du MSSS, la coordonnatrice de L'AGIDD-SMQ, des permanentEs du RRASMQ et des chercheurs d'ÉRASME)<sup>11</sup> a été mis sur pied à l'hiver 2004 dans le but de valider le contenu des formations et de réfléchir aux suites à donner à ces expériences autour de la GAM. Un de ses mandats consiste à collaborer à l'organisation du Forum international portant sur les psychotropes comme réponse à la souffrance et sur la GAM qui aura lieu en octobre 2006.

#### ***3.2. Formation-sensibilisation à la GAM destinée aux ressources alternatives et aux organismes communautaires en santé mentale<sup>12</sup>***

Au cours de l'automne 2002, une agente de formation (Nadine Perron) et deux formateurs engagés pour ce projet (Céline Cyr et Luc Vigneault) ont travaillé, de concert avec l'équipe du RRASMQ et des chercheurs d'ÉRASME, à l'élaboration d'une première version de canevas de formation-sensibilisation à la Gestion autonome des médicaments. Le contenu de cette formation a été essentiellement élaboré à partir du matériel disponible autour de la GAM, développé dans le prolongement du projet pilote dans dix ressources alternatives : *Mon guide personnel. Gestion autonome des médicaments de l'âme ; Gestion autonome des médicaments. Guide d'accompagnement pour les ressources alternatives* ; les rapports et autres textes de recherche (Rodriguez et Poirel, 2001, Rodriguez, Corin et Poirel 2001).

Dès le départ, les responsables du projet ont convenu qu'il était préférable que le contenu des différentes activités de formation soit adapté aux différents publics. La sensibilisation auprès du milieu alternatif et communautaire en santé mentale étant apparue un préalable à l'élargissement vers le réseau public, il a été décidé de monter d'abord une formation s'adressant spécifiquement aux ressources alternatives et aux organismes communautaires.

---

<sup>11</sup> Voir l'annexe 2 pour le nom des membres de ce comité.

<sup>12</sup> Cette section est tirée en partie du bilan d'étape de ce projet pilote déposé au MSSS (Rodriguez, Poirel 2003).

Une question s'est d'emblée posée sur l'opportunité de développer et présenter deux formations, l'une destinée aux intervenantEs des groupes communautaires, l'autre aux personnes usagères. Toutefois, l'un des enjeux étant de respecter la culture du milieu, il a finalement été décidé d'explorer une formule de formation destinée à un auditoire mixte.

La formation-sensibilisation explore en particulier la dimension des aspects symboliques de la médication psychiatrique, d'une part, celle de la qualité de vie, d'autre part, ainsi que les conditions d'application de cette approche dans les ressources alternatives et plus globalement dans la communauté. Ces dimensions sont abordées dans une perspective d'éducation populaire tout en sollicitant l'expérience des participantEs dans leur diversité. Il s'agit d'une activité qui s'étend sur une journée. Précisons aussi que le comité provincial GAM n'a pas participé à l'élaboration du contenu de cette première formule de formation puisque celle-ci a été montée et offerte aux ressources alternatives et communautaires antérieurement à la mise sur pied de ce comité.

### ***3.3. Formation-sensibilisation GAM condensée destinée principalement aux intervenantEs et gestionnaires du réseau public***

Afin de répondre à la culture des organismes du réseau public, une version condensée de la première formule de formation à la GAM a été élaborée. Cette formation-sensibilisation d'une durée de deux ou trois heures selon les contextes a aussi été offerte à des organismes communautaires ne pouvant mobiliser leur équipe ou leurs membres pour une journée entière. Contrairement à la première formule de formation, celle-ci ne s'adresse pas à prime abord à un auditoire mixte (intervenantEs et personnes usagères). Le contenu de cette formation reprend en grande partie celui de la première formule, soit principalement : l'historique de l'élaboration de cette approche; les principes de la GAM; le Guide personnel. La principale modification consiste en la présentation de résultats de recherche sur les limites du traitement psychopharmacologique du point de vue des personnes qui en consomment ainsi que sur les aspects symboliques de la médication. Ceci permet de pallier à l'absence des personnes usagères qui, dans la première formule de formation-sensibilisation, abordent ces questions à travers l'activité portant sur la symbolique de la médication et d'autres moments de partage d'expériences. Cette formation-sensibilisation est généralement suivie d'une discussion sur les possibilités et les conditions permettant d'introduire cette approche ou certains aspects dans les pratiques des différents participantEs.

Il est important de spécifier que ces différentes formules de formation ne sont pas figées dans leur contenu et dans leur forme. Certaines modifications sont effectuées en fonction des caractéristiques et attentes de l'auditoire et en fonction du temps alloué. Par exemple, à une occasion, cette formation-sensibilisation condensée a été suivie d'ateliers regroupant des intervenantEs de centres hospitaliers et de CLSC d'une même sous-région, afin de permettre à ces divers acteurs et actrices d'échanger sur les possibilités d'implantation de cette approche dans leur milieu d'intervention.

### ***3.4. Dîners-conférences offerts dans des centres hospitaliers et destinés principalement aux médecins***

Les dîners-conférences ont été conçus pour élargir le dialogue autour de la place de la médication dans la vie des personnes et dans les pratiques ainsi que sensibiliser à la GAM les médecins et psychiatres, acteurs privilégiés dans l'implantation de cette approche. Cette formule a consisté en une table ronde composée de conférenciers et de conférencières d'horizons diversifiés, soit : un ou deux psychiatres, une personne usagère, une chercheure d'ÉRASME et un représentant du RRASMQ impliqué dans l'implantation du projet pilote. Il s'agissait d'opter pour une formule qui puisse s'inscrire dans les activités de formation des médecins et qui réponde à leurs questionnements. Outre les médecins et psychiatres, des intervenantEs du réseau public ainsi que du communautaire et quelques personnes usagères ont participé à ces dîners-conférences offerts en milieu hospitalier.

Deux dîners-conférences ont été organisés dans le cadre de ce projet. Leurs contenus divergeaient légèrement puisque ce sont des conférenciers et conférencières différents qui y ont participé; leur sélection ayant été déterminée, en partie, en fonction de leur appartenance au milieu.<sup>13</sup> Dans les deux cas, toutefois, deux principaux thèmes recoupant certains des enjeux cruciaux de l'approche GAM sont explorés : la double question de l'éthique de la pratique médicale et des droits des personnes usagères, d'une part, la question de la diversité des réponses individuelles à la médication psychiatrique, d'autre part.

### ***3.5. Formation L'Autre côté de la pilule de l'AGIDD-SMQ***

Il s'agit d'une formation de deux jours élaborée par l'AGIDD-SMQ traitant de la médication psychotrope sous un angle critique dans le but de sensibiliser les personnes usagères et les intervenantEs aux effets secondaires et limites de la médication, et ceci afin d'assurer à ces premières la possibilité d'effectuer un consentement au traitement le plus éclairé possible.

Cette formation dont le contenu s'inspire grandement du livre de David Cohen et Suzanne Cailoux-Cohen intitulé *Guide critique des médicaments de l'âme* (1995) est offerte à des personnes usagères et des intervenantEs du communautaire ainsi qu'à des intervenantEs du réseau public depuis plus de huit ans. Dans le cadre de ce projet pilote, cette formation a été présentée, pour la première fois sous la demande des membres du comité de travail GAM de la Gaspésie, de façon simultanée à des intervenantEs du communautaire, des intervenantEs du réseau public et des personnes usagères.

---

<sup>13</sup> Voir les annexes 3 et 4 pour la liste des conférenciers et conférencières des deux dîners-conférences.

### ***3.6. Forum international : Les psychotropes, une réponse à la souffrance? Limites et enjeux pour le renouvellement de pratiques en santé mentale***

Ce projet pilote se conclura par un forum international prévu pour l'automne 2006 qui comprendra des volets scientifique, d'intervention sociale, clinique, médical et communautaire. Ce forum viendra couronner ces nombreuses années de réflexion et d'expérimentation autour de l'approche GAM et plus globalement sur la place primordiale réservée au traitement psychotrope dans les sociétés occidentales. Les conclusions du bilan évaluatif du projet pilote y seront présentées. Cet événement permettra la création de nouvelles alliances afin d'assurer le renouvellement des pratiques sur le terrain et ainsi favoriser l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant des problèmes en santé mentale.

D'autres expériences et réflexions viendront enrichir les débats, reflétant tant le point de vue des personnes usagères, des intervenantEs (réseau public, communautaire et alternatif) et des chercheurEs, portant, notamment, sur les thèmes suivants : les expériences terrains en lien avec l'utilisation ou le suivi de médicaments psychotropes et plus spécifiquement la mise en pratique de l'approche GAM; les questions éthiques liées à la GAM et plus globalement au traitement psychiatrique; l'importance du recours, dans la société occidentale, au traitement psychopharmacologique pour traiter une gamme d'expériences et de souffrances de plus en plus diverses; les alternatives à la médication dans le parcours thérapeutique; la pluralité de savoirs sur laquelle est fondée la légitimité des divers types de pratiques en santé mentale et un questionnement de la notion d'évidence.

## **PARTIE II. RÉSULTATS DU SUIVI ÉVALUATIF**

Nous vous présentons dans cette partie les résultats du suivi évaluatif de l'implantation du projet pilote GAM. Nous traiterons dans un premier temps (chapitre 3) de la méthodologie adoptée, c'est-à-dire du cadre d'analyse et des objectifs du suivi évaluatif, du type de données recueillies et de l'analyse des données. L'analyse des résultats sera présentée en quatre chapitres. Le chapitre 4 retrace l'historique de l'implantation du projet dans chacune des régions pilotes. Les trois derniers chapitres correspondent aux trois objectifs de recherche spécifiques, présentés dans le chapitre méthodologique, soit : les réactions des différents acteurs et actrices à la GAM et à ses fondements; l'impact du projet pilote sur la pratique des intervenantEs; les conditions favorables et les contraintes à la mise en place de l'approche GAM.

## Chapitre 3. Méthodologie

### *1. Cadre d'analyse*

Dans cette évaluation, nous nous intéressons à la façon dont les différents acteurs et actrices du champ de la santé mentale (personnes usagères, gestionnaires et intervenantEs du réseau public et du communautaire, médecins, psychiatres, pharmaciens et pharmaciennes, intervenantEs et membres de groupes de parents et de proches des personnes concernées) ayant participé à des activités du projet pilote réagissent à l'approche de la Gestion autonome de la médication, ainsi qu'à l'impact de ces activités sur leurs pratiques. De plus, nous identifierons les conditions favorables et les contraintes associées au déploiement de cette approche. Nous avons adopté une approche qualitative. Voici les principaux objectifs de cette évaluation :

#### *Trois objectifs d'analyse spécifiques*

- 1.** Dégager les perceptions que les différents acteurs et actrices impliqués dans le projet pilote (participantEs aux activités de formation et/ou aux lieux d'échange partenariaux) ont de la GAM et de ses fondements. Il s'agit, plus particulièrement de saisir leurs perspectives quant au rôle de la médication psychotrope dans le traitement en santé mentale ainsi que leurs réactions à la GAM.
- 2.** Saisir les changements de pratiques prévus ou effectués dans le cadre du projet pilote. Il s'agit d'évaluer jusqu'à quel point les activités du projet pilote (formations, formations-sensibilisations et les échanges entre partenaires) entraînent le développement de nouvelles pratiques, mais aussi de nouvelles façons d'interpréter ou de concevoir les enjeux associés aux pratiques, chez les intervenantEs du milieu communautaire et du réseau public ayant participé à ces activités.
- 3.** Identifier les conditions favorables et les obstacles rattachés à l'implantation du projet pilote et à l'adoption de l'approche GAM dans une diversité de milieux de pratiques en santé mentale (ressources alternatives, organismes communautaires, CLSC, centres hospitaliers, etc.). Afin d'appréhender ces contraintes et ces conditions favorables, nous allons tenter de comprendre l'impact de différents types de facteurs sur l'implantation de l'approche GAM.

## 2. Types de données recueillies:

- Observation participante réalisée lors des activités suivantes:
  - Formation GAM d'une journée dans les ressources alternatives et organismes communautaires (5 rapports)
  - Formation-sensibilisation à la GAM de 2-3 heures (8 rapports)
  - Dîners-conférences (2 rapports)
  - Formation *L'Autre Côté de la pilule* (2 rapports)
  - Lieux d'échanges partenariaux dans les régions pilotes:
    - Tables tripartites, tables d'organismes communautaires en santé mentale, comités de travail GAM sous-régionaux, etc. (plus de 20 rapports)
  - Rencontres du comité provincial de la GAM (5 rapports)
- Documents de travail, notamment, procès-verbaux et ordres du jour des rencontres de divers comités de travail, lorsqu'il n'y a pas eu d'observation participante.
- Fiches d'évaluation remplies par les participantEs lors des diverses activités de formation GAM et entrevues téléphoniques pour l'évaluation et le suivi des activités auprès des ressources membres du RRASMQ suite à la formation-sensibilisation GAM. Nous avons aussi réalisé des rencontres de bilan avec les formateurs et formatrices. Les suivis téléphoniques et la majorité des fiches d'évaluation, principalement celles complétées dans le cadre de la tournée de formation-sensibilisation GAM offertes aux ressources membres du RRASMQ, ont été compilés et présentés dans le rapport d'étape soumis au MSSS en octobre 2003 (Rodriguez et Poirel, 2003).
- Des entrevues semi-dirigées réalisées auprès de gestionnaires et d'intervenantEs appartenant aux différents organismes œuvrant en santé mentale dans chacune des régions pilotes (Centre hospitalier, CLSC, centre de crise, structures intermédiaires, ressources alternatives, groupes de parents et de proches). La sélection des participantEs est basée sur les critères suivants : a) les acteurs et actrices clés du projet dans les régions pilotes, c'est-à-dire des personnes impliquées dans les comités de travail GAM sous-régionaux et/ou qui ont joué un rôle très actif dans l'implantation du projet pilote; b) Des intervenantEs ou gestionnaires ayant participé aux activités de formation-sensibilisation à la GAM et dans certains cas à la formation *l'Autre côté de la pilule* de l'AGIDD-SMQ et qui sont susceptibles d'introduire certains aspects de cette approche dans leur pratique.
  - IntervenantEs d'organismes communautaires : 8 entrevues
  - IntervenantEs et gestionnaires du réseau public: 6 entrevues

### *3. Analyse des données*

À l'exception du sondage évaluatif sur la tournée de formation-sensibilisation auprès des ressources alternatives ayant fait l'objet d'une compilation quantitative, les diverses sources de données ont été analysées qualitativement. En ce qui concerne la stratégie d'analyse des entrevues semi-dirigées et des rapports d'observation participante, nous avons, dans un premier temps, analysé en profondeur trois entrevues semi-dirigées et un rapport d'observation participante à partir d'une première grille d'analyse élaborée en fonction des objectifs du suivi évaluatif. Suite à cette première analyse, nous avons élaboré une grille d'analyse plus poussée composée des huit thèmes suivants, auxquels plusieurs sous-thèmes s'ajoutent, soit : perception et évaluation des activités de formation; perception, évaluation et utilisation du *Guide personnel GAM*; perceptions de la GAM et de ses fondements; développement de pratiques en lien avec la GAM; conditions facilitantes et contraintes à la GAM; historique et déroulement d'implantation du projet pilote; contexte et dynamique régionaux; histoires de cas. La codification des entrevues et des rapports d'observation participante a été réalisée au moyen du logiciel Atlas.

#### *Identification des acteurs et actrices dont les propos sont cités*

Le genre des différents acteurs et actrices dont les propos sont analysés ou cités tels quels dans ce document sera brouillé afin de préserver leur anonymat. En ce qui concerne leur profession et leur milieu de pratique, ces informations seront précisées seulement dans le cas où elles sont pertinentes et où il n'est pas possible de les identifier. Autrement, nous utiliserons des catégories plus larges, telles qu'intervenantE, gestionnaire, réseau public, organismes communautaires, etc.

## **Chapitre 4. Historique de l'implantation du projet dans les trois régions pilotes**

### ***1. Prolongement d'une année du projet pilote***

Initialement, ce projet pilote devait avoir une durée de deux ans, donc se terminer en juin 2004. Plusieurs modifications ont dû être apportées au déroulement du projet afin de l'adapter au rythme d'implantation de chacune des trois régions pilotes et étant donné que la mobilisation des acteurs des différentes régions a nécessité plus de temps que prévu, il a été décidé, avec l'approbation du MSSS, de prolonger d'un an les activités du projet pilote, c'est-à-dire jusqu'en juin 2005. Une autre raison à l'origine de ce prolongement est la vague de transformations de l'organisation des services de santé et des services sociaux que connaît le Québec depuis l'hiver 2004<sup>14</sup>.

### ***2. Tournée de formation-sensibilisation à la GAM dans l'ensemble des ressources alternatives membres du RRASMQ***

Contrairement à ce qui avait été prévu dans la description du projet tel que présenté au MSSS, la tournée de formation-sensibilisation à la GAM aux ressources membres du RRASMQ a été réalisée dès les premiers mois de la mise en place des activités. Dans le projet initial, les activités de formation devaient se dérouler en deux temps. Dans un premier temps, les différentes formules de formations destinées à des auditoires différents (personnes usagères, intervenantEs d'organismes communautaires, intervenantEs du réseau public) devaient être élaborées et diffusées dans les trois régions pilotes. Dans un deuxième temps, suite à l'évaluation et la validation de ces expériences de formation, celles-ci devaient être offertes aux acteurs et actrices du champ de la santé mentale de l'ensemble des régions du Québec. Toutefois, étant donnée la complexité du processus de mise en place, dans chacune des trois régions pilotes, des mécanismes de partenariat nécessaires à l'organisation des lieux d'échanges entre partenaires et des formations, des modifications ont dû être apportées au déroulement du projet pilote. Ainsi, la tournée de formation-sensibilisation aux ressources membres du RRASMQ a été offerte simultanément aux ressources de l'ensemble des régions du Québec. Les activités de formation destinées aux intervenantEs du réseau public ont été réalisées dans les trois régions pilotes, à l'intérieur de la période couverte par le projet.

Entre février et juin 2003, près de sept cents personnes (personnes usagères, intervenantEs, membres de C.A. des différents organismes) ont été rejointes par la tournée de formation-sensibilisation. Cent huit ressources en santé mentale y ont participé, incluant majoritairement des ressources alternatives, mais aussi des groupes de

---

<sup>14</sup> Cette réorganisation comprend, entre autres, l'adoption en 2003 de la loi 25 décrétant la fusion des établissements publics de santé et la création des Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADDRLSSS) et des Centres de santé et services sociaux (CSSS), le Plan d'action en santé mentale qui redéfinie, entre autres, le rôle et la place joués par la première, deuxième et troisième ligne entraînant ainsi un grand déplacement du personnel vers la première ligne.

défense de droits et des organismes communautaires, dont quelques représentantEs de groupes de parents et de proches.

Par ailleurs, quelques ressources membres du RRASMQ, surtout d'hébergement, ont refusé que la formation-sensibilisation soit offerte dans leurs murs. Il ne s'agit pas, de leur part, d'un rejet de l'approche puisqu'ils en approuvent les fondements et qu'ils mettent déjà en pratique certains aspects. Ceci s'explique plutôt par certaines craintes qu'ils ont concernant l'adaptation de la GAM à leur contexte d'intervention. L'argument principal concerne la peur que cette approche n'induisse les personnes dans une démarche déterminée, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une ressource d'hébergement, puisque il peut sembler plus difficile aux résidentEs de choisir de participer ou non à la formation. Pour pallier à cette situation, certaines ressources ont invité les personnes usagères qui le désiraient à assister à cette formation GAM dans un autre lieu, lorsqu'elle était offerte dans une ressource voisine par exemple, ou dans d'autres circonstances. D'autres ressources ont préféré offrir la formation à leurs intervenantEs seulement, afin qu'ils soient en mesure d'accompagner à la GAM les personnes qui se questionnent sur leur médication ou chez qui celle-ci semble mal ajustée.

Les différentes activités de formation à la GAM ont été évaluées par le biais d'une fiche d'évaluation complétée par les participantEs à la fin de l'activité. En ce qui concerne la tournée de formation-sensibilisation destinée aux ressources membres, sur les 651 fiches d'évaluation recueillies, 254 proviennent de personnes usagères, 305 d'intervenantEs, 46 de membres de CA, 46 de personnes au statut pluriel (majoritairement des personnes usagères membres de CA). La compilation des fiches d'évaluation révèle un taux de satisfaction élevé chez les différentes catégories de participantEs (voir tableau 1 à la page suivante). Parmi les huit paramètres relatifs à la formation qui ont été évalués, les plus appréciés concernent la compétence des formateurs et des formatrices<sup>15</sup>, c'est-à-dire leur maîtrise du contenu ainsi que la qualité de leur exposé<sup>16</sup>.

La majorité des réponses, tant des personnes usagères que des intervenantEs, aux questions portant sur les aspects les moins appréciés de la formation ainsi que sur les suggestions pour l'améliorer, souligne la nécessité de prolonger la formation afin d'approfondir certains thèmes. Les principaux thèmes mentionnés sont les outils GAM (le *Guide personnel GAM* et le *Guide d'accompagnement des ressources*) et il est suggéré d'en illustrer leur utilisation à l'aide d'exemples concrets dans le but de mieux saisir la mise en pratique de cette approche. Un petit nombre de participantEs ont, à l'inverse, jugé la formation un peu trop longue, la majorité de ceux-ci alléguant la difficulté (des personnes usagères surtout) à garder un niveau de concentration soutenu durant toute une journée. Le manque de confort des lieux où elles se sont déroulées, déploré par un bon nombre de participantEs, est probablement en cause.

---

<sup>15</sup> On apprécie leur professionnalisme, leur humour, leur capacité à vulgariser le contenu, leur écoute, leur disponibilité à répondre aux questions, leur aptitude à détendre l'atmosphère, etc.

<sup>16</sup> Les réponses aux questions ouvertes de la fiche d'évaluation sont plus révélatrices quant aux aspects appréciés et moins appréciés de la formation. Les réponses à la question portant sur les aspects de la formation les plus appréciés corroborent les résultats des questions fermées, puisque tant les personnes usagères que les intervenantEs insistent sur la qualité des formateurs et formatrices en ce qui a trait à leur compétence, mais aussi à leur personnalité.

**Tableau 1**

**Taux de satisfaction sur différents aspects de la formation<sup>17</sup>**

Questions	1. Satisfait +		2.		3.		4.		5. Insatisfait -		Pas de réponse	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Le contenu de la formation répondait à vos besoins de réflexion	445	68,5	125	19	27	4	21	3,5	11	1,5	22	3,5
Les informations étaient adéquates	487	75	104	16	15	2	16	2	13	2	16	2
Le contenu de la pochette me sera utile	503	77	71	11	23	3,5	14	2	15	2	25	3,5
Suffisamment de temps pour participation et échanges	460	70,5	113	17	33	5	16	2	17	2,5	12	2
Le formateur maîtrisait bien le contenu de la formation	553	85	49	7,5	6	1	5	1	24	3,5	14	2
Le formateur a bien exposé le contenu	541	83	55	8,5	7	1	7	1	23	3,5	18	3
Le rythme de la journée vous a satisfait	446	68,5	125	19,5	27	4	20	3	18	3	15	2
Le local était adéquat	380	58	133	20,5	67	10	30	4	23	3,5	18	3

**3. Dynamiques et contextes régionaux et implantation du projet pilote<sup>18</sup>**

Afin d'établir des liens avec les trois régions pilotes, le RRASMQ a choisi de travailler avec les structures de concertation existantes (les tables régionales des organismes communautaires en santé mentale et les comités régionaux de concertation de type tripartite) afin de respecter les cultures des régions sollicitées. Ce choix implique un processus qui peut paraître lent mais qui a permis d'optimiser les chances de succès de collaboration entre les différents organismes et établissements afin de développer une approche novatrice qui suscitait de prime abord de nombreuses questions, voire des résistances (voir le chapitre 5). Le rythme d'implantation du projet pilote ainsi que les diverses étapes qui l'ont marqué ont varié d'une région à l'autre.

<sup>17</sup> Ces données proviennent d'un rapport réalisé par Isabelle Guss présentant la compilation et le traitement des fiches d'évaluation de la formation-sensibilisation offerte à l'ensemble des ressources alternatives membres du RRASMQ (juin 2003).

<sup>18</sup> Nous reprenons ici en partie le contenu du bilan d'étape présenté au MSSS en 2003 (Rodriguez et Poirel, 2003).

### 3.1. Lanaudière

Dans le prolongement des expériences pilotes d'accompagnement à la GAM dans dix ressources alternatives, l'une des ressources impliquées a déployé un travail intensif auprès des instances décisionnelles régionales. Avec la collaboration d'autres organismes communautaires de cette région, notamment du comité de défense des droits, cette ressource a en particulier favorisé la mise sur pied d'un comité dit « d'optimisation de la médication » dont les grandes orientations se veulent en résonance avec celles de l'expérience pilote d'accompagnement à la GAM. Ce comité a été mis en place en collaboration avec la Régie régionale de Lanaudière. En mars 2002, un colloque réunissant de nombreux acteurs et actrices en santé mentale sur le thème « *Optimiser la médication en santé mentale... On peut s'entendre* » a été organisé. Plus de soixante personnes, issues tant du réseau public que du milieu communautaire, y ont participé.

Ce colloque avait pour objectif de présenter une douzaine de recommandations définies par le comité optimisation concernant « les services à mettre en place dans le but de supporter les personnes et leurs proches face aux besoins reliés à l'optimisation de leur médication » (Régie Régionale de Lanaudière, 2003, p.2) et de sonder l'opinion des acteurs et actrices du milieu face à ces recommandations. Celles-ci allaient de la création d'un centre de sevrage à la formation des intervenantEs de divers secteurs sur la question des médicaments.

D'après certains acteurs et actrices ayant participé à ce comité, la majeure partie de ces recommandations n'aurait toutefois pas été suivies<sup>19</sup>. En fait, un seul groupe d'intervenantEs (ceux des organismes communautaires pour les jeunes d'une sous-région de Lanaudière) aurait bénéficié d'une formation sur la médication par le biais de la formation *L'Autre côté de la pilule*.

Dans le cadre du présent projet pilote, la région de Lanaudière a été sélectionnée à cause des travaux déjà en cours et des liens de collaboration entre les différents acteurs et actrices en santé mentale autour du questionnement du traitement psychopharmacologique.

Au cours des premiers mois d'implantation, le projet a connu certains développements dans cette région. Une rencontre avec la Régie régionale a été organisée en février 2003. Peu après, une réunion s'est tenue avec la table régionale des organismes communautaires (ROCASML<sup>20</sup>) qui a accepté l'implication dans le projet. Ces différentes démarches ont débouché sur le projet de former un comité régional de suivi du projet (comité de travail de Lanaudière GAM). Parallèlement, plusieurs organismes communautaires en santé mentale ont reçu la formation-sensibilisation GAM. Les intervenantEs en santé mentale, les personnes usagères et les membres du CA issus de différents organismes ont ainsi été sensibilisés à cette approche.

---

<sup>19</sup> Commentaires recueillis lors d'entrevues réalisées dans le cadre de l'évaluation du premier projet pilote GAM.

<sup>20</sup> Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de Lanaudière.

Pourtant, en mai 2003, le ROCASML annonce sa décision de mettre fin prématurément aux activités. Préoccupés de dégager à la fois les contraintes et les conditions facilitantes associées au développement des pratiques GAM, les responsables du projet, le RRASMQ et ÉRASME, ont cherché à approfondir avec les acteurs et actrices régionaux du milieu communautaire impliqués les facteurs ayant contribué à ce retrait. Les principales raisons invoquées concernent le sous-financement des organismes communautaires. D'une part, un changement d'orientation de la Régie régionale concernant le financement des organismes communautaires a fait en sorte que ces derniers n'avaient plus envie de participer à un projet impliquant la collaboration avec le réseau public. D'autre part, les ressources alternatives craignaient que la participation à ce projet n'exige de leur part beaucoup trop d'énergie, notamment dans le soutien d'organismes de leur région peu familiers avec cette approche. Ainsi, dans un contexte où ces ressources, ne disposant pas d'un financement adéquat, ne suffisent pas à la demande, ce soutien leur semblait au-dessus de leurs capacités. Ces ressources ont néanmoins continué à offrir à leurs personnes usagères un accompagnement à la GAM, tel qu'elles l'ont confirmé lors d'une rencontre bilan réunissant des chercheurs d'ÉRASME et le ROCASML (novembre 2005), visant la clôture du présent projet et la définition de collaborations futures, notamment en lien avec le forum international sur la GAM.

### ***3.2. Gaspésie***

Dans cette région, le rythme d'implantation du projet a été au départ plus lent. Tout en reconnaissant l'intérêt du projet comme tel, la table régionale de type tripartite (CRESAM) a en effet rapidement refusé d'y participer; son implication dans la planification des services au niveau régional limitant les possibilités d'engagement dans d'autres projets. Elle a toutefois donné son aval aux initiatives locales reliées à ce projet qui ont eu cours par la suite. La table régionale d'organismes communautaires en santé mentale (ROCASM-GÎM) a pour sa part donné son appui de principe à la démarche proposée par le RRASMQ et ÉRASME.

Compte tenu du vif intérêt manifesté par des acteurs et actrices des trois territoires de MRC de la région de la Baie-des-Chaleurs (MRC Rocher-Percé, Bonaventure et Avignon) oeuvrant dans le milieu communautaire et dans le réseau public, le RRASMQ et ÉRASME ont poursuivi le projet sur ce territoire plus restreint.

Deux centres hospitaliers avec un département de psychiatrie desservent la population de ces trois MRC, soit :

- Centre hospitalier de la Baie-des-Chaleurs (CHBC) qui offre des soins à la population de la MRC d'Avignon et de Bonaventure ;
- Centre hospitalier de Chandler à la population de la MRC du Rocher-Percé.

Étant donnée l'étendue de ce territoire et la configuration des liens de concertation entre les organismes de ces MRC, déterminée en grande partie en fonction de la localisation

des centres hospitaliers, les acteurs et actrices impliqués dans le projet pilote ont convenu de créer deux comités de travail sous-régionaux GAM, soit un dans la MRC Rocher-Percé et un autre pour les MRC Bonaventure et Avignon.

*MRC du Rocher-Percé : Un milieu ouvert à l'approche GAM*

Un comité a été formé dans la MRC du Rocher-Percé peu de temps après la fin de la tournée de formation-sensibilisation GAM s'adressant à l'ensemble des ressources membres du RRASMQ, soit à l'automne 2003. Celui-ci est composé des personnes suivantes : la directrice et un intervenant ayant lui-même connu des problèmes de santé mentale du Centre Émilie-Gamelin Alias l'Éclaircie «aide pour la santé mentale», de Chandler, une travailleuse sociale du CLSC-CHSLD Pabok ayant une expérience en santé mentale de plus de 20 ans dans la région et le psychiatre en chef du département de psychiatrie du CH de Chandler.

Le travail de collaboration entre ces différents partenaires en lien avec le projet pilote s'est déroulé rondement, et ceci pour diverses raisons. Premièrement, ces acteurs et actrices partagent la philosophie de l'approche GAM, considérant dans la majorité des cas qu'ils avaient déjà à plusieurs égards une pratique semblable. Deuxièmement, leur collaboration remonte à plusieurs années, ils ont, entre autres, participé de pair à la fondation d'organismes communautaires. L'arrivée du psychiatre dans la région est plus récente, mais son approche s'est très bien intégrée à celle du CLSC et des organismes communautaires.

La collaboration entre ces différents acteurs et actrices est aussi facilitée par la disposition géographique de leurs établissements, ceux-ci formant un triangle où la distance à parcourir d'un angle à l'autre ne dépasse pas dix minutes à pied. Il faut aussi ajouter que cette collaboration s'est intensifiée plus récemment avec la mise en place du réseau intégré de services en santé mentale qui aurait, selon certains acteurs et actrices du milieu, officialisé un mode de fonctionnement établi depuis longtemps, du moins entre le CLSC et les organismes communautaires. Dans ce réseau intégré, le CLSC a le mandat de porte d'entrée (guichet unique): toutes les références en psychiatrie doivent être évaluées dans un premier temps par un travailleur social de l'accueil psychosocial du CLSC, ce qui favoriserait le recours à des services de première ligne, plus proches de la communauté.

Ce comité de travail de la MRC du Rocher-Percé a rapidement sollicité l'accord des principaux gestionnaires des établissements publics quant à l'implantation du projet pilote GAM et s'est rapidement impliqué dans l'organisation d'activités de formation-sensibilisation. Ainsi, les intervenantEs en santé mentale du CLSC et du Centre hospitalier ont été sensibilisés à la GAM dans les mois qui ont suivi la mise sur pied de ce comité. Certains l'avaient été auparavant, car ils avaient été invités à une des deux formations GAM offertes aux personnes usagères, membres de CA et intervenantEs du Centre Émilie-Gamelin. Le psychiatre en chef du département de psychiatrie y a aussi assisté, ce qui illustre bien la proximité des liens établis entre ces divers organismes. Peu après la mise en place du comité GAM, une rencontre réunissant les responsables du

projet, le comité de travail GAM, une infirmière du CH et les membres de l'équipe de santé mentale du CLSC, dont une gestionnaire, a été organisée afin de leur présenter l'approche GAM de réfléchir à l'implantation de pratiques GAM dans leurs établissements.

Les omnipraticiens et omnipraticiennes de la MRC ont été invités, avec d'autres intervenantEs (intervenantEs et gestionnaires du CH de Chandler et du CLSC, pharmaciens et pharmaciennes, intervenantEs et personnes usagères d'organismes communautaires), approximativement soixante personnes, à un dîner-conférence sur la GAM offert au CH de Chandler. Malheureusement, les omnipraticiens et omnipraticiennes, qui devaient composer plus de la moitié de l'auditoire, ne se sont pas présentés, notamment parce que cette activité n'était pas reconnue en tant que formation continue des médecins. Nous traiterons ultérieurement dans ce rapport des difficultés à rejoindre les médecins et de l'importance de les impliquer dans ce projet.

Tel que mentionné plus haut, la formation *L'Autre Côté de la pilule* a été offerte pour la première fois, à la demande des acteurs et actrices impliqués dans le projet pilote de la région, à un auditoire mixte composé de personnes usagères d'organismes communautaires, d'intervenantEs de ces mêmes organismes et de quelques intervenantEs du réseau public. Les acteurs et actrices du champ de la santé mentale des MRC Avignon et Bonaventure ont aussi bénéficié de cette formation de deux jours offerte dans leur sous-région (voir plus bas le tableau 2 pour le taux de participation aux activités de formation offertes en Gaspésie).

#### *MRC Bonaventure et Avignon : Un milieu plus partagé face à l'approche GAM*

L'implantation du projet pilote GAM dans les MRC Bonaventure et Avignon a été plus laborieuse et moins approfondie, du moins à certains égards, que dans les autres secteurs (MRC Rocher-Percé et sous-région Nord de Montréal). Les acteurs et actrices de la sous-région n'ont pas réussi à mettre en place un comité de travail GAM et ce malgré les efforts de certains d'entre eux, particulièrement de la coordonnatrice d'une des ressources alternatives de cette sous-région, l'Association d'entraide pour la santé mentale de New-Richmond, qui dès la présentation du projet pilote au CRÉSAM, s'est montrée intéressée à y participer et à mobiliser ses partenaires. De plus, contrairement aux autres régions, aucune activité de formation à la GAM n'a été organisée auprès des intervenantEs et professionnels et professionnelles du Centre hospitalier de la région<sup>21</sup>, et ce malgré les tentatives des responsables du projet pilote et de certains acteurs et actrices de la région. Ces derniers ont toutefois été informés de l'existence du projet pilote et sensibilisés aux principaux aspects de l'approche GAM, notamment par un membre de leur équipe ayant participé à la formation-sensibilisation à la GAM offerte à l'Association d'entraide pour la santé mentale et par le biais du *Guide personnel GAM* qui a été remis aux médecins et à quelques autres intervenantEs. Une certaine ouverture face à l'approche GAM a été

---

<sup>21</sup> Deux intervenants du CH de la Baie-des-Chaleurs ont toutefois participé à des activités de formation GAM offertes aux organismes communautaires (un à la formation-sensibilisation GAM d'une journée, l'autre à la formation *L'Autre Côté de la pilule*).

exprimée à diverses occasions par certains membres de cette équipe, toutefois, leurs réserves face à l'approche ont été plus importantes.

Plusieurs facteurs semblent être à l'origine de cette situation, dont la configuration des services de santé mentale, les relations entre les organismes communautaires et le réseau public, le contexte politique, les réserves face à la GAM de certains acteurs et de certaines actrices en santé mentale de la sous-région et le départ d'acteurs et d'actrices favorables à la GAM au cours du projet<sup>22</sup>.

Dans ces deux MRC, la configuration des services de santé mentale diffère à plusieurs égards de celle de la MRC Rocher-Percé. Le Centre Hospitalier de la Baie-des-Chaleurs, contrairement au CH de Chandler, dispose d'un programme de réinsertion sociale, c'est-à-dire, un programme de suivi communautaire pour les personnes ayant des problèmes plus graves de santé mentale. Dans un tel contexte, les deux CLSC de ce territoire, contrairement au CLSC Rocher-Percé, n'assurent le suivi que de personnes ayant des troubles plus légers de santé mentale, sauf exception. De plus, les liens de concertation établis entre le CH, les deux CLSC et les organismes communautaires semblent beaucoup moins étroits que dans la MRC Rocher-Percé. Il faut dire que cette sous-région est beaucoup plus étendue et les différentes institutions beaucoup plus dispersées sur le territoire.

En mai 2004, une autre tentative a été faite par la coordonnatrice de l'Association d'entraide pour la santé mentale afin que cette sous-région soit dotée d'un lieu d'échanges partenarial favorisant le développement de l'approche GAM. Lors d'une rencontre du comité de gestion, comité composé des représentants d'établissements publics et des organismes communautaires en santé mentale de ces deux MRC, celle-ci aurait présenté l'avancement des travaux en lien avec la GAM et proposé que ce comité joue ce rôle de lieu d'échanges. Les membres de ce comité se seraient montrés ouverts mais aucune décision précise n'aurait été prise en ce sens. Peu de temps après, les travaux de ce comité ont été mis en veilleuse ; le réseau public concentrant toutes ses énergies dans sa propre réorganisation.

Parallèlement, les deux CLSC de la région ont été approchés et ont accepté de rencontrer les responsables du projet (RRASMQ et ÉRASME) afin de discuter de leur possible participation à ce projet pilote. Une formation-sensibilisation formelle de deux heures a été offerte dans chacun des CLSC aux intervenantEs de l'équipe santé mentale. Dans un des CLSC, l'approche GAM a reçu un accueil très favorable et sa mise en pratique, avec l'utilisation du *Guide personnel*, a été approuvée par le gestionnaire de l'équipe de santé mentale. Dans le deuxième CLSC, par contre, la réaction à l'approche GAM a été moins favorable, du moins chez quelques intervenantEs, qui ont jugé qu'elle s'adaptait plus ou moins à leur pratique pour diverses raisons, relatives surtout à leur rôle de première ligne et au fait que leur clientèle est peu composée de personnes ayant des problèmes graves de

---

<sup>22</sup> Les divers facteurs à l'origine d'une faible implantation du projet pilote ainsi que d'une mise en application plus limitée de l'approche GAM seront analysés dans plusieurs chapitres de ce rapport, notamment dans le chapitre portant sur les réactions à l'approche GAM et celui traitant des conditions facilitantes et contraintes à la GAM

santé mentale, puisque ces dernières sont suivies par les intervenantEs du programme de réinsertion du CHBC. Toutefois, ils semblaient approuver dans l'ensemble les constatations et les analyses qui fondent cette approche et certains d'entre eux mettaient déjà en pratique certains aspects de la GAM, notamment l'écoute du rapport que la personne entretient avec la médication.

Les parents et les médecins de cette région ont été peu rejoints. Deux formations s'adressant respectivement à ces groupes ont été annulées, faute d'inscriptions, notamment. On peut penser que le statut de ceux qui mettent de l'avant l'approche GAM et l'origine de leurs expertises peut influencer la perception que certains acteurs, notamment les médecins, auront de sa légitimité.

En ce qui concerne l'implantation de l'approche GAM dans les organismes de ces trois MRC de la Baie-des-Chaleurs, de nouvelles pratiques en lien avec la GAM ont été expérimentées, et ce particulièrement dans les quelques organismes (communautaires et publics) qui ont accepté plus formellement d'introduire l'approche GAM dans leurs pratiques en devenant des ressources pilotes. Ces nouvelles pratiques seront analysées en profondeur au chapitre 6 portant sur l'impact du projet pilote sur la pratique des intervenantEs.

**Tableau 2**  
**Taux de participation aux activités de formation GAM de la Gaspésie**

	Personnes usagères	Intervenants RA et communautaires	Intervenants Réseau public	Médecins	Total des individus
Formation GAM 1 journée	35 environ	25	6	1	67 environ
Formation sensibilisation GAM	0	0	18	1	19
Dîner-conférence GAM	1	5	12	1	19
Formation L'Autre Côté de la pilule	17	14	3	1	35
Total (participations) <sup>23</sup> 140 environ	53 environ	44	39	4	

<sup>23</sup> Cette rangée n'indique pas le nombre total de personnes ayant participé aux activités de formation mais plutôt le nombre total de participations puisque certaines personnes ont participé à plusieurs activités de formation.

### 3.3. Sous-région Nord de Montréal

Les travaux ont évolué plus rapidement dans cette sous-région. La table de concertation de la sous-région a rapidement accepté de participer au projet. Il faut dire que plusieurs membres de cette table de concertation avaient déjà entendu parler de l'approche GAM par une des leurs qui est directrice de Prise II, ressource alternative engagée activement depuis près de huit ans dans l'expérimentation et le raffinement de pratiques GAM<sup>24</sup>. De plus, plusieurs membres de cette table de concertation, dont la directrice de Prise II, ont siégé pendant plusieurs années sur un comité clinique dont s'était dotée la sous-région afin de discuter de pratiques à travers l'évaluation de cas concrets, et où la contribution de l'approche GAM dans le cheminement thérapeutique des personnes a pu être mise en valeur à plusieurs reprises. Ce comité clinique sous-régional a été démantelé en 2004 avec la création des CSSS.

Un comité de travail GAM a donc été formé dès le début, réunissant des partenaires du communautaire et du réseau public. Certains membres sont présents depuis le départ, soit deux gestionnaires des départements de psychiatrie des deux hôpitaux de la sous-région, le Centre hospitalier Fleury et l'Hôpital du Sacré-Cœur, la directrice de Prise II, la coordonnatrice de La Parentrie (groupe de parents et de proches) et présidente du ROCAN (Regroupement des organismes communautaires et alternatifs du Nord), un représentant des CLSC de la sous-région (dont la participation a été intermittente au début) et les responsables du projet (le RRASMQ et ÉRASME). Les représentantEs de trois des quatre CLSC du territoire (CLSC Ahuntsic, CLSC St-Laurent, CLSC Montréal-Nord) se sont joints au comité de travail plus tard, au cours de la deuxième année, pour des raisons liées à la réorganisation du personnel au sein des équipes de santé mentale des CLSC ou à un manque de personnel.

La première année, les différents partenaires impliqués dans le comité ont surtout travaillé à la sensibilisation de leur milieu respectif et plus largement des partenaires sous-régionaux à l'approche proposée par le RRASMQ et ÉRASME. Des exemplaires de *Gestion autonome des médicaments de l'âme. Mon guide personnel* ont été distribués aux différents intervenantEs (incluant les psychiatres et les médecins) des établissements du réseau public.

Le comité de travail GAM a réfléchi longuement aux moyens de rejoindre adéquatement les psychiatres et les médecins généralistes. Ils ont opté pour l'organisation d'un dîner-conférence au Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur qui a eu lieu en novembre 2004. Cette activité, contrairement au dîner-conférence offert au CH de Chandler, a été reconnue en tant que formation continue des médecins. Ce dîner-conférence a été retransmis en vidéo-conférence dans les départements de psychiatrie du Nord-Ouest Québécois et du Témiscamingue ainsi que dans celui du Centre hospitalier des Îles-de-la-Madeleine. Malheureusement, contrairement à ce qui avait été prévu, il n'a pu être retransmis au Complexe hospitalier de la Sagamie, situé dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean, à cause de problèmes techniques.

---

<sup>24</sup> Notamment, à travers sa participation au premier projet pilote GAM et aujourd'hui à ce présent projet.

L'ensemble ou presque des organismes et établissements en santé mentale de cette sous-région a bénéficié d'une des différentes formules de formation-sensibilisation à la GAM; les intervenantEs des établissements hospitaliers ont aussi été conviés à deux activités de formation. La présence sur le comité de travail GAM de représentantEs d'organismes clés en santé mentale de la sous-région a facilité grandement cette diffusion de l'approche GAM auprès d'un grand nombre d'acteurs et d'actrices.

Au cours de la première année, les organismes membres du RRASMQ de la sous-région ont pour la plupart reçu la formation sur la GAM dans le cadre de la tournée de formation-sensibilisation destinée à l'ensemble des ressources membres. Une rencontre a eu lieu avec le ROCAN afin de se pencher sur l'implication de l'ensemble du milieu communautaire dans le projet. Toutefois, en dehors des comptes-rendus présentés par la directrice de Prise II, le dossier GAM n'aurait pas, par la suite, été à l'ordre du jour des rencontres de ce comité, d'autres préoccupations prenant le dessus. Les membres du ROCAN comptent cependant aborder cette question afin de savoir si le *Guide personnel GAM* est utilisé au sein des organismes membres et comment il l'est lorsque c'est le cas.

Les intervenantEs de plusieurs organismes communautaires non membres du RRASMQ ont été sensibilisés à l'approche GAM. Par exemple, ceux et celles du centre de crise de la sous-région ont participé à une formation-sensibilisation condensée et se sont montrés en accord avec les principales analyses et constatations qui sous-tendent la GAM. Toutefois, contrairement à un des objectifs visés par cette rencontre, aucune collaboration précise en lien avec cette approche n'a été établie avec le centre de crise, celui-ci considérant qu'elle s'applique peu à ses pratiques puisque les intervenantEs toucheraient peu la question des médicaments; les personnes étant tenues de respecter leur médication telle que prescrite. Les deux groupes de parents et de proches de la sous-région ont été invités à une formation-sensibilisation GAM, il n'y a toutefois que les intervenantEs et membres d'un des deux groupes qui y ont assisté.

En ce qui concerne le réseau public, les médecins et psychiatres ainsi que les intervenantEs des départements de psychiatrie et des cliniques externes des deux hôpitaux ont été invités au dîner-conférence offert au Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur. Ces derniers, hormis les médecins et psychiatres, ont aussi été invités à une formation-sensibilisation, composée d'une table ronde suivie d'ateliers où les intervenantEs ont échangé sur leurs réactions à la GAM et sur la possibilité d'introduire cette approche ou du moins certains aspects dans leur pratique. Dans l'ensemble, les intervenantEs se sont montrés très ouverts à cette approche ou tout au moins à ses fondements. Toutefois, leur disposition à la mettre en pratique ou la façon dont ils comptent le faire varie d'un intervenantEs à l'autre, certains considérant même avoir déjà une pratique similaire (ces différents aspects seront analysés en profondeur aux chapitres 5 et 6 de ce rapport).

Dans cette sous-région, contrairement à ce qui s'est fait en Gaspésie, la formation *L'Autre Côté de la pilule* n'a pas été offerte aux intervenantEs du réseau public. Toutefois, des intervenantEs et personnes usagères de plusieurs ressources alternatives y avaient déjà participé antérieurement.

En ce qui concerne la mise en pratique de l'approche GAM, celle-ci varie beaucoup d'un établissement ou d'un organisme à l'autre. Contrairement à la Gaspésie, et à l'instar de la région de Lanaudière, on retrouve dans cette sous-région une ressource alternative ayant pris part au premier projet pilote GAM. Celle-ci a donc développé un ensemble de pratiques liées à cette approche (présentation de l'approche GAM lors de l'activité d'information sur la ressource destinée aux nouveaux membres, groupe d'entraide accompagné d'une intervenante autour de la GAM, suivi individuel d'accompagnement à la GAM) et une certaine expertise dans le suivi de personnes en démarche de GAM, expertise qu'elle partage auprès des autres ressources membres du RRASMQ, mais aussi d'autres organismes, notamment à travers les activités de ce deuxième projet pilote. De plus, contrairement à la Gaspésie, il n'y a pas dans cette sous-région de ressource qui a accepté plus formellement, dans le cadre de ce deuxième projet pilote, de devenir ressource pilote. Le développement de nouvelles pratiques en lien avec la GAM par les ressources n'ayant pas pris part au premier projet pilote semble donc moins important<sup>25</sup>. Nous traiterons en profondeur de l'impact du projet pilote sur le développement de nouvelles pratiques au chapitre 6 de ce rapport.

**Tableau 3**  
**Taux de participation aux activités de la sous-région Nord de Montréal**

	Personnes usagères	Intervenants RA et comm.	Intervenants Réseau public	Médecins	Total Individus
Formation GAM 1 journée	30 environ	30	0	0	60 Environ
Formation sensibilisation GAM	4 proches	17	35	1	57
Dîner-conférence GAM	4	9	16	19	48
Total (participations) <sup>26</sup> 165 environ	38 environ	56	51	20	

<sup>25</sup> Il faut toutefois préciser, qu'un groupe d'entraide de la sous-région, membre du RRASMQ, CAMÉÉ, a développé, suite à la formation-sensibilisation GAM offerte à ses membres, des activités en lien avec la GAM, plus spécifiquement sur le rapport à la médication et la gestion des émotions. Une journée colloque destinée aux membres de la ressource et intitulée « Des médicaments aux émotions... Un défi pour la vie » a été organisée en septembre 2004 et 31 personnes y ont participé. Par la suite, un atelier hebdomadaire portant sur ces questions a été offert aux membres pendant plusieurs sessions.

<sup>26</sup> Cette rangée n'indique pas le nombre total de personnes ayant participé aux activités de formation mais plutôt le nombre total de participations puisque certaines personnes ont participé à plusieurs activités de formation.

## **Chapitre 5. Réactions des acteurs et actrices à la GAM et à ses fondements**

Dans un premier temps, nous allons présenter les différentes réactions à la GAM des personnes mises en contact avec cette approche (objectif 2). Les échanges et les débats tenus lors des activités de formation et partenariales ont permis l'émergence d'une diversité de points de vue concernant : l'explication des problèmes de santé mentale; les façons de soulager la souffrance psychique; la place de la médication dans le traitement; plus spécifiquement la GAM et son application. Les perspectives de réflexion, les données de recherche, l'expérience des intervenantEs et des personnes usagères, partagées lors de ces activités de la GAM, ont suscité des échanges très riches sur les pratiques quotidiennes des intervenantEs en santé mentale. Plusieurs constatations et analyses (sur lesquelles est fondée l'approche GAM) se sont vues corroborées par l'expérience de ces acteurs et actrices. D'autres commentaires ont permis de nuancer et d'enrichir l'approche GAM, d'identifier ses limites ainsi que de souligner les contraintes et obstacles à la transformation des pratiques.

Les échanges entre partenaires suscités lors des différentes activités de formation, nous ont fait prendre conscience du besoin d'un bon nombre d'acteurs et d'actrices d'avoir accès à des espaces de réflexion pour traiter des enjeux liés à la pratique en santé mentale et à la place que la médication y occupe. Une majorité d'intervenantEs a dit être confrontée sur le terrain à de nouvelles réalités liées surtout à la tendance à la médicalisation des problèmes psychosociaux et de santé mentale que connaît notre société. Ils se montrent préoccupés, notamment, par ce recours de plus en plus grand à la médication pour soulager des problèmes qui autrefois étaient réglés autrement, par la consommation excessive et à long terme de médicaments et par les lacunes du suivi médical.

En ce qui concerne les réactions des divers acteurs et actrices rencontrés dans ces activités face à la GAM, la plupart se sont dit en accord avec cette approche ou du moins avec certains aspects. Certains d'entre eux considèrent travailler déjà à partir d'une perspective similaire. Par contre, d'autres intervenantEs se situent dans une position plus critique. Certains questionnent sa légitimité, c'est-à-dire la justesse de ses postulats ainsi que la valeur des expériences et des savoirs qui la fondent, ou craignent les conséquences de son application, notamment dans le cas des personnes souffrant de troubles graves de santé mentale. La mise en dialogue de ces points de vue permet d'enrichir l'approche et de réfléchir à ses limites et à ses enjeux.

## ***1. Une perspective qui fait écho aux préoccupations sur le terrain***

La réflexion proposée par la GAM rejoint un grand nombre d'intervenantEs. Lors des rencontres et entrevues individuelles les thèmes suivants ont été identifiés comme étant parmi les plus pertinents :

- L'importance grandissante de la médication dans la vie des personnes et des pratiques en santé mentale;
- Les limites de la médication dans le traitement et le soulagement de la souffrance psychique;
- Les contraintes dans les services et les limites de la pratique médicale en santé mentale;
- Le principe d'appropriation du pouvoir;
- L'accent mis sur la qualité de vie.

### ***1.1. L'importance grandissante de la médication dans la vie des personnes et des pratiques en santé mentale***

Les intervenantEs et gestionnaires qui se montrent critiques face à cette tendance de notre société à offrir comme principale et souvent unique réponse à la souffrance psychique le traitement psychopharmacologique se sentent interpellés par l'approche GAM. En fait, la majorité d'entre eux voient en la GAM un moyen de contrer cette tendance, en identifiant ses limites et en questionnant l'utilisation de psychotropes pour traiter des problèmes de santé mentale liés à un contexte de vie difficile (tel un deuil, perte d'emploi, difficultés familiales, etc.) ou l'utilisation exclusive d'une lourde médication sur une très longue période chez des personnes qui ont des problèmes plus sévères.

Voici un extrait d'entrevue qui illustre bien ce rôle attribué à la GAM :

*« Ce que je trouve intéressant dans cet outil-là, (...), c'est l'idée de faire un contrepoids au discours dominant qui est, « prends ta médication, c'est le médecin qui sait quelle est la médication ». Alors toute cette réflexion-là au plan social, et qui ne concerne pas seulement le corps médical, je trouve ça intéressant qu'on remette en question la médication et qu'on envisage d'autres moyens que simplement suivre une prescription pour contrôler des symptômes » (T.S., CH).*

Plusieurs des phénomènes associés aux contraintes des milieux d'intervention ou de l'organisation des services sont déplorés par les acteurs et actrices rencontrés dans le cadre du projet pilote. Certains critiquent l'attribution rapide de diagnostics psychiatriques assez sévères, vu leur caractère stigmatisant. Par ailleurs, plusieurs se réjouissent de ce que cette approche, si elle est largement implantée, constitue un bon

moyen de faire contrepoids au pouvoir des compagnies pharmaceutiques, pouvoir jugé excessif par plusieurs :

*« Je trouvais que (la GAM) c'était un outil utile et nécessaire et que comme société on était rendu là et que l'industrie pharmaceutique avait beaucoup d'emprise dans nos vies. Encore hier, au comité je l'ai soulevé, parce que les intervenants se demandent régulièrement où vont les budgets de la santé mentale. Bien, ils vont à financer la médication. C'est là qu'ils vont, alors on a de moins en moins de lieux de parole et de plus en plus de médicaments, et de plus en plus de gens qui, malgré leurs médicaments, ont besoin d'un lieu de parole, alors ça fait une charge toujours de plus en plus grande sur les intervenants, qui sont de moins en moins nombreux pour répondre à une société qui médique de plus en plus pour maintenir des standards de performance» (Gestionnaire, CH).*

Les pressions exercées par les compagnies d'assurance afin d'imposer le traitement psychopharmacologique aux personnes qui bénéficient de leurs prestations, sont aussi dénoncées par certains intervenants et certaines intervenantes. Par exemple, un t.s. en CLSC nous a dit que, lorsqu'il a entendu parler de la GAM, il a à prime abord pensé aux personnes accidentées qui se voient contraintes par les compagnies d'assurance ou les programmes d'indemnisation à prendre une médication qui dans plusieurs cas nuirait à leur qualité de vie.

Dans un autre ordre d'idées, quelques intervenantEs font remarquer que cette hégémonie du traitement psychopharmacologique a des effets pervers dans le sens que l'amélioration ou la détérioration de la santé mentale d'une personne est souvent attribuée, par les intervenantEs, l'entourage et la personne elle-même, à la prise ou non de médicament et ceci aux dépens d'autres facteurs liés au contexte de vie. L'approche GAM est vue par plusieurs comme une façon de sensibiliser les gens à l'importance de tenir compte de ces autres facteurs. Par exemple, une t.s. en CLSC souligne que certaines personnes attribuent tout le mérite de leur mieux-être à leurs médicaments et non pas à elles-mêmes, elles craignent donc d'arrêter leurs médicaments croyant qu'ils sont la seule cause de leur mieux-être.

Sans nier les bienfaits de la médication, un médecin déplore la tendance de la médecine actuelle de tout traiter par les médicaments, d'une sur-médication et enfin d'une absence de révision périodique de la médication.

*« Une des choses que je n'aime pas en médecine c'est que maintenant c'est une pilule pour tout. La pilule est tout le temps la solution. Ça, ce n'est vraiment pas ce que je préconise. Mais en même temps, ça existe et c'est là pour aider le monde d'abord et avant tout. Ce n'est pas là pour nuire au monde. Mais c'est ça, c'est que c'est vraiment un contexte assez large. On vit tellement dans une société où il faut performer et il faut rentrer dans un système qui est un peu contre nature, qu'on a des pilules qui vont nous aider à rester contre nature des fois. Alors, il y a tout cet aspect-là que je n'aime pas, mais il y a vraiment des gens qui se transforment tellement avec la médication, que c'est vraiment plus facile de travailler avec eux, après. Je trouve qu'on serait fou de s'en passer des fois. Mais d'un autre côté, il y a des gens qui sont trop médicamentés et que ce n'est pas révisé » (Médecin).*

## ***1.2. Les limites de la médication dans le traitement et le soulagement de la souffrance psychique***

Plusieurs des acteurs et actrices rencontrés dans le cadre du projet pilote disent constater sur le terrain les limites de la médication dans le traitement et le soulagement de la souffrance psychique. En ce sens, l'approche GAM vient faire écho aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique. Plusieurs d'entre eux se montrent préoccupés du fait que la médication puisse provoquer des effets secondaires importants réduisant la qualité de vie et entraîner, dans certains cas, des séquelles permanentes. CertainEs soulignent aussi que dans un bon pourcentage de cas, elle réduit peu les symptômes pour lesquelles elle est prescrite.

Plusieurs des psychiatres rencontrés dans le cadre des activités du projet pilote font référence aux limites de la médication, en mettant l'emphase sur différents aspects de ces limites. Par exemple, un des psychiatres membres d'un des comités de travail GAM dira, en faisant référence à sa propre expérience, qu'au début de sa pratique il pensait que la médication allait tout changer, mais qu'avec l'expérience *« tu te rassois et tu réalises qu'elle comporte bien des limites »*. Il tenterait maintenant de trouver un compromis pour faire en sorte que la personne ne soit pas trop « gelée » ni trop perturbée. Un autre psychiatre rencontré dans le cadre du projet pilote a d'ailleurs mentionné que dans les recherches qui évaluent le taux d'efficacité des médicaments, un médicament est jugé efficace lorsqu'il réduit de 50% les symptômes, et qu'il n'y aurait en moyenne que 60% des médicaments qui atteignent ce taux d'efficacité. Une autre psychiatre parlera de la difficulté d'atteindre un bon usage de la médication, c'est-à-dire un équilibre entre les effets positifs et négatifs des médicaments et l'importance de prendre le temps de bien ajuster la médication, ce qui peut nécessiter plusieurs essais. Elle soulignera aussi le caractère aléatoire d'une bonne combinaison de médicaments et les difficultés d'établir celle-ci.

Nous avons constaté qu'en général, cette sensibilité des intervenantEs concernant les limites de la médication les amène à mieux comprendre les difficultés vécues par les personnes en ce qui a trait à leur médication, leurs résistances face à celle-ci et leur désir de la diminuer ou de l'arrêter. Ainsi, ils voient en la GAM un moyen d'accompagner la personne dans la recherche d'une médication qui la satisfera en fonction de ses propres critères. Par exemple, un intervenant nous explique comment, à travers l'expérience des personnes usagères et plus particulièrement celle d'un proche aux prises avec des problèmes de santé mentale, il en est venu à comprendre l'ambivalence des personnes face à leur médication causée en partie par la difficulté d'avoir une médication satisfaisante. Cette sensibilité l'aurait amené à réagir très favorablement à la GAM, comme en témoigne cet extrait :

*« La première fois que tu en as entendu parler, quelle a été ta réaction par rapport à cette approche-là? R: Bien, j'ai trouvé ça super intéressant. J'ai dit, « enfin! » parce que j'entendais tellement parler des usagers qui se posaient des questions, qui se questionnaient par rapport à leur médication; moi-même j'avais vécu avec un de mes proches des choses assez incroyables au niveau de la médication, il en voulait, il n'en voulait plus, il trouvait ça trop fort, pas assez fort, il ne savait plus qu'est-ce qu'il prenait. En tout cas, j'ai vécu toutes sortes de choses par rapport à la médication et je me disais, si c'est le désir de la personne d'arrêter sa médication, qui on est pour leur dire, « bien non, il faut que tu la prennes »? Je me suis dit, « bien, s'ils veulent vraiment l'arrêter, bien, qu'ils comprennent pourquoi ils veulent l'arrêter et dans quoi ils s'embarquent et comment ils peuvent le faire de la façon la plus sécuritaire possible, la plus aidante pour eux. (...) Je pense que c'était très, très, très important pour moi et pour les familles d'avoir un outil comme ça» (Intervenant, organisme communautaire).*

Dans le même sens une t.s. en CLSC affirme comprendre que les personnes qui ont des troubles sévères et persistants arrêtent leurs médicaments vu l'ampleur des effets secondaires :

*« Et on sait très bien que cette clientèle-là, ils vont faire des tests. À un moment donné ils essayent, ils coupent, ils arrêtent de les prendre. Et on sait aussi que les effets secondaires sont tellement épouvantables, je comprends qu'à un moment donné ça ne te tente plus et tu arrêtes et tu diminues. Alors on a à les supporter là-dedans et on a à essayer de comprendre et à [négocier] ça avec eux» (T.S., CLSC).*

Plusieurs intervenantEs d'un organisme communautaire ont souligné, lors d'une formation GAM, que leurs clientEs manifestent beaucoup d'insatisfactions concernant la médication, et certains la remettraient en question. Les intervenants disent ne pas savoir comment réagir face aux difficultés que les usagers expriment. Ils ressentent donc le

besoin d'être outillés pour être en mesure de les entendre, les comprendre, les référer et les informer le plus efficacement afin de trouver des pistes de solutions. La GAM pourrait, selon eux, les aider à cet égard.

### ***1.3. Les contraintes des services et les limites de la pratique médicale en santé mentale***

Un bon nombre d'intervenantEs et gestionnaires rencontrés dans le cadre du projet pilote déplorent certains aspects de la pratique médicale en santé mentale. Ils disent rencontrer de plus en plus de personnes qui ont une médication inadéquate, dont le suivi de la médication par le médecin est insuffisant et qui sont peu renseignées sur les effets secondaires de leurs médicaments. Ils expliquent cette situation, entre autres, par le fait que les omnipraticiens et omnipraticiennes n'ont pas toujours les connaissances requises dans ce domaine. D'ailleurs, un psychiatre fera remarquer que ce sont les omnipraticiens et omnipraticiennes qui prescrivent la plus grande quantité de médicaments psychotropes. Plusieurs facteurs sont invoqués par les intervenantEs pour expliquer cette situation, dont le fait que la formation continue des médecins en pharmacologie soit assurée principalement par l'industrie pharmaceutique, la pénurie d'omnipraticiens et omnipraticiennes et de psychiatres, et leur mode de rémunération qui ne les encourage pas à accorder suffisamment de temps à leurs patientEs et à travailler de façon multidisciplinaire.

Une psychologue du milieu hospitalier rencontrée lors d'une activité de formation décrit bien comment cette situation rend sa pratique de la psychothérapie plus difficile. Elle dira : « *Je sais même pas qu'est-ce qui fait partie de la pathologie ou des effets secondaires des fois des médicaments, chose que jamais je voyais dans le temps. Dans le temps c'était clair. Ce que je voyais c'était un tableau pathologique sans effets de médicaments* ». Elle mentionne aussi avoir été obligée de s'instruire sur les effets des médicaments pour aider les gens, pour employer ses propres termes, « *à digérer quelque chose d'indigeste* » (Psychologue, CH).

La GAM est donc perçue par plusieurs intervenantEs comme un moyen de pallier à ces limites de la pratique médicale en amenant d'autres professionnels et professionnelles à jouer un rôle plus actif dans le support des personnes dans la communauté et à orienter la prise de médicaments vers un objectif de rétablissement et d'appropriation du pouvoir, sans toutefois chercher à se substituer au médecin.

### ***1.4. L'appropriation du pouvoir***

La GAM a pour but de donner à la personne une place de sujet face à ce qui lui arrive et à son traitement. Elle vise ainsi l'appropriation du pouvoir et l'élargissement de la capacité d'agir de la personne, en favorisant le consentement libre et éclairé d'une part, et en mettant la médication au service des stratégies personnelles qu'elle déploie afin d'acquiescer davantage d'autonomie, se rétablir et s'insérer socialement, d'autre part.

Un grand nombre d'intervenantEs rencontrés dans le cadre des activités du projet pilote se disent en accord avec ce principe. Certains d'entre eux expliquent que leurs pratiques sont basées sur ce principe. D'autres, par contre, n'affirmeront pas explicitement fonder leur pratique sur l'appropriation du pouvoir, ni même adhérer à ce principe, mais vont être amenés à se situer face à lui à travers les activités de formation GAM, et mentionneront qu'ils l'approuvent. D'autres intervenantEs utilisent des concepts similaires pour décrire leur pratique. Par exemple, certains parlent de l'importance d'amener les personnes, à travers leurs interventions, à se responsabiliser face à leur santé, ou vont expliquer comment ils tentent d'amener les personnes à se prendre en main plutôt que de les prendre en charge. Nous avons constaté qu'en général, les intervenantEs et gestionnaires qui adhèrent à ce principe ou à des principes similaires saisissent bien le sens et la portée de l'approche GAM et sont disposés à la mettre en pratique.

Par exemple, une gestionnaire de l'équipe adulte d'un CLSC, favorable à introduire l'approche GAM dans son organisme, a mentionné lors d'une formation-sensibilisation GAM à laquelle elle a assisté avec son équipe : *« Je crois à l'appropriation du pouvoir pour les gens et le Guide personnel permet de le faire de façon responsable, en établissant un dialogue. Il ne s'agit pas d'arrêter sa médication, ce que j'apprécie »* (Gestionnaire, CLSC). Le gestionnaire d'une équipe de santé mentale d'un autre CLSC, qui approuve lui aussi l'implantation de la GAM dans son organisme, dira : *« Je me sens très à l'aise avec la GAM, notre approche coïncide avec celle de la GAM, car le réseau intégré, qui est nouvellement implanté dans ma région, permettrait la réappropriation par le client de son pouvoir sur sa vie. L'implantation du réseau intégré est un point positif faisant en sorte qu'il serait possible de faire un programme avec la GAM »* (Gestionnaire, CLSC). Un t.s. de la même équipe fait un commentaire qui va dans le même sens en mentionnant : *« Je me sens à l'aise avec cette approche car elle correspond à l'orientation qu'on s'est donné dans l'équipe, c'est-à-dire sensibiliser les gens par rapport à leur santé. Le Guide est un bon outil de travail pour le client et pour nous »* (T.S., CLSC).

Comme nous l'avons mentionné plus haut, certainEs intervenantEs n'ont pas recours à ce principe pour décrire leur pratique, toutefois ils sont conscients de la situation de fragilité et de perte de pouvoir dans laquelle peuvent se retrouver les personnes qui font face à la psychiatrie. Ceux-ci soulignent que la GAM peut contribuer à redonner du pouvoir aux personnes sur les questions qui concernent leur traitement. Par exemple, un t.s. en CLSC a fait le commentaire suivant lors d'une activité de formation : *« La GAM permet de redonner du pouvoir à la personne et de rééquilibrer la relation avec le médecin. Tu peux te prendre en main »*. Un infirmier d'un centre hospitalier ira plus loin dans sa critique de certains aspects de la psychiatrie et dans sa description de la façon dont la GAM peut rétablir un certain équilibre entre la personne et les professionnels. En faisant référence aux *« vieux psychotiques »* il dira :

*« Ils ne questionnent même pas ça. Et nous, on le faisait plus ou moins parce qu'on avait plus ou moins de pouvoir aussi de suggérer. Alors, je me dis que cette approche-là va peut-être changer ça, redonner le pouvoir aux patients, parce que ceux qui sont malades*

*depuis longtemps ont arrêté de se battre, ils prennent les médicaments comme ils sont. On pense à ceux qui sont en famille d'accueil. Ils acceptent la médication qu'ils donnent, ils ne questionnent rien, ils ont une démarche parkinsonienne, ils savent » (Infirmier, CH).*

D'autres principes similaires, tel que la responsabilisation de la personne face à sa santé ou son bien-être, sont invoqués par plusieurs intervenantEs pour décrire leur approche d'intervention, réagir à la GAM ou proposer son application. Par exemple, on voit dans les propos suivants, tenus par une intervenante d'un organisme communautaire, ce que le fait d'approuver la notion de responsabilisation de la personne implique. En faisant référence à l'histoire d'une femme qui, selon elle, s'appuierait sur un diagnostic de troubles bipolaires, que l'intervenante remet en question, pour renoncer à se prendre en main et dépendre des services sociaux, elle dira :

*« Moi je pense que c'est sur les enjeux éthiques. C'est quand même dire à la personne, "on ne peut pas ne pas considérer que tu es responsable de ce que tu es, de ta vie, de ce que tu vas mettre en place. Ça t'appartient ». À partir du moment où on prend cette position-là, bien, évidemment la question de la médication, la question du traitement, ça revient à la personne. Il s'agit de respecter la personne et aussi parfois de l'informer, d'ouvrir des alternatives. Ce n'est pas toujours très simple non plus, parce que parfois ça peut venir à l'encontre de ce qui est proposé à la personne au niveau du traitement. Pas nécessairement uniquement le traitement médicamenteux. Le traitement global » (Intervenante, organisme communautaire).*

Un infirmier d'un centre hospitalier qui dit aussi approuver la GAM parce qu'elle va dans le même sens que sa pratique, décrira ainsi les conditions et les pratiques qu'il met en place pour ce faire:

*« Je trouve ça très intéressant aussi parce qu'on tente dans nos interventions à responsabiliser la clientèle. Donc ils ont le droit, avec un consentement éclairé, avec des informations, de poser un choix aussi, comment ils se sentent par rapport à la médication, comment l'ajuster pour que ce soit confortable aussi. Quand on vise des doses plus fortes, il y a des réactions aussi par rapport à ça. Pour qu'ils puissent, eux, faire le choix de diminuer, moyennant quelques effets aussi, quand même puissent avoir le droit, avec beaucoup d'informations à l'appui » (Infirmier, CH).*

En effet, une des conditions essentielles à l'exercice par la personne d'un rôle actif en ce qui concerne son traitement est la possibilité d'effectuer un consentement libre et éclairé au traitement. D'ailleurs, certainEs intervenantEs fonderont principalement leur adhésion à l'approche GAM sur le droit des personnes au libre choix en matière de traitement. Par

exemple, une gestionnaire d'un centre hospitalier dit être en faveur de la GAM parce qu'elle juge le libre choix essentiel :

*« Personnellement, ça vient me chercher dans mes valeurs. Je suis d'accord avec ça. Je trouve que l'autonomie de la personne, le libre choix... Je dirais qu'à la limite, vu que je n'ai pas d'expérience en psychiatrie, ça m'apparaissait l'évidence qu'une personne peut aborder avec son médecin la dimension de la médication. J'avais même de la misère à m'expliquer pourquoi on fait un guide là-dessus : c'est tellement évident. Mais c'est pas si évident que ça, quand j'entendais les autres parler d'expériences où il y a une forme de rapport de forces, d'intimidation, de « deal », tu ne peux pas aborder telle question parce qu'il y a une perte au niveau de la relation. J'apprenais ça, et moi, dans mes valeurs, je trouve que c'est important que les gens conservent le libre choix en tout temps. C'est très personnel ton rapport à la médication » (Gestionnaire, CH).*

Comme nous l'avons vu dans certains des extraits cités plus haut, le *Guide personnel* est perçu par la majorité des intervenantEs qui adoptent une approche favorisant l'appropriation du pouvoir ou des principes similaires, comme un outil permettant de travailler dans un tel sens. Voici un autre commentaire, émis par un t.s. en CLSC, qui illustre ce rôle que lui attribuent les intervenantEs :

*« Le Guide permet aux personnes de faire une évaluation de base sur leur vie, semblable à celle que les intervenants font mais qu'ils ne partagent pas à la personne, on passe d'une prise en charge à une prise de conscience » (TS, CLSC).*

### ***Autres interprétations de la notion d'appropriation du pouvoir et leurs limites***

Bien que la majorité des intervenantEs rencontrés approuve et même souvent adhère à la notion d'appropriation du pouvoir ou à des notions semblables, cela ne signifie pas que dans les faits il n'y ait pas des divergences importantes au niveau des pratiques mises en place. Ces principes peuvent donner lieu à des interprétations et des pratiques différentes. Un intervenant insiste par exemple sur l'importance d'amener les personnes à être davantage responsables face à leur traitement, mais à partir d'une critique sévère de l'attitude des patientEs qui, selon lui, ne sont pas des victimes du système car ils ont accepté de suivre un tel traitement. Ce dernier a ainsi affirmé, lors de l'activité de formation: la « *GAM me chatouillait car je trouve que c'est un discours déresponsabilisant où on cherche un bouc émissaire et où les psychiatres et les médecins deviennent les méchants* » (Intervenant, CLSC). En fait, contrairement à plusieurs intervenantEs, il semble sous-estimer les pressions que la société en général et plus spécifiquement les services de santé exercent sur les personnes afin qu'elles aient recours à la médication psychotrope. Il considère malgré tout que la GAM est un bon moyen de rendre les gens plus responsables face à leur traitement. Par exemple, lorsqu'on lui a

demandé ce qu'est, selon lui, la contribution de la GAM dans la vie des gens, il a répondu: « *Mais en tout cas, c'est d'aider les gens à être plus responsables de ce qui leur arrive, de ce qui arrive dans leur vie, parce qu'on ne peut pas tout accepter la bouche ouverte, ne pas tout cracher non plus* » (Intervenant, CLSC).

Cette compréhension de la notion de responsabilisation s'éloigne de celle d'appropriation du pouvoir. Cette dernière suppose un processus par lequel la personne est amenée à reconnaître ses propres forces et à mieux comprendre la source de ses difficultés en départageant ce qui relève du contexte culturel, social ou politique, de ce qui appartient à sa propre histoire et à ses actions. L'appropriation du pouvoir conduirait à agir sur ses conditions d'existence, son rapport à soi et aux autres. Or, l'accent mis sur la responsabilisation mène, dans certains cas, à l'évacuation des facteurs sociaux dans l'analyse des difficultés de la personne et d'une certaine manière à culpabiliser la personne de sa situation.

Parmi les intervenantEs et médecins rencontrés dans le cadre du projet pilote, certains se sont dits réticents à travailler dans une perspective d'appropriation du pouvoir, principalement auprès des personnes psychotiques. En général, ces professionnels se sont montrés peu enclins à mettre en pratique l'approche GAM. Ce thème sera abordé dans la section portant sur l'enjeu de la psychose.

### ***1.5. L'accent mis sur la qualité de vie***

L'approche GAM situe le rapport à la médication dans un horizon plus large qui est la quête d'une meilleure qualité de vie. Cette perspective est considérée essentielle par les intervenantEs des réseaux public et communautaire. La première partie du *Guide personnel* qui porte sur l'évaluation de la qualité de vie est apprécié presque à l'unanimité auprès des intervenantEs et professionnels et professionnelles rencontrés. En fait, cet accent mis sur la qualité de vie favorise grandement l'ouverture des intervenantEs à la GAM puisque cette approche est basée sur le mieux-être de la personne, tel qu'elle le définit elle-même. Plusieurs intervenantEs se sont donc montrés rassurés que, contrairement à ce qu'ils ont pu penser à prime abord, la GAM ne fasse pas la promotion du sevrage de médicaments. Par exemple, un infirmier d'un centre hospitalier dira apprécier beaucoup l'utilisation du concept qualité de vie et le fait que le langage utilisé dans cette approche soit uniforme: « *La qualité de vie, ça peut être en augmentant, ça peut être en diminuant, ça, ça m'a sonné : c'est vrai, choisir les bons mots, qui sont moins menaçants, pour que les gens nous fassent un peu confiance* » (Infirmier, CH )». Une autre soulignera qu'elle trouve intéressant de parler de qualité de vie et non de contrôle des symptômes car cela en fait une approche beaucoup plus globale et humaine. On constate aussi que l'ouverture de plusieurs intervenantEs à l'application de cette approche provient du fait qu'ils travaillent déjà à l'amélioration de la qualité de vie de leurs clientEs.

Quelques intervenantEs du milieu hospitalier font remarquer que cette approche contraste fortement avec les pratiques valorisées actuellement en psychiatrie, puisque celles-ci seraient fondées sur la performance du système de services, évaluée à partir de critères objectifs ne tenant donc pas compte du point de vue des personnes, tels que le nombre d'hospitalisations, le retour au travail, etc. Le recours à ce type de critères engendrerait aussi une plus grande prescription de médicaments. Par exemple, une t.s. en milieu hospitalier dira que la formation-sensibilisation GAM lui fait prendre conscience des lacunes et contradictions des pratiques psychiatriques actuelles, telles que les pressions exercées par le « système » pour que les personnes soient hospitalisées le moins possible et qui amènent les intervenantEs à « oublier la personne et son rythme à elle. Notre clientèle ne doit pas retourner à l'hôpital, ils doivent être bien, ils doivent être stables, mais en même temps on oublie souvent que ces gens-là, bon, pour la société ont l'air à être stabilisés, mais c'est quoi leur qualité de vie aussi? » (T.S., CH). Un autre intervenant du même milieu ira dans le même sens en déplorant le fait que les budgets sont donnés en fonction de l'efficacité des services : « Il faut que notre service soit performant. C'est comme ça qu'on va avoir des budgets, c'est comme ça qu'on va pouvoir continuer. Alors, je trouve ça intéressant qu'il y ait quand même un courant qui soit plus axé sur le bien-être de la personne » (Intervenant, CH).

## ***2. Les limites et les enjeux de la GAM***

Tel que nous l'avons mentionné en introduction de ce chapitre portant sur les réactions des acteurs et actrices face à l'approche GAM, certains d'entre eux ont exprimé des réticences. Ces réticences sont de divers ordres et ne signifient pas nécessairement le rejet de la GAM par les personnes qui les ont exprimées. Certains acteurs et actrices questionnent sa légitimité, c'est-à-dire la justesse de ses postulats ainsi que la valeur des expériences et des savoirs qui la fondent. Par exemple, son origine communautaire semble être à la source de plusieurs réserves et questionnements. De plus, les mots utilisés pour nommer et expliciter l'approche GAM ont contribué aussi à l'émergence de certains préjugés. Par contre, dans la majorité des cas, ceux-ci se sont estompés lorsque les personnes qui les ont exprimés ont été davantage familiarisées avec l'approche. D'autres réticences sont d'un autre ordre et concernent les conséquences de son application, particulièrement chez les personnes aux prises avec la psychose. Cette question préoccupe un grand nombre d'acteurs et d'actrices, particulièrement les personnes usagères et intervenantEs confrontés à cette expérience troublante, qu'ils soient favorables ou non à la GAM, et représente en fait un défi pour son déploiement.

### ***2.1. Des préjugés dépassés par le dialogue***

Tel que nous venons de le mentionner, parmi les réticences suscitées par l'approche GAM, certaines ont trait à sa provenance ainsi qu'aux termes employés pour la nommer. Quelques intervenantEs ont exprimé des réticences face la GAM parce qu'elle émane du milieu communautaire, ce qui risque selon eux d'en faire une approche idéologique qui s'inscrirait dans le courant antipsychiatrique. Toutefois, leurs craintes diminuent

lorsqu'ils connaissent mieux l'approche, que ce soit à travers les activités de formation ou la lecture de documents ou textes de recherche, réalisant que le discours sur lequel cette approche s'appuie est nuancé. Toutefois, on constate que chez certains d'entre eux, la réticence à introduire « formellement » l'approche GAM, en utilisant par exemple le *Guide personnel*, persiste. Ceci ne veut toutefois pas dire qu'ils n'appliqueront pas certains aspects de la GAM.

Par ailleurs, l'utilisation de l'expression *médicaments de l'âme* dans l'appellation de l'approche est questionnée par plusieurs et semble alimenter les préjugés en lien avec son origine communautaire. Il en est de même pour l'expression *gestion autonome* qui peut sembler provocatrice pour certains, comme si elle déposait les médecins de leur rôle de prescripteur ou de leur champ d'expertise.

Les commentaires suivants émis par plusieurs intervenantEs illustrent bien les craintes et réticences que cette approche a pu susciter de prime abord relativement à son origine et à son appellation: « *Ma première réaction fut « qu'est-ce que ça mange en hiver? ». Toutefois, lorsque j'ai lu les textes, j'ai constaté qu'il s'agissait d'un discours réaliste et intéressant. J'espère toutefois que cette approche ne viendra pas creuser davantage le fossé qui existe entre les organismes communautaires et le réseau. Ça accroche avec elles dans la région »* (Intervenant, CLSC). Un autre dira: « *Le titre GAM fait communautaire dans le mauvais sens du terme car ça semble exclure le médecin. J'adhère toutefois à tout le reste»* (Intervenante, CLSC). Voici comment il critique certaines attitudes du communautaire qui selon lui transparaissent dans cette approche: « *GAM me chatouillait car je trouve que c'est un discours déresponsabilisant où on cherche un bouc émissaire et où les psychiatres et les médecins deviennent les méchants »* (Intervenant, CLSC). En fait, il précisera qu'il fait référence au discours de certains organismes communautaires de sa région qu'il considère antipsychiatriques.

La réaction d'une autre intervenante est fondée sur une perception un peu semblable du milieu communautaire, laissant entendre que ce dernier aurait une perception dichotomique de la société et se poserait en victime du système. Elle dira: « *Je me demande à qui sert la GAM. Est-ce pour les intervenants en tant qu'outil de revendication ou pour les usagers? J'ai déjà participé dans le passé à une recherche dans le milieu communautaire sur les personnes itinérantes, je connais donc bien la philosophie du communautaire qui se perçoit comme une victime du système »* (Intervenante, organisme communautaire). En fait, ces réactions, les deux premières surtout, nous amènent à penser que les relations entre le milieu communautaire et le réseau public dans chaque région, influencent la façon dont les acteurs et actrices du réseau public perçoivent cette approche. Cet aspect sera analysé plus en profondeur au chapitre 7 portant sur les conditions favorables et contraintes à la GAM.

En ce qui concerne plus spécifiquement le vocable *médicaments de l'âme*<sup>27</sup>, expression riche en évocation, il suscite diverses réticences correspondant à des façons différentes de

---

<sup>27</sup>Notre approche a été développée à partir de la demande des personnes usagères et cette expression « *j'ai mal à l'âme* » vient d'elles, pour spécifier que leur souffrance n'est pas réductible aux aspects biomédicaux. D'ailleurs, le mot psychiatrie et ses dérivés proviennent du mot grec « *psukhê* » qui signifie

l'interpréter en fonction, entre autres, du milieu d'appartenance de l'acteur. Par exemple, un gestionnaire d'un CH souligne que certains psychiatres auraient réagi négativement à cette expression. Il dira :

*« Parce que c'est des médecins et ils disaient « on n'aurait pas ce genre d'appellation caricaturale pour une autre forme de médication, pour le cœur, pour le diabète. Pourquoi en psychiatrie on a besoin de donner un terme aussi évocateur à la psychiatrie? » Ça vient les chercher dans leur pratique. Pour eux c'est très théorique, technique. Scientifique, c'est ça. (...) mais, tu sais, si ça c'était appelé « Cheminement face à la médication », pour des médecins ça passerait mieux » (Gestionnaire, CH).*

Une autre gestionnaire fait un commentaire qui va dans le même sens :

*« C'est sûr que je savais que ça ne serait pas facile pour le milieu psychiatrique parce que juste médicaments de l'âme, là, c'était quelque chose qui pouvait être interprété de façon tendancieuse. Moi, ce que j'ai beaucoup « vendu » c'est que c'était financé par le ministère de la Santé. C'est comme ça que je l'ai introduit auprès des psychiatres et auprès des intervenants. Je leur ai dit que c'était ÉRASME aussi, un projet de recherche, c'est le ministère de la Santé qui finançait ça » (Gestionnaire, CH).*

En dehors des médecins et psychiatres, des intervenantEs d'autres milieux ont jugé l'expression « *rebutante* » pour employer les termes d'un d'entre eux, qui ajoutera que « *ça fait flyée* » (Intervenant, organisme communautaire). Une autre dira : « *J'apprécie plus ou moins l'expression « médication de l'âme » qui pour moi fait judéo-chrétienne ou secte* » (Intervenante, organisme communautaire).

## **2.2. Perception d'une ambiguïté dans le message : diminution ou dose de confort?**

Certaines réticences exprimées à l'endroit de la GAM semblent causées par ce qui est perçu comme étant une certaine ambiguïté dans le message qu'elle véhicule quant à l'objectif visé. Plusieurs personnes, qu'elles soient intervenantes, gestionnaires ou usagères, nous ont dit qu'à prime abord elles avaient l'impression que la GAM suggère un sevrage complet ou presque de la médication. Plusieurs facteurs sont responsables de cette situation, un des plus importants semble être la façon dont est conçu le *Guide personnel*, la deuxième partie présentant une méthode de diminution de la médication en vue de l'obtention d'une dose de confort ou d'arrêter la consommation. De plus, certains commentaires de personnes usagères cités dans le *Guide personnel* sont perçus par certaines comme pouvant alimenter cette confusion.

---

âme sensitive (Petit Robert 1). Cela permet aussi d'établir une certaine continuité avec un autre outil de formation important développé afin de rendre accessible l'information sur les divers traitements pharmacologiques disponibles, le *Guide critique des médicaments de l'âme* (Cohen et al., 1995).

Par exemple, un des participants au projet pilote, en faveur avec cette approche, souligne que certaines citations du *Guide Personnel* transmettent le message que la responsabilisation de la personne face à sa médication passe par la diminution de la consommation. Il compare l'influence que peut avoir le Guide sur les personnes à celle du psychiatre, dans le sens qu'elle peut être aussi répressive :

*« Et je trouvais des fois dans le guide qu'on insistait beaucoup sur sa responsabilité en regard d'une diminution, mais pour moi elle peut être autant responsable d'être fidèle à sa médication dans la mesure où elle est confortable avec ça. Pas juste dans l'idée de diminuer. Mais responsable. C'est ça qui me restait. Et je pense que c'est ça qui m'irritait dans les propos très flamboyants de certains, c'est que je trouvais que ça éloignait la responsabilité dans le sens que ça influence autant que le médecin qui peut être un moment donné répressif pour ta médication. Ce genre de propos-là « anti » influencent autant » (Gestionnaire, réseau public).*

Sur les citations comme telles, il ajoutera plus loin :

*« Certaines évoquent que la médication, en quelque part, c'est du poison. Je trouvais ça aussi extrême que de dire, " la médication, ça te soulage de tous tes maux et tu n'auras plus jamais de problème ". (...) Je trouvais que ça enlevait la nuance au message » (Gestionnaire, réseau public).*

Par ailleurs, cet acteur fera remarquer qu'il apprécie toutefois les propos que les responsables du projet ont tenus dans les autres contextes (dîner-conférence, comité de travail, textes de recherche, etc.), il les trouve très humains.

En effet, plusieurs des personnes dont le premier contact avec l'approche GAM s'est fait par l'intermédiaire du *Guide personnel* se sont montrées craintives face à cette approche et diront qu'il a suscité chez elles bien des interrogations. Toutefois, en général, ce malentendu se dissipe lorsque l'approche et les principes qui la sous-tendent sont explicités, soit par le biais d'activités de formation, de documents ou de textes de recherche. En fait, lorsque l'approche dans toutes ses nuances est bien expliquée aux intervenantEs, le *Guide personnel* prend tout son sens et ceux-ci reconnaissent qu'il représente un outil utile pour l'intervention.

Par ailleurs, d'autres intervenantEs ont dit, au contraire, que le *Guide personnel*, les a rassuré face à l'approche. Chez certains, c'est la première partie du Guide portant sur l'évaluation de la qualité de vie qui est appréciée et jugée très utile pour l'intervention. Chez d'autres, particulièrement des médecins, c'est la méthode de diminution suggérée (méthode du dix pour cent) qui les a rassurés, car ils considèrent qu'elle est adéquate, (bien) fondée et qu'il est important de la connaître pour prévenir des sevrages drastiques.

### *2.3. Enjeu de la psychose*

L'analyse des réactions à la GAM des différents acteurs et actrices montre qu'un grand nombre de questionnements et de réticences concernent les enjeux associés à l'intervention auprès des personnes ayant vécu l'expérience psychotique. Cette question traverse depuis ces débuts le développement de l'approche GAM et a toujours constitué une des préoccupations majeures des intervenants (Rodriguez et Poirel, 2001).

En général, la disposition des intervenantEs et des médecins à mettre en pratique l'approche GAM diffère selon la nature des problèmes de santé mentale. Lorsqu'il s'agit de l'expérience psychotique, les craintes sont plus marquées, d'une part à cause de l'importance des situations de crise et de la nature et l'intensité des bouleversements qu'elle provoque, et d'un autre côté, par les catégories de médicaments utilisées pour traiter ce type de problèmes et la complexité de toute tentative de réduction. CertainEs intervenantEs refusent dans ces cas de mettre en pratique la GAM.

#### *La conception biomédicale de la psychose*

Certaines hypothèses de recherche en biopsychiatrie viennent augmenter certaines craintes concernant la GAM en lien avec la psychose, en stipulant que la crise psychotique cause des séquelles permanentes au cerveau. Quelques intervenantEs et médecins rencontrés dans le cadre du projet pilote adhèrent à la thèse de la « *toxicité des crises psychotiques* » et se montrent réticents à mettre en pratique la GAM auprès des personnes qui ont ce type de problèmes.

Qu'on adhère ou non à la thèse de la « *toxicité des crises psychotiques* », la possibilité qu'une diminution de médicaments entraîne une nouvelle crise psychotique préoccupe la majorité des intervenantEs, surtout si elle se solde par une hospitalisation, celle-ci étant souvent une expérience éprouvante. De plus, dans bien des cas la personne sort de l'hôpital encore plus médicamentée, ce qui va à l'encontre de ses aspirations de départ.

#### *Autres formes de traitement*

La diminution des antipsychotiques soulève aussi la question de l'accès à des alternatives au traitement psychopharmacologique. Plusieurs intervenantEs et personnes usagères déplorent que notre système de santé offre peu d'alternatives au traitement psychopharmacologique. Ceci est d'autant plus vrai pour les personnes qui connaissent des épisodes psychotiques, qui contrairement à celles qui ont des troubles moins sévères de santé mentale, ont très rarement accès à des traitements *autres* que la médication. D'autres types de traitements existent mais ils sont plutôt méconnus et pas suffisamment reconnus, pour diverses raisons : ils sont surtout offerts dans des milieux extérieurs au réseau public (communautaires ou privés); ils sont fondés sur une conception non biomédicale des problèmes de santé mentale, souvent sur la psychanalyse, qui a perdu de son ascendance ces dernières décennies au profit des approches biomédicale et cognitivo-comportementale (Lecomte, 2003); ils font moins l'objet d'études scientifiques leur

permettant d'atteindre davantage de légitimité aux yeux des milieux médical et politique. Une t.s. d'un centre hospitalier décrit bien l'importance de renforcer les approches alternatives, par le biais de recherches scientifiques, notamment, afin d'assurer un vrai renouvellement des pratiques, tel que le suggère la GAM:

*« Je pense qu'on va avoir besoin aussi de plus en plus d'expériences probantes, parce que pour finalement faire le contrepoids, je me dis, compagnies pharmaceutiques, médecins, on sait que c'est le gros du pouvoir, je pense qu'on va avoir besoin de beaucoup d'expérience. (...) Le 388<sup>28</sup> et un ensemble des expériences confirment qu'il y a d'autres approches possibles d'accompagnement. Au niveau évidemment des zones de confort en ce qui concerne la psychose, je pense qu'on a besoin encore de beaucoup de recherches, parce qu'avant de révolutionner l'ensemble des pratiques, il va falloir être alliés là-dedans » (T.S., CH).*

### *Le consentement libre et éclairé*

Une autre difficulté associée à la psychose soulevée par quelques intervenantEs concerne la capacité pour les personnes psychotiques, particulièrement lorsqu'elles sont en crise, de donner un consentement libre et éclairé. Certains d'entre eux affirmeront explicitement avoir des réticences à travailler l'appropriation du pouvoir auprès de personnes psychotiques. Par exemple, un travailleur social en milieu hospitalier dira trouver « *la question de l'appropriation du pouvoir chatouilleuse car je me questionne sur la capacité des personnes psychotiques de donner un consentement éclairé* » (T.S., CH). Une psychologue en CLSC dira : « *Lorsque je suis des personnes qui ont un profil psychotique, je ne travaillerai pas l'appropriation du pouvoir avec elle* » (Psychologue, CLSC). Un autre psychologue en CLSC fera appel à un argument différent, qui concerne la relation avec le médecin, pour justifier sa réticence à travailler l'appropriation du pouvoir auprès d'une telle clientèle. Il dira :

*« En redonnant du pouvoir à la personne, on va tomber dans la triangulation. Il est essentiel que le médecin ait du pouvoir, cela fait partie du processus thérapeutique. Il doit toutefois pas en abuser et le but du médecin c'est de s'assurer que la personne n'ait plus besoin de le voir le plus rapidement possible » (Psychologue, CLSC).*

---

<sup>28</sup> Le "388" est un Centre psychanalytique de traitement des psychoses pour jeunes adultes, membre du RRASMQ, et dont l'objectif premier est de traiter la psychose. Toutes les activités cliniques sont conçues, menées et évaluées à partir d'une approche psychanalytique. Dans cette approche, « le traitement vise à restituer une sphère d'activités psychiques subjectives à partir de laquelle les personnes peuvent s'articuler à la vie sociale et reconquérir un contrôle suffisant de leur vie personnelle et sociale ». Il s'agit « d'aller bien au-delà de la stabilisation du délire et du contrôle des effets désorganisateur de la psychose. » Le « 388 » est membre du GIFRIC (Groupe Interdisciplinaire Freudien de Recherche et d'Intervention Cliniques et Culturelles) qui a mis sur pied un observatoire clinique où des recherches sur le traitement psychanalytique des psychoses sont réalisées depuis plus de 24 ans.

Un intervenant en foyer de groupe décrira sous un autre angle les enjeux éthiques auxquels il est confronté dans sa pratique en lien avec la possibilité pour la personne de consentir ou non au traitement prescrit. Il y est d'autant plus confronté que cette ressource, qui accueille surtout des jeunes psychotiques, a le mandat de se conformer au traitement prescrit par le psychiatre. Sur les obstacles à la mise en pratique de la GAM, il dira :

*« Bien, en foyer d'hébergement, certaines personnes sont rendues là, certaines ne le sont pas. Certaines ne sont pas du tout « compliantes » au traitement. C'est sûr que c'est une question difficile. Il y a des enjeux éthiques, il y a des enjeux à plusieurs niveaux. Évidemment, nous, il y a toujours le cadre qui fait que quand on va au foyer d'hébergement, c'est ça qui est la réalité, c'est le cadre. Mais quand même, c'est un débat qui est plus large un peu, c'est-à-dire, qu'on est sensible au fait que la médication ne règle pas tout. Les enjeux éthiques, c'est par rapport au choix d'un individu par rapport au fait de prendre ou de ne pas prendre sa médication. Au choix que la personne peut faire, au choix de traitement, etc. Tout ça fait que ce n'est pas simple. Il y a quand même une question de comment on va l'entendre et, pas jusqu'où on peut l'entendre, mais si on peut l'entendre complètement. Mais c'est après ça, dans l'intervention, comment on se situe » (Intervenant, organisme communautaire).*

Un peu dans le même ordre d'idées, un bon nombre d'intervenantEs considère que la GAM n'est pas appropriée auprès des personnes qui ne reconnaissent pas leur problèmes de santé mentale ou qui ne sont pas en mesure de faire un travail sur soi, caractéristiques souvent associées aux personnes psychotiques. Certains feront référence particulièrement aux jeunes psychotiques qui sont souvent en déni face à leurs problèmes de santé mentale. Plusieurs des intervenantEs qui travaillent auprès de cette clientèle pensent qu'il est préférable d'attendre quelques années avant de les introduire à cette approche. Dans les premières années, leurs interventions visent surtout la stabilisation de l'état de la personne à travers la mise en place de repères bien précis. Une intervenante dira : *« On ne peut pas arriver du jour au lendemain avec cette approche »* (Intervenante, organisme communautaire). Un de ses collègues ajoutera : *« Il y a d'autres mécanismes en jeu, les mécanismes mentaux, les structures de fonctionnement mental, les mécanismes psychiques tel que la dénégation. C'est notre quotidien ça. Le Guide n'est pas pour tout le monde. L'ancrage de la personne est nécessaire et cela peut prendre 1 ou 2 ans »* (Intervenant, organisme communautaire). Il précisera toutefois par après qu'il est possible *« de mettre en pratique certains aspects du contenu, en enlevant la partie sevrage. C'est un peu en miroir de notre propre programme d'intervention »*.

En fait, en ce qui concerne plus spécifiquement l'utilisation du *Guide personnel* auprès des personnes psychotiques nouvellement diagnostiquées, les avis sont partagés. La grande majorité des intervenantEs considère que la deuxième partie du Guide, proposant une méthode de diminution de la médication, n'est pas appropriée pour elles, craignant

qu'elle ne les incite à cesser drastiquement leur médication. Toutefois, plusieurs soulignent, tout comme l'a mentionné l'intervenant cité ci-haut, que la première partie du Guide portant sur l'évaluation de la qualité de vie est un bon outil pour amener les personnes à mieux se connaître et prendre davantage conscience de leurs difficultés.

Un des participants au projet pilote interrogé sur la question des dangers de distribuer le *Guide personnel* à des personnes nouvellement diagnostiquées ou qui ne reconnaîtraient pas leur maladie a un tout autre point de vue, qui est quelque peu polémique :

*« La littérature en général, on y prend ce qu'on y cherche (...) Donc je trouve que les gens ont suffisamment de jugement pour savoir ce qui est pour eux et ce qui n'est pas pour eux, et je n'ai pas peur que quelqu'un prenne ça dans une salle d'attente, lise ça et l'applique. C'est pas vrai, ce n'est pas comme ça que ça se passe. C'est un processus beaucoup plus viscéral et si ça ne colle pas. (...) Q: Et quand on entend dire, « bien, cette approche-là, ce n'est pas bon pour ceux qui ne reconnaissent pas leur maladie »? R: Bien, ils ne reconnaîtront pas plus qu'ils ont besoin d'un sevrage. Ils prennent des médicaments parce que ça leur tente. C'est la solution facile, non? (...) R: Les jeunes psychotiques ne prendront pas ça pour lire ça. Ça ne les intéresse pas. Ça ne sera pas l'impact du guide qui va faire ça. (...) Je trouve que c'est prétentieux (...), de penser qu'on peut dire que pour un tel ça va être bon et que pour tel autre, ça ne sera pas bon. On se prend pour qui? On ne sait pas comment ça se passe dans la tête du monde » (Gestionnaire, réseau public).*

## **Chapitre 6. Impact du projet pilote GAM : Un nouveau regard qui permet de nommer, systématiser et renouveler les pratiques en santé mentale**

Cette section du bilan porte sur l'impact du projet pilote sur les conceptions et les pratiques d'intervention. Différents types de données nous permettent de documenter l'impact: les observations participantes dans les lieux d'échanges partenariaux, lors des activités de formation ou lors de rencontres plus informelles, où les intervenants et gestionnaires nous décrivent leurs pratiques ou celles qu'ils comptent mettre en place; les entrevues individuelles réalisées auprès d'intervenantEs et de gestionnaires, où les premiers parlent de leurs pratiques et les seconds des pratiques développées dans leur organisme.

Dans ce chapitre, nous allons aussi présenter les pratiques liées à la GAM développées dans le cadre de ce projet pilote en portant notamment une attention particulière à la façon dont le *Guide personnel GAM* est utilisé et contribue à l'enrichissement et au renouvellement des pratiques en santé mentale.

### ***1. Niveaux d'impact du projet pilote sur le développement de pratiques liées à la GAM***

Ce bilan a permis d'identifier plusieurs niveaux d'impact déterminés en partie par le type de pratiques entourant la médication mise de l'avant par les intervenantEs antérieurement au projet pilote GAM, par leur ouverture face à cette approche et par leur niveau de participation au projet pilote<sup>29</sup>.

Nous avons, d'une part, recueilli les commentaires d'intervenantEs et de gestionnaires sur la façon dont cette approche fait écho à leur pratique ou sur la manière dont ils comptent l'appliquer; et d'autre part, nous avons amené les personnes interrogées à décrire les pratiques en lien avec la GAM mises en place suite à la participation à des activités du projet pilote. Pour des raisons méthodologiques, dans certains cas, les changements de pratiques prévus et ceux qui sont actualisés ont été traités simultanément.

---

<sup>29</sup> Le niveau de participation au projet pilote a varié en fonction de divers facteurs : l'appartenance ou non à des organismes ayant accepté plus formellement d'introduire l'approche GAM dans leur pratique en devenant des ressources pilotes; la participation ou non à un comité de travail GAM sous-régional; le nombre d'activités de formation-sensibilisation GAM auxquelles les participantEs ont assisté.

### ***1.1. Un nouveau regard : nommer les contraintes et les possibilités de changement liées au vécu des personnes et aux pratiques en santé mentale***

L'approche GAM et les réflexions qui l'entourent ont permis à un bon nombre d'intervenantEs de nommer et de confirmer les questionnements et les réserves qu'ils avaient face aux à certains aspects des services en santé mentale et de donner sens à des contradictions qu'ils expérimentent dans leurs pratiques quotidiennes. La mise en contact avec l'approche GAM n'amène pas, dans tous les cas, le développement de nouvelles pratiques, mais ces acteurs et actrices insistent sur l'élargissement potentiel de leur capacité d'écoute des difficultés que vivent les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

### ***1.2. Susciter l'émergence de nouvelles pratiques***

Dans notre société, la médication est généralement perçue comme étant une question qui concerne presque exclusivement les médecins, et dans une moindre mesure d'autres professionnels de la santé. Par conséquent il ne va pas de soi pour les autres intervenantES de considérer qu'ils peuvent avoir un rôle à jouer à ce niveau. Il n'est donc pas surprenant qu'un grand nombre d'intervenantEs rencontrés dans le cadre du projet pilote, appartenant à diverses professions (travail social, psychologie, éducateurs, etc., hormis les spécialistes de la santé), aient affirmé qu'ils n'intervenaient pas sur cette question. Ainsi, lorsque les personnes abordaient ce sujet avec eux, soit pour exprimer des insatisfactions ou pour poser des questions, ils les réfèrent d'emblée à leur médecin ou à un autre professionnel de la santé (infirmier ou infirmière, pharmacien ou pharmacienne).

Par ailleurs, chez d'autres intervenantEs, les pratiques liées au suivi de la médication étaient à peine émergentes, relevant davantage de l'intention que de l'action. Ceux-ci avaient conscience, de façon plus ou moins claire, de l'importance d'intervenir, sans toutefois oser le faire.

La participation aux activités de formation-sensibilisation à la GAM aurait amené plusieurs d'entre eux à prendre conscience de l'importance pour les personnes d'être entendues dans leur rapport à la médication, ainsi qu'à mieux saisir le rôle qu'ils sont en mesure de jouer. Par exemple, une t.s. de l'accueil psychosocial d'un CLSC dira:

*« R: Bien, quand j'ai assisté à cette rencontre-là je trouvais que ça avait bien du sens. Ça nous sensibilisait à toute la médication que les gens peuvent prendre et peut-être à notre rôle là-dedans, de les sensibiliser aussi. (...) ça a changé un peu dans le sens que si quelqu'un vit quelque chose de circonstanciel, de situationnel, je vais avoir plus tendance à dire, « ah oui? le médecin t'a déjà prescrit un médicament? » Mais il faut faire attention parce que ce que le médecin a décidé, ce qu'il a prescrit aux gens, des fois c'est le bon Dieu, le médecin. Je vais peut-être plus leur jaser de ça qu'auparavant » (T.S., CLSC).*

La même intervenante ajoutera un peu plus loin au cours de l'entrevue :

*« En tout cas, moi personnellement ça m'a sensibilisée qu'il y a des choses peut-être que je n'aurais pas osé faire avant et que je me disais, ah, je n'ai pas le droit de leur parler de leur médication. Parce que peut-être que pour moi, auparavant médication égalait médecin. Ce n'était pas de mon ressort. Mais oui, je peux quand même les sensibiliser à l'importance de tous les effets secondaires à long terme ». En encore plus loin : « Je m'arrête plus. Avant aussi, mais j'y pensais sans vraiment intervenir » (T.S., CLSC).*

Ces extraits illustrent bien comment la participation aux activités de formation-sensibilisation à la GAM a amené cette intervenante à considérer qu'il lui était possible d'agir sur la question de la médication. Le type de pratiques déployé variera d'un intervenantE à l'autre en fonction d'une série de facteurs. Dans cet exemple, les nouvelles pratiques mises en place consistent essentiellement à la remise en question de la tendance de certains médecins à prescrire des psychotropes pour des problèmes légers pouvant facilement être traités autrement, ou aux prescriptions sur une très longue période sans autre forme d'accompagnement ou de soutien.

Le rôle que ces intervenantEs, peu habitués à aborder la question de la médication, jouent suite à leur participation au projet pilote, se situe surtout au niveau de l'écoute du rapport de la personne à sa médication, de la référence vers des ressources d'information sur la médication et à une moins grande échelle, du soutien dans les tentatives de l'utilisateur de négocier la médication avec le prescripteur.

*« Hormis les infirmières, qui font le suivi de la médication depuis toujours, les intervenants ont dit dans l'ensemble que lorsqu'il était question de médication avec leurs clients, ils avaient comme réflexe de les référer à l'infirmière ou au médecin car ils se sentaient peu à l'aise d'aborder cette question avec eux. Toutefois, cette formation leur fait prendre conscience de l'importance d'être à l'écoute de ce que les personnes ont à dire à ce sujet. Elle leur a fait réaliser qu'ils pouvaient prendre du temps pour regarder cette question avec eux, dont évaluer les aspects symboliques de la médication. En d'autres termes, ils ont dit qu'il était important d'aborder cette question avec eux et que le pas qu'ils se sentent en mesure de faire consiste à les écouter dans ce que les médicaments leur font vivre. Toutefois, les intervenants ont dit que dans le cas où cette exploration avec la personne susciterait une demande de diminution, ils ne se sentiraient pas assez outillés pour l'accompagner dans ce sens » (Intervenant, organisme communautaire<sup>30</sup>).*

---

<sup>30</sup> Résumé des propos tenus par les intervenantEs de CLSC et de Centres hospitaliers lors d'une formation-sensibilisation à la GAM, fait par un membre d'un comité de travail GAM.

Lorsqu'on examine le type de pratiques déployées par certainEs intervenantEs de Centres hospitaliers suite à leur participation à ces activités de formation-sensibilisation, on constate qu'il correspond en grande partie à celui mentionné ci-dessus. Ainsi, le gestionnaire d'un centre hospitalier questionné sur l'effet du projet pilote sur les pratiques des intervenantEs de son équipe, mentionne constater chez ceux-ci une meilleure écoute du rapport des personnes à leur médication et une prise en compte de leurs demandes. Il attribue ces changements au projet pilote GAM (activités de formation et introduction de nouveaux outils d'intervention, tel que le *Guide personnel GAM*), mais aussi à l'établissement de liens plus étroits avec les organismes communautaires du territoire.

*« Q : Diriez-vous qu'à l'hôpital il y a des pratiques qui ont été développées en lien avec l'approche GAM? R: (...) une considération et une écoute différentes, oui, par rapport aux désirs des clients, à leur médication, à l'ajustement. Il y a quelque chose qui germe, je dirais. Q: Qui vient d'où? R: Bien, tout ça, tout ce climat-là, la GAM, les outils qu'on introduit, les structures de liaison avec les organismes communautaires qui, veux, veux pas, changent la culture de l'établissement qui était une culture très fermée. Alors cette pénétration-là de l'Autre, du différent, questionne les choses, questionne les pratiques, ébranle les croyances. Ça, c'est super bon. Alors c'est un outil de plus. Ce n'est pas l'outil. C'est un outil de plus qui vise la considération de l'individu qui porte cette maladie-là. Ça structure son identité et c'est lui qui la porte, ce n'est pas nous. C'est lui qui vit au quotidien avec ça » (Gestionnaire, CH).*

Toujours en évaluant l'impact du projet pilote sur la pratique des intervenantEs de son équipe, ce même gestionnaire donnera aussi l'exemple d'une psychologue qui, auparavant, référerait à l'infirmière les personnes ayant des interrogations sur leur médication, tandis que maintenant elle ira sur le champ chercher les réponses auprès de celle-ci afin de rassurer la personne le plus rapidement possible. Elle considère que cette intervention permet à la personne d'être plus disponible pour poursuivre le travail thérapeutique.

*« Louise, de la clinique externe, disait qu'elle, avant, quand elle avait des questions face à la médication, elle référerait ça à l'infirmière au prochain rendez-vous, mais que maintenant, systématiquement elle quitte la salle d'entrevue, elle va voir l'infirmière, elle va chercher la réponse à la question de la personne et elle la lui ramène maintenant, considérant que si ça te préoccupe, ça ne donne rien de passer à autre chose, de toute façon c'est ça qui te préoccupe. Et ça, c'était assez partagé » (Gestionnaire, CH).*

### ***1.3. Formaliser et enrichir les pratiques existantes***

Le troisième niveau d'impact du projet pilote sur la pratique des intervenantEs consiste à la formalisation et l'enrichissement de pratiques entourant le suivi de la médication déjà présentes sur le terrain. Ainsi, parmi les acteurs et les actrices rencontrés dans le cadre du projet pilote, plusieurs mettaient déjà en œuvre des pratiques similaires à la GAM, en offrant un suivi de la médication dans une optique de qualité de vie et d'appropriation du pouvoir.

Toutefois, la mise en contact avec l'approche GAM a permis la formalisation et l'enrichissement de ces pratiques, grâce à différents facteurs, tels que : la participation aux activités de formation qui ont, par exemple, sensibilisé les acteurs et les actrices à l'importance d'insister davantage sur certaines de leurs pratiques; l'accès à des outils d'intervention GAM, le *Guide personnel GAM* principalement, qui leur permet d'être plus systématique dans leur intervention; le sentiment chez les intervenantEs que leurs gestionnaires cautionnent cette approche.

Cette formalisation et cet enrichissement des pratiques s'exercent différemment selon les intervenantEs, en fonction de diverses variables, telles que : les pratiques déjà déployées antérieurement au projet pilote; la façon dont ils conçoivent leur rôle dans ce domaine d'intervention; leur milieu d'intervention, certains favorisant plus que d'autres la mise en œuvre d'une approche telle que GAM. L'analyse suivante des propos de participantEs au projet pilote illustre ces processus d'enrichissement des pratiques.

Chez plusieurs intervenantEs, l'approche GAM est venue valider leurs perspectives d'intervention ou certaines pratiques. Le commentaire suivant, fait par une travailleuse social en CLSC, montre comment la participation au projet pilote a renforcé des pratiques en lien avec la GAM déjà présentes en venant confirmer l'importance de la collaboration avec la personne :

*« Q: Quelles sont les pratiques qu'au CLSC vous avez développées en lien avec l'approche GAM? R: Bien, c'est comme je vous disais, on était déjà beaucoup centré sur la collaboration avec le client. C'est que c'est venu renforcer ce que nous on faisait déjà. C'est comme si on s'est dit, bien, on n'est pas à côté de la « track ». On est correct dans ce qu'on fait et c'est vrai que ça devrait fonctionner comme ça. Alors pour nous ça vient un plus » (T.S., CLSC).*

Chez un autre intervenant, un psychologue en CLSC, la participation aux formations GAM lui a permis de valider la pertinence d'écouter la personne quand il est question du rapport qu'elle entretient avec la médication, pratique qu'il avait développée intuitivement, sans être sûr d'être en droit de le faire, craignant empiéter sur le champ de compétence des médecins.

*« Être à l'écoute du rapport à la médication, je croyais que c'était pas mon affaire au début mais dans la pratique on le fait car cette question est très présente chez les personnes. Lors des rencontres, je commence toujours par « comment ça va? » et j'aborde la question des effets secondaires des médicaments. Votre approche va me permettre de mieux situer ça et en lisant le Guide personnel et les autres documents, je pourrais être plus systématique dans cette verbalisation sur la médication » (Psychologue, CLSC).*

En fait, dans le contexte actuel de la pratique en santé mentale, où les personnes sont de plus en plus médicamenteuses et n'ont souvent pas accès à un suivi médical satisfaisant, les intervenantEs sont amenés, par la force des choses à élargir leurs pratiques en lien avec la médication. Plusieurs d'entre eux voient donc en la GAM un moyen de le faire de façon plus systématique.

Par ailleurs, la participation au projet pilote, via les activités de formation notamment, a sensibilisé certainEs intervenantEs à l'importance d'insister davantage sur certains aspects de leurs pratiques. Par exemple, une psychologue mentionne que la formation-sensibilisation GAM l'a « réveillée » concernant l'importance de responsabiliser davantage les personnes quant à la prise de médicaments, ce qui signifie pour elle d'amener la personne à mieux gérer sa médication, mais aussi à faire en sorte que la prise d'un médicament découle d'un choix éclairé afin de s'assurer que la personne « le prenne psychologiquement », ce qui augmenterait, selon elle, ses chances de se rétablir.

Un médecin explique comment la formation *l'Autre côté de la pilule* l'a amené à insister davantage auprès de ses patientEs sur la question des effets secondaires.

*« Et aussi, la formation que j'ai eue, De l'Autre côté de la pilule, avec les limites que j'ai dit, quand même ça fait réfléchir sur beaucoup d'affaires, que ce soient les impacts de la médication ou... Même moi, penser aux effets secondaires plus souvent et informer plus » (Médecin).*

Les outils d'intervention GAM, le *Guide personnel GAM* principalement, constituent un autre facteur favorisant l'enrichissement des pratiques GAM, en permettant aux intervenantEs d'être plus systématiques dans leur accompagnement. Par exemple, plusieurs intervenantEs rencontrés ont dit que l'accompagnement des personnes dans la recherche d'une médication assurant une meilleure qualité de vie, est un type d'intervention qu'ils font déjà, mais le *Guide personnel GAM* permet de systématiser les pratiques : *« enfin on a un outil, c'est ça la différence »* (Infirmier, CH).

Tel que mentionné plus haut, un autre facteur important favorisant le déploiement de pratiques GAM dans les services publics est la caution que l'approche a reçue des gestionnaires responsables qui ont accepté que leur institution participe au projet pilote.

*« Q: Mais le fait d'avoir été mise en contact avec cette approche-là, dirais-tu que ça a eu un impact sur ta pratique d'intervention? R: Oui parce que c'est une responsabilité qu'on prenait, avant, de faire ce qu'on faisait, en travail d'équipe avec le psychiatre. Mais là ça nous amène plus une ouverture. On sait qu'on peut s'asseoir avec le client et en parler ouvertement. Ce qu'on ne faisait pas avant. Et on sait que le psychiatre a quand même la même approche. Alors avec le projet pilote qui vient embarquer par-dessus ça, ça nous amène un plus. Ça renforce au niveau de notre pratique. Bien, ça nous amène plus une assurance à nous. Alors c'est comme un poids d'enlevé sur nos épaules, et dire, " oui, on va être capable de le faire et on a des appuis pour le faire ". Alors je trouve que c'est ça qui fait le plus. On a la permission de le mettre en pratique » (Infirmière, CLSC).*

En fait, l'appui des gestionnaires peut signifier pour l'intervenantE que ces premiers mettront en place les conditions favorables à l'application de l'approche GAM, telles que la collaboration de médecins, la possibilité de faire des interventions plus longues, etc.

Quelques intervenantEs du réseau public, appartenant pour la plupart au milieu hospitalier, ont dit qu'ils avaient une pratique semblable à celle mise de l'avant par l'approche GAM, fondée sur un regard critique face à certains aspects de la biopsychiatrie. Toutefois, ils gardaient ces pratiques plutôt secrètes, se disant qu'elles allaient à l'encontre des approches prônées dans leur milieu. Ici, la contribution du projet pilote GAM consiste donc en la possibilité pour l'intervenant de mettre au grand jour des « pratiques silencieuses ». Par exemple, une infirmière d'un centre hospitalier dira :

*« Pour moi en tout cas, peut-être les 15 même les 20 premières années de ma pratique, les patients n'avaient aucun pouvoir sur la médication. Moi je le faisais un petit peu de façon délinquante. Là j'ai l'impression que j'ai un outil enfin! Quand je suggérais à un patient de diminuer j'étais un peu craintive parce que le médecin souvent n'était pas nécessairement d'accord avec ça, et ça demande du travail à un médecin quand tu commences à diminuer une médication» (Infirmière, CH).*

## **L'impact du projet pilote GAM sur le développement de nouvelles pratiques au sein d'un groupe de parents et proches de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale**

1. **Sensibilisation** des parents ou de proches à l'expérience des usagers et à la place de la médication. On a mis l'accent sur l'analyse des facteurs, au-delà de la médication, qui contribuent aux difficultés ou au bien-être de la personne. À travers le *Guide Personnel GAM*, notamment, on les aide à identifier les événements et les facteurs psychosociaux qui agissent sur une amélioration ou une détérioration de la santé mentale de leur proche. Une intervenante raconte :

« Mais quand le proche vit encore sous le même toit, là ça devient plus compliqué parce que le parent le surveille, « il ne l'a pas pris; je le sais, qu'il ne l'a pas pris; je devrais peut-être le mettre dans sa nourriture ». (...) Q: Dans ces cas-là, comment tu intervies? R: Bien, j'ai utilisé une fois le guide de la Gestion autonome de la médication avec les parents. J'ai eu à l'utiliser une fois pour vraiment faire le tour, faire le bilan. Prendre le guide des usagers, mais l'adapter pour les parents pour faire le bilan, pour savoir, « est-ce que ça se pourrait que ça serait cela, que ça serait ça, plutôt que juste la médication », et ça a aidé beaucoup à dédramatiser » (Intervenante, Groupe de parents et de proches). Elle explique ensuite avoir utilisé le *Guide personnel* auprès d'une femme qui soupçonnait son fils d'avoir cessé sa médication parce que sa psychose se manifestait davantage. L'évaluation de la situation de vie de son fils, par le biais du *Guide personnel*, l'a amenée à prendre conscience que ce qui était à l'origine de la détérioration de son état, n'était pas l'arrêt de sa médication, mais le suicide récent de son frère.

2. **L'approche GAM auprès des proches**, ceux-ci étant souvent médicamenteux (antidépresseurs ou anxiolytiques). Cet accompagnement des proches dans la recherche d'une médication satisfaisante ou dans la diminution ou l'arrêt de celle-ci est toutefois limité lorsque ceux-ci ne fréquentent pas l'organisme sur une longue période.

« Mais c'est surtout des parents qui prennent des antidépresseurs depuis des fois 10, 15 ans, ou des anxiolytiques et qui aimeraient bien diminuer. À ce moment-là, ça, je pourrais quand même un peu... Mais vu que je ne rencontre pas les gens sur une longue période, c'est difficile, parce que ça demande un accompagnement assez serré, je trouve. Bien, peut-être que là je vais avoir des nouvelles ressources, alors peut-être que là je vais pouvoir... Il y a un ajout de budget » (Intervenante, Groupe de parents et de proches).

3. **La GAM comme un moyen pour favoriser le dialogue entre les proches et la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale.** Par exemple, un homme, ayant participé à la formation-sensibilisation GAM, a utilisé le *Guide personnel* auprès de son frère qui venait de faire une tentative de suicide.

« Et lui, il l'utilise. Lui, c'est un outil qu'il trouve extraordinaire. Son frère a fait une tentative de suicide il y a quelques mois, une tentative très, très, très importante, et il m'a dit qu'il a repris le guide après, quand son frère allait mieux. Son frère avait arrêté sa médication depuis plusieurs mois, et il demeure juste au-dessus de chez lui, alors il a dit, « moi, il faut que je sache un peu ce qui en est parce que ça devient inquiétant ». Et il s'est servi du guide avec son frère et il a dit qu'il a trouvé ça très intéressant parce que, il a dit, « je ne savais pas trop par où commencer pour en parler, je ne voulais pas non plus être trop émotif. Ça, c'était concret. Je pouvais aller du point A au point B, suivre les étapes ». Et il a dit que son frère a trouvé ça bien intéressant aussi » (Intervenante, Groupe de parents et de proches).

#### ***1.4. Expérimenter de nouvelles pratiques***

Dans le cadre de ce projet pilote, quelques organismes (communautaires surtout) ont intégré de manière systématique l'approche GAM dans leur pratique, d'autres, qui avaient déjà participé au premier projet pilote, ont approfondi leur expérience. On peut donner comme exemple, les pratiques développées par une ressource de la sous-région Nord de Montréal où la GAM est implantée de manière formelle depuis plusieurs années. L'accompagnement à la GAM figure ainsi parmi les différentes activités offertes aux personnes dans le dépliant de l'organisme et sur le site Internet de la ressource. Celui-ci peut se faire tant dans le cadre d'un suivi individuel que d'un groupe de pairs animé par une intervenante ayant développé une expertise dans ce domaine. Ce groupe s'adresse aux personnes qui désirent évaluer le rôle que la médication joue dans leur vie en lien avec leur qualité de vie.

En ce qui concerne les ressources participant seulement au deuxième projet pilote et ayant introduit la GAM de façon plus systématique, l'accompagnement à la GAM se faisait, au moment où les données ont été recueillies, surtout de façon individuelle, à travers des rencontres avec l'intervenantE, à l'exception d'une ressource qui a mis sur pied un groupe d'entraide de personnes en démarche de diminution de médicaments accompagné par un intervenant. Dans cet organisme, on met l'accent sur le processus de diminution des médicaments. Le *Guide personnel* sert de base à la démarche d'accompagnement : les personnes ont été amenées, via la première section du guide, à mieux se connaître, à évaluer l'impact de leur médication sur leur qualité de vie et à identifier les différents moyens d'atteindre un meilleur équilibre psychologique et une meilleure qualité de vie, et, via la deuxième partie du guide, à entreprendre une diminution de médicament de façon très encadrée.

Dans ce cadre, une personne est accompagnée dans la diminution de neuroleptiques. Celle-ci est suivie de près par l'intervenant mais aussi par un omnipraticien qui travaille en collaboration étroite avec la ressource. L'intervenant l'encourage à rendre compte par écrit de sa démarche en inscrivant dans le *Guide personnel* les effets de sevrage en lien avec ce qui se passe dans sa vie. Cet intervenant a mentionné que sans le projet pilote, il n'aurait pas osé accompagner une personne dans une diminution de neuroleptiques. Ainsi, c'est grâce aux formations dont il a bénéficié (formation GAM et *l'Autre côté de la pilule*), au *Guide personnel GAM*, au fait que ses partenaires, dont les médecins et les psychiatres, soient sensibilisés à cette approche et au support des responsables du projet pilote, qu'il s'est senti en mesure d'entreprendre un tel accompagnement.

Dans ces ressources pilotes, la GAM a aussi été abordée dans le cadre d'activités ouvertes à l'ensemble des personnes usagères, lors des activités de formation du projet pilote (formation-sensibilisation GAM et formation *l'Autre côté de la pilule*). De plus, au moment où les données ont été recueillies, une de ces ressources avait organisé des « *ateliers de conférence* » sur la médication et la GAM, durant plusieurs jours afin que l'ensemble des participantEs de la ressource (une quarantaine de personnes) puissent y assister. Le psychiatre de la région a participé à l'animation de ces ateliers et le *Guide*

personnel GAM y a été distribué. D'autres ressources ont laissé entendre qu'elles avaient l'intention d'offrir de telles activités d'information et d'échanges à leurs membres.

## **2. Utilisation du Guide personnel GAM et sa contribution à l'intervention**

Le *Guide personnel GAM* a reçu en général un accueil positif de la part des différents acteurs et actrices à qui il a été remis dans le cadre du projet pilote. Tel que nous l'avons mentionné dans le chapitre 5, la première partie du guide, soit celle portant sur la qualité de vie, est appréciée à l'unanimité. La deuxième partie, celle proposant une méthode de diminution de médicaments, a suscité des réserves, notamment en ce qui concerne son utilisation auprès de personnes ayant vécu des expériences psychotiques, surtout lorsqu'elles sont nouvellement diagnostiquées. En général, les intervenantEs considèrent que ce guide est bien fait et ils voient en lui un outil d'intervention efficace. Le commentaire suivant, émis par un médecin, résume bien le genre d'appréciations qu'a reçues le Guide:

*« R: Je le trouve très bien fait. C'est facile, c'est convivial comme format. Ça amène vraiment des bonnes réflexions, qui dépassent vraiment juste les pilules. La qualité de vie, faire réfléchir la personne à elle. C'est rare que les gens prennent le temps de s'arrêter pour réfléchir aux questions qu'il y a dans ça. Je trouve ça vraiment bien fait. Les références aussi. Il démystifie tous les noms de médicaments. C'est une bonne référence aussi pour les gens qui prennent des médicaments, pour connaître plus facilement. Ce n'est pas tout le monde qui a un CPS chez lui. Tu peux aller sur Internet. Ce n'est pas tout le monde qui a Internet. Et même à ça, sur Internet tu vas pironner un nom de médicament, il va sortir 1 000 références. Alors je vois ça vraiment bien » (Médecin).*

De plus, la majorité des intervenantEs qui l'ont lu le perçoivent d'emblée comme un outil favorisant l'appropriation du pouvoir, en amenant la personne à être davantage consciente du rôle actif qu'elle peut jouer sur sa santé et sur son bien-être en général. Par exemple, un t.s. d'un CLSC fera le commentaire suivant :

*« Le Guide permet aux personnes de faire une évaluation de base sur leur vie, semblable à celle que les intervenants font mais qu'ils ne partagent pas à la personne, on passe donc d'une prise en charge à une prise de conscience » (T.S., CLSC).*

Par ailleurs, plusieurs acteurs et actrices font remarquer que cet outil peut s'appliquer à tous les types de problèmes de santé.

Malgré cette reconnaissance plutôt généralisée de la pertinence et de la valeur du *Guide personnel* en tant qu'outil d'intervention, celui-ci ne semble pas être très utilisé dans les différents organismes ayant participé au projet pilote. Par contre, dans les organismes qui

ont introduit la GAM de façon plus systématique dans le cadre de ce deuxième projet pilote, il est largement distribué et un bon nombre de personnes usagères l'auraient entre leurs mains. Néanmoins, dans ces ressources, il semble utilisé de façon inégale d'un intervenantE à l'autre. Quelques intervenantEs ont d'ailleurs laissé entendre qu'ils le sous-utilisaient par « manque de temps » ou « manque d'habitude ».

De manière générale, ce recours restreint au *Guide personnel* par les intervenants de l'ensemble des ressources s'explique principalement par la crainte que les personnes qu'ils considèrent plus fragiles puissent souhaiter diminuer ou arrêter la prise des médicaments. Le suivi évaluatif du premier projet pilote démontre que ces craintes sont plus ou moins fondées étant donné qu'il est très rarement arrivé qu'une personne décide de cesser drastiquement ses médicaments suite à la lecture du *Guide Personnel*. Celui-ci aurait plutôt l'effet contraire en amenant les personnes à prendre conscience des dangers d'une diminution de la médication non structurée et non supervisée.

Dans ce sens, plusieurs intervenantEs ont insisté sur l'importance de s'assurer que les personnes ne sentent pas de pression à réduire ou cesser leurs médicaments. D'ailleurs, l'approche GAM a porté, tout au long de son processus d'élaboration, une attention primordiale au point de vue des personnes qui consomment la médication psychotrope, à partir, entre autres, de résultats de recherche portant sur le rôle joué par la médication dans la vie des personnes (Rodriguez et al., 100 et 2001). Cette approche reconnaît donc la complexité et le caractère unique du rapport que chaque personne entretient avec sa médication et, par conséquent, elle prône le respect des besoins et demandes de chacune d'entre elles.

La majorité des intervenantEs participant au projet pilote semble distribuer le *Guide personnel* aux personnes usagères de façon sélective. Ainsi, contrairement à certaines ressources membres du RRASMQ, dont des ressources du premier projet pilote, aucun organisme ne l'a déposé dans son présentoir de livres et de dépliants<sup>31</sup>. À l'origine de ce contrôle exercé sur la distribution du *Guide personnel*, on retrouve, outre ce souci des intervenantEs de ne pas inciter des personnes qu'ils considèrent plus fragiles à diminuer leurs médicaments, la préoccupation d'assurer à chaque personne qui questionnerait sa médication le support nécessaire.

De façon générale, le *Guide personnel* est offert aux personnes qui se questionnent sur leur médication ou expriment des insatisfactions face à celle-ci. Il semblerait que dans la plupart des cas, les intervenants sont plus ou moins au courant de l'utilisation que la personne en fait. Dans certains cas, toutefois, la personne le remplit avec l'aide de l'intervenant ou du moins elle lui fait part de ses réponses. Le Guide devient alors un moyen de favoriser le dialogue entre la personne et son intervenant, permettant à cette première non seulement de trouver une médication qui lui convient, mais aussi de mieux se connaître et de se donner des habitudes et des stratégies lui permettant d'atteindre un meilleur équilibre dans sa vie quotidienne.

---

<sup>31</sup> Bien que certains organismes publics (CLSC) considèrent cela possible et souhaitable.

CertainEs intervenantEs, particulièrement ceux et celles travaillant dans les ressources pilotes où le *Guide personnel* est plus largement utilisé, font d'ailleurs remarquer que sa contribution à l'intervention dépasse la question de la médication et de la qualité de vie, puisqu'il permet d'aborder de biais des aspects très personnels de la vie, aspects sur lesquels la personne ne se serait pas ouverte autrement. De plus, il permettrait de renforcer le lien entre la personne et l'intervenantE.

*« Je pense que les intervenants, (..) on y voit une opportunité, un outil, un lien aussi pour travailler à un certain niveau. Par exemple, si on travaille sur la médication, des fois ça établit un lien de confiance qu'on ne réussit peut-être pas à avoir quand on veut essayer trop directement d'aller dans le problème que vit la personne. Ça peut être une alternative, une avenue alternative de prendre cet outil-là, et finalement ça amène autre chose, parce qu'il y en a qui sont très sur la défensive, qui ont été (très) blessés (...). Alors ça peut être aussi un outil très intéressant à ce niveau-là »*  
(Intervenant, organisme communautaire).

Certaines limites à son utilisation, relatives aux caractéristiques de la personne usagère, ont été aussi identifiées, telles que l'analphabétisme ou un manque d'intérêt pour la lecture. Pour pallier à ces difficultés, certains disent s'inspirer du *Guide personnel* pour faire faire des « petits devoirs » aux personnes en les invitant, par exemple, à réfléchir entre les rencontres à une question précise du Guide.

De plus, plusieurs intervenantEs considèrent que le *Guide personnel* s'applique peu aux personnes qui ne reconnaissent pas leur maladie, caractéristique souvent attribuée aux personnes psychotiques, surtout celles qui sont nouvellement diagnostiquées, alléguant qu'elles ne seront pas intéressées par un tel outil et craignant, comme nous l'avons vu plus haut, qu'il ne les incite à cesser leurs médicaments. D'autres intervenantEs font toutefois remarquer, que ce guide, s'il est bien utilisé, peut susciter une prise de conscience chez la personne, en l'amenant à mieux comprendre ses difficultés et à mieux saisir les différents facteurs qui agissent sur son état psychique et physique.

## Chapitre 7. Conditions facilitantes et contraintes à la GAM

Dans ce chapitre, nous allons identifier les principaux facteurs qui agissent sur le déploiement de l'approche GAM dans les régions pilotes. Certains d'entre eux favorisent la GAM, tandis que d'autres constituent des contraintes ou obstacles à son implantation. Ils ont trait aux intervenantEs, à l'organisation des services et aux dynamiques et caractéristiques régionales, notamment, la relation entre les acteurs du secteur public et communautaire.

### *1. Mettre en pratique l'approche*

Certaines conditions favorables et contraintes à la GAM ont trait aux acteurs et actrices susceptibles de mettre en pratique cette approche : 1) leurs conceptions des problèmes de santé mentale; 2) leur profession ; 3) leurs connaissances et leur expérience en santé mentale.

#### *1.1 Conception des problèmes de santé mentale*

La façon dont un intervenantE conçoit et interprète les problèmes de santé mentale peut agir sur son ouverture à mettre en pratique l'approche GAM et sur la façon dont il le fera. En fait, lorsque la médication n'est pas considérée comme étant essentielle au traitement, mais comme un outil permettant de soulager la souffrance, l'accompagnement à la GAM peut davantage se faire de façon approfondie. Lorsque la médication est identifiée au traitement, les intervenants seront beaucoup moins enclins à mettre en pratique la GAM.

Voici comment une intervenante d'un organisme communautaire, qui interprète les problèmes de santé mentale à travers une grille psychanalytique et qui a développé une pratique qui va dans le même sens que la GAM, décrit sa conception des problèmes de santé mentale et du rôle joué par la médication dans le traitement, ainsi que ce que cette conception implique pour elle en terme de pratiques :

*« R: Nous, d'abord on ne pense pas que la maladie mentale est une affaire organique. C'est évidemment ce qui se passe pour un sujet depuis son arrivée dans le monde qu'il a habité. Il y a un certain nombre de déterminants, la famille, l'environnement social, l'environnement culturel. Il y a beaucoup d'éléments qui vont faire en sorte que la personne devant un certain nombre de difficultés va se retrouver à être démunie et puis par rapport à un certain nombre de questions, le sujet sans réponses finalement est obligé de traiter quand même ce qui se présente à lui. (...) D'autre part, évidemment, quelqu'un qui a un problème de maladie mentale a un certain nombre de symptômes. Nous, c'est des psychotiques qu'on reçoit*

*principalement, (...) puis on pense que la médication est souvent un appui nécessaire à certains pour pouvoir passer des moments très difficiles (...) Habituellement, la façon dont on se positionne c'est qu'on considère que moins la personne prend de médication, mieux c'est. Mais après, on fait avec ce que la personne vit, avec l'angoisse, la souffrance, les symptômes de la maladie » (Intervenante, organisme communautaire).*

## **1.2. Profession**

Le seul constat possible à faire en ce qui concerne l'impact de la profession sur la disposition d'un intervenantE à mettre en pratique l'approche GAM consiste en ce que les professionnels et les professionnelles de la santé (infirmiers et infirmières, pharmaciens et pharmaciennes, médecins) sont les seuls chez qui le suivi de la médication fait partie de leur champ d'intervention et dont la formation académique couvre la psychopharmacologie. Ainsi, contrairement aux autres catégories professionnelles (psychologues, t.s., intervenantEs psychosociaux, etc.), ceux-ci sont amenés d'emblée dans leurs pratiques quotidiennes à aborder cette question. Toutefois, comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, les professionnels et les professionnelles de la santé ne se montrent pas plus ouverts que les autres à introduire l'approche GAM dans leurs pratiques et n'avaient pas davantage développé de pratiques similaires à celles de la GAM antérieurement. Dans le suivi de la médication, certains se montreront à l'écoute des craintes et questions des personnes et les accompagneront dans la recherche d'une médication qui leur convient le plus possible, tandis que d'autres se limiteront à encourager le respect par la personne du traitement prescrit.

Le personnel infirmier a été identifié par certains intervenantEs psychosociaux du réseau public comme le membre de l'équipe pouvant jouer le rôle de personne ressource en lien avec la GAM, notamment, en donnant de l'information sur les médicaments (catégorie de médicaments, mode d'action, dosage habituel, effets secondaires, etc.).

## **1.3. Connaissances et expérience en santé mentale**

Les connaissances et l'expérience des intervenantEs en santé mentale agissent sur leur disposition à mettre en pratique cette approche. Ainsi, les intervenantEs ayant non seulement une grande expérience dans l'accompagnement de personnes aux prises avec des difficultés plus sévères et lourdement médicamenteuses mais qui ont aussi eu l'occasion de questionner et d'approfondir leur pratique semblent plus ouverts face à la GAM et saisissent davantage sa contribution dans le cheminement des personnes. Par exemple, une gestionnaire d'un centre hospitalier insistera sur l'importance d'outiller les intervenantEs sur le plan clinique. D'ailleurs, elle dira avoir permis aux membres de son équipe de bénéficier de plusieurs formations et elle considère qu'elles ont portées fruits au niveau du renouvellement des pratiques:

*« Plus on rassure, plus on raffermis les assises cliniques, plus c'est facile de faire changer. Il y a des gens ici que, quand je suis arrivée, ils n'étaient pas allés en formation depuis trois ans. Ce n'est pas normal, là. Alors plus tu leur donnes des outils, plus tu les formes, plus ils sont ouverts à avoir des pratiques novatrices. C'est ça que je trouve. Alors (...) (les intervenants) vont où il veulent, tant qu'on a des sous et que c'est pertinent. Et ce n'est pas moi qui juge de la pertinence. Ce sont eux qui jugent de la pertinence. Ils se font un plan de Ressources humaines » (Gestionnaire, CH).*

Comme nous l'avons vu au chapitre 5, les intervenantEs qui se montrent sensibles aux insatisfactions et difficultés vécues par les personnes en ce qui concerne leur médication seront plus enclins à mettre en pratique la GAM. Cette sensibilité peut être favorisée par une grande expérience clinique auprès de personnes lourdement médicamenteuses, par une réflexion approfondie sur ses propres pratiques ou par une expérience personnelle ayant amené l'intervenantE à bien saisir toute la complexité du rapport à la médication. Par exemple, tel que nous l'avons vu dans un extrait cité au chapitre 5, un intervenant nous explique comment, à travers l'expérience d'un proche aux prises avec des problèmes de santé mentale, il en est venu à comprendre l'ambivalence des personnes face à leur médication, causée en partie par la difficulté d'avoir une médication satisfaisante.

Par ailleurs, les personnes personnellement confrontées aux limites de la médication et ayant réussi grâce à un travail sur soi approfondi à se doter d'une médication qui leur assure une bonne qualité de vie, sont très bien placées pour saisir toute l'importance d'avoir accès à la GAM. L'extrait suivant, d'un des participants au projet pilote qui a connu la psychiatrie et qui est aujourd'hui intervenant, est éloquent à cet égard :

*« Bien en tout cas je ne sais pas si c'est par rapport aux formations, mais ces personnes-là ne parlaient pas de sevrage avant et aujourd'hui elles en parlent dans le sens que je connais des personnes qui disent, « moi, j'ai vécu pendant 10 ans avec cet effet secondaire-là et je sais d'où il vient, il vient de tel médicament; et là j'en ai plein mon casque, il va falloir que je fasse des démarches pour le sevrer parce que je n'en peux plus; maintenant que je sais ça, ça ne m'intéresse plus de continuer à vivre ça un autre 10 ans, étant donné que ça fait 10 ans que je le vis ». Q: Et comment vous réagissez à ça? R: Bien, moi je suis bien d'accord, parce que c'est dur d'être en désaccord parce que j'en ai sevrés beaucoup de médicaments moi (...); sauf que la manière que je réagis à ça, c'est que je dis à la personne, « entoure-toi comme il faut; je te ne dirai pas que c'est moi, ou n'importe qui, mais choisis tes personnes et entoure-toi comme il faut, parce qu'il y a des fois, à 2 heures du matin que tu vas te réveiller et tu ne pourras plus dormir. Il va falloir que tu aies quelqu'un qui est capable au moins de t'écouter si tu as envie de parler, au lieu de rester toute seule à marmonner avec ça» (Intervenant, organisme communautaire).*

Par contre, les intervenantEs qui ont peu d'expérience dans le suivi de personnes aux prises avec des graves problèmes de santé mentale se montreront plus réticents à accompagner une personne dans une démarche de questionnement de sa médication et particulièrement dans une diminution de médicament. Par exemple, plusieurs intervenantEs en CLSC, dont la clientèle est plutôt formée de personnes aux prises avec des difficultés légères, considèrent ne pas être suffisamment outillés pour faire un tel accompagnement. Certains d'entre eux n'abordent pas la question de la médication avec les personnes qu'ils suivent car, selon eux, elle relève d'autres catégories professionnelles (voir chapitre 6). Toutefois, la participation à des activités de formation sur la GAM les a amenés à réaliser l'importance d'être à l'écoute du rapport que les personnes entretiennent avec la médication et plusieurs ont dit qu'ils seraient prêts à offrir une telle écoute sans toutefois aller plus loin dans leur accompagnement, à moins d'être davantage formés sur la médication psychotrope.

#### ***1.4. La formation sur la médication psychotrope***

La formation sur la médication psychotrope est considérée par des intervenantEs ou gestionnaires comme une condition essentielle à la mise en pratique de l'approche GAM. Par exemple, un gestionnaire de CLSC dira, en traitant des conditions préalables à l'application de la GAM :

*« Tout le volet formation des intervenants parce que je pense que quand tu veux entreprendre des démarches comme ça avec un client, il faut que tu aies une bonne formation de base au niveau médication, et je pense que ça, c'est un des aspects qu'il va falloir regarder sérieusement pour que les intervenants puissent accompagner adéquatement les clients dans ce besoin d'arriver à une zone de confort au niveau de la médication » (Gestionnaire, CLSC).*

Par ailleurs, une des participantes au projet pilote décrit ainsi ce besoin de formation des intervenantEs qu'elle a constaté lors d'une activité de formation à la GAM à laquelle de nombreux intervenantEs du réseau public ont assisté:

*« Ils sentent que c'est bien, bien profond, le monde de la médication; ils ont beaucoup besoin de formation face à la médication pour pouvoir supporter le sevrage, parce qu'en soi, sans connaissances, ils ne sont pas capables de faire ça de façon adéquate. Ils ont beaucoup, beaucoup parlé de la formation. Beaucoup. Et ensuite ils ont parlé aussi de leurs limites comme intervenants. Ils ne sont pas capables d'aborder nécessairement le thème du sevrage, mais ils aimeraient pouvoir répondre aux questions des gens » (Gestionnaire, CH).*

Un omnipraticien en CLSC identifie trois conditions à l'application de l'approche GAM : «il y a un mot qui me vient à l'esprit en premier lieu et c'est la prudence. Le deuxième mot c'est le lien thérapeutique qu'il faut créer le plus rapidement possible pour apprendre à connaître la personne. (...) Et le dernier mot c'est les connaissances en psychopharmacologie » (Médecin, CLSC).

En fait, lorsqu'on analyse les facteurs qui permettent dans les faits aux intervenantEs de mettre en pratique la GAM, on constate que la connaissance en psychopharmacologie les amène à se sentir davantage outillés à accompagner une personne dans une démarche de GAM, particulièrement dans une diminution de médicaments. La formation de l'AGIDD-SMQ *L'Autre côté de la pilule* a été dans ce sens l'outil privilégié par un grand nombre de ressources.

Il faut rappeler que la GAM propose une approche qui dépasse largement la question des effets secondaires de la médication, en abordant la qualité de vie. Ainsi, le rôle des intervenants ne se limite pas à accompagner les personnes dans leurs démarches d'ajustement de psychotropes. Au contraire, concernant toute démarche d'ajustement ou de remise en question de la médication psychiatrique, la GAM impose comme condition l'accompagnement d'un professionnel de la santé compétent. Néanmoins, les connaissances sur les effets des psychotropes permettent aux intervenants et aux usagers de mieux saisir leurs effets. Ainsi, les intervenantEs psychosociaux qui mettent en pratique cette approche ont, pour certains, des connaissances plutôt limitées en psychopharmacologie. Toutefois, ils ont développé diverses stratégies pour avoir accès à de l'information sur le sujet, dont la création de liens étroits de collaboration avec des médecins ou des pharmaciens ou pharmaciennes.

### ***1.5. Formation sur des alternatives de traitement***

Tel que nous l'avons souligné à maintes reprises, plusieurs acteurs et actrices, tant du milieu communautaire que du réseau public, constatent sur le terrain les lacunes des pratiques actuelles en santé mentale et les limites de cette solution principalement proposée qu'est le traitement psychopharmacologique pour traiter les personnes qui souffrent psychologiquement. Le manque d'accès à d'autres formes de traitement (psychothérapie, entraide, art thérapie, etc.) ou d'autres façons d'accompagner les personnes est déploré et constitue un des principaux enjeux soulevé lorsqu'il est question de la GAM.

Parallèlement à l'importance de favoriser l'accès à des traitements alternatifs à la médication, certains personnes font aussi référence à la nécessité de former les intervenantEs, tant médecins, t.s., infirmiers et infirmières, etc., à des façons *autres* de concevoir le traitement, notamment en ce qui concerne la psychose. Une t.s. d'une clinique externe d'un centre hospitalier a fait la suggestion suivante lorsqu'on lui a demandé d'identifier les obstacles à la mise en place de l'approche GAM dans son établissement :

*« Je dirais l'information et la formation sur le point, par exemple, que par rapport à des symptômes psychotiques, il peut exister d'autres choses que la médication pour aider la personne. On a évoqué ce matin les approches cognitives. On le fait déjà pour les patients qui ont par exemple des symptômes anxieux. L'idée est qu'ils gèrent une certaine anxiété, qu'ils se développent des moyens. Mais ça peut se faire aussi pour la psychose, ça. Ça peut se travailler de façon différente, c'est-à-dire sans viser à enrayer à tout prix les symptômes psychotiques. Et je pense qu'à ce niveau-là les médecins auraient besoin de d'autres formations, et les intervenants aussi. Juste d'introduire cette idée-là, c'est déjà quelque chose d'assez important. En quelque sorte aussi, je dirais qu'on le fait déjà, parce qu'il y a des patients psychotiques qui vivent toute leur vie avec des symptômes psychotiques. On les aide et on leur apprend à vivre avec ça. Par ailleurs, je pense qu'il y a une partie de la clientèle qui bénéficierait d'avoir un peu moins d'antipsychotiques et d'apprendre à vivre avec leur psychose. Mais ça, je pense que l'obstacle c'est l'information et une formation pour développer autre chose » (T.S., CH).*

## **2. Contextes institutionnels**

Les pratiques GAM sont modelées en fonction du type de ressource où elles sont mises en place : groupe d'entraide, ressource d'hébergement, ressource de traitement, CLSC, clinique externe, etc. Il en est de même pour les conditions facilitantes et contraintes à la mise en pratique de la GAM qui varient en fonction des caractéristiques de l'organisme, telles que : l'approche prônée; le type de professionnels et professionnelles en place, les conditions d'exercice de la pratique, la clientèle.

Nous n'offrirons pas, dans cette section, une analyse approfondie et exhaustive de l'impact des caractéristiques des différents types d'organismes sur l'application de l'approche GAM, car celle-ci nécessiterait une trop grande connaissance de la culture de chacun. Nous allons plutôt présenter les caractéristiques ou facteurs qui semblent le plus nuire à la mise en pratique de cette approche, tels qu'identifiés par les intervenantEs ou tels qu'observés sur le terrain.

Parmi les contraintes analysées, certaines ne relèvent pas uniquement des caractéristiques ou de la culture de l'organisme, mais du contexte politique et social plus large. L'adoption de politiques néolibérales (entraînant, notamment, des coupures dans les services publics), les pressions exercées par les compagnies pharmaceutiques et par les compagnies d'assurances sur les soins de santé, etc., colorent, à des degrés divers, l'ensemble des pratiques en santé mentale.

## **2.1. Temps d'intervention et durée du suivi offert**

Une des principales contraintes à la GAM identifiée par un bon nombre de personnes rencontrées, tant intervenantEs que gestionnaires<sup>32</sup>, est le manque de temps. En fait, un grand nombre d'acteurs et d'actrices considère que la GAM est une approche exigeante en terme de temps car elle nécessiterait des rencontres plus longues et plus fréquentes ainsi qu'un plus long suivi, afin de permettre aux intervenantEs de bien connaître la personne et d'établir un bon lien thérapeutique. Ceux-ci allèguent que dans le contexte actuel de la pratique en santé mentale, particulièrement dans le réseau public, cette approche serait difficile à mettre en pratique, puisque les approches court terme sont de plus en plus préconisées et même parfois imposées. L'emphase est alors mise sur une stabilisation rapide des symptômes, ce qui entraînerait un plus grand recours à la médication.

Lorsque la pratique d'un intervenantE est très éloignée de la GAM, il lui est difficile d'envisager la possibilité d'adopter une telle approche. Par exemple, un infirmier d'un centre hospitalier explique que la GAM est difficilement conciliable avec les pratiques et les contraintes de son milieu d'intervention, puisque son travail consiste davantage à augmenter la médication que de la diminuer :

*« Ce que ça me dit, en tout cas en rapport au travail, c'est que nous, on travaille parfois en diminution, mais on est très souvent en augmentation, même au-delà de ce qu'on retrouve dans le CPS. Et une chose que je trouve aussi c'est que quand on arrive à diminuer, il faut donner beaucoup, beaucoup de support au patient et beaucoup de renseignements » (Infirmier, CH).*

On invoque ce manque de temps particulièrement lorsqu'on fait référence à l'importance de la collaboration des médecins dans le cadre d'une telle approche. Ils craignent que la courte durée des consultations médicales ainsi que leur faible fréquence nuisent à l'implantation de cette approche (voir plus bas le point 3 portant sur la collaboration des médecins à la GAM).

## **2.2. Grand roulement du personnel**

Le grand roulement de personnel que connaissent les organismes communautaires et plus particulièrement le réseau public, exacerbé ces dernières années par la vague de transformations organisationnelles, nuit à l'implantation de pratiques GAM. Cette approche, pour être déployée dans toute sa richesse, nécessite une certaine stabilité chez les intervenantEs afin qu'ils puissent avoir l'opportunité de développer des liens de collaboration avec d'autres intervenantEs, particulièrement des médecins, et la possibilité d'offrir un suivi à long terme aux personnes accompagnées dans une telle démarche, particulièrement lorsqu'il y a diminution de neuroleptiques.

---

<sup>32</sup> Il s'agit principalement des intervenantEs du réseau public ayant participé à des activités de formation mais n'ayant pas encore expérimenté cette approche.

### ***2.3. Ressource d'hébergement et contrat de service avec des établissements hospitaliers***

Le milieu d'hébergement permet l'intensité et la continuité du support offert à la personne. Ainsi, celles qui questionnent leur médication bénéficient grandement d'un accompagnement étroit de la part d'intervenantEs ou d'autres personnes. On peut, dans ce contexte, procurer à la personne un certain réconfort, surtout lorsque ce questionnement amène un changement de médication entraînant une résurgence de la souffrance et des symptômes de sevrage.

Par ailleurs, certaines contraintes ont été soulevées par des intervenantEs de ressources d'hébergement. Dans certaines ressources, les intervenantEs exercent un grand contrôle sur la prise de médicaments<sup>33</sup>. Dans les ressources alternatives on tente, en général, à un amoindrissement de ce contrôle, dans l'optique de favoriser l'appropriation du pouvoir. Par contre, dans les ressources liées par des contrats de service à des centres hospitaliers, il peut arriver que le ou la résidante soit obligé de prendre ses médicaments sous les yeux de l'intervenantE. Dans un tel contexte, les personnes ne disposent d'aucune marge de manœuvre quant à la prise de médicaments. Il est donc plus difficile pour un intervenantE d'amener la personne à considérer qu'elle a un rôle actif à jouer en ce qui concerne son traitement. Les intervenantEs pourraient toutefois l'accompagner dans une démarche de dialogue et de négociation avec le médecin autour de la médication. En revanche, certainEs participantEs ont souligné, la position ambiguë qu'ils occupent, étant donné qu'ils sont mandatés par l'équipe traitante pour s'assurer du respect du traitement.

Un intervenant, dont le volet hébergement en foyer de groupe de sa ressource est lié par contrat de services à un centre hospitalier, explique bien les contraintes à l'application de la GAM:

*«R : Donc il y a vraiment une sensibilisation par rapport à la médication. (...) Ce petit guide<sup>34</sup> effectivement c'est ça qu'on a utilisé. Et on parle aussi de ce que les personnes peuvent ressentir, dans le sens qu'elles prennent leurs médicaments, il y a des effets secondaires. Elles peuvent en parler aussi. Et on essaie aussi de sensibiliser les gens, comme la femme avec le Rivotril, bon, effectivement ça calme l'angoisse, mais ça a d'autres effets aussi, entre autres de la somnolence quand on en prend trois fois par jour, etc. Q: C'est quelque chose qui est abordé dans vos rencontres individuelles. R: Oui. C'est sûr que c'est un petit peu plus délicat dans les foyers d'hébergement. Mais quand même, lorsqu'on considère que quelqu'un est surmédicamenté d'une certaine façon, on questionne quand même l'équipe traitante. C'est plus difficile. C'est un peu plus délicat. Q: Pour quelle raison? R: Bien, peut-être*

---

<sup>33</sup> Afin d'éviter les vols, particulièrement dans les ressources où les résidantEs partagent leur chambre avec d'autres ou lorsque les portes de chambre ne se barrent pas, les résidantEs n'ont pas accès à leurs médicaments.

<sup>34</sup> Il s'agit du *Petit guide des médicaments en santé mentale* publié en 2003 et rédigé par Gilles Marsolais.

*parce qu'on a un rapport de proximité plus grand avec les équipes traitantes, à cause du comité de révision, (...) Donc c'est peut-être moins simple de traiter ça avec les équipes du fait qu'ils sont assez proches des intervenants ou des travailleurs sociaux. Et il y a une perception aussi de la maladie mentale par rapport à la médication. Q: Vous sentez que vous avez moins de marge de manœuvre? R: Un peu. Oui, je dirais ça comme ça. Tout à fait. Q: Et par rapport à ceux qui vivent en appartement, j'imagine qu'ils peuvent être suivis par les mêmes médecins. R: C'est dans un autre contexte. Et aussi les personnes sont plus autonomes, sont considérées comme étant plus autonomes. Et elles gèrent elles-mêmes leur médication et elles veulent peut-être davantage faire valoir aussi leurs questions» (Intervenant, organisme communautaire).*

Il précisera plus loin que dans le cas des résidents des foyers d'hébergement, il questionne la médication auprès de l'équipe traitante (t.s. surtout) avant de le faire auprès de la personne :

*« Q: Comment l'hôpital réagit par rapport à la façon dont vous concevez les problèmes de santé mentale? R: Ils connaissent nos positions par rapport à la médication. Les gens qui viennent dans les ressources, nous sommes responsables du fait qu'ils prennent leur médication. Dans les ressources et dans les points d'hébergement. Et ça, vraiment, ils ont une prescription, on s'y tient et etc. Sauf que ça ne nous empêche pas de téléphoner et de questionner, de dire aux personnes, « écoutez, vous ne pensez pas que... » Q: Questionner auprès des autres intervenants, vous voulez dire? R: Non, auprès des travailleurs sociaux, par exemple. Ça m'est arrivé » (Intervenant, organisme communautaire).*

#### **2.4. Le soutien institutionnel à l'approche**

Un facteur important favorisant le déploiement de pratiques GAM chez les intervenantEs, particulièrement ceux du réseau public, est le sentiment que leurs gestionnaires cautionnent cette approche, puisqu'ils ont accepté que leur institution participe aux activités du projet pilote. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, une infirmière en CLSC qui mettait déjà en pratique plusieurs aspects de cette approche dira :

*« Alors avec le projet pilote qui vient embarquer par-dessus ça, ça nous amène un plus. Ça renforce au niveau de notre pratique. Bien, ça nous amène plus une assurance à nous. Alors c'est comme un poids d'enlevé sur nos épaules, et dire, " oui, on va être capable de le faire et on a des appuis pour le faire ". Alors je trouve que c'est ça qui fait le plus. On a la permission de le mettre en pratique » (Infirmière, CLSC).*

Une autre infirmière en milieu hospitalier considère que grâce à la participation de leur institution au projet pilote GAM, il lui sera désormais possible de mettre au grand jour des pratiques demeurées jusque là « silencieuses ». Un autre infirmier en milieu hospitalier fait allusion à la même situation en disant que la GAM « *peut nous aider justement pour sortir de l'illégalité* » (voir l'extrait cité ci-dessous).

L'appui des gestionnaires représente, au moins potentiellement, la mise en place, au sein de leur institution, de conditions favorables à l'application de l'approche GAM, telles que la collaboration de médecins, la possibilité de faire des interventions plus longues, etc.

Les participantEs provenant du milieu hospitalier surtout, constatent toutefois une certaine contradiction dans la position adoptée par leur institution, car bien que les gestionnaires semblent faire preuve d'une volonté politique de renouveler les pratiques en favorisant l'approche GAM, ils privilégient de plus en plus une approche court terme, fondée sur la réduction des symptômes. De plus, plusieurs intervenantEs font référence au fait que la pratique de la majorité des médecins de leur institution concorde peu avec une approche telle que la GAM<sup>35</sup>.

*« Mais à prime abord, en général si on met l'ensemble des médecins, (...) je pense que c'est peut-être un risque d'obstacle pour implanter (la GAM). Parce que là on allume tous les intervenants, on est tous heureux, là : oui! on va avoir un outil pour nous aider justement pour sortir de l'illégalité, peut-être de se sentir un petit peu moins délinquant. Donc on est content et ça nous pousse à vouloir aller un petit peu plus dans cette direction-là, ça nous confirme qu'on peut le faire. Mais en même temps, on a nos collègues médecins : est-ce que eux vont nous permettre de pouvoir s'épanouir dans ça? »* (Infirmier, CH).

### **3. Collaboration des médecins**

L'importance de la collaboration des médecins (omnipraticiens ou psychiatres) à l'approche GAM est soulevée par l'ensemble des personnes rencontrées, que ce soit pour souligner en quoi leurs interventions sont ou seraient aidantes ou pour déplorer leur manque d'ouverture et de collaboration. Ainsi, la grande majorité voit en la sensibilisation des médecins une étape cruciale du projet pilote. Bien des efforts ont été déployés en ce sens par les responsables et participantEs au projet pilote (voir chapitre 4). Un médecin décrit bien l'importance de la participation des médecins autour de cette approche, étant donné leur rôle de prescripteur, leur expertise et l'ascendant qu'ils ont sur leurs patientEs :

*« Le premier que les gens vont voir, souvent c'est le médecin. Et si les médecins ne sont pas sensibilisés, je pense que le message, s'il*

---

<sup>35</sup> L'enjeu de la collaboration des médecins à la GAM est abordé au point 3. de ce chapitre.

*... passe par un intervenant et que le médecin n'en parle jamais, ça ne pèsera peut-être pas très fort dans la balance. (...) Et la confiance que les gens ont, c'est en celui qui donne des pilules. Ça ne veut pas dire qu'ils n'ont pas confiance aux autres, mais ça reste, ce lien-là» (Médecin).*

Étant donné cette grande influence des médecins sur leurs patientEs, plusieurs intervenantEs remarquent l'importance d'éviter autant que possible que ces derniers vivent un conflit de loyauté entre les intervenantEs qui les accompagneraient dans une démarche GAM et leur médecin, si celui-ci est peu ouvert à un questionnement de la médication. Un intervenant d'un centre hospitalier fait le commentaire suivant :

*« Ça m'apparaît fondamental de les rejoindre parce qu'en même temps, si une partie de l'équipe travaille justement à essayer de faire en sorte que la personne se réapproprie du pouvoir sur sa vie et qu'à l'opposé le médecin dit, « absolument pas, moi je vais pas là-dedans », je pense qu'au niveau de l'allégeance, pour le client ça occasionne un stress absolument épouvantable» (Intervenant, CH).*

On souligne que les médecins possèdent un grand pouvoir dans notre société, pouvoir qui peut avoir des répercussions négatives tant sur la relation qu'ils entretiennent avec leurs patientEs qu'avec les autres professionnels et professionnelles. Ce pouvoir serait, par contre, exercé différemment selon les médecins, certains ayant une attitude plus égalitaire que d'autres. Un médecin décrit en ces mots ce pouvoir des médecins, qu'il perçoit comme un des principaux obstacles à la GAM :

*« R: Les obstacles, c'est gens (...) qui n'ont pas l'esprit ouvert ou qui se posent en maîtres détenteurs de la vérité. Pas juste lui. Je pense que c'est le corps médical en général. La GAM va un peu à l'encontre de la philosophie de la médecine, de « j'ai le savoir, tu te soumetts ». C'est moins ça, là, je pense, mais c'est assez frappant. Une cliente que j'ai vue il n'y a pas longtemps est allée à l'hôpital pour un problème physique. Elle a vécu beaucoup de frustration parce qu'elle exprimait justement ce qu'elle voulait et ce qu'elle ne voulait pas et c'était comme : « tu n'as pas ton mot à dire » (...) C'est vraiment un système très contrôlant où l'autonomie, il faut que tu la laisses un peu de côté. Alors ça, c'est un obstacle principal, la vision qu'on a globalement comme société de la santé » (Médecin).*

Cette crainte des intervenantEs quant au manque d'ouverture face à la GAM de la part des médecins ou de certains d'entre eux, freine, à des degrés divers selon les intervenantEs, la mise en pratique de la GAM. Certains d'entre eux disent hésiter à suggérer aux personnes, chez qui ils soupçonnent une médication trop forte ou mal ajustée, de vérifier auprès de leur médecin s'il ne serait pas préférable de la diminuer, de peur que ce dernier ne réagisse mal à cette demande. Certains intervenantEs hésiteront même, pour les mêmes raisons, à faire une telle demande directement auprès du médecin.

Plusieurs facteurs sont invoqués par les intervenantEs pour expliquer cette collaboration limitée de certains médecins, la majorité ayant trait aux conditions d'exercice actuelles de la pratique médicale. La courte durée des consultations médicales et la rareté des rendez-vous sont considérées comme un des obstacles importants à la GAM, particulièrement en ce qui concerne la diminution de médicaments.

*" Les psychiatres (...) n'ont pas nécessairement beaucoup de temps pour faire un suivi un peu serré de ça. Et donc, du coup dépendant du type de médicament, c'est sûr que quand quelqu'un s'engage à faire ce genre de processus, ça demande un suivi plus serré. Par exemple qu'il soit rencontré soit par le psychiatre ou par l'équipe médicale, pour un temps du moins, très régulièrement, toutes les semaines pour faire le point, pour voir un peu. Ne pas faire ça et dire, " bien, je vous rencontre un mois plus tard pour voir si ça va pas ou si ça ne va pas bien ". Et ce qui arrive c'est que lorsque c'est mis en place et qu'on n'a pas nécessairement tout le suivi qu'il faut et qu'il se casse la gueule, bien, après ça tu dis, " bien, voilà, ça marche pas ». C'est que ça vient discréditer le fait que si c'était mieux encadré, ce serait quand même une démarche qui porterait des fruits. On dit, " bien, vous voyez, quand on commence à jouer sur la médication, bien, voilà ce qui se passe » (Intervenante, organisme communautaire).*

Ce faible accès à un suivi médical étroit et approfondi s'explique largement par la pénurie de médecins à laquelle est actuellement confronté le système de santé québécois, mais aussi par leur mode de rémunération qui ne les encourage pas à consacrer beaucoup de temps à leurs patientEs lors des consultations. Certaines règles administratives, telle que la sectorisation, consolident ces difficultés. De plus, le mode de rémunération des médecins nuit au travail interdisciplinaire et donc à la possibilité pour les intervenantEs d'échanger avec eux sur la question du traitement, surtout avec ceux qui pratiquent en clinique privée, puisqu'ils ne sont pas payés pour participer à des lieux de discussion de cas. Les administrateurs d'établissements de santé, tels que les centres hospitaliers ou les CLSC, n'ont que peu de prise sur leur pratique.

*« Du côté du département, de l'hôpital ici, je vois mal comment ils pourraient aller plus loin (...) parce que les médecins sont quand même des entrepreneurs libres quand ils travaillent dans un établissement. (...) Je veux dire qu'ils ont une pratique qui est encadrée par la Corporation des médecins, mais quand même, c'est leur pratique personnelle. Ce n'est pas comme des employés d'un établissement. Il peut y avoir des nuances, des façons de faire dans leur pratique. Il n'y a pas une obligation d'uniformité. (...) Alors je vois mal comment un établissement pourrait aller plus loin là-dedans, compte tenu de toutes ces façons de voir des médecins » (Gestionnaire, CH).*

Un autre gestionnaire fait un commentaire qui va dans le même sens :

*« Q: Est-ce qu'il y a des acteurs clés qui auraient pu jouer un rôle et qui n'ont pas joué de rôle? R: Bien, les psychiatres sont absents. Bien, c'est des libres entrepreneurs, et ça, ce n'est pas payant » (Gestionnaire, CH).*

Le manque de médecins généralistes est perçu, paradoxalement, par une t.s. en CLSC comme un avantage quant à la mise en place de pratiques GAM, puisque ceci permettrait aux intervenants sociaux d'avoir plus de latitude dans le suivi des personnes : *«Il sera facile d'adopter cette approche car les gens voient peu leur médecin vu le manque de médecins dans la région. Les intervenants prennent donc davantage contrôle de la situation » (T.S., CLSC).*

Un autre facteur qui fait obstacle à la GAM est la formation en psychopharmacologie des médecins et psychiatres qui est offerte principalement par les compagnies pharmaceutiques via le programme de formation continue. Ces formations sont plutôt limitées, puisqu'elles tendent à faire exclusivement la promotion de la réponse pharmacologique. Il est donc très souhaitable que les omnipraticienNEs aient accès à d'autres types de formation, offertes par des instances plus neutres, non motivées par des intérêts financiers.

La collaboration des médecins en lien avec la GAM varie d'une région à l'autre selon la configuration du réseau de la santé et la dynamique régionale.

#### ***4. Contextes et dynamiques régionaux<sup>36</sup>***

##### ***4.1. La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et l'implantation du projet pilote***

La réorganisation du système de santé et des services sociaux orchestrée par le gouvernement Charest a influencé l'implantation du projet pilote. Son incidence a été à la fois positive et négative. En fait, la mobilisation intensive des gestionnaires dans cette réorganisation ne leur a pas permis de supporter leurs intervenantEs comme ils l'auraient souhaité. Plusieurs intervenantEs du réseau public ayant participé à des activités de formation-sensibilisation à la GAM ont déploré que leurs gestionnaires n'aient donné aucune suite à cette formation, la GAM n'ayant, par exemple, jamais fait l'objet de discussion dans le cadre de leurs réunions d'équipe.

De plus, cette réorganisation génère un grand déplacement de personnel, de gestionnaires pour l'instant surtout, avec la fusion des établissements, et prochainement, avec l'implantation du *Plan d'action en santé mentale*, d'intervenantEs. Ce déplacement de gestionnaires fait en sorte que parmi ceux qui s'étaient montrés favorables à l'adoption de l'approche GAM dans leur organisme ou au sein de leur équipe, certains ont quitté leur poste et sont remplacés par des gestionnaires qui ne connaissent pas ou très peu la GAM.

Cette réorganisation a aussi provoqué un ralentissement des activités des tables de concertation tripartites et même dans certaines régions leur démantèlement. Les liens de concertation entre les organismes communautaires et les partenaires du réseau public sont donc, depuis plus d'un an, peu fréquents et en restructuration. Les occasions de discussion entre partenaires sur l'approche GAM et son implantation ont donc été plus rares, en dehors bien sûr des comités de travail GAM établis dans le cadre du projet pilote.

Toutefois, dans la foulée de cette réorganisation, de nouveaux lieux de concertation apparaissent, de dimension et de durée plus restreintes, que l'on pense aux comités cliniques en santé mentale mis en place par les CSSS, dans le but de définir les besoins de la population du territoire liés à la santé mentale et d'identifier les établissements, organismes communautaires et autres qui répondront à ces besoins et priorités. Les CSSS des deux régions pilotes n'en sont pas au même point dans leurs travaux et leur mode de fonctionnement varie, ainsi le degré de participation et le rôle du communautaire diverge

---

<sup>36</sup> Dans cette section, nous identifierons les facteurs appartenant aux contextes et aux dynamiques régionaux des régions pilotes qui agissent positivement ou négativement sur le déploiement de l'approche GAM. Certains de ces facteurs ont déjà été soulignés au chapitre 4 de ce rapport portant sur l'historique de l'implantation du projet dans chacune des régions pilotes. L'accent sera donc mis ici sur d'autres éléments de contexte, soit : la participation ou non au projet pilote des tables de concertation tripartite; le type de milieu (rural/urbain); la relation prévalant entre le milieu communautaire et le réseau public, qui semblent agir à des degrés divers sur la collaboration de certains acteurs et de certaines actrices au projet pilote GAM. De plus, comme nous l'avons vu dans l'historique de l'implantation du projet pilote, la participation ou non d'acteurs et d'actrices clés au projet joue un rôle important dans le développement de l'approche GAM dans une région donnée; ce thème sera abordé à la fin de cette section.

d'un CSSS à l'autre. Certains comités cliniques semblent aborder la question des approches d'intervention et les pratiques tandis que d'autres semblent se limiter davantage aux questions administratives et organisationnelles. CertainEs participantEs au projet pilote, très actifs au sein des instances orchestrant cette réorganisation, considèrent que cette dernière, lorsqu'elle donne lieu à un questionnement des pratiques, est une belle occasion pour faire la promotion d'une approche telle que GAM.

#### ***4.2. Instances de concertation régionales et processus d'implantation du projet pilote***

En comparant le processus d'implantation de la GAM dans les diverses régions et sous-régions, nous constatons que lorsque la table de concertation tripartite appuie le projet pilote, comme ce fut le cas dans la sous-région Nord de Montréal, l'implantation du projet est facilitée<sup>37</sup>. Un comité de travail GAM composé de représentantEs des organismes en santé mentale clés de la sous-région a été formé rapidement et des activités de formation-sensibilisation ont été offertes à l'ensemble des acteurs et actrices en santé mentale de la sous-région (médecins, psychiatres, gestionnaires et intervenantEs de centres hospitaliers; médecins, intervenantEs et gestionnaires de CLSC, intervenantEs d'organismes communautaires; membres de groupes de parents et de proches; intervenantEs; personnes usagères et membres de CA de ressources alternatives). Notons aussi que quelques-unes des personnes clés de cette sous-région sont aussi impliqués dans le comité provincial aviseur GAM et dans le comité scientifique du Forum international GAM qui aura lieu en octobre 2006.

L'existence, pendant plusieurs années, d'un comité clinique réunissant des acteurs et des actrices d'horizons diversifiés semble avoir joué un rôle non négligeable dans le processus d'implantation du projet pilote dans cette sous-région. À travers des discussions de cas, les membres de ce comité en sont venus à mieux connaître la philosophie d'intervention et la pratique de chacun, contribuant ainsi, entre autres, au rapprochement d'intervenantEs du réseau public et du réseau communautaire. Une intervenante d'un organisme communautaire non membre du RRASMQ décrit bien comment ce comité a permis de réduire certains préjugés ou malentendus concernant les approches et pratiques de divers organismes:

*« Aussi je pense que c'est pour essayer d'avoir une idée de la façon dont chacun se situe par rapport à la maladie mentale, parce qu'évidemment il y a des accents, donc certains privilégient un certain type d'accents plutôt que d'autres. (...) Et c'est intéressant de voir les uns et les autres, comment on se situe, la façon dont on se situe entre autres par rapport à la médication. Il y a des accents qui ne sont pas exactement les mêmes. Et aussi ça permet de préciser des choses pour chacun, parce que parfois il y a une espèce de rumeur qui circule, telle est contre la médication, telle autre est pro, etc., etc., et finalement c'est souvent des fausses perceptions, des*

---

<sup>37</sup> Cette table réunie les représentantEs de l'ensemble des établissements et organismes du champ de la santé mentale du territoire.

*rumeurs, c'est beaucoup plus nuancé dans la pratique, et pour les uns, et pour les autres. Ça permet de corriger un petit peu les perceptions. Et à cette table de concertation-là les CLSC sont là, l'hôpital est représenté. Donc aussi ça leur permet d'entendre d'autres choses que les rumeurs qui peuvent circuler.»*  
(Intervenante, organisme communautaire).

De plus, ce comité clinique a contribué directement à la promotion de l'approche GAM puisqu'un représentant de la ressource alternative de la région ayant participé au premier projet pilote y siège. Celui-ci a donc eu maintes fois l'occasion de décrire l'approche GAM et d'illustrer comment celle-ci contribue au mieux-être des personnes<sup>38</sup>.

En ce qui concerne la Gaspésie (voir chapitre 4), la table tripartite n'a pas accepté de participer au projet pilote, mais lui a donné son aval. Malgré cela, deux sous-régions gaspésiennes ont pris part au projet grâce au vif intérêt manifesté par les responsables de deux ressources alternatives et à leur capacité de mobiliser leurs partenaires. Malgré leurs efforts, ici, contrairement à la sous-région Nord de Montréal, ce n'est pas l'ensemble des intervenantEs en santé mentale qui ont eu accès à des activités de formation-sensibilisation à la GAM. En fait, les principaux absents étaient les membres de l'équipe de santé mentale d'un des centres hospitaliers. D'autres acteurs et actrices, soit les omnipraticiens et omnipraticiennes ainsi que les membres du groupe de parents et de proches n'ont pas, eux non plus, assisté à une activité de formation-sensibilisation à la GAM, bien qu'ils y aient été invités.

#### **4.3. Milieu rural versus milieu urbain**

Le principal facteur lié au type de milieu qui semble avoir une incidence sur l'implantation du projet pilote consiste en la nature des liens qui existent entre les divers protagonistes du champ de la santé mentale. Dans une région rurale, les intervenantEs en santé mentale de tous milieux confondus et les personnes qui bénéficient de leur support sont moins nombreux et se côtoient davantage, que dans les régions urbaines, dans leur vie quotidienne, que ce soit dans les commerces, lors d'activités de loisirs, etc. On peut penser que lorsque des événements difficiles surviennent dans le suivi d'une personne ou lorsque des conflits surgissent entre des intervenantEs, l'information circule plus facilement. Cette grande proximité semble avoir de conséquences sur le déploiement de l'approche GAM, tel que l'ont fait remarquer une gestionnaire et une intervenante du réseau public. La première considère que cette plus grande proximité peut faire en sorte qu'une personne qui manifeste des résistances face au traitement prescrit risque davantage d'être victime de préjugés que dans un milieu urbain qui est plus impersonnel. Elle dira :

---

<sup>38</sup> Ainsi, le responsable clinique d'un organisme communautaire non membre du RRASMQ siégeant sur ce comité a contacté directement le RRASMQ afin que les intervenantEs de son organisme puissent bénéficier d'une formation-sensibilisation à la GAM.

*« Nous travaillons dans des petits milieux et le personnel soignant est le co-citoyen de l'utilisateur ce qui renforce les préjugés. Le fait de décider de s'auto-gérer pourrait entraîner des rapports difficiles avec les intervenants. La résistance pourrait susciter ce genre de commentaires : « un tel suit pas ce qu'on recommande ». Il y a un halo dans la relation d'aide entre la personne qui demande de l'aide et les personnes soignantes » (Gestionnaire, réseau public).*

La deuxième, qui est t.s. en CLSC, fera plutôt référence à l'impact de ces rapports plus étroits entre intervenantEs sur sa propre disposition à mettre en pratique certains aspects de l'approche GAM. Ainsi, elle explique que le fait de connaître les omnipraticienNEs des personnes auprès de qui elle intervient la rend moins à l'aise de remettre en question leur façon de diagnostiquer ou de prescrire une médication psychotrope.

*« Mais oui, je peux quand même les sensibiliser à l'importance de tous les effets secondaires à long terme. Mais, tu sais, on est dans un milieu où on se connaît tous, on connaît tous les médecins. Comme, quand je vois un diagnostic de dépression majeure, je trouve ça touchy un petit peu d'aller dire au médecin, " tu trouves pas que tu y es allé un peu fort? " Ou, " ah oui? D'après toi cette personne-là fait une dépression majeure? " Pas mineure, là. Je trouve ça délicat » (T.S., CLSC).*

Par ailleurs, cette plus grande proximité, lorsqu'elle est fondée sur une connaissance approfondie des pratiques et approches de chacun, est plutôt favorable à l'implantation de l'approche GAM. Ceci a facilité non seulement la création et les activités des comités de travail GAM mais le déploiement de pratiques de collaboration.

#### ***4.4. Relation entre le milieu communautaire et le secteur public***

Le type de rapports qui prévaut entre le milieu communautaire et le réseau public semble agir sur l'émergence des pratiques GAM. CertainEs intervenantEs sont en partie réticents face à cette approche du fait qu'elle émane du milieu communautaire (voir chapitre 5). Chez certains, ces réserves à l'égard du milieu communautaire semblent découler de tensions qui existeraient entre le milieu communautaire et des établissements du réseau public. Le secteur communautaire est perçu comme étant très radical et tenant de positions anti-psychiatriques. Comme nous l'avons vu précédemment, certains facteurs ou conditions viennent renforcer les préjugés ou au contraire les réduire, en amenant, par exemple, les différents acteurs et actrices à mieux se connaître et ainsi à avoir une vision plus nuancée de l'approche adoptée par chacun.

Dans une autre région, soit Lanaudière, l'impact des relations qui prévalent entre le réseau communautaire et le réseau public sur le déroulement du projet pilote est d'un tout autre ordre. Les organismes communautaires en santé mentale de cette région ont décidé

de se retirer du projet pilote pour des raisons reliées surtout à leur sous-financement (chapitre 4).

#### ***4.5. Rôle des acteurs clés***

La présence de personnes qui jouent un rôle actif dans le cadre du projet pilote est un facteur important lié à l'implantation de l'approche GAM.

Plusieurs acteurs et actrices clés du projet pilote ont développé une grande expertise en lien avec la GAM grâce à leur participation au premier projet pilote GAM, à la mise en pratique de cette approche ou à l'expérience personnelle d'une diminution de médicaments à travers une démarche d'appropriation du pouvoir. La contribution de ces personnes à la promotion et au développement de pratiques GAM s'est exercée à travers différentes actions : l'accompagnement à la GAM de membres de leur ressource, en étant amenées à solliciter la collaboration des autres intervenantEs impliqués dans le suivi de la personne (médecin, t.s., pharmacien, pharmaciennes, etc.); la participation à des lieux de concertation, dont les comités de travail GAM établis dans le cadre de ce projet pilote, où les partenaires sont sensibilisés à la GAM et invités à collaborer; la participation à titre de conférencier ou de conférencière aux activités de formation-sensibilisation à la GAM réalisées dans leur région.

Les personnes usagères ayant elles-mêmes fait l'expérience de la GAM sont de bons porte-parole de cette approche, leur point de vue étant essentiel à une compréhension approfondie de la GAM. Les activités du projet pilote visent aussi à assurer la diffusion du point de vue des personnes usagères sur la médication, la GAM et plus globalement sur le rétablissement. En général, leurs propos étaient bien accueillis et une grande crédibilité leur était accordée. Lorsqu'elles ne pouvaient pas participer aux activités de formation-sensibilisation à titre de conférencier ou de conférencière, des résultats de recherche portant sur le point de vue des personnes usagères étaient présentés.

Dans le cadre de ce projet pilote, quelques psychiatres ont joué un rôle très actif. Leur contribution au déploiement de l'approche GAM se situe à deux niveaux : d'une part, à un niveau local, en offrant à leurs patientEs un accompagnement à la GAM, en supportant des intervenantEs de leur secteur en lien avec cette approche, en participant à titre de conférencier ou conférencière à des activités de formation-sensibilisation à la GAM dans leur région, en s'assurant que les institutions où ils pratiquent instaurent certaines conditions favorables à l'implantation de cette approche, etc.; d'autre part, à un niveau plus global, en favorisant l'approfondissement de cette approche à travers notamment l'identification des enjeux cliniques et éthiques qu'elle soulève et de pistes de solution, en participant à la réalisation d'outils de formation-sensibilisation à la GAM et à l'organisation du Forum GAM, etc. Leur collaboration a aussi permis de conférer davantage de légitimité à l'approche GAM, notamment auprès des médecins, ce qui est non négligeable.

La collaboration de gestionnaires d'établissements publics aux activités du projet pilote, notamment en siégeant sur le comité de travail GAM de leur région et dans un cas sur le comité provincial avisé, constitue un autre facteur ayant agi favorablement sur le développement de l'approche GAM. Leur contribution est essentiellement double : premièrement, ils ont favorisé le développement de pratiques GAM au sein de leur institution en distribuant le *Guide personnel*, en invitant les membres de leur équipe à participer aux activités de formation-sensibilisation GAM et dans certains cas en faisant régulièrement un suivi auprès des membres de leur équipe concernant la mise en place de pratiques GAM; deuxièmement, ils ont représenté des alliés précieux sur le plan politique, en faisant régulièrement le point sur les diverses modifications qu'a connues le réseau public conséquemment à la transformation de l'organisation des services de santé et des services sociaux (création des CSSS) et l'implantation du Plan d'action en santé mentale.

## CONCLUSION

L'utilisation de la psychopharmacologie est devenue une évidence, particulièrement dans le champ de la santé mentale. Dans le cadre de la désinstitutionalisation, ce type de traitement s'est imposé comme étant l'instrument privilégié pour assurer la réduction des symptômes et permettre la vie dans la communauté.

Après l'introduction des psychotropes en psychiatrie et un développement si fulgurant et étendu, il est devenu essentiel de faire le point sur leur rôle dans la vie des personnes, dans les pratiques en santé mentale, et de manière plus générale, dans la société et la culture contemporaines.

C'est dans le contexte de ce questionnement de fond que le projet Gestion autonome de la médication a vu le jour. Cette approche trouve son origine dans le partage d'expériences douloureuses de personnes usagères impliquées dans les ressources alternatives membres du RRASMQ qui se sont transformées progressivement en une demande explicite de créer un espace collectif pour réfléchir et agir.

Après des années de travail, principalement au sein du réseau des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale, l'élargissement de ce questionnement à l'ensemble des partenaires s'imposait.

Les nombreuses entrevues, observations ainsi que les questionnaires recueillis dans le cadre de cette recherche ont permis de documenter un long processus d'échanges, de réflexion et, dans certains cas, de transformation de pratiques impliquant une grande diversité d'acteurs et actrices du champ de la santé mentale (organismes communautaires, établissements psychiatriques, CLSC, intervenants psychosociaux et de la santé, médecins et gestionnaires, personnes utilisatrices de services et leurs proches).

Les nombreuses activités de ce projet ont contribué à la création d'espaces de dialogue où ces acteurs ont partagé leurs analyses et perspectives, et exprimé leurs accords et désaccords. Ce bilan tente de refléter, systématiser et analyser le processus, le contenu de ces débats et leurs impacts sur les pratiques.

Le premier constat concerne les conditions d'un processus de renouvellement des pratiques qui tient compte de la pluralité de perspectives et d'acteurs. Dans le cadre de ce projet, le rythme et les mécanismes de concertation, de formation et d'échange ont été adaptés aux contextes locaux et à leurs dynamiques partenariales. À chaque étape, le suivi évaluatif a aussi cherché à mettre à jour les résistances et obstacles rencontrés. Leur analyse a mis en lumière les limites de l'approche de la GAM et les contraintes pour son application. Certaines fois, il a été possible de les surmonter, d'autres fois, cela a conduit à des impasses que ce bilan documente afin notamment d'en tirer des conclusions.

Dans ce sens, on peut souligner d'une part, les difficultés à rejoindre les parents et proches des personnes vivant avec des problèmes en santé mentale, et d'autre part, les obstacles provenant du manque de contacts ou de connaissance mutuelle des acteurs du secteur communautaire et du secteur public. Ce projet a permis de mieux comprendre les dynamiques partenariales et de constater les préjugés qui subsistent de part et d'autre, qu'il a parfois été possible de dépasser.

Les activités d'échange et de formation ont été conçues de manière à favoriser le dialogue et une réflexion approfondie sur les pratiques quotidiennes des intervenants. Plus particulièrement, il s'agissait de saisir, par divers moyens, la place que celles-ci occupent dans la vie des usagers. Malgré la grande diversité d'approches, de contextes institutionnels et régionaux, les participantEs ont identifié des enjeux communs associés à la place centrale que les psychotropes occupent dans les services de santé mentale et les contraintes institutionnelles et socioculturelles qui limitent les possibilités d'autres formes de traitement et de soutien à l'intégration des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Le projet a aussi permis d'aborder les défis immenses associés à l'expérience de la psychose et de l'intervention en situation de crise. On a identifié quelques enjeux et ouvert des voies pour tenir davantage compte de la perspective des usagers dans l'application du traitement pharmacologique.

Le bilan évaluatif montre comment l'approche GAM vient enrichir les pratiques existantes, permettant de les nommer, de les systématiser, de les légitimer et de faire l'objet de discussions dans les espaces d'intervention et de concertation. Le besoin d'espaces de réflexion et de formation portant sur les pratiques et les enjeux concrets de la rencontre quotidienne avec les usagers a aussi été souligné avec insistance par un grand nombre de participants.

À la croisée des chemins entre les savoirs qui émergent des expériences et des pratiques des usagers, des intervenants, et des chercheurs, l'approche de la Gestion autonome de la médication s'est construite comme une réponse nuancée qui permet aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale d'assumer une position de sujet face aux traitements qui leur sont proposés. La GAM propose une démarche de réflexion personnelle sur la qualité de vie et suggère des outils pour aider la personne qui le souhaite à agir sur son environnement et à élargir le dialogue avec les intervenants et les personnes significatives de son milieu de vie. La question de la médication psychiatrique, du rôle qu'elle joue dans la vie de la personne, et des possibilités d'ajustement, diminution ou arrêt d'un tel traitement sont abordées dans le contexte de ce questionnement plus large.

Cette perspective suppose la disponibilité, l'ouverture et l'accompagnement des intervenants du secteur public et communautaire et du milieu de vie. On souhaite que ce bilan puisse contribuer à identifier les conditions qui permettront de relever les défis de la rencontre entre les personnes vivant des problèmes de santé mentale et celles qui travaillent pour les soutenir dans la communauté.

## BIBLIOGRAPHIE

- APOLLON, W. et al., 1990, *Traiter la psychose*, Québec, Éditions du Gifric.
- COHEN, D., CAILLOUX-COHEN, S., AGIDD-SMQ, 1995, *Guide critique des médicaments de l'âme*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *De la biologie à la culture*, Avis par Corin, E., Grunberg, F., Seguin-Tremblay, G., Tessier, L., Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC/Groupe de travail sur la qualité des services dans la communauté, 2006, *Cadre de référence pour la qualité des services dans la communauté. Repenser la qualité des services dans la communauté du point de vue des personnes vivant des problèmes de santé mentale*, Avis par Rodriguez L., Bourgeois, L., Landry, Y., Pinard, J.-L., Guay, L.
- COMITÉ DE PILOTAGE DU GUIDE, 2004, *Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale*. Paroles et parcours d'un pouvoir fou.
- CORIN, E., 2002, Se rétablir après une crise psychotique : Ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ?, *Santé mentale au Québec*, XXVII, no 1, 65-82.
- CORIN, E., RODRIGUEZ, L., GUAY, L., 1999, *Le rapport à l'hospitalisation et aux services psychiatriques*, texte de documentation, disponible au RRASMQ.
- DIAMOND, R., 1985, Drugs ans the Quality of Life : the Patient's Point of View, *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, no 5, 29-35.
- GUSS, I., 2003, *Rapport sur le questionnaire d'évaluation de la formation-sensibilisation à la Gestion autonome de la médication en santé mentale*.
- EHRENBERG, A., 1998, *La fatigue d'être soi*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- ÉRASME / RRASMQ (2003), « L'émergence et le développement en partenariat d'une nouvelle approche en santé mentale : la Gestion autonome de la médication », texte de documentation.
- ESTROFF, S., 1998, *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson : Institut Synthelabo.
- FOWLER, D., GARETY, P., KUIPERS, E., 1999, Thérapie cognitive comportementale des psychoses, *Santé mentale au Québec*, XXIV, no 1, 61-88.

KEITH, S.J. et al, 1984, A Team Approach to Pharmacologic Treatment of Chronic Schizophrenia, *Hospital and Community psychiatry*, 35, no 8, 802-805.

LECOMTE, Y., 2003, Développer de meilleures pratiques, *Santé mentale au Québec*, XXVIII, no1, 9-36.

MARSOLAIS, Gilles, 2003, *Petit guide des médicaments en santé mentale, à l'intention des intervenants d'aide en situation de crise.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001a, *Transformation des services en santé mentale. État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001b, *Accentuer la transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998a, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998b, *Pour une Gestion autonome de la médication. Mythe ou réalité*, Avis du sous-comité sevrage, dirigé par Dr Michel Messier, Comité de mise à jour de la Politique de santé mentale, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2001, *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.*

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 2002, *Gestion autonome de la médication. Guide d'accompagnement pour les ressources alternatives.*

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC et ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 2002, *Gestion autonome des médicaments de l'âme. Mon guide personnel.*

RODRIGUEZ, L., CORIN, E., POIREL, M.L., DROLET, M., 2006, Limites du rôle de la médication psychiatrique dans le processus de réhabilitation du point de vue des usagers, *Pharmacologie et santé mentale. Équilibre*, Association canadienne de santé

mentale.

RODRIGUEZ, L., DROLET, M., 2004, Évaluation de la Gestion autonome de la médication du point de vue des personnes usagères : Étude exploratoire, ÉRASME/RRASMQ.

RODRIGUEZ, L., POIREL, M.L., ROUSSEAU, G., PERRON, N., VIGNEAULT, L., 2003 « Ouvrir des espaces de dialogue autour de la médication psychiatrique » dans *Équilibre-en-Tête*, revue de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), volume 17, no.4.

RODRIGUEZ, L., POIREL, M. L., 2003, *Gestion autonome de la médication : formation et développement des pratiques dans une perspective de collaboration avec les différents partenaires*, bilan d'étape déposé au MSSS, ÉRASME/RRASMQ.

RODRIGUEZ, L. 2002, *La Gestion autonome de la médication en santé mentale : projet pilote de collaboration entre les ressources alternatives et communautaires et le réseau public des services en santé mentale pour le renouvellement des pratiques*, demande de subvention présentée au MSSS.

RODRIGUEZ, L., CORIN, E., POIREL, M. L., 2001, Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée, *Revue québécoise de psychologie*, XXII, no 2, 201-223.

RODRIGUEZ, L., POIREL, M. L., 2001, *La Gestion autonome de la médication: pour une contribution au renouvellement des pratiques en santé mentale*, rapport de recherche, ÉRASME/RRASMQ, disponible au RRASMQ.

RODRIGUEZ, L., CORIN, E., ROUSSEAU, C., POIREL, M. L., 2001, *Modalités de suivi de la médication psychiatrique dans la communauté : perceptions des usagers*, protocole de recherche présenté au FRSQ, concours FRSQ-MSSS.

RODRIGUEZ, L., CORIN, E., GUAY, L., 2000, La thérapie alternative : se (re) mettre en mouvement, *Les ressources alternatives de traitement, Santé mentale au Québec / RRASMQ*, 49-94.

ROUSSEAU, C., 1992, *Les neuroleptiques en psychiatrie : en prendre ou non, est-ce bien poser la question?*, Verbatim d'une conférence, disponible au RRASMQ.

TURMEL, F., 1990, Psychopharmacologie et utilisation de la médication dans un centre psychanalytique de traitement de psychotiques, dans Apollon, W. et al., *Traiter la psychose*, Québec, Éditions du Gifric, 161-169.

## ***ANNEXES***

## ANNEXE 1

### Présentation des responsables du projet pilote

#### *Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*

Fondé en 1983, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) est un organisme sans but lucratif qui regroupe des ressources communautaires et alternatives en santé mentale réparties sur l'ensemble du Québec. Ces ressources à taille humaine, imbriquées dans la communauté, engagées socialement, se distinguent par la qualité de leur accueil, par leur polyvalence et par leurs structures qui favorisent les rapports égalitaires entre les personnes. Ces ressources sont : des centres de crise, des groupes d'entraide, des ressources thérapeutiques, des lieux d'hébergement, des centres de jour, des ressources de réintégration au travail, etc.

Le RRASMQ favorise le pluralisme des approches et des pratiques. Il prône une vision globale de la personne et une façon *autre* d'accueillir la souffrance et la détresse, visant la réappropriation du pouvoir des personnes sur elles-mêmes et sur leur milieu.

De nombreux dossiers sont mis sur pied pour approfondir certains dossiers, dont un comité sur la Gestion autonome de la médication qui voit le jour à partir de 1997 dans le prolongement d'un comité de travail sur la médication formé quelques années plus tôt. Le comité GAM est aujourd'hui composé de représentants et représentantes de 10 ressources alternatives impliquées dans un projet pilote d'accompagnement à la Gestion autonome de la médication depuis 1998, de représentants de la permanence du RRASMQ et de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits du Québec, de membres de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture.

#### *Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture*

L'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME) est une équipe de recherche multidisciplinaire constituée de chercheurs provenant de différentes universités (Université de Montréal, UQAM, Université d'Ottawa, Université Laval et McGill) et appartenant à des disciplines diverses (anthropologie médicale, psychiatrie, psychologie, sociologie, travail social, sciences politiques) et de trois partenaires communautaires, dont le RRASMQ qui participe à ÉRASME depuis 1992. Cette équipe de recherche en partenariat a obtenu depuis 1993 plusieurs subventions du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et plus récemment du Fond québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

Le fonctionnement de l'équipe de recherche et ses travaux s'inspirent d'une conception radicale du partenariat : par un souci de considérer chaque partenaire comme un acteur de plein droit dans la formulation et la mise en œuvre des projets de recherche; par un désir

de promouvoir les échanges de points de vue en matière de rapport à l'État, d'analyse des lignes de transformation du Québec contemporain et d'analyse comparative des résultats de nos recherches. Enfin, il s'agit d'enrichir les pratiques alternatives et communautaires en santé mentale à partir d'une meilleure connaissance des dynamiques communautaires et du point de vue des personnes qui fréquentent les ressources.

Depuis huit ans, le RRASMQ et ÉRASME développent plusieurs recherches en partenariat portant sur *Gestion autonome de la médication*.

## ANNEXE 2

### Membres des comités de travail du projet pilote GAM et autres acteurs et actrices clés

#### *Comité provincial aviseur GAM*

Dr Michel J. Messier :	Médecin-psychiatre à l'Hôpital Douglas, CSSS Les Eskers de l'Abitibi et le CLSC d'Inukjuak
Jacques Rhéaume :	Professionnel de recherche, Direction de la santé mentale, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS
Pierrette Richard :	Directrice de Prise II, Centre d'apprentissage et Centre thérapeutique de jour, sous-région Nord de Montréal
Monique Goulet :	Directrice du Centre l'Élan, Magog, Estrie, ressource d'intervention thérapeutique et milieu de jour.
Denise Fortin :	Directrice des programmes d'adaptation sociale et des services multidisciplinaires, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (dans les premières étapes du projet elle participait à titre de directrice des services professionnels du Centre hospitalier Fleury)
Mario Bécu :	Intervenant du Centre Émilie-Gamelin Alias L'Éclaircie "Aide à la santé mentale" et personne usagère, Gaspésie
Michel Bégin-Lamy :	Éducateur spécialisé, équipe de santé mentale du Centre de santé et CLSC Paul-Gilbert (devenu CSSS du Grand Littoral, site CLSC St-Romuald), Chaudière-Appalaches
Viviane Laviolette :	B. Pharm., M.Sc. et membre de Prise II, Montréal
Pierre Desjardins :	Psychologue, directeur de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des Psychologues du Québec
Doris Provencher:	Coordonnatrice de l'AGIDD-SMQ

*Comité de travail GAM de la Gaspésie*

- Johanne Bécu : Directrice du Centre Émilie-Gamelin Alias L'Éclaircie "Aide à la santé mentale", MRC Rocher-Percé
- Mario Bécu : Intervenant du Centre Émilie-Gamelin Alias L'Éclaircie "Aide à la santé mentale" et personne usagère, MRC Rocher-Percé
- Diane Le Bouthillier : Travailleuse sociale du CLSC-CHSLD de Pabok (devenu CSSS Rocher-Percé)
- Dr Jacques St-Hilaire : Psychiatre, chef du département de psychiatrie du Centre hospitalier de Chandler (devenu CSSS Rocher-Percé)
- Carole Gauthier : Coordinatrice de l'Association d'entraide pour la santé mentale, New-Richmond

*Comité de travail GAM de la sous-région Nord de Montréal*

- Pierrette Richard : Directrice de Prise II, Centre d'apprentissage et Centre thérapeutique de jour
- Christiane Germain : Directrice générale de la Parenterie et présidente du ROCAN
- Denise Fortin : Directrice des programmes d'adaptation sociale et des services multidisciplinaires, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (dans les premières étapes du projet elle participait à titre de directrice des services professionnels du Centre hospitalier Fleury)
- Lucie Poitras : Chef de module des services psychiatriques et sociaux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Marie-Claude Desjardins : Dans les premières étapes du projet elle participait à titre de chef de programme du CLSC Montréal-Nord (devenu CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord)
- Danièle Fréchette : Chef du programme accueil évaluation et orientation CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (dans les premières étapes du projet elle participait à titre de chef de programme du CLSC Montréal-Nord)

- Daniel Boivin : Adjoint à la direction des programmes d'adaptation sociale et des services multidisciplinaires, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (dans les premières étapes du projet il participait à titre chef de programme du CLSC Ahuntsic)
- Roger Roy: Infirmier bachelier en santé mentale, CLSC St-Laurent (devenu CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent)
- Marielle Daraïche : Chef de l'unité d'hospitalisation en psychiatrie et de l'hôpital de jour, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, Hôpital Fleury

### ANNEXE 3

#### Invitation à un dîner-conférence sur le projet-pilote de la *Gestion autonome de la médication en santé mentale*

Madame, Monsieur,

Depuis le mois d'août 2002, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) en collaboration avec l'Équipe de recherche et action en santé mentale et culture (Érasme) travaille sur un projet d'expérimentation d'une approche novatrice appelée *Gestion autonome de la médication* financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La région de la Gaspésie étant ciblée par le projet, la présente est pour vous inviter à un dîner-conférence visant à vous transmettre de l'information à ce sujet et recevoir vos commentaires.

#### **DÎNER-CONFÉRENCE SUR LA GESTION AUTONOME DE LA MÉDICATION EN SANTÉ MENTALE**

**Quand ?** mardi, le 9 mars 2004 de 12h00 à 13h30

**Où ?** Centre hospitalier de Chandler, 451, rue Mgr Ross Est, Chandler

**À l'ordre du jour :**

- Information sur la Gestion autonome de la médication et le projet-pilote
- Échanges sur les possibilités de développement

**Conférenciers:**

Nadine Perron, agente de liaison et responsable du projet-pilote GAM au RRASMQ

Marie Drolet, chercheure à ÉRASME

Docteur Jacques Saint-Hilaire, psychiatre au Centre hospitalier de Chandler

Mario Bécu, personne utilisatrice et intervenant à l'Éclaircie - Aide à la santé mentale, Chandler

**Un dîner sera servi gratuitement sur place**

## ANNEXE 4

### Invitation à un dîner-conférence sur le projet-pilote de la ***Gestion autonome de la médication en santé mentale***

#### **Psychiatres – Chercheurs – Personne usagère – RRASMQ**

Mardi 23 novembre 2004 à 11h15.

Dans le cadre du projet pilote sur la *gestion autonome de la médication* dans la sous-région Nord de Montréal, l'Hôpital du Sacré-Cœur tiendra une table ronde sur ce sujet.

Elle sera retransmise en direct dans 4 départements de psychiatrie du Nord-Ouest Québécois et du Témiscamingue ainsi qu'aux Îles-de-la-Madeleine et du Complexe hospitalier de la Sagamie.

Il est possible d'assister à l'événement de deux façons :

À Montréal et les environs : en se présentant au Pavillon Albert-Prévost, salle Edgar-Langlois de l'aile Camille-Laurin, des places sont disponibles dans la salle où la conférence est captée.

À Rouyn-Noranda : au centre hospitalier, en réservant auprès de madame Danielle Laflamme, 819-764-5131, poste 42108.

À Val d'Or : au centre hospitalier, en réservant auprès de madame Claudine Côté, 819-825-6711, poste 2444.

À Chicoutimi : au centre hospitalier en transmettant à Lili Simard de l'ARACS-02, le nombre de places désirées, 418-345-3888.

Le panel :

Jean-Pierre Rodriguez, psychiatre du Pavillon Albert-Prévost du CH Sacré-Cœur.

Michel Messier, psychiatre à l'Hôpital Douglas et professeur Université McGill.

Lourdes Rodriguez, Ph.D chercheure universitaire d'ÉRASME, professeur, Université de Montréal.

Jean-Nicolas Ouellet, agent de liaison au RRASMQ et personne usagère.

Nadine Perron, agente de liaison au RRASMQ et responsable du projet pilote.

Le panel répondra à trois questions.

- La médication dans la trajectoire de vie des personnes (qualité de vie, insertion sociale, rétablissement...).
- L'espace de parole de la personne dans son traitement pour qu'elle soit au centre des décisions qui la concernent.
- Le libre choix de la personne et la responsabilité clinique du praticien face à cette liberté.

Ils répondront ensuite aux questions soumises par l'auditoire sur place ou en régions