

L'autre Espace

La revue du RRASMQ

Volume 2 - No 2

Décembre 2010

La place de la

MEDICATION

Dans ce numéro

- Une entrevue avec Céline Cyr, première partie
- Quelques expériences et points de vue sur la médication
- Les effets symboliques de la médication
- La médication et le milieu associatif
- Les limites et défis de la GAM



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*

Présentation

La revue

Par cette revue, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) veut offrir un autre espace d'expression, de prise de parole et de débat pour les ressources alternatives.

L'autre Espace, c'est l'endroit pour illustrer des pratiques alternatives en santé mentale et pour échanger sur les valeurs et principes qui fondent ces pratiques.

L'autre Espace, c'est un univers où les ressources alternatives en santé mentale et les personnes qui les composent sont invitées à réfléchir, à critiquer et à contribuer à la construction d'une société plus juste, plus humaine et plus égalitaire. C'est un lieu où les différences de ressentis, de pensées et d'actions ne sont pas considérées comme des maladies, des handicaps ou des incapacités générant une exclusion de l'espace citoyen!

Les collaborateurs et collaboratrices à ce numéro Céline Cyr, Suzanne Durocher, Noëlla Fournier, Jean Gagné, Linda Little, Guy Moreau, Jean-Nicolas Ouellet, Olivier René, Cathy Varnier, Lourdes Rodriguez, Cécile Rousseau, Guy T.

Comité de lecture Linda Little, Philippe Michaux et Olivier René

Révision et correction Linda Little, Olivier René et l'équipe du RRASMQ

Infographie et mise en page Raymond Beaunoyer

ISSN 1920-3209 (Imprimé)

ISSN 1920-3217 (En ligne)

Le RRASMQ

Fondé en 1983, le RRASMQ est un organisme à but non lucratif porteur de l'Alternative en santé mentale qui regroupe plus d'une centaine de ressources alternatives réparties sur le territoire du Québec. Le membership du Regroupement est composé d'organismes communautaires qui s'identifient et adhèrent à une philosophie alternative en santé mentale.

Les ressources alternatives agissent d'une part en amont pour tout ce qui concerne la prévention, l'information et la sensibilisation à la santé mentale. D'autre part, elles travaillent au quotidien pour et avec des personnes (hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, etc.) qui vivent ou qui ont vécu des problèmes de santé mentale ayant eu une influence importante dans leur vie. Ensemble, ces ressources forment le RRASMQ et sont porteuses de l'Alternative en santé mentale!



Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec

2349 rue de Rouen 4^e étage, Montréal, Québec H2K 1L8

Téléphone : 514-523-7919 / 1-877-514-523-7919

Télécopieur : 514-523-7619

Courriel : rrasmq@rrasmq.com

Internet : www.rrasmq.com

Avant-propos

Le recours à la médication psychotrope est souvent le compromis que bien des personnes doivent faire pour tenter d'apporter une réponse (limitée!) à leur souffrance. La médication devient alors une préoccupation constante. Utile ? Nécessaire ? À proscrire ? À repenser ? Le débat est très actuel et concerne principalement les personnes qui en prennent.

Que pensez-vous de la place de la médication en santé mentale ? C'est l'invitation qui a été lancée dans les ressources alternatives aux personnes qui consomment ou qui ont déjà consommé des médicaments, à celles qui interviennent auprès d'elles, qui les aident, qui les accompagnent et à celles qui ont une opinion sur le sujet.

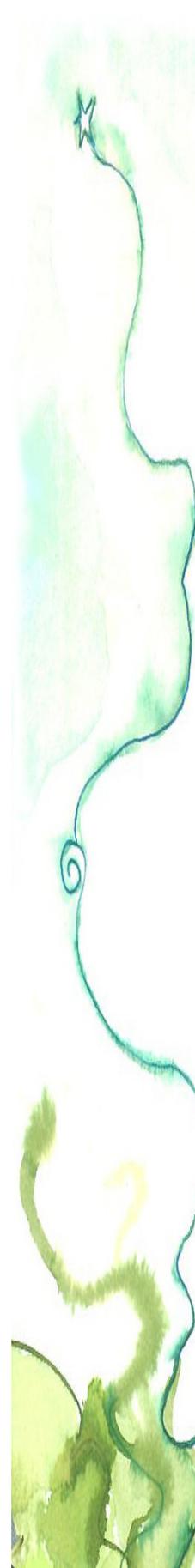
À partir d'expériences issues des ressources alternatives et du vécu des personnes qui composent les ressources, ce numéro de *L'autre Espace* aborde la place de la médication principalement dans la vie des personnes et dans les ressources alternatives.

Sommaire

<i>Entrevue avec Céline Cyr, « Peddler » de la GAM</i> par Linda Little et Olivier René	4
<i>Allocution de Cécile Rousseau sur les effets symboliques de la médication</i> propos recueillis par Jean Gagné.....	10
<i>Témoignage d'un membre de Relais La Chaumine</i> par Guy T.	14
<i>Témoignage d'un membre de Relais La Chaumine</i> par Noëlla Fournier	15
<i>Mes médicaments et moi depuis 31 ans!</i> par Suzanne Durocher	16
<i>Mon expérience de la GAM</i> par Linda Little.....	19
<i>Les effets de la médication sur un groupe d'entraide</i> par Jean-Nicolas Ouellet.....	21
<i>La médication et le milieu associatif</i> par Guy Moreau	24
<i>La communauté : un acteur à investir</i> par Cathy Varnier.....	27
<i>Limites et défis de la GAM : une invitation à l'action</i> par Lourdes Rodriguez.....	30
Invitation à lire <i>Les médicaments psychiatriques démythifiés</i>	35



Les œuvres (écriture et peinture) qui parsèment ce numéro proviennent d'un recueil issu du projet *signé Femme*. Initié par le comité « Femme et santé mentale » du RRASMQ en 2001, ce projet a été une invitation à explorer l'expression créatrice à laquelle ont participé près de 400 femmes provenant de ressources alternatives en santé mentale à travers le Québec.



Entrevue avec Céline Cyr « Peddler¹ » de la GAM

Entrevue réalisée par Linda Little et Oliver René



Après des études en psychologie et travail social et des années de travail en centres de crise, Céline a pris un virage militant et a décidé que peu importe ses engagements, elle allait se consacrer à trouver des alternatives, des moyens pour tenter de mieux comprendre sa souffrance et celle des autres. Depuis, l'expédition se poursuit avec pour camp de base la Gestion autonome de la médication (GAM) et tout ce qui touche de près ou de loin les médicaments de l'âme. Un chemin parallèle qu'elle emprunte est l'étude des séquelles des violences dans nos vies et surtout l'impact chez les personnes dont le passé est jonché de plusieurs violences depuis l'enfance. Faisant partie du cercle des pionniers et pionnières de la GAM, elle enseigne la GAM aux intervenants et aux personnes utilisatrices au Québec et en Ontario. Elle complète actuellement une maîtrise en service social à l'Université de Montréal et sa recherche porte sur l'expérience GAM du point de vue des personnes utilisatrices en Ontario.

Parle-nous de tes expériences de formation à travers le Canada et à l'étranger. Qu'est-ce qui se fait d'intéressant ailleurs qu'au Québec ?

À partir du questionnement : « Comment amener la GAM ailleurs ? », je parlerais principalement de l'Ontario. J'ai vécu des choses très intéressantes à Toronto et à Ottawa. On pourrait partir de là. Il y a quelques années, j'ai essayé d'amener la GAM avec moi en Ontario lors d'un Congrès *Mad Pride*.

Qu'est-ce que c'est le *Mad Pride* ?

C'est en quelque sorte une fête pour souligner quand on a libéré les fous de la bastille durant la révolution française. C'est la fête de la folie, la fête des fous! Le *Mad Pride* est une journée pour commémorer cet événement-là et c'est fêté à travers le monde. Il y a toutes sortes de choses qui se passent lors de cette journée-là. Il y a des événements culturels, des vidéos, des conférences et ce sont toutes des choses *underground* en santé mentale qui ne sont pas ou très peu connues. Entre autres, en Angleterre et à Toronto, lors du *Mad Pride*, ils font une course avec un lit d'hôpital entre

¹ Personne qui voyage de villes en villages et qui sollicite les gens pour leur vendre des biens.

les « asiles » de la ville avec un pseudo patient psychiatrique assis dedans. C'est complètement déjanté comme idée, c'est fou! Je pense même qu'ils font plusieurs kilomètres entre deux villes en Angleterre! Pour moi, c'est vraiment important d'avoir du plaisir dans la cause parce que trop souvent c'est difficile. Ici, au Québec, étrangement c'est une fête très peu populaire.

Alors j'étais allé au *Mad Pride* et j'avais apporté mon petit kit de « peddler » GAM. J'ai toujours avec moi un guide GAM en anglais et un en français au cas où je pourrais en parler à quelqu'un. Souvent je les donne dans les autobus! (rires). Alors j'étais là-bas avec mes guides GAM, pleine d'espoir et je voulais en distribuer à même les militants pendant la visite d'une ressource de Toronto. Malheureusement, ça n'a pas décollé du tout! Les gens avec qui j'ai parlé à ce moment étaient plus engagés dans un courant radical qui voulait enrayer la psychiatrie. Un peu du style « fermons les asiles à grands coups de bulldozer! » C'est bien correct. J'étais un peu comme ça à 20 ans, mais passé 30 ans, je me suis dit que ça ne me tentait pas d'apprendre à conduire un bulldozer! Je ne sais pas si c'est que je me suis assagie, si j'ai évolué ou bien si j'ai régressé là-dedans, mais ma vision a changé. Je suis d'accord pour qu'il y ait plusieurs points de vue.

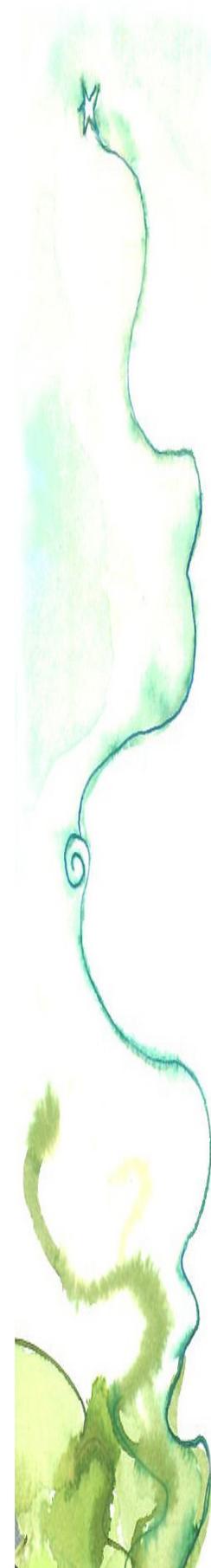
Après cette expérience, comment t'y es-tu pris pour amener la GAM en Ontario ?

J'ai rencontré deux personnes importantes. Au Forum GAM en 2007, j'ai rencontré une femme de Toronto qui s'appelle Ann Thompson. Pendant le Forum, on se cherchait elle et moi. Tout le monde lui disait : « Va voir Céline, elle va t'expliquer c'est quoi la GAM en anglais », mais on savait pas ni l'une ni l'autre de quoi on avait l'air. Je venais de donner une conférence alors elle m'avait vu la face et tout d'un coup j'ai entendu : « Are you Celine Cyr? » Et c'est là que j'ai fait la connaissance d'Ann Thompson. Elle fait partie d'un groupe de militants progressistes de Toronto et ils ont un comité qui s'appelle *The Leadership Initiative*. Et à partir de là, on a pris contact. Je leur ai parlé de la GAM, je leur ai donné un paquet de guides GAM – j'en ai toujours sur moi!

La deuxième personne avec qui j'ai été en lien et qui a permis de faire connaître la GAM, c'est un type qui s'appelle Brian McKinnon d'*Alternatives* à Toronto. Il est tellement chouette ce gars-là! Il vient de Terre-Neuve. Moi j'ai un faible pour Terre-Neuve. Je me dis que si ça ne marche pas avec mon chum, je déménage à Terre-Neuve! (rires). J'allais à un mariage d'amis à Toronto et je savais que ce gars-là (Brian) voulait entendre parler de la GAM. Alors j'ai combiné les deux. Je suis allé le voir, on s'est rencontré et il m'a montré la ville et il m'a fait faire le tour des organismes alternatifs de Toronto. À la fin de la journée, il voulait que je donne une formation sur la GAM, là-bas.

Le développement de la GAM a vraiment été une question de contact, n'est-ce pas ?

Il faut que tu tombes sur les bonnes personnes et qu'ils ou elles entendent ton message. Il faut aussi que ça soit plus fort que juste du bouche-à-oreille.



Ces personnes-là je les ai rencontrées et fallait qu'elles me voient. Dans les trucs controversés comme la médication, pour se trouver des alliés, il faut savoir si le discours de l'autre est au même diapason que le tien. Ils ne voulaient pas de quelqu'un qui allait faire des ravages et tout dénoncer à outrance. C'est délicat la question de la médication. Il fallait qu'ils me voient et qu'ils me testent d'une certaine manière. Après ces contacts-là, j'ai donné une première formation GAM en anglais.

Comment ça se passe quand tu donnes la formation GAM en milieu anglophone ontarien ?

J'étais vraiment nerveuse parce que même si j'ai étudié en anglais et que je parle couramment anglais, je n'avais jamais « enseigné » en anglais. J'ai toujours milité en français. Les anglophones ne parlent pas de la santé mentale et de la médication de la même façon. Alors là c'est pas pareil. Les gens me posaient des questions, je comprenais les mots, mais je ne comprenais pas le sens des questions. C'est vraiment une question de culture. Et là je me demandais toujours : est-ce que la façon dont je livre la marchandise, quand je leur parle de la GAM, est-ce que ça va les rejoindre ou pas ?

Est-ce que la mentalité anglophone de Toronto rejoint celle des communautés anglophones de Montréal par rapport à la santé mentale ?

Non, selon moi les anglophones du Québec parlent de la santé mentale comme des francophones, mais en anglais. La structure des services et de soins est la même en français ou en anglais (ou presque) tandis que c'est très différent en Ontario.

Les intérêts par rapport au contenu de formation ne sont pas les mêmes. Quand je parle de l'histoire de la GAM ici au Québec les gens baillent. C'est comme *next!* Passons à autre chose! Là-bas, j'en parle davantage. Parce qu'ils ne savent pas comment ça été implanté. Et ils veulent faire des parallèles entre l'implantation au Québec et en Ontario. Le rythme dans les formations est aussi plus rapide. Ils ont moins besoin de parler, ils ont plus besoin de recevoir des données de recherche et là je parle au niveau des utilisateurs et des intervenants.

Une autre chose intéressante, c'est la place qu'occupe le mouvement de l'équivalent ici des « parents et amis » sur la question de la médication. À Toronto, c'est un groupe de « parents et amis » qui veulent amener la GAM pour les utilisateurs au niveau de l'hôpital psychiatrique (*Center for Addiction and Mental Health*), l'équivalent du Douglas ou de Louis-Hippolyte Lafontaine. C'est un autre monde complètement! Une autre culture!

Aurais-tu un exemple à nous donner concernant la place des parents et amis sur la question de la médication ?

Le groupe *Family Outreach and Response Program* a décidé, il y a quelques années, de former leurs gens, les parents, à une approche qui s'appelle anti-oppression perspective. En français, on pourrait dire une approche qui

tient compte de l'oppression, des droits des personnes, du rétablissement, du point de vue des personnes utilisatrices, ce qu'ils et elles ont besoin de savoir. C'est en soi une approche qui est très alternative!

Les parents suivent plusieurs semaines de formation. Ils ont donc déjà fait beaucoup de cheminement. Ils connaissent déjà les rôles et limites de la médication. Et déjà, ils essaient d'amener des alternatives à la médication.

C'est pas évident d'apporter des alternatives ailleurs, c'est de personne à personne qu'on stimule un changement. Alors en étant en contact avec Brian McKinnon, j'en ai parlé tantôt, on ne voulait pas se péter la gueule avec GAM alors on a ciblé des leaders progressistes dans le mouvement à Toronto.

Quand tu parles des leaders progressistes, tu parles de qui ?

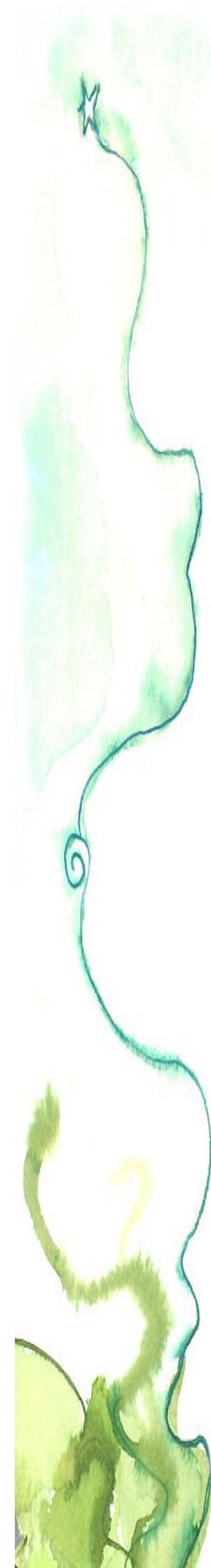
On pourrait dire que ce sont les personnes qui portent le mouvement alternatif à Toronto. Eux ils ont des pairs aidants en poste depuis plusieurs années dans les hôpitaux psychiatriques et aussi dans les organismes communautaires un peu partout en Ontario. Ça fait partie de la culture. Ils ont fait ça avant nous au Québec.

Donc ce sont surtout ces personnes-là qu'on est allé chercher et quelques intervenants progressistes incluant des parents et amis aussi pour parler de la GAM. On voulait que les gens aient une base alternative à la médication et qu'ils connaissent un peu le système avant de leur introduire la GAM. Pour ma part, je suis encore en apprentissage pour comprendre les structures, comprendre les personnes, comprendre le système.

Est-ce que, selon toi, il y a une place dans le système ontarien pour introduire la GAM ?

Un peu comme au Québec, le système ontarien essaie d'être *recovery oriented* (orienté sur le rétablissement). Dans la structure de services en Ontario, il y a les organismes communautaires, les hôpitaux psychiatriques et des mégas organismes entre le réseau et les groupes communautaires. Une boîte qui va employer plus de 60 personnes. Un peu comme PECH à Québec. J'ai parlé à différentes personnes et elles m'ont dit que les endroits clés pressentis pour le développement de GAM via ces personnes pivots, ce serait ces gros organismes-là. Ce sont des lieux qui ont une base de principes semblables à celle du communautaire et qui rejoignent beaucoup de personnes. Parce qu'ils peuvent faire le lien entre les organismes communautaires et le réseau et en plus, ils ont des sous pour développer des projets. Un autre détail, si on prend l'exemple de l'organisme *Canadian Mental Health Association* de Toronto (un méga-organisme), l'ensemble des formations doivent être données par des personnes utilisatrices.

La psychiatrie se ressemble beaucoup d'une place à l'autre. Tu me parachutes en psychiatrie ici, à Paris ou aux États-Unis, puis je suis certaine que c'est presque toujours la même chose! C'est d'une part, la façon dont est orga-



nisé le système de services et de soins et d'autre part, comment s'organise le mouvement autour (ou contre) de la psychiatrie qui est différente.

Quels sont les avantages de parler de la GAM à l'extérieur ?

C'est bien certain qu'en parler, la faire connaître, ça permet le développement d'initiatives intéressantes par rapport à la médication. Par exemple, après que j'ai donné la première formation GAM à Toronto, il y a un gars, Jeremiah Bach qui, le lendemain où il a suivi la formation, a développé un groupe sur la GAM dans son organisme.

Comment ça s'est passé, c'est que le type en question, il donnait des ateliers sur le *harm reduction* (l'approche de réduction des méfaits) à l'organisme *Sound Times* à Toronto. C'est un organisme pour les personnes psychiatriquées mais aussi judiciairisées; un très bel organisme pour les personnes utilisatrices uniquement. Et ce qu'ils ont fait à *Sound Times* c'est qu'ils ont greffé l'approche GAM avec l'approche de réduction des méfaits des psychotropes en considérant qu'on ne peut pas séparer les médicaments psychotropes psychiatriques des autres drogues prescrites ou illégales.

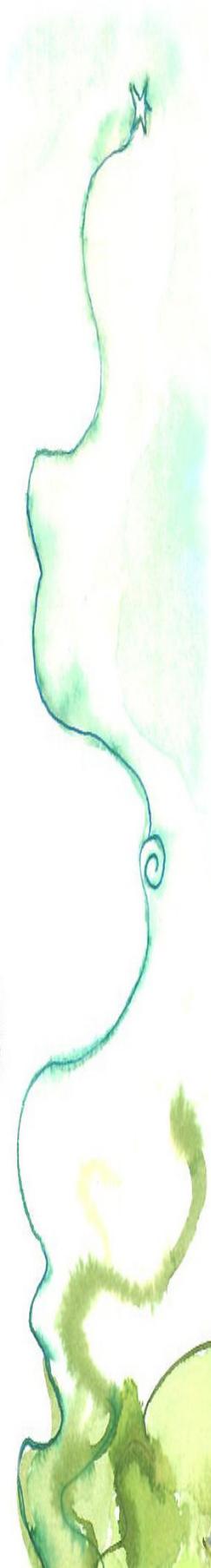
Et le fait de faire connaître la GAM en dehors du Québec ça permet, indirectement, de la développer ici. C'est que les peurs des gens ailleurs, ne sont pas les mêmes qu'au Québec. Il existe des doutes et des peurs partout par rapport à la médication. Ce sont les zones dans lesquelles les gens sont prêts à aller quand on parle de médication qui vont être différentes et enrichissantes.

Qu'est-ce que tu as appris du mouvement des personnes utilisatrices en Ontario qu'on aurait à renforcer au Québec ?

Aller voir ce qui se passe ailleurs, ça reconforte par rapport à ce qu'on fait de bien ici au Québec, mais ça nous en apprend sur ce qui est aussi possible, qu'est-ce qu'on ne fait pas. Et bien une chose qui est bien présente là-bas, c'est l'histoire du mouvement et l'histoire des personnes. Il ne faut jamais sous-estimer l'importance de la mémoire collective. Il y a des organismes à Toronto et à Ottawa qui ont des centres d'archives du mouvement des usagers. La mémoire collective du mouvement passe par la mémoire des personnes et de leur histoire personnelle. Et je trouve qu'ici au Québec, l'histoire personnelle des gens on ne l'entend pas assez, même dans les groupes d'entraide.

Moi, une grande partie de ma « formation » a été de rencontrer des militants d'à travers le monde dans des colloques, congrès et formations. Elle provient aussi des heures que j'ai passées dans les transports à jaser avec les gens qui allaient dans les mêmes événements que moi ou avec des coformateurs.

Il y quelques années, je suis allé au Congrès *NARPA* (*National association for rights protection and advocacy*) et *MindFreedom* qui sont des associations de défense des droits. Pour maintenir vivant et ramasser la mémoire

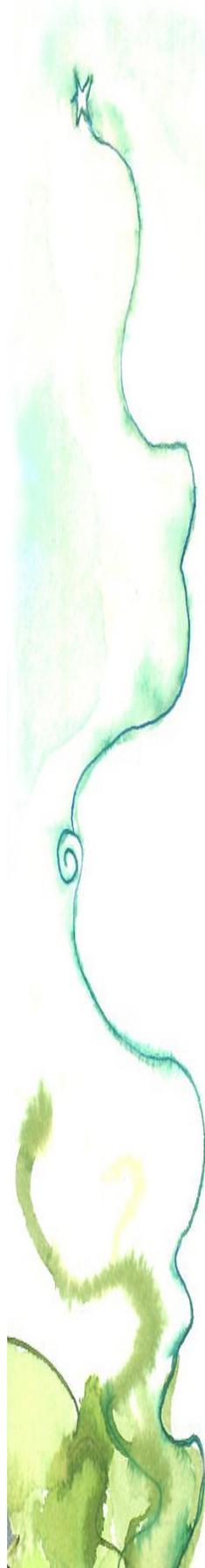


collective, le soir après les conférences, il y a des moments où ceux et celles qui le veulent racontent leur vie en 15 minutes. C'est filmé ou enregistré pour ceux qui ne veulent pas passer sur vidéo. Tu la racontes comme tu veux ta vie. Tu as 15 minutes. La première fois, je suis allée un peu par curiosité, un peu en me disant « Bof, je vais aller les encourager », mais j'ai été complètement consternée. Je suis restée à tous les soirs jusqu'à la fin. Quand les gens se mettent à raconter leur histoire et qu'on les écoute vraiment sans les interrompre et sans chercher à les caser en quelque part parce que ça dérange, c'est le meilleur cours que tu ne peux pas avoir sur l'histoire de la vie des personnes. C'est une démarche de prise de parole et d'*empowerment* importante pour les personnes. Et c'est, à mon avis, presque impossible de ne pas développer un regard critique. C'est donc très important de conserver ces archives de témoignages-là.

**La suite de l'entrevue paraîtra
dans le Vol. 3, No 1 de *L'autre Espace*.**



*Help me be « free » from my dependancies =
my limitations illness and poverty are my limitations*
par Lilian Laporte



Allocution de Cécile Rousseau sur les effets symboliques de la médication

Ce texte est la transcription d'une présentation orale faite par Cécile Rousseau, psychiatre à l'Hôpital de Montréal pour enfants, lors d'une rencontre du projet pilote GAM des 10 ressources alternatives en octobre 1999. La transcription et l'adaptation du texte ont été réalisées par Jean Gagné, alors responsable du comité GAM au RRASMQ à ce moment.

Les causes entremêlées de la détresse

Lorsqu'on consomme des médicaments, c'est évidemment en vue d'obtenir les effets bénéfiques pour lesquels ils sont prescrits. On prend une aspirine pour chasser un mal de tête ou un sirop décongestionnant pour soigner sa grippe. Chacun sait cependant qu'en plus de ces effets attendus et souhaités, il en apparaît souvent d'autres qui sont indésirables. Ainsi des maux d'estomac ou des effets de somnolence peuvent être induits par ces médicaments usuels. On parle alors d'effets secondaires indésirables ou « iatrogéniques ». Les médicaments psychiatriques n'échappent pas à cette règle, bien au contraire, une consommation à long terme de certains de ces produits peut parfois même provoquer des troubles permanents. On comprend qu'un produit chimique peut provoquer plusieurs effets à la fois.

Disons le tout net, la spécificité des médicaments psychiatriques est qu'ils ne guérissent rien! Personne ne pouvant affirmer connaître une cause chimique, physique ou génétique à ce qu'on nomme la « maladie mentale », aucun médicament ne saurait l'enrayer. Au mieux, ces médicaments altèrent certaines fonctions du cerveau et, ce faisant, masquent ou engourdissent certains symptômes. Il est vrai que de nombreuses recherches sont menées en vue de découvrir les causes physiques et tangibles d'une « maladie mentale », mais encore aujourd'hui aucun test génétique, sanguin ou électromagnétique ne saurait en dépister une. De la même manière, aucune lésion, aucun microbe, virus ou bactérie, aucune configuration génétique, chimique ou physiologique ne s'est avéré être la cause de quelque maladie mentale que ce soit. Ainsi, dans une entrevue accordée au

journal *Le Devoir* le 7 novembre 1999, le Dr Hugues Cormier, directeur du Centre de recherche Fernand-Séguin, expliquait qu'en ce domaine, la médecine en est encore, tout au mieux, au stade du problème de la poule et de l'œuf. S'il arrive que l'on constate la coïncidence de certains états psychologiques avec certains états biologiques, la science demeure incapable de déterminer si l'un est la cause de l'autre.

*Disons le tout net,
la spécificité des médicaments
psychiatriques est
qu'ils ne guérissent rien!*

Par ailleurs, les recherches épidémiologiques les plus récentes ne font que confirmer ce que le « sens commun » savait déjà ; l'exclusion sociale, la pauvreté, les mauvaises conditions de logement sont autant de facteurs de stress et de dévalorisation de soi qui influencent directement l'état de santé mentale des personnes touchées, ce qui faisait dire au groupe de travail sur la pauvreté du Comité de la santé mentale du Québec (1994) que « *la pauvreté et l'appauvrissement des populations constituent un des plus puissants prédicateurs de la genèse et de la chronicisation, de l'alourdissement et de l'augmentation des problèmes de santé mentale* »¹. L'effet n'est ni direct ni inévitable, puisqu'il se trouve quand même une majorité de personnes qui, aux prises avec l'un ou l'autre de ces facteurs, ne sont pas pour autant en grande détresse psychologique. En fait, contrairement à ce qu'on en dit souvent, la « maladie mentale » n'est pas une maladie comme les autres. On en souffre, ça c'est certain, mais on est encore loin de savoir ce qui la cause et, encore plus, comment l'enrayer.

¹ Robichaud et al., 1994, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité.*

En fait, même si du côté de la psychiatrie québécoise et américaine, on insiste beaucoup sur les hypothèses biologiques, parfois même jusqu'à oublier précisément qu'il ne s'agit encore que d'hypothèses, tout le monde s'entend pour dire que la santé mentale est un phénomène complexe. Ce qui veut dire que plusieurs facteurs

Dans ce système, l'apport des médicaments psychiatriques se limite à arrondir les angles ou, si on préfère, à endormir plus ou moins profondément la douleur.

biologiques, psychologiques et sociaux entrent en interaction pour conférer aux personnes un équilibre émotif plus ou moins désirable. Cela dit, il est assez difficile de saisir comment tout ça marche puisqu'il ne s'agit pas d'une mécanique simple mais bien d'un système vivant. Chacun des éléments en jeu influence les autres dans une dynamique d'adaptation et de réadaptation réciproques. Dans ce système, l'apport des médicaments psychiatriques se limite à arrondir les angles ou, si on préfère, à endormir plus ou moins profondément la douleur. Ici, la véritable rigueur scientifique est caractérisée par l'humilité et la prudence. En premier lieu, le médecin respectueux de son patient l'informerait adéquatement des effets attendus et des risques associés aux médicaments qu'il lui prescrit.

Au-delà de la chimie, l'efficacité de l'imaginaire

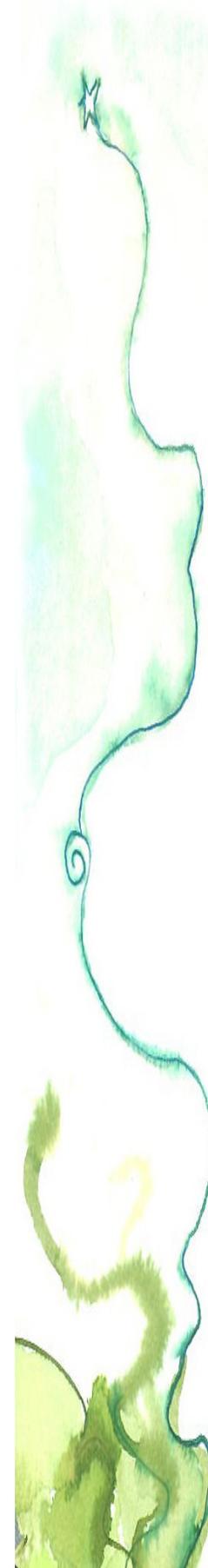
Les médicaments ont des effets biochimiques connus que ceux-là soit désirés ou non. Mais ce n'est pas tout, ils ont aussi une efficacité symbolique, c'est-à-dire qu'ils ont des effets liés à la représentation ou l'idée que s'en font les consommateurs. Un de ces effets est particulièrement bien connu sous le nom « d'effet placebo ». On parle d'effet « placebo » lorsqu'un patient réagit positivement à l'administration d'un médicament qui est en fait une substance neutre. Cette réaction psychologique positive à ce qui n'est en fait qu'une représentation des at-

tentes de l'entourage ne se limite d'ailleurs pas au domaine médical. Ainsi, au début des années 1960, une équipe de psychologues américains faisait la démonstration que la réussite scolaire d'un élève était grandement influencée par les préjugés de succès qu'entretenaient à son égard ses professeurs. Il suffisait en effet d'informer les professeurs du succès à venir d'un élève, qui par ailleurs avait été choisi au hasard, pour en voir rapidement s'améliorer les résultats. Dans le cas de la médication « placebo » autant que dans la fausse prédiction de succès scolaire, ce qui semble « faire effet », c'est le déclenchement d'un sentiment de confiance en soi : « ...je peux guérir ou je peux réussir! ». Cette confiance est le produit d'une relation humaine : l'élève sent le regard bienveillant et confiant du professeur, tandis que le patient au placebo se croit au centre de l'attention de son médecin ou même d'une équipe de chercheurs. Ainsi, nous pouvons voir que l'effet placebo fait partie du fonctionnement courant de la plupart d'entre nous. Ce n'est nullement le signe d'une naïveté particulière.

Le médicament placebo est un symbole. Il n'a aucune propriété chimique qui lui confère des effets guérisseurs. S'il fonctionne, c'est en tant que signe. Pour beaucoup de personnes, en effet, prendre une pilule signifie se soigner et cette croyance est suffisamment puissante chez elles pour déclencher un processus de guérison. Ça ne marche pas à tous les coups. Certaines personnes sont plutôt insensibles ou même réfractaires au charme de la pilule.

L'effet placebo fait partie du fonctionnement courant de la plupart d'entre nous. Ce n'est nullement le signe d'une naïveté particulière.

Un dernier exemple tiré du quotidien peut illustrer le fonctionnement de la symbolique du médicament. Nous portons tous des vêtements. Objectivement, nous le faisons pour assurer notre confort, pour nous protéger du soleil, du



froid ou de la pluie, etc. Bien évidemment, le vêtement a bien d'autres fonctions : il marque notre statut social, notre sexe, notre âge, nos préférences culturelles, etc. À bien y penser, se sentir confortable est un état qui dépasse largement une sensation physique objective. Nous n'avons qu'à nous rappeler ces adolescents d'hier qui trouvaient très confortables des jeans si étroits qu'il fallait compter une demi-heure pour les endosser. Par un drôle de retour des choses, des jeunes d'aujourd'hui préfèrent des pantalons si larges qu'ils risquent à tout moment de leur tomber sur les genoux. Les mêmes bizarreries font apprécier à celui-ci les cravates, à celle-là les talons aiguilles ou à ces autres les chapeaux de cow-boy : autant de manières d'exprimer le désir de marquer son appartenance à un groupe, d'indiquer son rang social, de séduire ou d'être séduit. Parions que n'importe lequel de vos vêtements vous paraîtra plus confortable à partir du moment où l'on vous aura dit qu'il vous fait bien!

En prendre ou pas, une décision qu'on ne prend jamais seul!

Il en va de même pour la médication. Son efficacité ou inefficacité est liée pour une bonne part à la représentation qu'on s'en fait. Pour certaines personnes prendre un médicament signifie se soigner, alors que pour d'autres ce geste atteste qu'elles sont malades. Il en va de même pour l'entourage qui, selon sa représentation de la médication, en encouragera ou non la consommation. Pour certains parents ou proches, la prise de médication est la garantie d'un contrôle des comportements intempestifs (agressivité, délire ou agitation), tandis que pour d'autres ce serait l'indésirable preuve qu'il y a de la folie dans la famille!

D'autres influences sont aussi à considérer. Pour le commun des mortels, les symptômes dus aux effets secondaires de la médication (rigidité, spasmes ou tremblements) sont directement associés à l'étrangeté et au danger de la folie et, par là, sont des facteurs d'exclusion sociale plus puissants que les symptômes originaux. Par contre, la prise d'une certaine médication qui correspond à telle ou telle catégorie de dia-

gnostics est pratiquement (sinon légalement) la condition pour l'obtention d'un revenu d'assurance privée ou d'assistance publique.

Ce n'est pas là le cas de la majorité des praticiens qui sont clairement des agents du développement de la culture de la pilule.

Ces représentations peuvent aussi varier d'une culture à l'autre, ce qui est certainement à considérer au moment où notre société devient de plus en plus mixte avec des apports de populations issues de partout dans le monde. Ce que nous appelons la « maladie mentale » est considéré par plusieurs cultures comme les signes d'une élection divine. La personne qui, selon nous, délire est perçue ailleurs comme un shaman ou un sorcier qui sait interpréter les dieux. Pour d'autres peuples ou en d'autres circonstances, on la croira victime d'un mauvais sort. Ici au Québec des années 2000, on pense que la plupart des itinérants sont des personnes psychotiques. Or, les raisons qui nous conduisent à les qualifier de malade sont exactement les mêmes qui permettaient à nos ancêtres du Moyen Âge de dépister la sainteté des moines errants : ne pas avoir de domicile fixe, vivre de quête, manifester un total détachement des contingences matérielles et être illuminé. En fait, on n'en sait guère plus qu'à l'époque, on a surtout changé notre grille d'analyse. Ainsi toute une série de comportements et d'attitudes que l'on interprétait autrefois selon une perspective mythologique ou religieuse compose aujourd'hui les diverses entrées du manuel des diagnostics en santé mentale (le DSM).

Dans ce cadre, la normalisation de la pharmacothérapie atteint un tel niveau que les quelques médecins réticents à l'appliquer se font parfois houspiller par des familles ou des patients qui ne peuvent concevoir qu'une consultation psychiatrique puisse être complète sans une telle prescription. Mais ce n'est pas là le cas de la majorité des praticiens qui sont clairement des agents du développement de la culture de la

pillule. À cet égard, un rapport du Comité de la santé mentale du Québec (1997) indiquait que : « (...) la psychiatrie québécoise restreint de plus en plus ses interventions à la médication, tendance que l'on retrouve partout en Amérique du Nord. »². En fait, la médication est le plus souvent présentée comme le seul traitement possible et souhaitable, ce qui peut en renforcer l'effet placebo mais, en même temps, justifier un sous investissement dans la recherche et le développement de pratiques alternatives. Pire encore, la médication psychiatrique est de plus

en plus utilisée pour soigner des troubles assez bénins. La banalisation, voire la promotion, de la prise de médicaments altérant le fonctionnement du cerveau permet aujourd'hui de parler de psychopharmacologie cosmétique. Ainsi au début des années 1990, au *Maudsley Hospital's Institute of Psychiatry* de Londres, on inaugurerait un programme de mise au point de médicaments susceptibles de corriger des attitudes personnelles nuisibles à la productivité comme le manque de confiance en soi, l'indiscipline ou les tendances oppositionnelles envers l'autorité.

*Celui-ci (le patient) a vécu l'expérience de la prise de certains médicaments et cet autre (le médecin) en a étudié les composantes chimiques et les effets sur le corps humain.
Un savoir ne devrait pas disqualifier l'autre.
Au contraire, ce double éclairage devrait favoriser une meilleure prise de décision.*

En conclusion

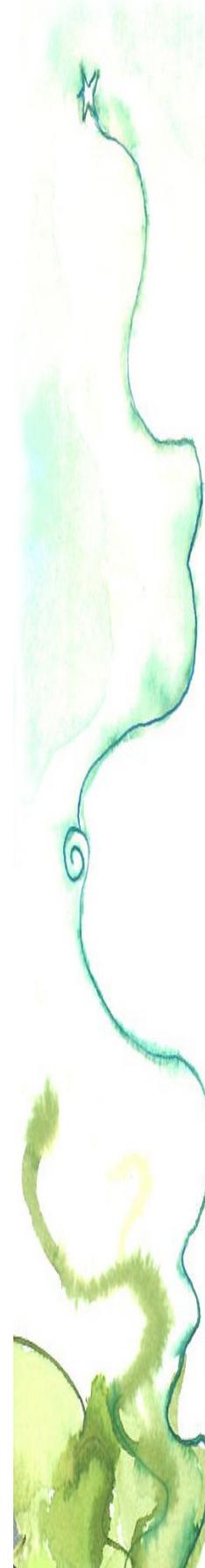
Comme on le voit, la décision d'entreprendre ou non un traitement pharmacologique est beaucoup plus complexe qu'on pouvait l'imaginer au départ. Il ne s'agit pas simplement d'évaluer les bénéfices et les risques objectivables sous la forme de soulagement attendu et les probabilités d'effets indésirables. Il faut aussi compter avec la confiance que l'on accorde soi-même à cette médication ainsi qu'avec les pressions exercées par notre médecin, nos proches, notre culture et les pouvoirs publics. Ces pressions ne s'expriment pas nécessairement à visage découvert et il est en conséquence souvent assez difficile de bien analyser les sources de ses propres motivations.

Il ne s'agit pas ici de développer une nouvelle norme disciplinaire et de remplacer l'obligation de prendre la médication par son interdiction. Autant il nous apparaît abusif d'obliger une personne à consommer des médicaments psychiatriques, autant il serait moralement inac-

ceptable de les refuser à un patient qui en fait la demande. Dans les deux cas, on se substituerait au jugement de la personne et on la désapproprierait de son pouvoir de décision. L'auto-analyse des motivations face à la médication vise, au contraire, à favoriser l'exercice d'un choix libre et éclairé.

Soyons clairs cependant, la revendication de la gestion autonome de la médication (GAM) ne consiste pas à transformer les patients en médecins. Il s'agit plutôt d'établir un rapport plus normal, d'adulte à adulte, entre le médecin et son patient. Chacun détient un savoir issu de différentes sources. Celui-ci a vécu l'expérience de la prise de certains médicaments et cet autre en a étudié les composantes chimiques et les effets sur le corps humain. Un savoir ne devrait pas disqualifier l'autre. Au contraire, ce double éclairage devrait favoriser une meilleure prise de décision.

² Dorvil et al., 1997, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*.



Témoignages

par deux membres de Relais La Chaumine

Bonjour,

Je m'appelle Guy. C'est difficile pour moi d'arriver à temps pour un rendez-vous. Aussi, depuis 10 ans, je me souviens seulement d'une partie de ma vie et tandis que d'autres, je m'en souviens dans les plus fins détails.

Le café, si je n'en prends pas, je perds ma journée. Mes médicaments, je ne les prends pas aux mêmes temps ce qui est beaucoup meilleur lorsque je les prends à la bonne heure. La nuit, je me réveille aux heures et demi.

Malgré tout ça, je connais la plupart des pays au monde, ça m'a l'air d'être un don même si j'ai vu plus d'une douzaine de pays.

Ma situation fait de moi une personne solitaire, mais je m'infiltrer dans un groupe et je me trouve vraiment social. Contradiction mais vrai. Dépendamment de mon énergie. Je peux m'enfermer dans mon appartement pour plusieurs jours.

J'ai appris à m'exprimer en espagnol parce que c'est une culture très chaleureuse. On a pas peur de s'embrasser et des baisers sur les joues.

Mon frère et ma soeur trouvent ça difficile de me parler au téléphone car je me répète souvent. J'utilise mon ordinateur pour ma concentration. C'est difficile pour moi de faire de l'exercice suite à mon « burn out » qui a duré longtemps. Des fois, je prends le jour pour la nuit et la nuit pour le jour. Je fais de l'apnée du sommeil et mon cerveau est beaucoup plus vieux que mon âge.

J'ai été travailleur de mine et la dépression n'était pas reconnue et acceptée dans ce milieu. Mon trouble du déficit de l'attention m'a fait vivre du rejet et de l'incompréhension.

Le médecin m'a prescrit des valiums. Une fois drogué, j'étais plus facile à contrôler. Je vivais gelé et zombie et la médication pour la dépression me faisait déprimer. Je sentais que ma prescription était une « gamique ». J'ai été dépendant de la médication pendant 10 ans et j'ai fait mon sevrage seul avec difficulté.

Aujourd'hui je suis médicamenté pour l'anxiété et pour ma santé physique. J'ai vécu de l'exclusion au travail et j'ai eu un mariage difficile. Je sens que j'ai été victime de la psychiatrie et aussi d'abus financiers dans mon milieu. J'ai trois filles avec lesquelles j'ai une bonne relation.

Ce qui me rend triste c'est que je ne peux plus voyager. Je suis acheteur compulsif, je reviens souvent sur le passé, mais je suis aussi réaliste et optimiste.

Guy T.



Relais la Chaumine

Ressource alternative en santé mentale

Bonjour,

Je réponds à votre invitation pour votre revue du RRASMQ. Oui, selon mon vécu, la médication a été ma bouée de sauvetage. J'ai failli mourir... Je suis une femme dans la soixantaine. J'ai plusieurs fois arrêté par moi-même de prendre ma médication et j'en ai payé le prix. J'ai subi les effets secondaires qui m'ont conduit à l'enfer et avec tout cela, j'ai essayé de me suicider à plusieurs reprises. Ce n'est pas drôle et je te dis de faire le pas comme je l'ai fait.

Je fais partie des gens qui sont exclus de la société et c'est pourquoi je suis membre du Relais La Chaumine depuis plusieurs années. Les intervenantes sont très à l'écoute. Si tu ne dis pas que tu ne vas pas bien, tu cours des risques de retourner chez toi négative encore une fois.

J'ai un trouble de personnalité limite donc je connais beaucoup de médicaments. Je les connais même très bien et j'ai beaucoup aimé leurs effets. Selon mon expérience, j'ai besoin de la médication en plus du travail personnel que j'ai constamment à faire pour contrôler mes émotions. Je souffre de sueurs froides, de peurs, d'insomnie et d'attaques de panique. Me voilà aujourd'hui avec des troubles cardiaques. Je suis alcoolique aussi. J'ai tout essayé, tout ce qui gèle. Je suis narcomane.

Je te dis mon ami, si tu as de la médication à prendre, c'est que tu en as besoin. Les pilules, ce n'est pas si pire que ça. Il s'agit de prendre ce que le médecin te dit de prendre.

J'ai aujourd'hui le bien-être intérieur, j'aime la vie et les fleurs, je suis bien dans la nature. C'est naturel. Essaie, tu as tout à gagner ça vaut la peine. J'ai perdu plusieurs années de bonheur. N'aie pas peur. Toi aussi tu peux y arriver, je te le souhaite de tout cœur. C'est beau de vivre en paix. Même si je prends des pilules, je suis heureuse aujourd'hui.

Avec toute mon amitié,

Noëlla Fournier

Je m'arrête quelques minutes, voilà pourquoi il y a une signature.



My heart beats for FREEDOM
par Meleny Stevens

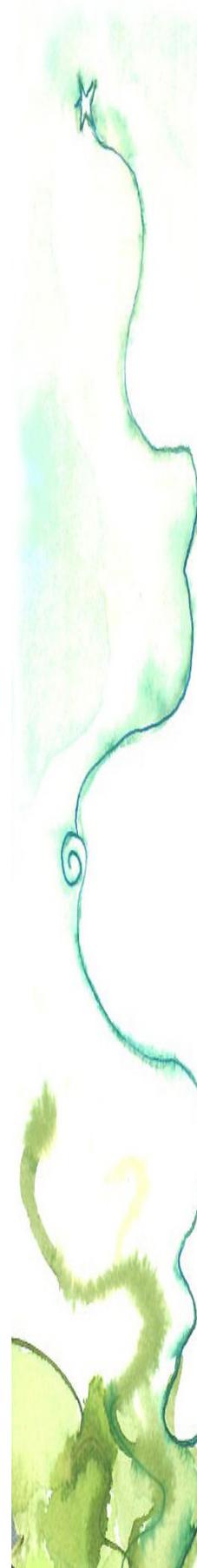
Je continue. Je parle de médication, je suis toxicomane... C'est pas facile de l'accepter. Je me suis payé une thérapie en 1984 en Gaspésie, sur l'aide sociale ce n'est pas évident. Tout s'est passé très bien. J'ai payé ma dette de 820 \$ tant par mois. Le plus beau cadeau que je me suis fait dans ma vie. C'est merveilleux, je l'ai fait pour moi-même suite à mon divorce.

J'étais une femme soumise. Comment faire un budget avec quatre enfants, ce n'était pas évident. Les jours passent et je tombe dans une dépression. Je refuse alors de prendre ma médication. Je crois et je parle pour moi des pilules, quand c'est nécessaire c'est mieux de les prendre mais pas comme moi tout d'un coup. Écoute cher ami, si tu as des médicaments, c'est fait pour du monde et non pour des animaux. Je fais une thérapie mensuelle ce qui me donne de beaux résultats. Aujourd'hui je berce la petite Noëlla. J'écoute ma petite voix intérieure. Je mords dans la vie. Je me garde avec les gagnants, c'est la clé du succès.

Je te donne une petite suggestion; des médicaments prescrits par un professionnel et non ceux de ton père, ta mère, tes amis, etc. Tu vas avoir une belle condition de vie. Si moi je l'ai fait, tu peux le faire aussi.

Je te souhaite bonne chance. N'oublie surtout pas ta médication, ça vaut la peine. Je prends toujours mes pilules et je souris à la vie...

Noëlla Fournier



Mes médicaments et moi depuis 31 ans!

Par Suzanne Durocher, membre de CAMÉÉ¹ depuis 1990

J'ai commencé à consommer des médicaments psychotropes à 19 ans... En 1979, j'étais ressortissante de l'hôpital Douglas après un mois de séjour dont la première semaine aux soins exclusifs des chambres capitonnées à matelas unique au sol... Durant mon séjour, j'ai ingurgité des médicaments que je ne connaissais pas et sur lesquels je n'ai reçu aucune information. On m'a prescrit une réunion de famille devant qui j'ai consenti à tout et n'importe quoi afin de sacrer mon camp de cette place de fous en commençant par le psychiatre et le personnel infirmier... oups!... Le personnel infirmier! Le jour de mon congé définitif, une prescription m'a été remise pour un suivi psychiatrique et un papier que j'ai échangé pour des pilules à répétition. Rendue chez moi, j'ai fait avaler mes pilules à ma poubelle qui n'est pas morte pour autant. Je n'ai pas participé à mon suivi et je suis retournée vaquer à mes occupations d'études aux adultes pour l'obtention de mon diplôme d'études secondaires. Je désirais mieux me placer les pieds en comptabilité. Je n'ai pas réussi à décrocher mon diplôme cette année-là car survivance obligeait.

*Au fil des ans, j'ai découvert que
tous les antipsychotiques,
peu importe qui les fabrique,
me font tous piétiner
et bouger involontairement.*

En 1981, j'ai subi une nouvelle rupture avec la réalité et on m'a recherchée durant toute une semaine avant de m'expédier une seconde fois à l'hôpital Douglas. La première soirée, j'ai été trop délinquante pour la capacité du personnel en place qui m'a injecté un petit je ne sais quoi dans la fesse gauche pour m'enfermer dare-dare dans une grande pièce au plancher jaune et vide de tout objet sur lequel je me suis endormie jusqu'à ce qu'on m'ouvre la porte au petit matin. J'ai séjourné là un mois mais dans une aile

différente. Je ne me souviens pas de mon psychiatre traitant qui ne m'a pas plus expliqué que le premier la raison de ma présence là. J'ai suivi exactement à la lettre la même thérapie qu'à ma dernière sortie d'hôpital sans toutefois subir une réunion familiale... J'ai balancé mes pilules à la même place et ma poubelle y a encore survécue. Je suis retournée sur le marché du travail jusqu'à ma prochaine rupture avec la réalité en 1985 soit quatre ans plus tard.

Cette année-là, j'étais à la veille de me mettre la corde au cou, mais j'ai dû repousser mes épousailles car je venais d'être internée à l'Hôpital général de Montréal. Par pur hasard, j'ai fait ma première connaissance avec mes médicaments... À cause des effets indésirables de l'Haldol (piétinements grotesques et rigidité de mes membres supérieurs) qu'une infirmière a décelés, on m'a prescrit du Cogentin. Deux nouveaux mots dans mon vocabulaire mais toujours pas de diagnostic... Cette fois-ci, je ressorts avec une médication que je comprends plus ou moins et, tout comme les deux dernières fois, j'ai balancé le tout vous savez où! Je suis sortie, j'ai épousé mon mari et je suis retournée travailler.

En 1986, ma vie s'est effondrée car j'ai dû balancer mon mari, mais pas aux poubelles, et une nouvelle rupture avec la réalité m'a assaillie. Cette fois, je fus transportée à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour être transférée au bout d'une semaine dans mon secteur à l'aide de la Loi 120 appliquée à la « va comme je te pousse », donc l'hôpital Général de Montréal et... on remettait! Mon patron me garantissait mon emploi dès ma sortie et insistait en même temps pour me visiter. Il était hors de question que cela se produise car on me gavait encore d'Haldol et Cogentin qui était inefficace contre les raideurs et les piétinements incontrôlables que subissait mon corps. Durant ce séjour-là, le psychiatre qui a écopé de mon dossier m'a demandé si cela me dérangeait d'avoir une entrevue avec lui et huit autres stagiaires. C'est après

¹ « ...là où j'ai été éclairée et où j'ai fait mes choix en plus de la GAM en 2009. » (l'auteure)

l'entrevue que j'ai su que ça me dérangeait cette façon de faire et je n'ai plus jamais participé à de telles pratiques. Mon signe chinois, c'est le rat et j'avais le choix du laboratoire! Enfin, je le croyais à cette époque... Aussi surprenant que cela puisse paraître, à ma sortie de l'hôpital, j'ai consommé toutes mes prescriptions d'Haldol et de Cogentin jusqu'à sevrage complet sur six mois tout en suivant une thérapie en externe avec un psychiatre stagiaire. J'ai recommencé mon travail à temps plein jusqu'à ma prochaine rupture en 1988.

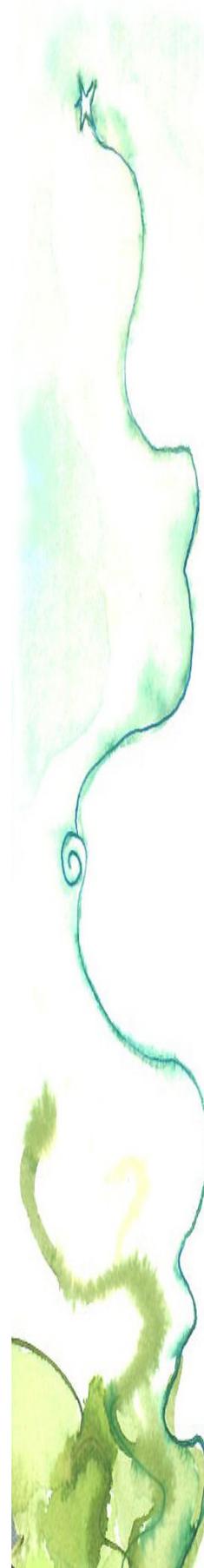
J'avais changé de secteur et j'ai atterri à l'hôpital Fleury. Je dois souligner que j'étais au début de ma rupture. J'étais accompagnée par l'une de mes sœurs qui est entrée dans le bureau du psychiatre en service d'urgence ce soir-là. Le psychiatre a demandé à ma sœur de se retirer pour me consulter. Il m'a posé plusieurs questions auxquelles j'ai répondu lucidement, sauf hésitation lorsqu'il m'a demandé quelle date nous étions. Après un long silence, je lui ai donné la date que mes yeux ont captée sur le calendrier accroché derrière lui qui s'avéra être la bonne. Il a fait revenir ma sœur dans son bureau pour lui dire qu'il ne me garderait pas. Ma sœur s'est mise en colère et m'a dénoncée devant le psychiatre en me disant : « Tu ne lui as pas dit que tu avais tenté de te suicider! » Devinez quoi ? Le psychiatre a commandé immédiatement que je sois gardée en observation au cas où. Ma rupture avec la réalité est alors devenue plus profonde, au point où on a dû m'admettre au 2^e étage en psychiatrie. Rendue au 2^e, on m'a fait passer des tests afin de déterminer ma capacité physique versus la consommation de lithium. Mon état permettant la prise de ce nouveau médicament. On a ajusté mes doses avant de me donner mon congé avec une panoplie de médicaments qu'on me donnait déjà soit, antipsychotiques et antidépresseurs, que j'ai sevrés sur une période de six mois. On m'a également remis deux cartes de rendez-vous : une avec une infirmière spécialisée avec qui j'ai suivi une thérapie aux quatre mois sur dix ans; l'autre, avec mon psychiatre avec qui j'ai eu un suivi aux quatre mois puis, aux six mois durant dix ans. Durant cette période, j'ai connu plusieurs autres ruptures et fait connaissance avec

Moditen en pilule et injection, Paxil et Prozac ainsi que Dalmane et Ativan mais je ne savais pas alors qu'est-ce qui était quoi : antipsychotiques, antidépresseurs, etc. J'ai su par le personnel du 2^e de Fleury que le lithium était un sel de table donc, il était naturel que j'en prenne car j'étais en carence... Cet illogisme m'amena à commencer des recherches sur tous les médicaments que je prenais, mais beaucoup plus tard.

En 1990, encore hospitalisée à Fleury, j'ai demandé à mon psychiatre de remplir un certificat médical afin d'être indemnisée de mon assurance-salaire. Avant de remettre mon certificat médical à mon patron, j'ai décidé de le lire. Pour la première fois, je me retrouvais face à face avec mon diagnostic. Mes premières recherches sur mon diagnostic étaient basées sur le petit Larousse Illustré, qui m'informait que c'était une maladie de démence chronique... Ouch! J'ai vécu toutes sortes d'émotions, des pleurs à l'impuissance puis à la rage et au découragement. J'ai continué malgré tout à faire des recherches tout en faisant des sevrages continuels de médicaments que je considérais inutiles. Je gardais cependant le lithium car j'en avais indéniablement besoin pour cheminer vers l'harmonie que je vis présentement.

*Durant les 23 dernières années,
j'ai beaucoup appris sur
moi-même et les médicaments
dont j'ai réellement besoin.*

J'ai connu une époque de 17 pilules par jour à prendre que j'ai sevrées en six mois. J'ai mis à l'épreuve cinq psychiatres. Au fil des ans, j'ai découvert que tous les antipsychotiques peu importe qui les fabrique, me font tous piétiner et bouger involontairement. Quant aux antidépresseurs, ils me font tous prendre du poids sans exception. À cette époque et à la suite d'une formation sur mes droits en santé mentale, j'eus le grand plaisir d'apprendre que je pouvais émettre un mandat stipulant mes exigences biomédicales et thérapeutiques et de les faire annexer à mon dossier médical. Aussitôt appris aussitôt fait, mais de façon la plus simple au monde. Une



lettre bien ordinaire désignant les médicaments que je voulais prendre à l'hôpital et hors de l'hôpital, sevrage inclus, et le tout par courrier régulier. Je fus très surprise que cela ait été respecté. Depuis lors, je ne me gêne plus.

*Je crois en la médication
ajustée à nos besoins et
j'accepte aujourd'hui que
certains médicaments soient pour
la vie mais certainement pas tous!
Je crois aussi au désir de ne pas
prendre de médicaments lorsque
ce n'est pas nécessaire.*

En 2006, on constate que je fais des nodules sur les reins et on remplace mon lithium par de l'Épival. J'ai refait les tests avec mon médecin de famille qui a refusé de me redonner mon lithium et m'a maintenue avec du Risperdal durant plus de deux ans. Durant ces deux années, on me demandait incessamment : « Pourquoi piétines-tu comme ça ? As-tu envie ? Va aux toilettes ! ». J'ai enduré ça car j'étais entre deux mondes même si je n'entendais pas de voix.

En 2007, pas de rupture mais une dépression très profonde... Nouvelle hospitalisation, nouvelle médication et nouveau psychiatre. Risper-

dal, Effexor et Dalmane me sont servis quotidiennement. À cela s'est rajouté du lithium pour 450mg par jour. C'était là la moitié de ma dose habituelle des 16 années où j'en avais consommé. Heureux hasard pour moi et mon lithium, personne n'avait lu mon dossier. J'ai passé quatre mois au 2^e avant d'être placée en maison de transition en attente d'un logement supervisé. Ça m'a pris deux mois pour sevrer mon Risperdal et une longue année à sevrer l'Effexor.

Depuis le printemps 2010, je suis en croisière avec mon lithium 450mg et mon Dalmane 15mg qui ne m'endort plus mais me donne un sentiment de calme et de paix. Durant les 23 dernières années, j'ai beaucoup appris sur moi-même et les médicaments dont j'ai réellement besoin. Mon profil de rupture avec la réalité est de deux ans et présentement, je viens de dépasser mon cap de 5 mois.

Je crois en la médication ajustée à nos besoins et j'accepte aujourd'hui que certains médicaments soient pour la vie mais certainement pas tous! Je crois aussi au désir de ne pas prendre de médicaments lorsque ce n'est pas nécessaire. D'ailleurs, ma pharmacie ressemble étrangement à celle de ma mère : sparadraps; aspirines; peroxyde; vitamines C; mes 3 médicaments pour l'âme; mon Avapro pour la pression et... des millions de béqués-bobos.



Ma belle naïveté de poisson-chat par J'ose

Mon expérience de la gestion autonome de la médication de l'âme (GAM)

Par Linda Little, membre de l'organisme PRISE II

Je partais de loin. Je prenais plusieurs médicaments psychotropes à des doses relativement fortes non-stop depuis une longue hospitalisation en 1989. En 2003, une intervenante du suivi communautaire, constatant que je dormais 12 à 15 heures par jour et que je n'arrivais pas à m'investir dans rien, me donna le guide personnel GAM en me suggérant de le consulter.

Si je n'avais pas eu le soutien de deux intervenantes, la collaboration de mon psychiatre et celle de ma pharmacienne, l'encouragement de personnes du milieu et le respect que ces personnes m'ont manifesté, j'aurais vite abandonné le processus.

En septembre 2005, j'ai finalement entrepris ma démarche GAM avec deux autres personnes intéressées et une intervenante chevronnée. Ensemble, nous avons parcouru le guide personnel. À l'aide de questions, nous avons d'abord revu les différents aspects de notre qualité de vie (logement, besoins essentiels, alimentation, entourage, etc.) et bien sûr, la place qu'y occupe la médication (son rôle, ses implications, ses effets, etc.). Toutes ces informations nous ont aidées à décider, chacun pour soi, des démarches que nous souhaitions entreprendre en rapport avec la médication (la conserver telle quelle, la diminuer, la modifier, en connaître davantage les effets, se renseigner sur les alternatives, la cesser, etc.). Dans un deuxième temps, il s'agissait de se familiariser avec la méthode et les outils proposés pour réaliser les changements souhaités dans les meilleures conditions possibles.

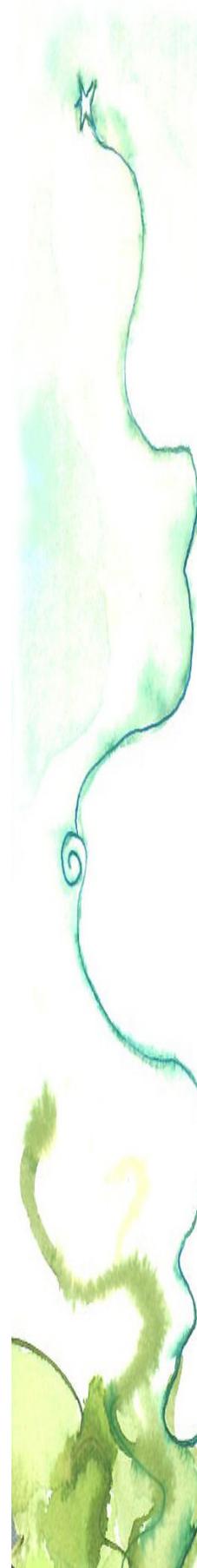
J'ai vite compris que ce serait un long et difficile parcours. Beaucoup de perceptions, d'idées,



de symboles, d'attitudes et d'habitudes ont été conscientisés et remis en question. Si je n'avais pas eu le soutien de deux intervenantes, la collaboration de mon psychiatre et celle de ma pharmacienne, l'encouragement de personnes du milieu et le respect que ces personnes m'ont manifesté, j'aurais vite abandonné le processus. La médication, que je conçois encore comme une drogue licite, accompagnait fidèlement toutes mes journées. Je me laissais définir par elle. Elle motivait ma façon de vivre. Désormais, de quoi seront faites mes journées ? Quels seront mes points de repère ? Qu'advient-il de moi ? J'avais l'impression de me lancer dans le vide, sans parachute!

J'ai vite compris que ce serait un long et difficile parcours.

Petit à petit, j'ai découvert le monde tumultueux de mes émotions. Tout un périple! En cinq ans, j'ai pris très graduellement conscience de mon vécu intérieur. Je me suis révélée à moi-même. Au début, j'ai surtout senti une grande colère en prenant conscience du véritable pouvoir de mon psychiatre, du rôle et de la symbolique que j'accordais à la médication, des effets et des conséquences de cette dernière dans ma vie. Je vis encore les inévitables allers-retours qui jalonnent ma démarche de gestion autonome des médicaments de l'âme comme des échecs. J'en suis même venue à considérer la prise de médicaments comme une atteinte à mon intégrité. Récemment, j'ai eu l'idée saugrenue que je serais une « meilleure » personne si je ne consommait plus aucun médicament. Présentement, je ne sais plus qu'en penser. J'aurais probablement davantage à être plus nuancée! C'est à suivre!



Mais GAM m'a aussi appris à dépasser la logique des symptômes, du diagnostic et de la prescription de médicaments. Grâce à de nombreuses rencontres avec mon intervenante, j'ai pu recadrer mon histoire de vie, identifier mes enjeux fondamentaux et trouver de moyens différents, plus adéquats, de les dénouer. Fréquenter une ressource alternative m'a aussi permis de retrouver mes valeurs, mes aspirations, d'expérimenter de nouvelles avenues, de partager avec les autres participants, de devenir plus vivante. Un soutien considérable à mon cheminement!

Mais GAM m'a aussi appris à dépasser la logique des symptômes, du diagnostic et de la prescription de médicaments.

Au début de ma démarche, mon corps aussi était très engourdi. Je ne sentais rien. Guidée par mon intuition et ma curiosité, je me suis d'abord rendue à un atelier de ballon-forme. J'en suis sortie plus détendue mais j'avais mal partout! Mon corps se dérouillait-il? Quoiqu'il en soit, j'ai suivi une ou deux sessions de cette activité. Encouragée par les effets plutôt sécurisants du travail corporel, j'ai commencé à m'offrir des massages dans des écoles de massothérapie car les coûts étaient moindres. Ces séances me rassuraient en m'aidant à retrouver mes frontières physiques. Vivre l'expérience du toucher thérapeutique me procurait une pause dans la tourmente. J'ai aussi découvert le bien-être de la baignade et de la nage. J'ai pris des cours de yoga. Puis, j'ai constaté que la marche rapide me permettait de me dégager de l'intensité de mes émotions et me détendait. Plus récemment, j'ai commencé à pratiquer une méthode de relaxation. Toutes ces activités physiques m'ont permis de trouver un certain apaisement dans mon corps; précieux allié dans la diminution de la médication et les nouvelles sensations qui apparaissent.

Je trouve ma démarche de gestion autonome des médicaments de l'âme assez éprouvante. Contrairement à ce que son nom pourrait lais-

ser croire, ce processus a chambardé à peu près tous les secteurs de ma vie. En donnant un sens différent à mon vécu, en reconquérant mon identité, en me permettant de vivre, de sentir et d'agir autrement, je me suis redécouverte. Afin de diminuer ma médication, j'ai dû travailler sur moi. Armée aujourd'hui d'une meilleure conscience et confiance dans mon corps et d'une connaissance plus vive de mes émotions et de mes sentiments, je consomme beaucoup moins de médicaments. Je ne sais pas si je vais parvenir à les cesser complètement ou même si c'est souhaitable. En fait, je vis davantage au jour le jour.

Toutefois, je déplore que l'assurance de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) paye seulement les médicaments psychotropes. Et les alternatives? Par contre, il existe des ressources prêtes à aider les personnes qui veulent tenter autre chose et ce, en dépit d'un financement souvent inadéquat. Comme la place de la médication dans une vie dépend de nombreux facteurs, je crois que c'est une décision très personnelle à ne pas prendre à la légère et qui peut varier dans le temps. Ça vaut la peine de se faire accompagner par une personne compétente, en qui l'on croit, si on se pose des questions.

Quand nous soupçonnons des effets de surmédication chez quelqu'un, je pense qu'il faut d'abord aller lui en parler.

Quand nous soupçonnons des effets de surmédication chez quelqu'un, je pense qu'il faut d'abord aller lui en parler. Le cas échéant, essayer de trouver un professionnel qui connaît bien cet individu (intervenante, psychologue, personnel soignant) qui verra avec lui ce qu'il peut faire. Dans tous les cas, il me semble très important de respecter la personne. Lui partager notre avis, mais lui laisser la décision. J'avoue que cela peut être confrontant!



Les effets de la médication sur un groupe d'entraide

Par Jean-Nicolas Ouellet, coordonnateur au Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord (CAMÉÉ)

Depuis la 3^e édition du DSM (1980, 30 ans déjà!), le désir d'une description a-théorique et parfaitement objective a placé la description des signes et symptômes comme moyen privilégié afin de saisir l'essentiel de ce qui ne va pas chez la personne. Les tableaux cliniques sont devenus au fil du temps des listes de comportements, de déviance d'une norme établie de façon consensuelle par des individus très majoritairement caucasiens, mâles et à l'aise tant financièrement que socialement.

L'entrevue psychiatrique est donc fatalement devenue un exercice qui consiste à cocher les items d'une liste à puce dans un premier temps.

En parallèle, s'est développée au fil des ans une pharmacopée qui visait ces mêmes symptômes afin de les diminuer voire les effacer. Ces molécules, dont aucune n'est efficace chez 100 % des gens et 100 % du temps, n'ont pas d'effet que sur les symptômes. Elles affectent parfois de façon surprenante tout le métabolisme de la personne qui les ingère.

L'entrevue psychiatrique est donc fatalement devenue un exercice qui consiste à cocher les items d'une liste à puce dans un premier temps. Dans un deuxième temps, le praticien trouve dans une liste de psychotropes allant des plus récents au plus anciens, ceux qui viendront à bout de ces symptômes. Ce qui reste de ce grand art que peut être la clinique se résume ici à dénicher le psychotrope qui à lui seul saura venir à bout du plus grand nombre de ces symptômes. Sinon, à forger la chaîne la moins longue possible de molécules ayant pour fonction au premier maillon de neutraliser le symptôme et pour les suivants, de diminuer les effets indésirables des maillons précédents.



Ces listes et ces tableaux amènent à voir la personne non plus comme un être chargé d'une histoire qui l'amène à accepter d'avoir besoin d'aide mais bien comme le site d'un trouble, d'un problème à traiter avec efficacité et efficience. La personne devient donc le lieu d'application d'une technique plutôt qu'un être doté d'une vie propre. Il y a donc rencontre entre un technicien et le problème à régler.

C'est ce rôle de porteur de troubles et de difficultés qu'intègrent les personnes au long de leur parcours en psychiatrie. Une partie d'entre elles arrivent à la ressource en se présentant via leur diagnostic, leurs espoirs passent par leur médication et leur quotidien est rempli de la gestion de ses effets désirables ou non.

La croyance en une toute puissance de la médication rend caduque la recherche et le traitement de ce qui fait blessure ou manque dans la vie de la personne.

Elles ne parlent presque plus de leur problème de santé mentale et de leur vision du monde mais bien plus des difficultés venant du réglage plus ou moins heureux de la technique qu'on leur applique et des aléas de la circulation dans le système public de santé et de services sociaux. Nous sommes bien loin de la façon différente d'être au monde!



Le premier défi qui se présente ici est de retrouver la personne derrière ce que nous dit la prescription (molécule et posologie) et derrière ce qui devient le centre des préoccupations de la personne (gestion des symptômes résistants à la médication, des effets secondaires et des contingences matérielles).

Le second défi est représenté par la promesse de guérison implicite et fausse que la prise de médication induit. Comme ils apportent soulagement et apaisement des pires symptômes, des gens croient sincèrement que les médicaments de la psychiatrie guérissent les troubles mentaux. Ils y croient alors que la recherche ne porte que sur les symptômes puisque les causes des troubles mentaux sont toujours inconnues. Grâce à la médication, la personne en vient à un état où elle peut enfin prendre soin d'elle-même et s'occuper de ses problèmes. La médication est un moyen, pas une fin en soi.

La croyance en une toute puissance de la médication rend caduque la recherche et le traitement de ce qui fait blessure ou manque dans la vie de la personne. Quand on sait ce qu'il faut d'énergie et de temps à la personne pour répondre aux impératifs de l'ajustement de sa médication (avec sa part de négociation avec le médecin) et de sa survie matérielle, il est facile et soulageant de croire qu'une molécule peut nous guérir. Pour un temps, il peut même être salutaire de s'en remettre à la pharmacopée et de croire que l'on ira mieux un jour. Car c'est sur ce désir de se rétablir, voire guérir, que s'appuiera la ressource quand la pilule atteindra la limite de ses promesses.

Pour un certain nombre de personnes, composer avec des ajustements réguliers de l'une ou l'autre des molécules qu'elles ingèrent est déjà en soi un acte qui mobilise une partie importante de leurs énergies lorsqu'elles ne sont pas en train de vaquer aux occupations liées à leur survie matérielle. Il est donc moins évident de les amener en plus dans une activité thérapeutique qui demande une disponibilité émotionnelle.

Mais avant la disponibilité, il y a la capacité émotionnelle, cette faculté de ressentir les émotions

dans toutes leurs nuances et leur complexité. La définition même du mot psychotrope affirme le pouvoir d'interférer avec cette capacité. Il ne reste trop souvent que le registre des émotions ou sensations primaires : anxiété, tranquillité, satiété... Le tout enrobé d'une certaine fatigue d'être soi, sans savoir vraiment qui est ce soi, d'autant plus difficile à connaître ou à retrouver qu'il est altéré tant par le problème de santé mentale que par la solution médicale apportée à ce problème.

Il faut réussir à faire cohabiter à l'intérieur des mêmes activités thérapeutiques ou de loisir des personnes dont le but est de vivre sans médication, d'autres qui questionnent leur médication et enfin un autre groupe qui semble totalement satisfait de sa médication.

Pour d'autres personnes qui considèrent que leur médication est ajustée, la demande faite à la ressource en est une qui tend vers le passe-temps. Le parcours chaotique vers une médication convenable, longue marche vers l'aboutissement d'un processus d'essais et d'erreurs, les a amenées à une étape de leur vie où elles considèrent qu'elles ont gagné lorsqu'elles ont atteint une certaine stabilité. Elles ne cherchent plus à cheminer autrement. Elles ont besoin de se retrouver entre pairs et que rien ne bouge trop dans leur vie.

Quelques personnes fréquentent les ateliers sur la GAM « à la pièce » : on vient à une ou deux rencontres pour poser une question, explorer un aspect et on quitte dès qu'on a eu réponse. Pourtant, tout dans ces ateliers tourne autour d'une réelle prise en charge des déterminants de sa santé, une approche qui s'inscrit dans le temps long.

Il y a un déplacement de la recherche du rétablissement, voire de la guérison, vers la recherche d'un mieux-être avec les médicaments. Ce

qui en vient à mettre sur la ligne de touche toutes autres considérations. La demande d'aide envers l'organisme devient donc demande d'assistance, de support avec la médication. Ce qui en soi est très bien, sauf lorsque cela devient l'essentiel.

Pour la ressource, la médication est le support nécessaire, pratiquement toujours à court et souvent à long terme, pour le travail sur soi qui lui sera toujours à plus long terme. En revanche, pour beaucoup de personnes, la médication s'inscrit dans le long terme et le travail sur soi est une entreprise à court terme. Sans qu'il y ait de collision frontale, la rencontre de ces conceptions opposées vient changer le rôle des pairs et des employés, bousculer une certaine vision que porte la ressource et questionner l'ensemble des pratiques.

Il faut réussir à faire cohabiter à l'intérieur des mêmes activités thérapeutiques ou de loisir des personnes dont le but est de vivre sans médication, d'autres qui questionnent leur médication et enfin un autre groupe qui semble totalement satisfait de sa médication.

Ce dernier groupe est celui qui nous questionne le plus. Malgré un discours de satisfaction

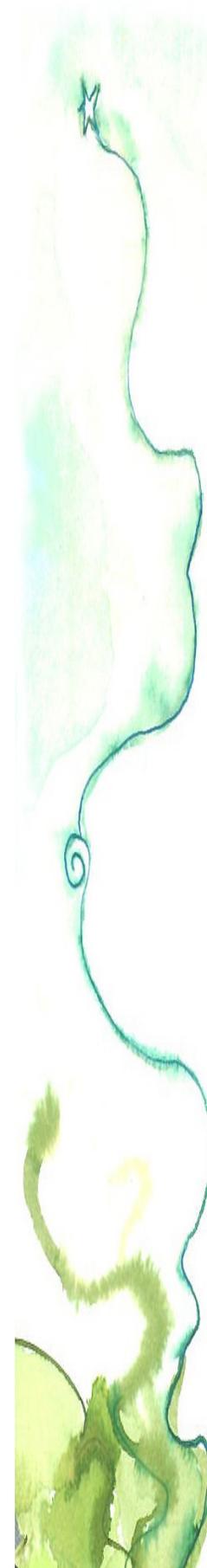
envers leur médication, il en est parmi eux qui fréquentent certains ateliers thérapeutiques avec une belle assiduité. Doit-on y voir une attitude paradoxale portée par un besoin de se retrouver parmi des personnes travaillant à leur mieux-être ? Ou alors croire à une ouverture à réfléchir, un jour ou l'autre, à d'autres possibles que la seule pilule ?

C'est bien sûr cette dernière option qui est retenue, mais pas nécessairement par un choix aussi intellectuel qu'on le voudrait. La mission de la ressource et même la vocation du personnel, c'est de croire que l'on peut et pourra toujours contribuer à vaincre le destin assigné historiquement à celles et ceux que la folie a saisis. C'est aussi de croire que ce destin n'est pas écrit, encore moins prescrit mais bien cultivé au fil des saisons et des événements de la vie. Notre devoir est d'y faire croire ceux et celles que la vie à amener à s'en remettre à la pharmacopée.

C'est un devoir d'autant plus important que certaines personnes oublient que si elles vont mieux, c'est parce qu'elles ont travaillé sur elles-mêmes et sur leurs problèmes, qu'elles relèvent quotidiennement le défi de faire mentir le destin. Cette victoire, elles ne doivent pas l'attribuer qu'à la seule pilule.



Feux d'artifice par Michèle Dupré



La médication et le milieu associatif

Par Guy Moreau, formateur de *L'Autre côté de la pilule* pour l'AGIDD-SM

Chers amis et amies
des alternatives en santé mentale,

J'aborde la question de la place de la médication dans le domaine de la santé mentale, et plus particulièrement dans le milieu associatif, avec la conscience de certains problèmes qui, à mon sens, méritent l'attention.

Je me fonde sur mon propre vécu dans le milieu de la santé mentale. Je me réfère aussi à mon expérience de formateur pour la formation de l'AGIDD-SMQ, *L'Autre côté de la pilule*, formation critique portant sur les médicaments de l'âme destinée principalement aux personnes qui en consomment. J'estime que la variété de commentaires obtenus dans le cadre de cette formation, ce autant de la part des personnes qui consomment des médicaments de l'âme, que des intervenants du milieu communautaire alternatif, que de ceux du réseau public me donnent une perspective sur les problèmes liés à la consommation de ces substances. J'espère en dégager un portrait fidèle de certaines réalités.

*Il existe peu d'alternatives
à la médication dans le domaine
de la psychiatrie
et la prescription de psychotropes
demeure jusqu'à présent
l'essentiel de l'offre de service.*

D'entrée de jeu, il me semble important d'établir que l'objet de cette réflexion n'est pas de contester le bien-fondé de la médication. Un point de vue équilibré sur la question de la médication de l'âme, fondé sur une solide base d'information, permet de distinguer clairement que celle-ci n'est pas la panacée à tous les maux. Bien que la médication joue un rôle important dans le parcours des personnes utilisatrices, je suis d'avis que celle-ci doit être regardée pour ce qu'elle est, c'est-à-dire un outil qui a des avantages, des limites et aussi des inconvénients.

Comme chacun sait, il existe peu d'alternatives à la médication dans le domaine de la psychiatrie et la prescription de psychotropes demeure jusqu'à présent l'essentiel de l'offre de service. Évidemment, je ne suis pas sociologue ni psychiatre pour me poser en expert sur ces questions. Mais à l'instar de l'humble Sancho, je me réclame d'un pragmatisme élémentaire, ce qui me vaut le défaut ou la qualité d'être quelquefois un peu casse-pied. En effet, je suis plutôt critique à l'égard de l'auréole qui coiffe la psychiatrie biomédicale comme s'il s'agissait d'une science exacte. Comme ce n'est pas simple de se projeter au-delà des mythes pour apercevoir la réalité dans son plus simple appareil, je vous propose une tranche de vie afin d'asseoir ma réflexion dans un réel bien tangible.



Dans une existence antérieure, j'ai été ébéniste-artisan. Aussi, je suis familier avec les outils qui sont l'apanage de ce métier. De cette expérience, je retiens que l'usage d'un outil quel qu'il soit comporte une part de risques. Aussi, pour se garantir contre les risques, il est impératif de développer envers ces outils une crainte salutaire. J'ai également été contremaître dans un petit atelier de portes et fenêtres. Un jour, mon patron a engagé, en dépit de ma recommandation, une personne que j'estimais insuffisamment avisée sur les risques inhérents aux outils que nous utilisons. Comme je l'avais anticipé, quelques semaines plus tard, ce nouvel employé perdait l'usage d'un doigt qui fut malheureusement happé sous mes yeux par un appareil qu'il ne connaissait pas.

De cette tranche de vie, je dégage les règles élémentaires suivantes. Si je m'entaille un doigt en me servant d'un outil, rien ne sert de pointer l'outil car en matière de gestion de risques, c'est toujours l'humain qui est responsable. Si une personne se trouve confrontée à une réalité qui la dépasse et que personne ne l'aide à s'y

repérer, il est absolument normal qu'elle ne s'y retrouve pas.

Maintenant, voyons si cette logique élémentaire s'applique dans l'univers plus abstrait de la psychiatrie. Est-il possible que la personne qui évolue pour la première fois et même depuis un certain temps, dans le domaine de la santé mentale soit déroutée et qu'il lui soit difficile, voire même impossible, d'évaluer les risques inhérents aux substances qu'elle consomme ? De plus, est-il possible que la personne qui n'est pas avisée au sujet des risques associés à l'usage prolongé et souvent massif de ces substances, se trouve finalement confrontée à certains préjudices psychiques temporaires ou permanents, voire même à des dommages physiques irréversibles ? La réponse à ces deux questions est définitivement oui!

Interroger l'approche biomédicale de la psychiatrie, ça fait partie de l'appropriation du pouvoir et par conséquent de l'alternative.

Sans jouer les alarmistes, il faut reconnaître que le silence, trop souvent observé en matière de transmission de connaissances et d'informations, résulte en conséquence chez les gens qui consomment les médicaments de l'âme.

Devant un groupe, lors d'une formation, une intervenante qui se réclamait du milieu communautaire et alternatif a confié, en toute innocence, qu'elle prenait des tranquillisants depuis déjà quinze ans. Je vous laisse imaginer sa déconvenue, lorsque dans la partie de la formation concernant la catégorie des tranquillisants et somnifères, celle-ci a appris qu'en raison des problèmes de dépendance et de tolérance associés à ce type de substance, la durée de la prescription devrait se résumer en nombre de semaines plutôt qu'en nombre d'années. Cet exemple peut vous sembler singulier et l'idée n'est pas d'en faire une généralisation, mais plutôt de mettre le doigt sur le problème que je désire porter à votre attention. Il ne s'agit pas ici

de la noble faculté de manifester de l'empathie, mais plutôt d'un simple problème de connaissance. En effet, en matière de médication, lorsque se présente le moment d'accompagner quelqu'un dans son cheminement, l'empathie ne suffit pas. En effet, si on n'a pas la carte et qu'on ne connaît pas le chemin, comment peut-



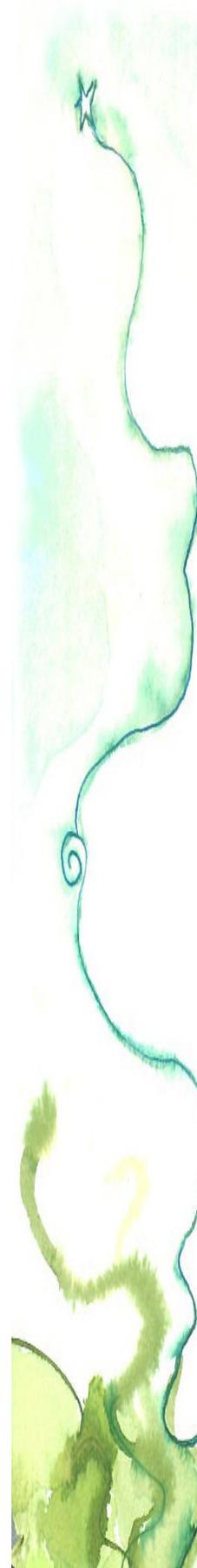
AGIDD-SMQ

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION
EN DEFENSE DES DROITS EN SANTE MENTALE
DU QUEBEC**

on indiquer la route à quelqu'un ?

Ceci étant dit, j'en arrive au cœur du problème que je désire porter à votre attention. Il s'agit du droit fondamental et incontournable à recevoir une information claire et pertinente au sujet de la médication de l'âme, ce qui autorise la personne concernée à une décision éclairée. S'en remettre intégralement aux partisans de la pratique biomédicale de la psychiatrie, c'est un peu comme se reposer sur le jugement de mon ancien patron : on fait confiance et on espère qu'après un certain temps on pourra compter tous ses morceaux, comme on compte sur ses dix doigts. Interroger l'approche biomédicale de la psychiatrie, ça fait partie de l'appropriation du pouvoir et par conséquent de l'alternative.

Malgré une connaissance approximative de la médication de l'âme, les intervenants et intervenantes en santé mentale me sont apparus plus difficiles à former que ceux qui consomment les médicaments. Comment expliquer ce phénomène ? Je vous soumets une hypothèse : la majorité des gens qui interviennent dans les différents milieux de la santé mentale ont reçu une formation académique qui véhicule le discours biomédical et comme mon patron, ils savent... Et pourtant, si je vous disais que bien souvent, les prescripteurs eux-mêmes ne savent pas, du moins pas davantage que ce qui apparaît sur les monographies biaisées procurées par les représentants de pharmaceutiques. Il faut comprendre que l'intérêt premier d'une entreprise, c'est



le commerce. La règle dans ce domaine consiste à minimiser les inconvénients et maximiser les avantages. L'influence des pharmaceutiques se fait sentir tout au long de la chaîne, en commençant par le milieu académique. Mais en bout de piste, la personne qui sait vraiment de quoi elle parle au sujet des effets de ces médicaments, c'est celle qui les prend!

Dans une courte vidéo que nous présentons dans le cadre de la formation *L'Autre côté de la pilule*, une dame rapporte ce commentaire émis par son psychiatre : « *Les médicaments c'est moi qui les prescris et c'est vous qui les prenez* ». En matière de respect de la personne, vous conviendrez que cette affirmation a davantage l'allure d'une injonction que d'une proposition.

Ce qui précède illustre de façon percutante une autre question cruciale, celle-ci relative à l'appropriation du pouvoir. En effet, il appartient à qui au juste ce corps qui doit métaboliser ces substances chimiques prescrites au nom du « bien » de la personne ? La réponse à cette question m'apparaît tellement évidente qu'il

semble dérisoire d'avoir à revendiquer un pouvoir sur son propre corps. Pourtant, c'est un privilège que bien des usagers doivent encore revendiquer, au risque de se voir interdire l'accès aux services auxquels ils ont droit. C'est le règne du *package deal* ou rien quoi ! « *Si tu n'avales pas tous tes médocs, bien tu n'auras pas de dessert!* ». Cette approche est bien connue en psychiatrie, mais comment ça se passe au juste dans les ressources d'hébergement et les centres de jour ? J'estime que la question doit être posée.

En conclusion, j'espère que ma réflexion est parvenue à interpellé quelques consciences, si tel est le cas, je me dis mission accomplie. Une petite secousse de temps à autre ça ne peut pas faire de mal. Après tout, si le milieu alternatif n'exerce pas la vigilance requise en matière de médication de l'âme, comme en tous autres domaines relatifs aux droits, ceci afin d'épauler ceux qui cherchent à reprendre du pouvoir sur leur vie, que restera-t-il ? Des pilules peut-être!

Sincèrement vôtre!



Au cœur de ma main : « La création »
par Brigitte Jeanson



Très peu de monde connaît mon univers
par L. L.

La communauté : un acteur à investir

Par Cathy Varnier, intervenante au Rivage du Val-St-François

Au Rivage du Val-Saint-François, ressource alternative et communautaire en santé mentale dans la région de l'Estrie, nous nous intéressons depuis un certain temps à la question de la médication psychotrope. Notre intérêt s'inscrit surtout dans la place que la médication occupe, tant dans la vie des personnes qui en consomment que dans les pratiques en santé mentale et dans les ressources. Nous travaillons, depuis un certain temps, à développer un réseau d'accompagnement dans la communauté, qui souscrit aux valeurs et aux principes promus par une approche de gestion autonome de la médication (GAM). Cette approche sous-tend, entre autres, l'ouverture d'espaces de dialogue autour de la médication, la réappropriation du pouvoir de la personne sur sa vie, le respect de la personne, de ses décisions et de ses droits, ainsi que la promotion du bien-être de la personne, à partir du point de vue qu'elle donne à ce bien-être¹. Par les principes qu'elle met de l'avant, la GAM constitue selon nous, une réponse intéressante à la réflexion de la place de la médication dans la vie des personnes qui en consomment et propose un soutien personnalisé dans celle-ci.

En tant qu'organismes communautaires et ressources alternatives, notre rôle se limite-t-il à inscrire une place à la médication dans une optique d'accompagnement individuel ? Qu'en est-il de la communauté, de la société ?

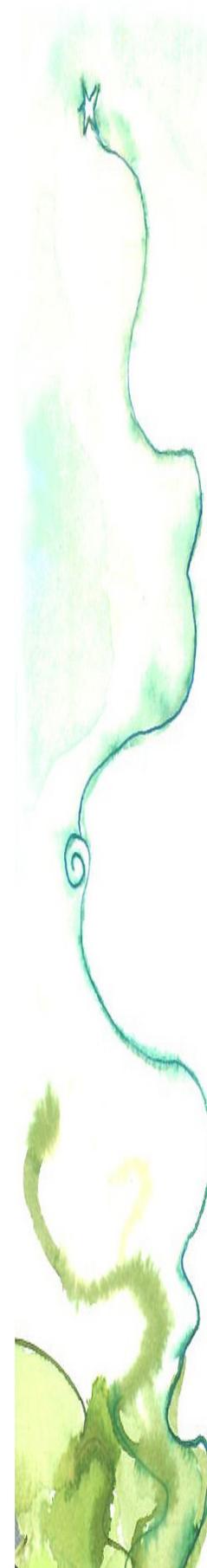
Dans le projet que nous travaillons à mettre sur pied au Rivage du Val-Saint-François, plusieurs questionnements ont émergé. La question centrale s'inscrit dans le rôle qu'ont les organismes communautaires et les ressources alternatives dans l'accompagnement et le soutien des per-



sonnes qui consomment de la médication psychotrope. Cet article vise donc à vous partager ces questionnements, dans une perspective critique de la place que nous laissons ou ne laissons pas aux personnes qui consomment de la médication psychotrope dans les ressources alternatives, mais surtout dans l'espace citoyen. Il s'agira aussi d'éclaircir le rôle de la communauté et des divers professionnels avec qui nous collaborons, dans une approche qui vise avant tout à accompagner la personne à déterminer elle-même la place que la médication a dans sa vie.

D'abord, la médication a certainement une place importante, à différents degrés, dans la vie des personnes qui en consomment et doit en avoir une dans les ressources alternatives. Seulement, il est possible de penser que cette place est déterminée et circonscrite au sein d'un espace qui se limite trop souvent à deux dimensions : individuelle et organisationnelle. Du côté individuel, l'espace donné est celui que décident d'offrir les intervenants, à partir des besoins exprimés et identifiés des membres des ressources. Du côté organisationnel, cet espace est déterminé par la capacité financière (ressources humaines et matérielles) qu'ont les organismes de pouvoir offrir un accompagnement individuel. Cela dit, dans les deux cas, il semble s'agir d'une réponse partielle aux besoins des personnes qui consomment de la médication. En tant qu'organismes communautaires et ressources alternatives, notre rôle se limite-t-il à inscrire une place à la médication dans une optique d'accompagnement individuel ? Qu'en est-il de la communauté, de la société ? Voilà un questionnement auquel nous trouvons important de donner réponse, du moins, partiellement.

¹ ÉRASME/RRASMQ, 2006, *Repères pour une gestion autonome de la médication en santé mentale : guide d'accompagnement*.



Dans ce sens, il semble que nous ne pouvons nous porter garants des principes de la GAM sans considérer un acteur prioritaire au cœur des valeurs alternatives, celui de la communauté. Les ressources alternatives et les organismes communautaires ont un rôle important en ce qui concerne le soutien et l'accompagnement à la personne, mais elles ont aussi à investir davantage la communauté, afin de faire graviter l'ensemble des acteurs autour de la personne et non le contraire. Ce processus doit appartenir et reposer sur l'ensemble de la communauté et non plus seulement au sein de l'espace alternatif, ni seulement dans les ressources qui y adhèrent.

Notre rôle est donc de faire reconnaître cet espace à l'acteur communauté, mais, surtout, d'amener la communauté à devenir porteuse des valeurs et principes de la GAM, dans une optique de développement de l'*empowerment* collectif. C'est d'ailleurs dans cette optique que nous travaillons à partir d'une approche de soutien communautaire alternatif à bâtir un réseau qui permettra de sensibiliser un ensemble d'acteurs à travailler pour et avec la personne.

Il importe également de se questionner sur l'actualisation de notre rôle au sein de la communauté et auprès de la personne. Tel que mentionné précédemment, l'acteur communauté doit être investi dans un processus d'accompagnement respectueux de la place que la personne désire donner à la médication dans sa vie. Les professionnels de la santé (médecins, psychiatres, pharmaciens) sont des partenaires centraux pour la personne qui consomme de la médication et s'inscrivent dans l'acteur communauté. Ces professionnels proviennent de différents milieux, ont des mandats et des expertises spécifiques et ont certainement une conception différente de la façon d'accompagner la personne. À ceux-ci rajoutons les divers intervenants du CSSS (infirmières, psychologues, auxiliaires) qui ont eux aussi leurs façons de faire ainsi que des mandats bien précis. De plus, la famille et les proches de la personne détiennent aussi divers rôles importants auprès de la personne.

Lorsque nous affirmons laisser une place à la médication dans nos ressources, tenons-nous compte de tous ces acteurs qui gravitent aussi autour de la personne et qui travaillent aussi à assurer son bien-être ? Plusieurs tentatives vont probablement dans ce sens, mais il existe une difficulté centrale : la définition du bien-être de la personne. Plusieurs accordent certainement une importance aux différents acteurs qui gravitent autour de la personne et ces acteurs travaillent certainement dans un but commun, soit le bien-être de la personne. Malgré cela, nous ne possédons pas tous la même définition de ce que devrait être ce bien-être. C'est pourquoi il semble que nous avons aussi un rôle dans cette définition, qui est de mener des actions qui nous permettront de travailler tous à partir du sens que la personne aura elle-même défini par rapport à son bien-être.

Les ressources alternatives et les organismes communautaires ont un rôle important en ce qui concerne le soutien et l'accompagnement à la personne, mais elles ont aussi à investir davantage la communauté, afin de faire graviter l'ensemble des acteurs autour de la personne et non le contraire.

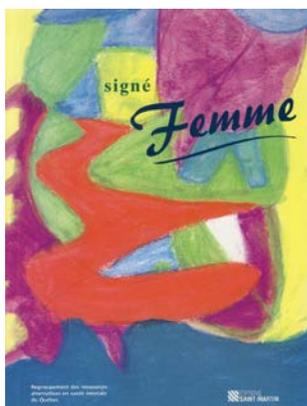
À l'intérieur de ces collaborations et de ce réseau, il y a les personnes qui consomment de la médication. Il est possible d'affirmer que celles-ci sont le plus en mesure de déterminer le rôle et la place de la médication dans leur vie, car ce sont elles qui vivent cette réalité au quotidien. Pour réfléchir au rôle de la médication, elles doivent non seulement recevoir de l'information, mais aussi du soutien pour questionner celui-ci. Elles doivent aussi avoir conscience et connaissance qu'elles peuvent questionner la médication et qu'elles sont en droit de le faire. Elles doivent pouvoir faire des choix, afin de leur

permettre de déterminer la place qu'elles veulent donner à la médication dans leur vie.

En guise de conclusion, il s'agit ainsi d'accompagner les personnes à développer cette conscience et à outiller la communauté dans laquelle elle vit à en faire de même et c'est à travers cette vision que le rôle des ressources communautaires et alternatives se clarifie. Cela permettra à tous de travailler à partir de l'expertise que la personne possède à l'égard de sa propre vie et à l'égard de la médication dans sa vie. Ce constat a amené le Rivage du Val-Saint-François à s'in-

vestir auprès de la communauté, à tenter de bâtir des actions qui s'inscrivent tant dans le développement de l'*empowerment* individuel que collectif. Cela, afin de créer une synergie qui vise une réelle transformation sociale, au cœur de la mission des organismes d'action communautaire autonome. Nous espérons que le projet de réseau sur lequel nous travaillons deviendra, à travers le temps, un espace que les personnes qui consomment de la médication pourront investir et où la place de la médication dans ce réseau deviendra celle que la personne aura tout d'abord défini.

Poèmes tirés de *signé Femme*



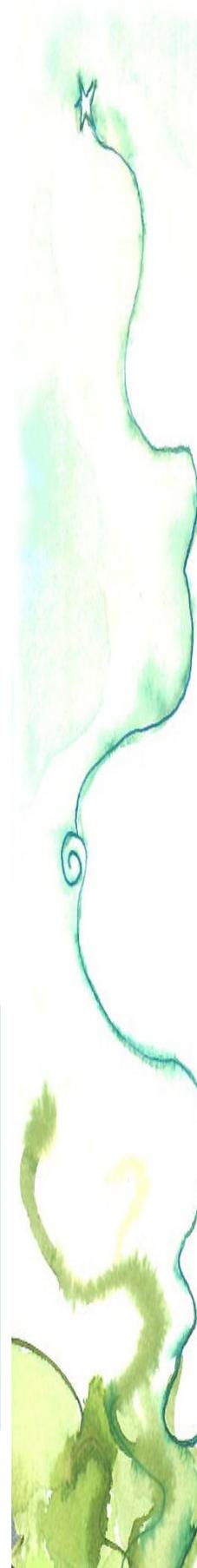
Aujourd'hui, champs de blé

par Lise Bourgeois

Je me revois prisonnière de ce château de la folie
presque dix ans j'y ai moisie,
sentant l'odeur du ciment, qui se referme sur moi.
Ne voyant ni sortie ni le jour où je verrai le dos.
Aujourd'hui, couché dans le blé,
voyant l'oiseau qui crie liberté,
je rouvre les yeux et découvre le bonheur.
Dix ans renfermée, mais là pour goûter à l'espoir
de saisir le jour dehors, des fenêtres fermées.
Sortir de là, y voyant la détresse
mais ne plus vouloir être sa princesse.
Vivre là, voyager avec mon ami, oiseau.
Faire tous les décors sauf celui d'un château.
Se ressourcer aujourd'hui dans les champs.
Ne plus vivre sous verrou de la démence
mais jouir de ce passé qui tout de même m'a amenée
à la joie et à mon destin qui m'attendait dans le blé.

Mon eau par Ginette Guoin

Mon eau!
L'eau qui coule, serpente, tourbillonne, me rafraîchit,
m'apaise, bouscule en moi mille passions.
Je l'envie si libre, si saine
Mais goûtes-tu vraiment cette liberté quand je censure
en moi tes passages, que je te compte et te corromps ?
Gardes-tu pour moi un coin de tes odeurs printanières
Pour que j'y retrouve une paix intérieure
une passion de vivre ?
Peux-tu transporter en moi mes sentiments secrets, que je te livre avec confiance et espoir ?
Oui, mon eau coule en moi sans contrainte, libre, douce, déchaînée parfois
Alors tu es... et je vis.



Limites et défis de la GAM : une invitation à l'action

Par Lourdes Rodriguez del Barrio, PhD., professeure à l'Université de Montréal

Depuis son introduction en psychiatrie, l'utilisation du traitement pharmacologique ne fait qu'augmenter et tend à occuper un rôle central dans le traitement des problèmes en santé mentale. Elle est souvent son seul outil ou son outil principal. Elle génère des effets secondaires importants et ses limites sont reconnues par la littérature scientifique. En général, les personnes considèrent que la médication les a aidées dans certaines circonstances ou conditions particulières. Les recherches portant sur la perspective des usagers quant à la prise de médicaments psychotropes montrent aussi

traitement. Ceux-ci ont notamment l'impression de ne pas trouver un espace d'expression et d'élaboration de leurs expériences de la souffrance et des traitements proposés. Il semble leur être particulièrement difficile de pouvoir aborder tout ce qui dépasse les aspects de l'expérience en dehors du cadre des symptômes ou de remettre en question certains aspects du traitement proposé.



La GAM propose aux personnes qui consomment des psychotropes une démarche réflexive sur leur qualité de vie, leur cheminement vers le mieux-être et la place qu'occupent la médication et les autres pratiques dans leur vie quotidienne et leur parcours.

que ceux-ci entretiennent des rapports souvent complexes avec ce type de traitement. On peut constater que les usagers subissent ses conséquences négatives et limites sans toutefois avoir toujours accès à l'information nécessaire pour interpréter ce qui leur arrive ni pouvoir trouver l'espace nécessaire pour en parler et influencer les prescripteurs afin que la médication soit davantage au service de leurs propres projets et de leur mieux-être. Les recherches font état des longs et douloureux parcours de demande d'aide qu'ils ont vécus avant de réussir à obtenir de l'information sur leur diagnostic et leur

Les recherches permettent aussi de constater que bon nombre des personnes qui consomment des psychotropes les abandonnent de manière abrupte et ce, sans aucun soutien. Certaines études démontrent¹ que le taux d'interruption du traitement oscille entre 64 % et 82 %, selon les médicaments, dans le cas des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Dans la plupart des cas, ces interruptions occasionnent ou sont associées à de nouvelles crises, générant beaucoup de souffrance. On peut se demander quelles en sont les causes, et le rôle joué dans cette décision des limites du traitement psychopharmacologique ainsi que du caractère intolérable de certains effets secondaires².

Dans ce contexte, le RRASMQ a assuré la mise en place d'un espace de questionnement, de recherche et de débat qui a amené à la construction d'une nouvelle perspective permettant d'agir sur les plans individuel et collectif. La gestion autonome de la médication (GAM) est d'abord une approche élaborée à partir de l'expérience des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale qui ont réussi à retrouver

¹ Il s'agit d'une étude effectuée dans 57 établissements américains auprès de 1493 patients diagnostiqués de schizophrénie par Lieberman et al. (2005).

² «... les effets des médicaments psychotropes sont limités, temporaires, multiples et parfois même en contradiction avec leurs finalités thérapeutiques. (...) Les effets secondaires ont aussi des répercussions très importantes sur la santé physique, l'image de soi, le rapport au corps de même que sur la réinsertion sociale. (...) Les personnes ont souvent l'impression d'une perte de contrôle et d'autonomie sur elles-mêmes et sur leur propre vie.» (Rodriguez et al., 2008).

une place de sujet dans leur traitement et leur vie. Cette approche a été réalisée en collaboration avec les intervenants, les responsables des ressources alternatives, les représentants du mouvement de défense des droits et des chercheurs.

Émergence d'une approche fondée sur la prise de parole des personnes

La GAM situe la personne au centre du processus de traitement, reconnaissant ainsi les savoirs ancrés dans les expériences de la souffrance et les stratégies personnelles pour s'en sortir. La GAM propose aux personnes qui consomment des psychotropes une démarche réflexive sur leur qualité de vie, leur cheminement vers le mieux-être et sur la place qu'occupent la médication et les autres pratiques dans leur vie quotidienne et dans leur parcours. Cette approche permet aussi à la personne d'identifier et de mobiliser ses ressources personnelles, de même que celles des alliés (amis, proches, pairs, prescripteurs, intervenants, etc.) pour accéder à de meilleures conditions de vie, faire face aux situations difficiles et atteindre ses objectifs.

La GAM vise aussi à favoriser l'ouverture d'espaces de dialogue entre les personnes directement concernées et les intervenants et intervenantes, notamment les psychiatres et médecins prescripteurs, dialogue qui permet de questionner le rôle de la médication dans la vie des personnes, dans les pratiques en santé mentale et, plus généralement, dans la société. La GAM s'est, par la suite, étendue au secteur public à travers un processus de mise en dialogue, par la formation et la création d'outils d'intervention. Cette perspective a, en effet, progressivement été reconnue et soutenue par le MSSS et les gestionnaires du secteur public des services de santé mentale³. Cette approche rejoint les orientations des réformes du système des services en santé mentale du Québec, lesquelles

sont axées sur la primauté de la personne, sur le principe de l'appropriation du pouvoir et, plus récemment, sur le concept de rétablissement.

Ainsi, le développement de cette approche est le résultat d'un long processus de réflexion, de recherche et d'action qui a permis de tenir compte des perspectives plurielles des personnes usagères pour élaborer une nouvelle manière d'aborder la question de la médication psychotrope en l'intégrant dans une réflexion plus large sur la qualité de vie et l'élargissement de la capacité d'agir. Cette rencontre et cette interpénétration réciproque de perspectives ont permis d'éviter l'écueil potentiel d'un discours rigide et homogénéisant.

Questionner l'efficacité et les limites de la médication implique de tenir compte des difficultés et des détresses qui ont amené les personnes à demander de l'aide et à consommer des psychotropes.

Cet article présente quelques pistes de réflexion sur les limites et les défis auxquels la GAM est confrontée dans le contexte actuel et vise à contribuer à son approfondissement.

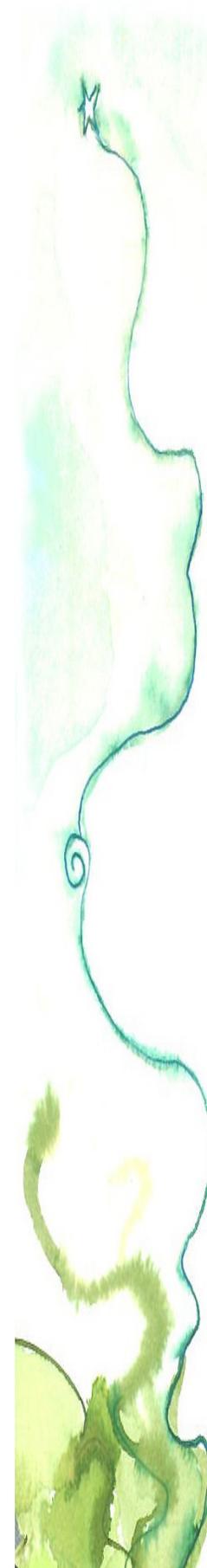
La place de la médication dans la GAM

« Je suis une personne, pas une maladie »

Très tôt, la GAM s'est éloignée d'une perspective axée sur le sevrage. Questionner l'efficacité et les limites de la médication implique de tenir compte des difficultés et des détresses qui ont amené les personnes à demander de l'aide et à consommer des psychotropes⁴. De manière générale, le problème fondamental pour la per-

³ Rodriguez et Drolet, 2006, *La Gestion autonome de la médication en santé mentale : Pour le renouvellement des pratiques. Bilan du suivi évaluatif*.

⁴ C'est ainsi qu'est finalement écartée la perspective initiale d'implanter une ressource spécialisée ayant comme principal objectif d'accompagner des personnes désireuses d'apporter des modifications à leur médication. Suite à ce long processus d'étude, le comité dirigera sa réflexion vers une autre perspective plus transversale, susceptible de solliciter l'ensemble des ressources alternatives membres du RRASMQ.



sonne n'est pas la médication, même si elle peut aussi ajouter de nouvelles difficultés. Dans les diverses recherches entourant l'élaboration de l'approche GAM, nous avons aussi constaté que la question de la médication n'est pas toujours centrale dans la trajectoire de vie. Quand on crée un espace permettant aux personnes d'organiser leur propre récit, celles-ci situent leur rapport aux symptômes, à la psychiatrie et aux médicaments dans une trame plus large où la description des divers aspects de la souffrance et leurs nombreuses stratégies pour y faire face prennent une place prédominante.

*« La GAM nous a donné
un langage commun,
celui de la citoyenneté. »*

Personne participant aux rencontres GAM
au Brésil, dans le cadre du projet
ARUCI Santé mentale et citoyenneté.

Ainsi, le comité GAM intègre très tôt cette approche dans un projet alternatif plus large fondé sur l'écoute et le respect des voix singulières des personnes et de la pluralité de leurs points de vue par rapport à la médication, laquelle est considérée par certains comme une aide incontournable, et par d'autres comme un obstacle au rétablissement.

La GAM permet aux personnes de questionner le rôle de la médication dans leurs vies, d'établir un rapport informé et plus conscient avec les prescripteurs. Les personnes qui ont fait un cheminement personnel en s'inspirant de la GAM ont transformé de manière très positive leur rapport aux professionnels de la santé et en particulier aux médecins prescripteurs. Cette nouvelle collaboration permet ainsi d'explorer de meilleures voies où la médication contribue à leur mieux-être ou de trouver des traitements alternatifs. Lors d'une première étude portant sur les effets de la GAM⁵ sur les personnes, on

a constaté que les médecins et autres professionnels de la santé sont aussi rassurés par la démarche GAM parce qu'elle implique un rôle actif et réfléchi de la personne et la mobilisation des personnes ressources pour soutenir son cheminement.

Dans une nouvelle recherche évaluative des pratiques GAM en cours, nous sommes frappés de constater que pour les personnes, ce n'est pas le médicament qui est au centre de l'approche GAM. Ce qui est au cœur de cette démarche est la qualité de vie, le cheminement personnel face à la souffrance, l'acquisition d'un pouvoir accru sur sa vie, sur les symptômes, et dans les relations avec les autres, incluant les intervenants et les proches.

Allier la recherche à l'action

En se fondant sur l'expérience des personnes et sur la recherche scientifique - notamment, par la mise en dialogue critique de la recherche expérimentale sur les effets des médicaments et de la recherche sur les dimensions socioculturelles et symboliques de la prise de médicaments - la GAM contribue à rendre possible, par une méthode rigoureuse, le questionnement des doses et l'établissement d'un plan pour arriver à la dose confort avec l'aide du médecin prescripteur. La GAM permet aussi d'envisager la possibilité de vivre sans médication psychiatrique, sans en faire la promotion, mais sans occulter le fait que cette option a été possible pour certaines personnes.

Plus de dix ans d'expérimentation des pratiques dans certaines ressources alternatives ont donné lieu à de nouvelles préoccupations. La nécessité d'approfondir nos connaissances sur les différentes expériences de la souffrance, la manière dont se construit la transformation du rapport à soi, et le rôle de la GAM dans ces divers parcours où il est souvent question de la consommation de différents types de psycho-

⁵ Les professionnels de la santé du réseau public et les personnes qui ont fait l'expérience de la GAM la considèrent comme un outil permettant d'avoir une compréhension approfondie du rôle que la médication joue dans la vie des personnes. Selon la recherche évaluative réalisée en 2004, la GAM permet aux personnes : d'avoir plus d'informations sur leurs médicaments, d'ouvrir des espaces de dialogue avec leur médecin et d'observer des changements dans l'utilisation de la médication pour la mettre davantage au service de la qualité de vie.

tropes en sont de bons exemples. Une nouvelle recherche en cours vise à approfondir les limites et les obstacles vécus par les personnes.

Promouvoir une culture démocratique et des droits au sein du communautaire et dans le secteur public de la santé

Ce sont les usagers et usagères des ressources alternatives qui ont proposé la mise sur pied d'un comité de travail au sein du RRASMQ (initialement désigné « comité sevrage »). Ce comité visait, d'une part, l'amorce d'une réflexion sur les enjeux de la médication en tant que réponse sociale dominante à la souffrance et, d'autre part, le renouvellement des pratiques à partir des propositions des personnes qui consomment des psychotropes⁶. La mise sur pied de ce comité en 1993 donnera lieu à un processus collectif de discussion, d'exploration et de sensibilisation auprès des ressources membres.

La GAM n'est pas une recette, mais une invitation à maintenir ouvert le questionnement dans des espaces de dialogue pluriels où les personnes directement concernées occupent une place centrale.

L'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)⁷ s'est intégrée à ce comité. Les groupes de défense de droits du Québec travaillaient depuis longtemps à faire la promotion du consentement libre et éclairé au traitement, ce qui impliquait l'accès à l'information sur les bénéfices et les effets secondaires et négatifs de la médication, ainsi que sur les alternatives. À cette époque, la formation *L'Autre Côté de la pilule* était déjà disponible⁸.

Tout en reconnaissant l'importance des droits, et notamment le droit à l'information, on peut constater que l'élaboration des pratiques introduit de nouveaux enjeux associés à l'accompagnement des personnes qui souhaitent être soutenues dans une démarche GAM. La question des droits se voit alors resituée dans une perspective éthique plus large : d'une part, celle des moyens dont disposent les personnes pour acquérir une position de sujet de leur propre expérience et d'autre part, celle des conséquences de ce projet sur la relation avec les autres, notamment avec les intervenants qui sont interpellés dans la relation d'aide et d'accompagnement. On peut alors parler d'une responsabilité partagée qui engage aussi l'aidant dans sa subjectivité propre. Les alliés, qu'il s'agisse de proches ou d'intervenants, peuvent être confrontés à des dilemmes éthiques importants quand les décisions de la personne ne coïncident pas avec ce que l'on croit être la meilleure option. Jusqu'où doit-on encourager le questionnement ? Comment peut-on maintenir le lien et la relation d'aide ou de soutien ? Ces questions ont été abordées dans l'élaboration de l'approche et on a trouvé des réponses permettant d'avancer dans les pratiques d'entraide et dans la collaboration entre les usagers et les intervenants communautaires et du réseau public. La mise à jour de ces dilemmes lors des activités de formation GAM peut être un excellent instrument pour le développement des pratiques.

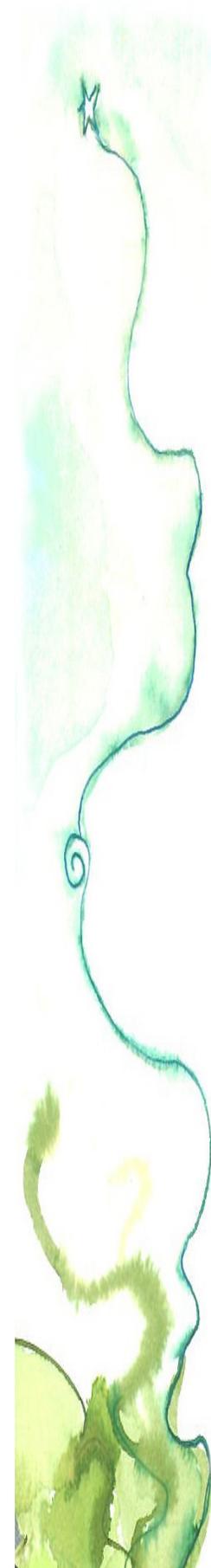
Résister aux positions dichotomiques, maintenir la question ouverte

Malgré son discours nuancé et informé, certains voient encore la GAM comme un discours qui ferait la promotion d'un refus simpliste au médicament psychiatrique. On présente alors la GAM comme la défense du sevrage, une véritable caricature d'elle-même.

⁶ Les comités du RRASMQ constituent des espaces de débat qui donnent la parole aux personnes usagères et à celles qui interviennent dans les ressources dans un rapport égalitaire.

⁷ L'AGIDD-SMQ regroupe quarante organismes dont quinze ont été mandatés par le MSSS pour l'accompagnement en défense de droits dans toutes les régions du Québec et dans les établissements.

⁸ Dans cette perspective, l'AGIDD-SMQ, en collaboration avec le chercheur David Cohen, publie en 1995 le *Guide critique des médicaments de l'âme* et élabore une formation sur la médication, *L'Autre côté de la pilule*.



Il est essentiel de comprendre les craintes engendrées par cette incompréhension. L'intensité de la souffrance qui accompagne la demande d'aide en psychiatrie est toujours très grande. La médication en psychiatrie est souvent la principale réponse proposée. Questionner la place de la médication peut être perçu comme une menace à un équilibre fragile.

Il faut étudier en profondeur la nature des résistances, ne pas les contourner, ne pas les réduire à des discours trop généraux. Au contraire, les avancées réalisées ces dernières années dans les pratiques GAM sont le fruit d'un travail commun de réflexion alliant les perspectives de la recherche, des personnes et des intervenants.

La GAM se construit à partir de la prise en compte des rapports complexes et pluriels des personnes à la médication psychiatrique. Elle n'est pas la promotion d'une position unique.

La démarche proposée par la GAM n'est ni panacée ni livre d'embauche. Il est essentiel de mieux connaître les difficultés concrètes vécues par les personnes et les intervenants ou proches aidants qu'elles choisissent pour les accompagner si l'on vise l'approfondissement des pratiques. La GAM n'est pas une recette, mais une invitation à maintenir ouvert le questionnement dans des espaces de dialogue pluriels où les personnes directement concernées occupent une place centrale.

Améliorer les formations, faire de ces résistances un enjeu pour celles-ci et miser sur la création de nouveaux espaces pour l'implantation et l'approfondissement des pratiques GAM semblent essentiels. Tout en abordant de manière approfondie le rôle et la place de la médication, les formations et activités de sensibilisation ouvrent sur une visée plus large : celle

du développement des pratiques à l'écoute des personnes et de leurs projets de vie.

La place des médicaments dans le système de santé et dans la culture

La GAM se construit à partir de la prise en compte des rapports complexes et pluriels des personnes à la médication psychiatrique. Elle n'est pas la promotion d'une position unique. Cela ne signifie toutefois pas refuser une analyse critique poussée des tendances à la médicalisation : l'analyse critique n'est pas ici une finalité en soi, mais une étape nécessaire dans une réflexion plus large qui doit aboutir à rendre le monde plus habitable. Sur le plan collectif, la GAM questionne la place de la médication dans le système de la santé et des services sociaux et, de façon plus large, dans la société et la culture. En ce sens, les discours qui questionnent la place de la médication dans les systèmes de soins et dans la société doivent tenir compte de la réalité des personnes singulières et des options disponibles pour donner une réponse à leur souffrance.

Maintenir plusieurs niveaux de réflexion et d'action est alors essentiel : celui des pratiques, construit dans l'alliance avec la personne, celui centré sur l'organisation des services, celui centré sur les politiques qui vise à les transformer et, de façon plus large, celui centré sur la culture et les valeurs qui permet de questionner les choix collectifs.



Je me déchaîne par Sylvie Lévesque

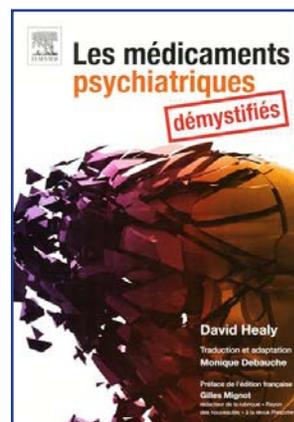


Invitation à lire *Les médicaments psychiatriques démystifiés* de David Healy

Par Olivier René, chargé de recherche et de rédaction au RRASMQ

Au cœur de la question de la médication dans le domaine de la santé mentale, on retrouve bien évidemment les tendances à la prescription excessive, la manipulation d'information sur les classes de médicaments, sur les études financées par les compagnies pharmaceutiques de même que sur les effets réels et les risques liés à l'utilisation de psychotropes. Ce livre constitue une très bonne référence sur les médicaments psychiatriques. Il accorde une place importante à de l'information claire sur les effets (primaires et secondaires, interactions médicamenteu-

ses) des médicaments dans plusieurs sphères de la vie humaine et les traitements. À travers une vision critique du domaine médical, ce livre replace dans une perspective humaniste et fondamentalement éthique toute la question de la psychopharmacologie.



L'autre
Espace
Volume 2 - no 2

Voici quelques extraits choisis de la préface de l'édition française :

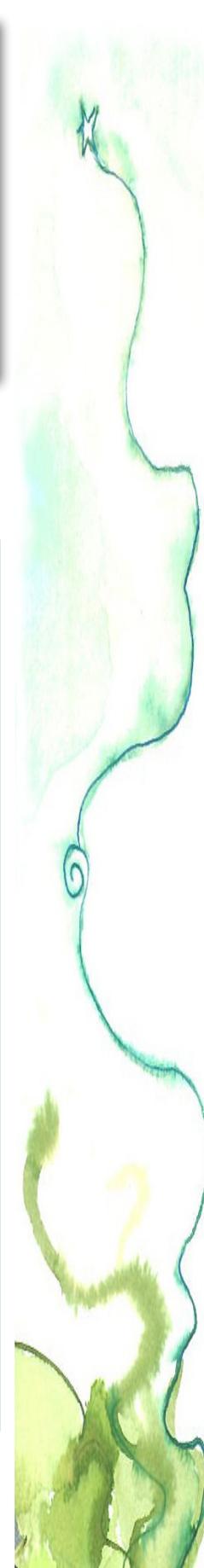
« Dans cet ouvrage, David Healy présente les classes de médicaments psychiatriques de manière très complète et indépendante de celle fournie par les firmes pharmaceutiques. Le tableau qu'il brosse n'est pas reluisant. Les antidépresseurs n'agissent que chez 50 % des patients, à comparer aux 40 % des patients soulagés par un placebo. »

« Aujourd'hui, dès sa petite enfance, chaque être humain est un malade qui s'ignore et qu'il conviendrait de médicamenter. Les maladies déjà connues ont été redéfinies, redécoupées au gré des « niches thérapeutiques » à occuper, une maladie correspondant à chaque médicament. Tout enfant un peu remuant est candidat à l'étiquette d'hyperactif et se verra soumis à des dérivés amphétaminiques dont les effets néfastes à long terme sont encore mal connus. D'ailleurs, point n'est besoin d'être remuant, puisque pour satisfaire aux critères diagnostiques du syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, il suffit d'avoir des troubles de l'attention, symptômes aux limites floues et fluctuantes en fonction de l'âge. Mieux, cette pseudo-maladie persisterait à l'âge adulte ouvrant la voie à des traitements à vie. »

« La classification traditionnelle des médicaments à visée psychique ne correspond plus

à grand chose : les limites entre les classes sont devenues floues, d'autres médicaments ont été détournés de leur usage ancien dans d'autres domaines thérapeutiques pour le traitement des maladies psychiques. Ainsi en est-il de certains antiépileptiques maintenant proposés bien au-delà du cercle restreint de l'épilepsie. »

« Il (David Healy) propose dans ce livre une solution quasiment révolutionnaire pour nos sociétés complexes dites « avancées » : en revenir au simple bon sens et remettre le patient, dans son individualité, au centre des systèmes de soin. [...] Il est urgent de revenir à des soins personnalisés adaptant pour chaque patient le traitement (médicamenteux ou non) qui lui convient le mieux après une écoute minutieuse qui l'emporte sur les a priori. Il est urgent que les patients ne soient plus sujet mais acteurs des soins qui leur sont prodigués, qu'ils bénéficient d'une information indépendante des firmes et non biaisée sur les divers traitements disponibles avec leurs avantages et leurs inconvénients et qu'ils puissent ainsi participer aux décisions qui les concernent. Écouter les patients, les faire participer activement à leurs traitements en respectant au maximum leur liberté, voilà bien ce qui semble une évidence. »



Invitation à participer à la revue

Le RRASMQ invite ses ressources membres à collaborer à *L'autre Espace. La revue du RRASMQ*.

Dans un souci de participation et d'implication démocratique toujours plus grand des personnes (usagères et intervenantes) provenant des ressources alternatives, la revue se veut un lieu d'information, un outil de réflexion et d'analyse ainsi qu'un espace d'expression des personnes sur différents sujets touchant les réalités de la santé mentale.

Nous vous invitons grandement à participer car la liberté (d'expression) se défend au jour le jour par des personnes qui restent à l'affût !

Le comité de lecture

Appel de collaboration Volume 3, Numéro 1

Le prochain numéro de *L'autre espace. La revue du RRASMQ* à paraître en juin 2011 abordera à nouveau la question de la médication sous un angle critique.
La date de tombée des articles est le vendredi 4 mars 2011.

**La revue et les autres publications du RRASMQ
sont disponibles en format électronique
au : www.rrasmq.com**



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*

2349 rue de Rouen 4^e étage, Montréal, Québec H2K 1L8
Téléphone : 514-523-7919 / 1-877-514-523-7919
Télécopieur : 514-523-7619
Courriel : rrasmq@rrasmq.com
Internet : www.rrasmq.com