

L'autre Espace

LA REVUE DU RRASMQ

HIVER 2022 — VOL. 12 N°1



Papier-bulles, bouée ou boulet

**Les enjeux de la médication
et du sevrage**

LA REVUE

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) veut offrir un autre espace d'expression, de prise de parole, de débat et de réflexion pour les ressources alternatives et ses partenaires.

L'autre Espace, c'est un univers où des citoyens et citoyennes, 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 d'être, générant une exclusion de l'espace citoyen !

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

SOMMAIRE

Présentation du numéro	3
Survivre à l'indifférence : une histoire comme tant d'autres	5
Survivre au lithium, 3 parcours inspirants Partie 1 : femmes inspirantes	7
Survivre au lithium, 3 parcours inspirants Partie 2 : témoignage de Vanessa	10
Nuits chagrines	13
Les combats d'un pharmacovigilant – Partie 1 : mon parcours	15
Une démarche de liberté	18
La médication psychiatrique : une histoire personnelle mais aussi collective	20
Élaborer des savoirs d'usage en psychiatrie	23
Les combats d'un pharmacovigilant – Partie 2 : entrevue éclair	26
Ouvrir un véritable dialogue autour de la médication	28
L'apport de l'acupuncture pour la santé mentale et le traitement des symptômes de sevrage.	31
La nutrition et la santé mentale dans tous les sens	35
La médication : un choix de société ?	40
En route vers le prochain numéro La santé mentale sur la balance : une question de pouvoir ?	43

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
2349, rue de Rouen, 4^e étage
Montréal (Québec) H2K 1L8
Téléphone : 514 523-7919 | 1 877 523-7919
Télécopieur : 514 523-7619
www.rrasmq.com
<https://www.facebook.com/rrasmq>

L'autre Espace

La revue du RRASMQ

COMITÉ ÉDITORIAL

Dominic Dubois
Mathilde Lauzier
Annie Patenaude
Annie Pavois

COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES À CE NUMÉRO

Marie, CFC
Charlotte Astier
Clément Courteau
Dominic Dubois
Katharine Larose-Hébert
Mathilde Lauzier
Carole Lévis
Annie Pavois
Pierre Luc St-Hilaire
Priscillia Ross
Louise
Lili
Vanessa
Marie-Claude Goulet
L'Autre lie R.A.P.A. (Belgique)

RELECTURE

Dominic Dubois
Anne-Marie Boucher

GRAPHISME ET MISE EN PAGE

Julye Maynard

Page couverture :
In the bubbles, Balazc Weider

IMPRESSION

Les pages intérieures sont imprimées sur du papier Rolland Enviro100. Ce papier 100 % postconsommation est certifié FSC® Recyclé, ÉcoLogo ainsi que Procédé sans chlore et est fabriqué à partir d'énergie biogaz.

Imprimé par Deschamps
impression

Tirage en 200 exemplaires

ISSN 1920-3209 (Imprimé)
ISSN 1920-3217 (En ligne)



© Pixabay

PRÉSENTATION DU NUMÉRO

La médication : au carrefour de multiples enjeux

Plusieurs des récits présentés dans ce numéro (de L'autre Espace) exposent quelque chose qu'on pourrait nommer la « face sombre » des médicaments psychiatriques et des pratiques médicales qui les entourent. Comme une médaille, l'expérience de la médication psychotrope a deux côtés. Dans ce numéro, le comité éditorial a souhaité faire une place particulière à la parole des personnes premières concernées au sujet de ce côté plus sombre. En exposant différents vécus et rapports à la médication psychotrope, le RRASMQ souhaite nous faire réfléchir aux enjeux entourant la médication, nous interpeller, comme citoyen·ne·s et comme organisations, en vue de contribuer à l'exercice d'une vision critique.

Critique, parce que la médication est malheureusement trop souvent le principal moyen que nos sociétés ont choisi pour soulager un tant soit peu la souffrance des personnes. Un peu comme dans un *Alice au pays des merveilles* inversé, on a parfois l'impression qu'il suffit d'une potion magique pour corriger ce qui nous fait du mal et nous ramener dans la bonne direction. Nul besoin de se poser des questions sur les raisons de ce mal, nul besoin de questionner l'idée même de ce qui constitue une bonne direction. Solution « faussement miracle », la médication représente bien souvent et davantage un

moyen pour la société de contrôler ce qui dérange, ce qui dépasse, ce qui peut faire peur, plutôt que de soigner véritablement les personnes. En bref, elle permet avant tout une « gestion » des symptômes. Ce faisant, elle contourne ce qui, de la société, pose problème, comme si on oubliait que la souffrance a bien souvent son origine dans des conditions de vie difficiles, et que des pilules ne seront jamais les « perles rares » qui permettront de guérir les traumatismes ou de résoudre la violence, la pauvreté, les logements inadéquats, les salaires insuffisants, etc.

Que le médicament ait son utilité n'est pas la question. Il est évident qu'il peut être un outil, pour certaines personnes, et dans certaines situations et pour un certain temps, comme vous pourrez le lire dans certains passages. Cela dit, la médication devrait représenter un outil parmi d'autres, sans prétention. Puis, les personnes devraient toujours avoir accès à des alternatives, que l'on pense à la psychothérapie, à l'entraide, à des lieux où on les écoute, ou encore à des liens au travers desquels elles peuvent se construire où se reconstruire après l'épreuve. Cette nécessité d'accueillir autrement la souffrance traverse plusieurs des textes de ce numéro de L'autre Espace. Ces alternatives peuvent aussi renvoyer à des manières autres de faire, à distance des pratiques biomé-



dicales. Pensons à l'acupuncture ou à l'alimentation, qui représentent, comme vous le lirez dans les articles qui leur sont consacrés d'autres moyens d'agir sur nos maux.

Mais faut-il encore le souligner, parfois le médicament blesse plus qu'il ne soigne. Le fameux calcul coût-bénéfice se fait trop souvent au détriment des personnes, qui se trouvent aux prises avec des effets que l'on dira secondaires, mais qui hélas prennent toute la place. Comment se fait-il que l'on doive choisir entre une éventuelle forme de soulagement et une vie sexuelle inexistante, une prise de poids hypothéquante, une fatigue accablante, et toute une multitude de grands et petits dérangements, confusions et effets handicapants qui font obstacle à une qualité de vie gratifiante? Plusieurs des textes qui suivent évoquent les nombreux problèmes qu'entraînent ces molécules qui pourtant devraient nous « soigner » : ici aussi, tout comme les potions magiques d'*Alice au pays des merveilles*, les médicaments peuvent laisser leurs marques, parfois profondes, voire indélébiles, dans les corps.. Or, devant des effets secondaires presque spectaculaires, comment se fait-il que la parole des personnes premières concernées ne soit pas toujours entendue et prise en compte ?

Comme en témoignent plusieurs des récits présentés, à ce manque d'écoute s'ajoute aussi le silence radio sur une dimension importante du médicament : celle de la diminution ou de l'arrêt et des potentiels effets de sevrage. Pour trop de personnes, le médicament est prescrit comme une finalité, voire un destin, alors même que les recherches récentes démontrent qu'il ne devrait pas être une fatalité. Dit autrement, les prescriptions ont trop souvent des contours temporels flous, comme si la question de l'arrêt des médicaments était tout aussi secondaire que ses effets dits secondaires. Or, cette absence du thème de l'arrêt de la médication dans les discours médicaux pose un problème majeur puisque arrêter un médicament, c'est aussi être confronté à de possibles enjeux de sevrage, tout aussi dérangeants que les parfois très sérieux effets secondaires des dits psychotropes. Et certain-e-s professionnel-le-s peuvent avoir tendance à négliger, à ignorer ou à banaliser cet aspect. C'est d'ailleurs ce que montrent plusieurs témoignages dans la revue.

Pourtant, sur la question de l'arrêt ou du sevrage des médicaments psychotropes, les choses sont en train de changer. De nombreuses recherches récentes à

l'international ont démontré que les effets de sevrage rapportés par les personnes sont réels (voire le feuillet *ressources*). En Angleterre, un comité qui rassemble les différents partis politiques travaille entre autres depuis quelques années à faire reconnaître les effets de sevrage liés à la médication psychiatrique. Il formule le souhait que cet enjeu soit intégré dans les différents guides cliniques. Parallèlement, plusieurs ordres professionnels (médecins généralistes, pharmaciens, psychiatres) ont eux-mêmes reconnu l'importance de cet enjeu. Dans le monde, plusieurs plateformes conçues *par* les personnes premières concernées et *pour* elles ont aussi vu le jour depuis les dernières années, révélant le besoin toujours croissant d'information sur cette question. Ces changements vont dans le sens de ce que revendique depuis des années le Regroupement. D'ailleurs, à ce sujet, le Regroupement travaille à différents projets, dont un site internet dédié aux personnes intéressées par ces questions.

Comme vous le verrez dans l'ensemble du numéro, par delà ou en dépit de ces faces plus sombres du médicament, l'aspect le plus important est qu'il est bien plus qu'une simple pilule, qu'une banale capsule ou qu'une contraignante injection mensuelle. Il constitue d'abord et avant tout un objet symbolique et social. D'ailleurs, les médecins eux-même reconnaissent sa dimension symbolique, lorsqu'ils parlent de l'effet placebo. La médication est un enjeu collectif, parce que c'est un choix que la société fait. Comme on le voit dans certains des articles, une vision critique et collective de la médication sous-entend la possibilité même de remettre en question le choix de la médication comme traitement, ainsi que de considérer ses limites. En effet, la possibilité de s'exprimer librement sur le médicament, de choisir ce qui nous convient le mieux, d'avoir recours à des alternatives, toutes ces choses sont en soi des expressions et des espaces de rétablissement. Au même titre, le savoir sur le médicament favorise l'appropriation de pouvoir et la collaboration avec le professionnel de la santé. Donner une place plus juste, d'un point de vue critique sur la médication et à partir de l'expérience des personnes premières concernées, tel est l'objectif de ce numéro de L'autre Espace. Car si le médicament se prend en toute intimité, c'est aussi et avant tout une expérience commune que l'on fait. Alors, comment collectiviser cette expérience ? Ce numéro se veut un début de réponse à nos questionnements à cet égard. ●

Survivre à l'indifférence : une histoire comme tant d'autres

Témoignage éditorial par Marie

Depuis 13 ans, j'ai un suivi en psychiatrie. De cette expérience, je déplore avoir eu d'énormes difficultés à être informée et prise en compte avec les effets secondaires de la médication. Je déplore aussi qu'on ne m'ait jamais demandé mon histoire, pourtant truffée de traumatismes. On ne m'a jamais référée non plus à des alternatives, telle qu'une psychothérapie. Alors qu'avec le recul, je réalise que déjà il y a 13 ans, ce dont j'avais le plus urgemment besoin, c'était de me dire et d'être entourée.

Depuis qu'on me prescrit des psychotropes, j'ai de spectaculaires effets secondaires: j'ai pris 70 livres alors que je ne mesure que 4 pieds et 10 pouces, j'ai eu des problèmes de concentration et de mémoire importants, de l'insomnie, des troubles digestifs sévères, des étourdissements violents, des mouvements involontaires, de la fatigue et des pertes d'énergie, une perte d'intérêt pour tout ce qui m'entoure, des rages de sucre quotidiennes, des raideurs, des douleurs musculaires, de l'arthrite, une dégradation importante de ma vision, et j'en passe.

Même si presque tous ces effets sont rapportés dans la monographie, jamais les psychiatres n'ont tenu compte de ce que je leur apportais. Et chaque fois que j'essayais d'aborder les effets secondaires, les psychiatres me répondaient des choses qui laissent sans voix.

Par exemple, on m'a dit :

« C'est pas parce que vous dites que vos effets sont dans la monographie qu'ils sont vrais. Les compagnies pharmaceutiques écrivent ces effets pour se protéger. Si vous lisez les effets secondaires du tylenol, ni vous ni personne ne voudrait prendre du tylenol ».

Ou encore :

« J'ai vu 1200, 1400 patients, et personne ne s'est jamais plaint de ces effets secondaires ». Un de mes pairs s'est fait aussi répondre presque mot à mot cette réplique ».



© L'autre lieu

Et lorsque je parlais de mon désir de les diminuer ou de les arrêter, voici ce que j'ai pu entendre :

« C'est moi qui ai l'expertise pour décider de quoi vous souffrez et de ce qu'il faut vous prescrire ».

« Vous êtes littéralement en danger de mort si vous ne prenez pas les médicaments psychiatriques que je vous prescris. »

« Il n'existe pas de plus petites doses de ce médicaments », alors que le pharmacien m'avait informée qu'il existait bel et bien une dose deux fois plus petite de ce psychotrope.

Or, comme c'est le cas pour d'innombrables usagers, c'est par désir d'avoir une véritable qualité de vie et par intelligence de survie que j'ai fait des arrêts de ma

médication. Et, puisque je n'ai jamais pu bénéficier d'un véritable dialogue autour de la médication, dialogue qui aurait pu nourrir une relation d'égal à égal et une relation de confiance avec les psychiatres de l'hôpital qui me suivait, je me suis retrouvée toute seule.

Ces expériences d'arrêt m'ont fait vivre des états où je ne me reconnaissais pas. J'ai cherché durant des années désespérément et sans relâche, des réponses et des pistes, sur internet et auprès d'organismes de tout acabit, afin de m'expliquer pourquoi je réagissais si fort quand j'arrêtais la médication.

J'ai entendu parler du Regroupement des ressources alternatives il y a 3 ans et j'ai pu suivre des ateliers de Gestion autonome de la médication (GAM) dans un organisme communautaire. J'ai entre autres compris qu'il ne fallait jamais arrêter brusquement un psychotrope, à plus forte raison quand on a été surmédicamenté pendant de longues périodes. Depuis, je suis en sevrage en diminuant graduellement le psychotrope que je prenais.

La Gestion autonome de la médication est un processus de réflexion et d'action qui vise à se réapproprier du pouvoir en lien avec sa qualité de vie et la place qu'occupe la médication. Il permet à la personne notamment de s'approprier une meilleure connaissance de ses droits, de sa médication, de faire une évaluation de ses impacts, de prendre des décisions libres et éclairées en vue d'améliorer sa qualité de vie. Ce qui peut signifier pour certaines personnes des ajustements, voire un processus de diminution ou de sevrage.

Je suis aussi proche aidante et impliquée dans plusieurs organismes, et j'ai pu entendre, lire et recevoir des centaines de témoignages. Ainsi, je constate que trop souvent, les usagers et le grand public ne sont généralement pas informés: des effets secondaires des psychotropes, de leurs effets à moyen et long terme ou permanents tel que l'astigmatisme, les cataractes, le diabète, la dyskinésie tardive ou les conditions nécessitant des dialyses à vie.

De plus, la question du sevrage n'est quasiment jamais abordée dans les bureaux des médecins. Les personnes ne sont pas informées des effets physiologiques et psychologiques liés à la diminution ou au retrait ou au sevrage des médicaments psychotropes.

L'existence de pharmacies d'officine est méconnue et il est très difficile d'obtenir des plus petits dosages pour réaliser une diminution graduelle. Surtout lorsque viennent les dernières étapes du sevrage. Les effets rebonds ou de retrait des médicaments psychotropes sont méconnus et les médecins interprètent certaines manifestations comme des rechutes. Il en résulte malheureusement de faux diagnostics de rechutes de la maladie, accompagnés de prescriptions et de traitements invasifs, de plus en plus lourds, et inutiles.

Enfin, j'ai vu et je peux témoigner combien l'absence d'un véritable dialogue autour de la médication, et combien l'absence d'une écoute et d'une reconnaissance du savoir expérientiel du patient ont des conséquences dramatiques.

Plusieurs n'osent pas parler de leurs effets secondaires et de leurs effets de sevrage par peur d'être rabroués ou de mettre en colère leur médecin. Ou de voir leur médecin augmenter davantage les doses.

Faute d'appui ou de collaboration de la part de leur médecin, certains arrêtent subitement la médication ou diminuent beaucoup trop rapidement. Avec très souvent des conséquences dramatiques, voire carrément dangereuses, comme des psychoses, des tentatives de suicide, de l'itinérance, de l'embrassement, des étourdissements violents, de l'anxiété dans le tapis, etc.

Pour conclure, je rêve d'un monde où dès aujourd'hui, les psychiatres, les médecins, les pharmaciens et les premières personnes concernées travailleraient ensemble, main dans la main, au traitement, à l'accompagnement et au rétablissement des premières personnes concernées. Je rêve d'un contexte où les médecins auraient le temps de prendre le temps d'écouter leur patient. Et où ils auraient le temps et la ferme volonté d'intégrer aux soins le consentement libre et éclairé aux traitements médicamenteux, de même que l'information à leurs patients concernant le processus de sevrage et les alternatives, pour éviter la surmédication et la polymédication. ●



© Matteo Esteves

Survivre au lithium, 3 parcours inspirants

Partie 1 : femmes inspirantes

Quand je repense à l'entrevue avec ces deux femmes d'exception, la première chose qui me vient c'est la colère, la colère devant l'injustice, les méconnaissances médicales, pour ne pas dire les négligences, qui ont conduit ces femmes à découvrir un jour, les conséquences dramatiques de leur traitement.

Par Annie Pavois, co-responsable au développement des pratiques et à la formation au RRASMQ

Toutes les deux ont pris du lithium et toutes les deux ont commencé autour de l'âge de 30 ans, à plusieurs km l'une de l'autre, et à presque 20 ans d'écart. Au cours de nos échanges elles seront touchées tour à tour par l'écho que le récit de l'une aura invariablement sur le récit de l'autre. Un lien profond les unit, celui d'une souffrance commune, et d'un passé au Lithium qui, aujourd'hui encore, a des répercussions sur leur vie.

Le lithium est un régulateur de l'humeur, un médicament encore prescrit de nos jours, majoritairement à des femmes et sa particularité est que son élimination se fait à 85 % par les reins.

En les écoutant, je ne peux m'empêcher de me demander combien sont-elles ? En 2021, combien sont-elles les Lili et les Louise ? Combien d'entre elles sont



aujourd'hui en dialyse ou au bord de, à devoir contrôler leurs activités physiques, et leurs litres d'eau, au risque de se déshydrater ? Combien sont-elles dans le silence à avoir vu leur qualité de vie basculer ?

Louise a entendu parler des effets secondaires du lithium pour la première fois lors d'une rencontre dans un organisme de défense des droits, c'était en 1992. Elle prenait alors du lithium depuis 1977 à raison de 300 mg 7 fois par jour. En 1994, sur les conseils de son médecin, Louise arrête le lithium. En effet, des symptômes majeurs sont apparus : vomissements, tremblements, soif intarissable.

Elle est référée à un néphrologue, le diagnostic tombe : diabète insipide néphrogénique irréversible. Cela veut dire que ses reins ne fonctionnent plus, ils sont pleins de trous, comme une passoire dit Louise..Son psychiatre ne comprend pas car Louise passe régulièrement des tests chaque année. Malheureusement il apprendra plus tard que ces tests doivent être fait à jeun d'eau et de lithium, hors ceux qu'elle passait alors n'étaient qu'à jeun de lithium..

Louise se déshydrate très rapidement, encore aujourd'hui elle boit de l'eau toutes les deux heures, même la nuit, à minuit, 2 heure, 4 heure, 6 heure du matin et ainsi de suite. Si elle arrête de boire, sa vie est en danger. Soutenue par son psychiatre, son sevrage a duré un an et demi, elle vit depuis sans médicaments, ce qui lui demande une vigilance constante sur son sommeil, sa qualité de vie, etc. On lui a proposé d'autres traitements pour pallier au lithium mais Louise a refusé et a décidé de se tourner vers des approches non traditionnelles, comme l'acupuncture, la psychothérapie, le Tai chi, la naturopathie. Elle est suivie en néphrologie aux trois mois. Malgré tout cela, Louise poursuit ses rêves et ne s'est pas privée de partir il y a quelques années au Vietnam avec ses deux litres d'eau dans son sac à dos.

Anciennement formatrice sur la formation *L'Autre côté de la pilule* de l'AGIDD-SMQ, c'est aussi une militante engagée, sensible, vigilante et impliquée. Elle dénonce encore aujourd'hui les injustices et le masquage diagnostique dont elle a fait l'objet lors de son cancer il y a quelques années. En effet on l'a intimée de passer

une expertise psychiatrique, un prérequis pour rencontrer un oncologue, ou encore les réflexions d'une infirmière qui l'accusait de *faire son cinéma*, mais qui n'avait aucune connaissance sur le diabète néphrogénique. *J'ai peur d'aller à l'hôpital* me dira-t-elle, peur de ne pas être prise au sérieux.

L'histoire de Lili a commencé en 1991 lors de sa 1^{re} psychose. Comme deux autres membres de sa famille avaient déjà eu un diagnostic de bipolarité, on lui a donc donné rapidement du lithium. Elle en prendra pendant 7 ans à raison de 300 à 400 mg par jour, jusqu'à ce qu'elle se rende compte que quelque chose n'allait pas. Allant aux toilettes toutes les demi-heures, elle devra pourtant se fâcher, lors de sa rencontre avec le psychiatre, pour qu'on change son traitement.

Aujourd'hui, Lili a trouvé un traitement qui lui convient. Cependant ses reins, tout comme ceux de Louise, sont gravement endommagés par le lithium. Sa grande sœur, elle, a fini sa vie sous hémodialyse. Dernièrement Lili s'est vu proposer une dialyse péritonéale, ce nouveau procédé par lequel le sang est purifié grâce au péritoine, une membrane qui recouvre les organes du ventre. Grâce à un cathéter, la personne peut faire sa propre dialyse à la maison, 4 fois par jour au début pendant un mois puis une fois par nuit. Ce qui est moins lourd pour la personne qu'une hémodialyse..

Faisant ce retour sur son passé, Lili nous dira à quelques reprises, « j'aurais dû être plus vigilante, mais à l'époque on ne posait pas de questions. Ensuite, quand le rein perd sa fonction rénale, il est souvent trop tard ». Était-ce vraiment sa responsabilité ? Qu'il s'agisse d'hier ou d'aujourd'hui, personne ne devrait, avoir à vivre de telles choses, personne ne devrait alors qu'il est fragile, porter la responsabilité en plus de s'informer. L'information, qu'elle concerne la médication ou les alternatives, devrait être là, à notre portée, constante, compréhensible et abondante. Non, Lili, la vigilance, c'était la responsabilité du médecin.

Depuis peu, Lili est éligible à une greffe de rein, elle est sur une liste depuis 2 mois et l'attente peut durer des années. La greffe n'est pas miraculeuse et Lili reste préoccupée car on ne connaît pas bien les contre-indications des médicaments que l'on donne après la greffe avec le Risperdal, un médicament qu'elle prend à présent. D'ici là, tout comme Louise, Lili fait attention

à son hydratation, ainsi qu'à sa alimentation. Elle ne mange plus de sel, plus de produits laitiers, pas de viande rouge, pas ou peu de légumineuses. Les aliments qu'elle consomme ne doivent pas contenir trop de phosphore. Ses électrolytes ne doivent jamais être débalancés au risque de se retrouver en psychose à l'hôpital. Louise, qui écoute avec attention, acquiesce. Elle aussi ne sort jamais sans des électrolytes dans son sac.

Bref, leur vie est bien compliquée. Cependant, comme Louise, Lili a mis en place bon nombre d'alternatives, elle fait du yoga 4 fois par semaine, médite de façon quotidienne, a des lectures nourrissantes et la chance d'être dans une ressource alternative. Elle y trouve des outils, de la thérapie et plein de soutien de ses pairs. Elle est reconnaissante envers le milieu médical, et envers son psychiatre, elle se sent bien entourée.

« L'une comme l'autre parlent avec sagesse de leur bonheur au présent mais espèrent que d'autres femmes n'auront pas à traverser les mêmes aléas. »

Tout comme Louise, Lili est un modèle d'inspiration, elle parle d'une voix douce et pondérée, avec la connaissance de la femme qui a vécu mais surtout qui a pardonné. Quand on lui demande si elle a connu la colère, elle dit que oui bien sûr mais à quoi bon rester toujours en colère, se demander sans cesse pourquoi et chercher du sens à l'insensé ? Le plus important c'est la paix et le bien être. L'une comme l'autre parlent avec sagesse de leur bonheur au présent mais espèrent que d'autres femmes n'auront pas à traverser les mêmes aléas. Elles souhaitent qu'aujourd'hui les personnes soient mieux informées sur les effets secondaires, que le lithium soit offert en dernier recours et surtout, surtout que les médecins soient vigilants et fassent des suivis adéquats concernant le lithium. ●

Partie 2 : témoignage de Vanessa

*des pronoms neutres sont utilisés dans ce texte;

iel remplace elle et il,

lae remplace la et le

maon remplace ma et mon

ce·tte remplace ce et cette

J'ai commencé à prendre du lithium à l'âge de 22 ans. J'en ai pris pendant 4 ans, à raison (ou plutôt à tort) de 1200 mg par jour.

Au cours d'une hospitalisation, lae psychiatre qui me suivait depuis à peine quelques mois, souhaitait que je reçoive des traitements d'*E.C.T.* (électroconvulsivothérapie¹). Pendant plusieurs semaines, iel a tenté de me convaincre de commencer ce traitement, ce que je refusais catégoriquement. Après de nombreuses discussions désagréables, où iel expliquait que les électrochocs étaient la seule solution pour moi, iel a fini par me dire: « c'est les électrochocs ou le lithium ». À ce moment-là, vu son acharnement à vouloir m'électrocuter, j'ai perçu le lithium comme l'option la moins pire, un mal nécessaire pour qu'on me laisse mon cerveau, sans lésion. J'imagine qu'iel dirait que j'ai dit « oui »...

Je n'ai pas été informé-e du pourquoi je « devais » prendre du lithium. Je savais seulement que c'était à la place des électrochocs, mais comme je ne savais pas pourquoi il me « fallait » des électrochocs...

C'est à 6h du matin, quelques jours plus tard, avec la lumière d'un gros néon dans mes yeux à peine ouverts, que j'ai su que je devrais maintenant faire des prises de sang régulières, pour être sûre que ce merveilleux lithium ne m'empoisonnait pas trop.

Ces années de lithium ont été... floues, froides, éteintes. J'imagine que l'idée était que je ne ressente plus de détresse, de rage, de dégoût de moi-même. Je dirais que ce but a été atteint. Petit détail par contre, ma joie, mon amusement, mon émerveillement, ma motivation ont

aussi été aspirées² par le lithium. Pour moi, la vie avec le lithium c'est gris et plat. C'était sans intérêt. Des années plus tard, j'ai d'ailleurs appris que, selon la médecine traditionnelle chinoise, les reins sont le nid de la flamme intérieure. Le lithium, ça s'évacue par les reins et ce sont les organes qu'il met le plus à risque.

J'ai fait, à petits pas, le sevrage des 5 ou 6 autres médicaments que je prenais. À un certain moment, il ne me restait que le lithium. Je ressentais au fond de moi que je devais au moins tenter d'arrêter le lithium, que c'était nécessaire, que j'étais rendu-e là. J'en ai parlé une première fois à maon psychiatre qui m'a répondu « tu ne peux pas l'arrêter ». Je ne comprenais pas sa réponse et surtout, son attitude. Iel n'avait été d'accord avec aucun de mes arrêts, mais ils s'étaient tous plutôt bien passés. Je les avais faits de façon sécuritaire, oui sans son accord ni suivi (ce que je ne recommande pas du tout !), mais en respectant la *demi-vie*³ et la procédure spécifique à chacun. J'avais démontré, il me semble, mon sérieux dans ma démarche. Au rendez-vous suivant, j'ai renommé mon désir de cesser le lithium. J'ai alors eu droit à un exposé sur les *bienfaits* du lithium et sur le *fait* que les gens qui en ont *besoin* en auront *besoin* toute leur vie, que ce *n'est pas* un médicament qui s'arrête. (Ceci étant faux !)

Encore un autre rendez-vous, je change de tactique; je l'informe que je VAIS cesser mon lithium. Que je lui demande donc un *coup de main* pour savoir comment je dois faire. Iel a alors pris un air des plus sérieux. Je ne l'avais jamais vraiment vu sourire, mais là, c'était un air inhabituel. Iel m'a alors dit que ce que je voulais faire était « extrêmement risqué, la pire chose que je pourrais faire, que ce serait de me mettre en grand danger ». Je lui ai partagé mon ouverture à recommencer le lithium, si j'en ressentais le besoin. Iel était ca-té-go-ri-que, je ne pouvais pas faire ça, *point barre*. Soulignons qu'à aucun moment iel n'a cru bon me demander quelles étaient mes motivations ou ce qui m'amenait à penser que je devais l'arrêter. Nous avons finalement « convenu » (pas

1 J'ai volontairement accordé ce verbe au féminin. Je crois que le féminin devrait l'emporter.

2 J'ai volontairement accordé ce verbe au féminin. Je crois que le féminin devrait l'emporter.

3 Demi-vie: c'est le temps nécessaire pour que la concentration d'un médicament, dans le sang, diminue de moitié.



© Pixabay

que j'avais vraiment le choix) que je devrai établir un plan de *sécurité*. Réfléchir à ce que je ferai si l'arrêt ne se passe pas bien. Évidemment, je devais réfléchir à ça seul-e. Le psychiatre posait des conditions, mais n'avait pas de temps pour me soutenir dans cette démarche.

Je reviens, au rendez-vous suivant, avec un plan, fait avec l'aide d'intervenant-e-s d'organismes communautaires. La condition est respectée, j'ai mon plan de sécurité, détaillé à part de ça !

- « Je te l'ai dit, tu ne peux pas arrêter ton lithium, ce serait une grave erreur ».

Après toute l'énergie et le temps que j'avais mis dans ma démarche, je n'en revenais pas qu'il balaie tout mon travail du revers de la main. Je me suis rappelé-e toutes ces discussions et formations sur nos droits, qu'on avait souvent dans le groupe d'entraide alternatif où j'allais et toutes ces lectures sur le *self-advocacy*. Je suis resté-e calme, mais ferme, mon lithium, j'allais tenter de vivre sans ! C'est à ce moment que les menaces ont commencé :

- « Tu vas faire une *rechute*, tu vas regretter ce choix, tu vas aller encore plus mal que tu n'as jamais été, tu vas revenir ici en pleurant... ».

Je ne l'ai pas cru. Je savais que c'était la bonne chose à faire. J'en étais convaincu-e. J'ai alors eu droit à ses tentatives de manipulations à peine cachées :

- « Tu veux te retrouver encore à l'hôpital ? Taon médecin de famille tu lui en as parlé de ça ? Parce que c'est iel qui va devoir te *ramasser* quand tu vas rechuter ! Tes parents, as-tu pensé à tes parents ? ... »

Je ne sais pas où j'ai trouvé mon courage, mais je lui ai répondu « Je veux faire fermer mon dossier psychiatrique, merci ».

Ouf, c'est fait, c'est dit ! Mais je n'ai toujours pas l'information dont j'ai besoin...

Déterminé-e, fâché-e, déçu-e et surtout effrayé-e j'ai décidé d'allé-e voir un-e pharmacien-ne. Ayant bien compris que quelqu'un-e qui veut arrêter son lithium, ça fait peur, j'y suis allé-e toute en douceur. Avec une douzaine de paires de gants blancs et mon plus beau sourire, j'ai expliqué qu'après mûre réflexion, avec multiples filets de sécurité et plans de reprises, et bla bla bla, j'avais décidé d'arrêter mon lithium et souhaitait avoir plus d'informations afin de le faire de façon sécuritaire. Sept fois ! Sept fois j'ai entendu la même cassette :

- « Oh, mais vous ne pouvez pas faire ça, votre lithium c'est pour la vie ! ».

Les premières fois, j'ai tenté d'expliquer calmement et poliment que c'était mon choix. Après 5 fois, j'ai nommé plus fermement que je ne demandais pas un avis sur la décision, mais bien de l'information sur le

processus. Après une discussion plus houleuse, la septième a fini par me dire :

- « Je n'ai pas cette information, le lithium, les gens n'arrêtent pas ça ».

Ce qui est faux ! Tout le monde finit par arrêter son lithium, parce que ça détruit nos reins !

Alors, bien en colère et découragé-e, en route pour retourner chez moi, j'ai croisé une autre pharmacie. Je n'y croyais plus vraiment, mais j'ai décidé de m'arrêter quand même. Il était 20 h, ça fermerait bientôt, il n'y avait plus aucun client. Un-e pharmacien-ne était encore sur place. J'ai donc demandé à lae rencontrer.

Lae huitième pharmacien-ne accepte enfin de me répondre ! Iel ne pense pas que c'est une bonne idée, mais craint que je cesse d'un coup, donc accepte de

chologiquement, émotionnellement. Parfois les trois à la fois. J'ai douté et j'ai cru que maon psychiatre avant finalement raison. Iel aura dit au moins une chose de sensée; il faut être préparé pour faire ça.

Ça fait maintenant 2 ans et demi que je suis sevré-e du lithium. Avec le recul, je pense que c'est le soutien que j'ai eu et le fait d'avoir autant réfléchi pourquoi je voulais le faire qui m'a permis de passer à travers le sevrage. Avoir eu des gens qui croyaient en moi, ça sonne cliché, mais je pense vraiment que c'est ce qui a fait la différence. Ça m'a permis de commencer à croire en moi, à mon tour.

Ça ne s'est malheureusement pas arrêté là. Ça a été difficile même une fois le sevrage terminé. D'abord parce que je vis, encore à ce jour, des impacts physiques dus à la prise de lithium, aussi parce que les professionnels de la santé autour de moi attendent encore ma rechute. J'ai revu maon psychiatre à la fin de mon sevrage. Iel m'a

« J'ai eu besoin de beaucoup de soutien. Le groupe d'entraide alternatif que je fréquente a été là. J'ai pu ventiler sur les effets de mon sevrage, partager mes craintes face à certains effets, parler des émotions qui remontaient... J'ai dû réapprendre à ressentir des émotions. »

m'aider. Mais iel ne connaît pas la réponse. Iel a passé plus d'une heure à chercher la réponse. Malgré son expertise des médicaments et son accès à des banques de données, la réponse est introuvable. Elle semble ne pas exister. À moitié déçu-e, à moitié rassuré-e, iel me demande ce que je vais faire. Je suis sûre de moi quand je lui réponds que je vais trouver et que je vais arrêter ! Iel a accepté de s'asseoir avec moi et de réfléchir comment mon lithium « pourrait » être arrêté, en se basant sur ses connaissances. Nous en venons à un plan de diminution. Je repars, plus motivé-e que jamais.

Ça m'a pris environ 6 mois pour arrêter. À coup de diminution de 10 % de mon dosage, sur des périodes de plus ou moins 3 semaines. J'ai eu besoin de beaucoup de soutien. Le groupe d'entraide alternatif que je fréquente a été là. J'ai pu ventiler sur les effets de mon sevrage, partager mes craintes face à certains effets, parler des émotions qui remontaient... J'ai dû réapprendre à ressentir des émotions. Ça a été difficile, physiquement, psy-

expliqué que j'allais rechuter d'un moment à l'autre. À mon rendez-vous suivant, trois mois plus tard, je lui ai nommé que je me sentais bien. Iel m'a expliqué que la rechute, c'est dans les six premiers mois. Rendez-vous suivant, nous en sommes à six mois, je vais bien. Son explication fut que la rechute, ça se passe au cours de l'année suivant l'arrêt.

C'est intéressant de voir comment, selon ce-tte psychiatre, sa *science* est flexible.

Je vous souhaite d'être entouré-e-s de personnes qui vous considèrent, vous font confiance et voient votre potentiel. Des personnes qui vous soutiennent pour que vous fassiez tout ça pour vous-même. Je vous souhaite de rencontrer des Sylvie et des Élisabeth. Je vous souhaite des *Bonne Étoile*. ●



© Pixabay

Nuits chagrines

Par Annie Pavois, coresponsable de la formation et du développement des pratiques au RRASMQ

La mort d'un parent est une chose complexe et difficile à décrire. Suivant l'âge que nous avons quand nous perdons notre parent, le deuil se passe différemment sans doute, mais cela nous renvoie inévitablement vers l'enfance.

La perte de ma mère n'a pas fait exception à ça; la perte. Une perte infinie qui n'en finissait plus de se perdre en moi. Enfant unique élevée par une maman monoparentale, une maman qui avait été une île de sécurité ou d'angoisse mais elle avait été avant tout une grande source de tendresse. Sa mort me laissait flotter sur une mer de chagrin, de souvenirs de solitude, teintée à la fois de terreur et de douceur. Je flottais ainsi hors du temps aux grés des vagues de chagrin m'emportant vers ce territoire que l'on appelle le deuil. Les émotions, comme des ombres, envahissaient

« Le contraste était grand, trop peut-être, et je tentais en vain de me maintenir à flot, le courant m'emportait, je me sentais couler. »

mes jours, mais mes nuits fragiles étaient sans rêves. Avec du recul, aujourd'hui, je crois que j'aurais pu rester encore ainsi, tranquille, mais dès que je me suis sentie un peu mieux j'ai pensé que je devais retourner dans le monde du dehors, celui du présent et aussi celui du travail.

Le contraste était grand, trop peut-être, et je tentais en vain de me maintenir à flot, le courant m'emportait, je me sentais couler.

J'acceptai alors la proposition de mon médecin de prendre des antidépresseurs.

Après avoir vécu quelques effets secondaires non négligeables, je pus rapidement constater que les médicaments m'aidaient considérablement à diminuer mon

anxiété ainsi que mon chagrin. Je ne pleurais plus. Au fil du temps, je constatais à quel point mes émotions me devenaient non pas étrangères, mais distantes. Ainsi je pouvais les identifier sans les ressentir vraiment. Cela ressemblait à un film dont on aurait coupé le son. Ainsi les images que l'on y voit s'animent sous nos yeux mais il nous manque le plus important: les dialogues, les échanges entre les personnages, tout ce qui fait le lien. Ce qui donne le sens à l'histoire est absent. Seuls se rencontrent l'image et le silence. C'est ainsi que je me sentais.

Ce silence sans vagues marquait mes journées, mais la nuit il se réveillait. La nuit, il peuplait mon sommeil de rêves, de cauchemars de mon enfance et de ma mère. La nuit, le silence du jour m'interpellait et réveillait mes sens.

Ainsi les émotions restaient-elles silencieuses le jour, mais la nuit tombée elles s'animaient dans la profondeur de mon sommeil.

La nuit, telle une mer agitée par le vent, des tréfonds de mon âme s'élevaient des vagues d'émotion, la colère, la rage, le chagrin. La nuit, brisant le silence, les larmes que je ne versais pas venaient s'échouer sur mon cœur.



© Pixabay

délicate : elle ne fait pas dans le menu détail, elle met tout en sourdine. Je veux croire que mes rêves d'alors n'étaient qu'une tentative d'échapper à une mise sous silence de mes émotions... Cette anesthésie partielle avait pourtant cet effet. Alors que j'écris ce texte aujourd'hui, j'ai cessé les antidépresseurs depuis quelques mois et j'ai encore de la difficulté à faire la différence entre les symptômes d'arrêt et mes propres émotions, ma peur de me noyer dans une mer de chagrin n'est jamais très loin. Mon cœur s'accroche dans des instants inusités, à la vue d'un objet, d'un parfum, ou du mois gris de novembre

« Le jour, enrobée par les antidépresseurs je n'avais que peu d'émotion à l'évocation de son souvenir, mais était-ce là un soulagement ? Je n'en suis pas sûre. J'avais plutôt le sentiment d'avoir perdu quelque chose de précieux. »

Ma mère à moi, celle de mon enfance, celle que je devais à jamais quitter, n'appartenait plus à la lumière, ma mère se cachait dans la nuit et me quittait au lever du jour. Le jour, enrobée par les antidépresseurs je n'avais que peu d'émotion à l'évocation de son souvenir, mais était-ce là un soulagement ? Je n'en suis pas sûre. J'avais plutôt le sentiment d'avoir perdu quelque chose de précieux. Je crois que malgré le chagrin, je la sentais proche de moi. Mon chagrin marquait son absence, l'empreinte absolue qu'elle avait vécu, qu'elle avait été ma mère, que je l'avais aimée et qu'elle n'était plus. Ce chagrin aussi inconfortable soit-il, fait partie de ma vie, une épreuve finale entre elle et moi, un ultime baiser et pour rien au monde je ne voulais y échapper. La médication n'est pas une aquarelle

quand la nuit tombe. Alors je trébuche sur mon enfance. Nul, ni personne ne peut, je crois, échapper à cela. Chacun de nous trébuche un jour et nous devrions davantage nous entraîner à trébucher, histoire de rencontrer qui nous sommes, quand nous sommes fragiles et vulnérables. Et quand la souffrance ou la terreur l'emporte, la médication comme les antidépresseurs ont une place vraiment importante. Cependant, ils ne changent pas nos histoires de vie ni nos souffrances originelles, même si parfois l'illusion est parfaite. La médication n'est pas un rempart absolu contre l'adversité alors il vaut mieux l'appivoiser, ainsi un jour, nous aurons peut-être un peu moins peur de trébucher. ●



© Pixabay

Les combats d'un pharmacovigilant

Partie 1 : mon parcours

Par CFC

On a tous dans nos vies des événements qui ont transformé et changé nos manières de vivre. Pour CFC, c'est un documentaire – *The Trap*, d'Adam Curtis – qui a joué ce rôle et été le point de départ de son parcours de pharmacovigilant, comme il se nomme lui-même. Depuis, son histoire est une histoire incroyable de résilience et de combativité, sur fond d'implications sociopolitiques et d'apprentissages, qui se manifeste aujourd'hui autant par son esprit critique que par sa connaissance de pointe des recherches en pharmacologie. Voici le résumé, à 6 mains, d'une rencontre en plusieurs épisodes entre CFC ainsi qu'Annie et Dominic du Regroupement.

CFC a passé 20 ans à explorer le système psychiatrique. Son histoire commence par une enfance difficile marquée par la pauvreté et un milieu de vie avec des parents autoritaires. Ce chemin pénible le conduit, vers l'âge de 14 ans, à se tourner vers l'alcool et les drogues. Autodidacte, il mène une vie

de bohème marqué par son désir de s'épanouir dans sa création artistique, jusqu'en 1997 où, suite à une séparation, il tombe en mode auto-destruction. Cela l'entraînera malheureusement à vivre trois overdoses d'où, heureusement, il se sort indemne. C'est à ce moment précis que débutera son immersion dans le monde de



© Matteo Esteves

la psychiatrie. On lui prescrit alors des benzodiazépines (Ativan, Rivotril). Pourtant, ce qu'il aurait voulu, c'est une thérapie pour l'aider, pour parler, mais ce service ne lui est pas offert. Il poursuit donc son traitement.

Au cours de ce parcours particulièrement difficile, ponctué d'hospitalisations et de rencontres infructueuses avec le milieu médical, il reçoit plusieurs diagnostics, et plusieurs traitements. En 1999, après un sevrage drastique de médicaments, il souffre de spasmes, tremblements, vomissements, convulsions, il ne dort plus. S'ensuit un sentiment profond, de vide, et de désespoir. En 2003 il doit de nouveau être hospitalisé après un retour aux benzodiazépines. Il rencontre un psychiatre qui lui prescrit du Seroquel, du Risperdal, et de nombreux autres médicaments qu'il refuse de prendre suite à une réaction violente. Il prendra un antidépresseur, du Celexa, mais, malgré tout cela, son anxiété reste toujours présente. Il quitte la psychiatrie pour un bref moment mais cela sera de courte durée. Les nombreux

symptômes le renvoient de nouveau à l'urgence pour des crises d'anxiété. En moins de 8 mois et malgré la prise de l'antidépresseur, le voilà agoraphobe. Il exige donc une thérapie cette fois-ci. Il passe alors cinq mois isolé, à attendre chez lui. Il reçoit enfin une thérapie cognitive comportementale (TCC) mais la personne qui le traite ne posera aucune questions sur sa médication. Cela prendra treize ans avant qu'il trouve un psychothérapeute qui saura écouter réellement ses besoins.

ENJEUX COLLECTIFS D'UN SEVRAGE INDIVIDUEL

C'est en 2016 que CFC découvre dans un documentaire de la BBC un reportage critique sur la médication et en particulier les antidépresseurs. Il est sous le choc et fait des liens avec ses propres expériences de la médication, ses sevrages et les malaises qu'il a traversés. Après plusieurs expériences difficiles avec des psychiatres et autres professionnels, le documentaire lui est apparu comme une lumière suite à de longues années dans l'obscurité. Il y a découvert un autre point de vue sur les médicaments psychotropes et plus généralement sur la santé mentale, un point de vue critique, nuancé, qui contestait la cohérence et l'expertise du point de vue biomédical. Cette remise en cause a fait naître chez lui un besoin d'être libéré des médicaments, à cause des effets néfastes qu'ils ont eu sur sa qualité de vie, mais aussi d'être libéré de la psychiatrie, ou plutôt d'une certaine psychiatrie : celle qui préfère prescrire que d'écouter, celle qui entretient des liens trop étroits avec l'industrie pharmaceutique, celle qui rédige des ordonnances pour des médicaments dont les effets sont encore parfois inconnus. Il parle alors de ses découvertes concernant la difficulté à cesser les antidépresseurs avec son thérapeute, il lui fait lire des articles scientifiques. À la lecture de témoignages, il réalise qu'il n'est plus seul dans cette aventure et un sentiment d'urgence l'envahit, il veut diminuer sa médication, mais cette fois, il veut le faire minutieusement. Malheureusement, son médecin banalise autant son expérience que son expertise.

Son histoire pourrait être celle de milliers de personnes qui se sont retrouvées – et se retrouvent encore – aujourd'hui, prises au dépourvu lorsque vient le temps d'arrêter les médicaments. Comme à beaucoup d'entre nous, les médecins lui ont présenté les médicaments – dans son cas, des benzodiazépines et des antidépresseurs – comme la meilleure solution pour aller mieux.

En revanche, ce que les médecins ont oublié de lui dire, comme ils ont aussi « oublié » de le dire à beaucoup d'entre nous, c'est que les médicaments, malgré leurs bienfaits pour plusieurs, peuvent pour d'autres être d'une efficacité limitée. Les médecins ont aussi négligé de lui dire que les médicaments ont des effets secondaires qui peuvent être mal documentés, différents selon les personnes et dans certains cas très néfastes. Il a vite découvert, comme d'autres, que les professionnels refusent trop souvent de reconnaître ces effets, qu'on pense aux troubles de dysfonctions sexuelles, à la prise de poids, aux idéations suicidaires, à l'akathisie et la difficulté de sevrer qui entraînent de nouveaux symptômes qui s'apparentent à ceux de la dépression. Concernant l'akathisie, ce redoutable effet secondaire des médicaments neuroleptiques qui mélange agitation physique et mal-être intense, il nous a fait découvrir plusieurs sites internet qui abordent la question. Ces sites internet, par et pour des personnes concernées par l'akathisie, sont des véritables mines d'or d'informations sur le thème. Parmi ceux-ci, on compte entre autres l'Akathisia Alliance for Education (<https://akathisiaalliance.org/>).

Mais ce qu'on a surtout oublié de lui dire sur les médicaments qu'on lui prescrivait, c'est que la réduction ou le sevrage sont, pour plusieurs personnes, plus difficiles que ce que les médecins le laissent parfois entendre, et qu'on peut vite se retrouver pris au dépourvu devant le peu de ressources, le manque d'information et le peu de prise en compte des effets de sevrage par les « experts » de la santé mentale. Il a fait une expérience douloureuse de cet oubli de la part des médecins. C'est pourquoi il milite aujourd'hui pour que les personnes soient mieux informées sur les questions de sevrage et surtout qu'elles puissent avoir accès à des services d'accompagnement qui leur permette de réduire ou de cesser de prendre des médicaments, à leur rythme et en toute connaissance de cause. Sur Twitter, il compte parmi les voix les plus actives du Québec pour défendre un point de vue critique et éthique devant le modèle biomédical de la santé mentale. Il collabore aussi avec le Regroupement depuis quelques années. Il participe au comité Vécu-GAM du Regroupement, qui regroupe des personnes premières concernées et a comme objectif la mise en place d'un site internet de témoignages et d'expertises sur le sevrage de médicaments. ●

SI LA MÉDICAMENT ÉTAIT UN OBJET ÇA SERAIT...

(Le Regroupement a lancé la question, voici quelques réponses reçues.)



Des sables mouvants >

Quand on y fait le premier pas, tout semble bien aller.
Ça semble solide sous nos pieds.
Se sentant en sécurité, on s'y appuie davantage.
Tranquillement, ça commence à clocher.
Les sables nous font glisser.
On peut tenter d'en sortir, mais si on ne connaît pas les bonnes méthodes, les sables nous aspirent.
Ça devient épouvantable, alors on redouble d'ardeur pour s'échapper, mais plus on essaie, plus on s'enfonce, et de plus en plus vite.
Les sables en viennent à nous paralyser.
Jusqu'à nous faire complètement prisonnier-e.

Un chemin >

Parce que le chemin représente ma vie. Si je n'avais pas eu ce chemin je ne serais pas là dans ma vie.

Image d'outil >

Parce que c'est un outil dans ma vie, la médication.

Un soleil >

Car ça embellit ma vie.



Une démarche de liberté

Par Carole Lévis, présidente du CA du RRASMQ et membre du Collectif des Laurentides en santé mentale

Il y a un certain temps déjà, j'ai rencontré Mathilde au RRASMQ qui m'a parlé de la Gestion autonome de la médication (GAM). Je trouvais ce processus intéressant. Je réalisais que la médication n'était pas obligatoire, que j'avais la possibilité de faire des choix, que j'avais le droit de me questionner sur le pourquoi de ma médication.

En même temps, j'avais l'impression qu'il y avait dans la GAM cet objectif de vivre sans médicaments... j'étais un peu confuse, je n'étais plus sûre si j'étais sur la bonne voie de mon mieux-être avec toute cette médication. Les jours, les mois ont passé,

mais toujours avec un doute dans ma tête. La prise de mes médicaments était primordiale pour moi, pour mon équilibre émotionnel. Je me disais que je ne pouvais pas faire la GAM.

« La prise de mes médicaments était primordiale pour moi, pour mon équilibre émotionnel. Je me disais que je ne pouvais pas faire la GAM. Après une formation sur la GAM et la lecture du *Guide personnel* j'ai toutefois réalisé que faire une démarche GAM, ce n'était pas nécessairement dans le but d'arrêter sa médication, c'était dans le but de me réapproprier du pouvoir sur ma vie en lien avec ma médication. »

Après une formation sur la GAM et la lecture du *Guide personnel* j'ai toutefois réalisé que faire une démarche GAM, ce n'était pas nécessairement dans le but d'arrêter sa médication, c'était dans le but de me réapproprier du pouvoir sur ma vie en lien avec ma médication. C'était inclusif de tous les choix et les réalités.

Puis un jour, par la force des choses, on a découvert que j'avais un gros anévrisme à l'aorte du cœur. Mon cas était vraiment critique et j'ai dû subir une opération risquée. À cette annonce, on a cessé immédiatement mon Ritalin. Ce n'est pas le Ritalin qui a causé cet anévrisme mais, dans ma condition, ce n'était plus compatible. Ça été très difficile de ne plus prendre ce médicament-là, car dès le jour où je l'avais commencé, l'effet positif s'était fait sentir. Mes petits hamsters avaient beaucoup ralenti. Que ça faisait du bien d'être en mesure de me concentrer que sur une seule chose à la fois! Alors la cessation drastique fut très ardue, un sevrage net, frette, sec. Rapidement, mes hamsters sont revenus et mon équilibre a disparu peu à peu.

Après cette période difficile, j'ai discuté avec mon psychiatre de l'utilité des autres médicaments que je prenais. C'est avec une très bonne collaboration de part et d'autre que j'ai pu savoir ce que je prenais et pourquoi. On a fait un ménage dans mes médicaments, le tout dans le respect, tranquillement et avec un suivi très serré. Cela s'est assez bien passé étant donné la diminution lente d'un seul médicament à la fois. J'ai arrêté de prendre le

Séroquel, je me suis rendu compte que je n'étais plus une zombie. J'avais beaucoup d'émotions, parfois trop, mais avec le temps et un cheminement personnel au centre *Vers l'équilibre*, j'ai pu, de mieux en mieux, gérer mes émotions. Je suis donc passé de 9 médicaments à 5 et là-dessus, certains sont pour le sommeil sans être contraignant durant le jour. Oui, je prends encore certains médicaments mais ceux que je prends, je sais qu'ils ont une raison valable et un bienfait pour moi.

En conclusion, je suis reconnaissante d'avoir entendu Mathilde me parler de la GAM. Cette discussion m'avait un peu chamboulée mais aujourd'hui je saisis les nuances de la GAM. Cette conversation, une ressource alternative qui m'a aidé à garnir mon coffre à outils et bien sûr le meilleur psy qui travaille à l'hôpital Jean-Talon, m'ont aidé à vivre le plus naturellement possible avec ce qu'il me faut vraiment.

Ce que je retiens de tout ça, c'est l'importance de comprendre la médication qu'on prend. De savoir c'est quoi et pourquoi on la prend. Si on souhaite faire des changements, le faire avec un professionnel de la santé et prudemment. Et faire un bilan de santé global pour prendre les meilleures décisions. La GAM, ce n'est pas de réussir à arrêter, c'est de prendre une décision éclairée pour soi. Merci pour tout ça.

Carole Lévis comme à Québec, hi! Hi! ●

SI LA MÉDICAMENT ÉTAIT UN OBJET ÇA SERAIT...



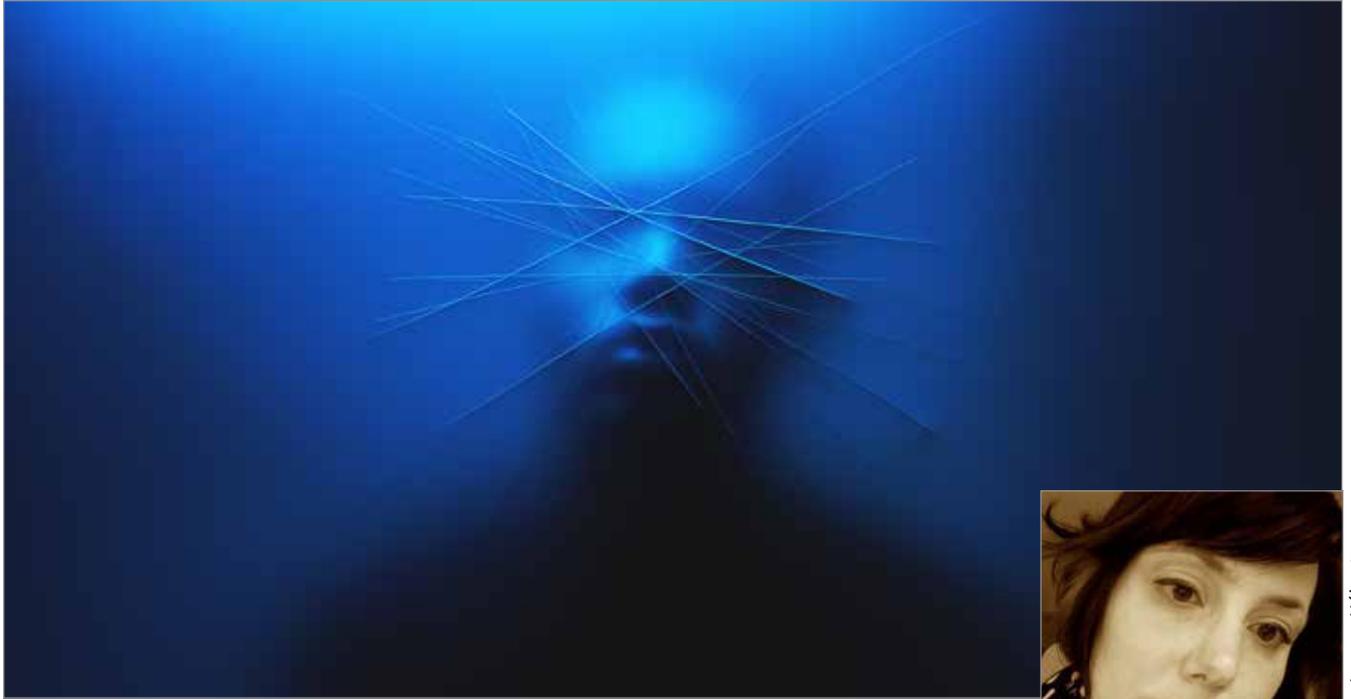
Un détraqueur (entité dans l'univers Harry Potter) >

Parce que ces créatures « se nourrissent de la joie humaine et sont capables d'aspirer l'âme d'une personne ». Elles provoquent aussi tristesse et désespoir dans Harry Potter, alors que dans les faits la médication a plutôt tout gelé, même la tristesse, ne laissant que plus de place encore au désespoir, finalement.

Tu me diras, c'est aussi parce j'ai pu me sentir comme ça sans substance externe qu'une médication été prescrite...

Le fait est que le médicament avait généralisé et renforcé cet état.

Mouin, peut-être qu'un cube de glace ou la Reine des neiges serait une meilleure image alors. Tu sais, la Reine des neiges, avec son cœur de glace.



La médication psychiatrique : une histoire personnelle mais aussi collective

Par Katharine Larose-Hébert, professeure en travail social à la TÉLUQ

Cet article abordera ma perspective située de professeure-chercheuse en santé mentale, ayant été diagnostiqué d'un trouble bipolaire dans ma vingtaine et consommant des médicaments psychiatriques tous les jours depuis de nombreuses années. Je réalise qu'en vous offrant ainsi accès à une part de ma vie quotidienne, je m'expose aux jugements, mais je considère que cet espace est plus sécuritaire que d'autres et que mon expérience pourra possiblement permettre une compréhension plus sensible du phénomène.

Dans ce texte, je discuterai de mon ambivalence face à la médication psychiatrique, qui est à la fois bouée et boulet dans ma vie. Ingérer des psychotropes est une action que je pratique à tous les jours, ce n'est pas un geste neutre, il déborde de signification et d'émotion. La majorité des personnes que j'ai rencontrées dans ma carrière d'intervenante, puis dans

celle de professeure et chercheuse entretenait également une relation particulière à la médication. Je vous parlerai ici de la mienne.

Depuis la fin de l'adolescence, j'expérimente avec la médication psychiatrique. Au gré des divers diagnostics m'ayant été attribués, en réponse à mon mal-être, les

médecins m'ayant temporairement accompagné m'ont prescrit un arsenal de psychotropes. Encore à ce jour, j'en consomme régulièrement. C'est mon agent de normalisation comme j'aime le percevoir, des outils pour faire face à mon quotidien et à l'inégalité de mes humeurs; des bourreaux pour mon corps et pour ce qu'il me reste de ma personnalité d'antan. J'entretiens une relation complexe avec ces substances qui agissent pour réguler mes affects et mon comportement. Parfois, je les conçois comme bienfaisants, raréfiant les tempêtes qui surgissent souvent sans préavis dans ma tête, parfois je les maudits, leurs effets secondaires me paraissant un prix trop cher à payer pour ce que je parviens à créer de stabilité émotionnelle, interpersonnelle et professionnelle.

« J'ai perdu et gagné en consommant des psychotropes quotidiennement, une part de moi-même s'est éteinte, de laquelle je suis toujours en deuil. Peut-on vraiment se défaire de soi-même ? »

J'ai perdu et gagné en consommant des psychotropes quotidiennement, une part de moi-même s'est éteinte, de laquelle je suis toujours en deuil. Peut-on vraiment se défaire de soi-même? Pas complètement, alors je vis toujours des orages, ils sont simplement moins dévastateurs, les médicaments m'ont offert cela, c'est ce qui m'accroche à eux, qui tempèrent ce désir de les rejeter, de me retrouver dans toute ma profondeur sombre et inégale, mais également lumineuse et joyeuse. Je ne serai donc jamais absolument en paix avec leur répercussion, toujours un peu méfiante de leurs assauts sur ce que je considère être « moi-même ».

L'effet de la médication est compliqué à raconter. D'une part il varie d'une personne à l'autre, d'autre part il n'est pas constant, parfois subtil, parfois violent. Personnellement, d'une personne très extravertie, très créative, intense et hyper sensible, je suis devenue posée, j'ai moins accès à ma créativité, je suis comme un peu engourdie. Cela affecte ma motivation, ma concentration, ma possibilité de vivre des émotions fortes: la médication me neutralise en quelque sorte. Au niveau physique, outre une prise de poids indésirable, je me fatigue plus vite, j'ai moins d'énergie, j'ai besoin de plus de solitude. À chaque changement de médication (qui

ont régulièrement cours dans cette quête de trouver la bonne recette), je dois faire face au choc que vit mon corps, c'est pénible, j'ai toujours envie d'abandonner, mais j'attends que l'habitude s'installe. Il n'y a pas de magie, pas de relâchement, je dois toujours être alerte à mes humeurs vacillantes, car la médication ne guérit pas, elle ne fait que tempérer. Ainsi, prendre de la médication doit être un choix, bien réfléchi, informé. Elle ne devrait pas être imposée, car tel que je vous l'explique, son potentiel est partiel et vient avec des conséquences que seuls nous devons assumer.

Je trouve toujours qu'il est très difficile d'expliquer aux personnes qui n'ont jamais consommé de psychotrope, voire même à celles qui en ont consommé pour une très courte période pour faire face à un problème temporaire, ce qui est si souffrant dans la prise de médication quotidienne, qui s'étend sur plusieurs années, sur des décennies. Je m'ennuie de la Katharine d'avant, peut-être pas de toutes ses caractéristiques, mais entre autres, de sa capacité à savourer le moment présent, à se reconnaître entièrement. La psychiatrie transforme le rapport à soi, aux autres et à la société. La médication participe à cette transformation identitaire profonde. Cependant, mon entourage m'exprime apprécier celle que je suis devenue...

Lors de mes recherches, j'ai pu discuter avec plusieurs personnes psychiatriquées, certaines avaient fait le choix de cesser toute médication psychiatrique et parvenaient, de manière souvent fragile, à maintenir un équilibre autrement. D'autres, comme moi, ne parvenaient pas à demeurer « stable » sans cette intrusion pharmacologique et l'acceptaient. D'autres encore, étaient obligés de les consommer, on leur avait volé leur pouvoir de choisir ce qui était le mieux pour eux, pour leur bien disait-on. Tous avaient cependant une opinion, des savoirs sur ces petites capsules sur lesquelles la société semble avoir une vérité unique, et somme toute paternaliste, que lorsqu'on a reçu un diagnostic, on devrait en consommer. La réalité n'est pas aussi claire et précise.

Un jour, un médecin qui assurait mon suivi, découragé si je peux le dire, de mon manque de stabilité intérieure, me menaçait de cesser de m'accompagner si je n'acceptais pas sa recommandation pharmacologique. Il voulait que je consomme un stabilisateur d'humeur qui avait jadis eu des effets délétères sur moi. J'ai trouvé son discours violent, mais sans autres ressources pour assurer mon

suivi médical, j'ai plié à ses désirs. Je sais qu'il se voulait bienveillant, mais sa bienveillance coercitive m'a blessé, m'a révolté et j'ai éventuellement réussi à trouver un autre professionnel de référence. Ce type d'histoire, ma thèse de doctorat et mes recherches en regorgent. Elles deviennent banales dans l'univers médical, mais sont des plaies dans nos parcours individuels. Je trouve inacceptable que mes savoirs sur moi et sur mon corps aient si peu d'importance dans mes discussions avec mes médecins, je partage cette expérience avec plusieurs personnes psychiatisées. Je regrette de ne pas m'être affirmée avec plus de véhémence, mais je suis prise dans le système de services en santé mentale comme tout le monde qui y transige, je n'ai pas plus de pouvoir devant le médical et ce, bien que je l'étudie.

J'essaie cependant, par divers moyens, de résister. Je ne respecte pas toujours les prescriptions des médecins lorsque je crois que diminuer ma dose de certains psychotropes serait bénéfique pour moi, je leur impose mon choix. Je ne raconte pas tout à mon médecin si je considère que mes paroles pourraient me causer préjudice. Je milite pour la défense des droits des personnes psychiatisées, je fais de la recherche sur leur expérience et suis critique de l'offre de services actuelle. Je m'engage dans la lutte pour la reconnaissance des savoirs des personnes concernées par les problématiques que j'étudie. Je me dévoile à vous, aujourd'hui, un peu craintive, mais également un peu plus forte et intègre parce que je le fais.

Vous savez, je fais face aussi à la stigmatisation liée à mon état mental, dans ma vie personnelle et professionnelle, je dois combattre pour ma crédibilité. Par exemple, lorsque j'étais à la fin de mon parcours doctoral, j'ai postulé pour un poste dans une université québécoise que je ne nommerais pas, car ceci n'est pas un règlement de compte, seulement une exemplification des difficultés que je rencontre dans cette posture que j'ai choisi de mettre de l'avant. Lors de mon entrevue, on m'a demandé, considérant que j'avais ouvertement admis dans ma thèse que je vivais avec un diagnostic psychiatrique, comment je pourrais garantir à mon employeur que je ne quitterais pas en congé de maladie en raison de mon trouble mental. J'ai répliqué que personne ne pouvait faire ce genre de promesse, mais j'ai tout même ressenti le besoin de me justifier. J'ai admis pour les satisfaire que j'assurais en partie mon bien-être par la médication. J'ai aussi expliqué que j'avais énormément

travaillé sur moi-même, bien plus que plusieurs, afin d'arriver à mon état actuel. J'étais consciente de mon besoin de prendre soin de moi-même et j'étais activement impliquée dans mon rétablissement. Ce jour-là, j'ai vécu de la honte. J'ai repassé cet extrait de l'entrevue des centaines de fois dans ma tête, trouvant à chaque fois une meilleure réponse à offrir. J'aurai dû les accuser de discrimination, j'aurai dû refuser de répondre, j'aurai dû... Mais la réalité, c'est que je me suis sentie toute petite et que j'ai utilisé la médication pour les rassurer, alors que cela n'est aucunement de leur « affaire ». Comme vous pouvez l'imaginer, je n'ai pas obtenu cet emploi. Aurais-je été heureuse dans un milieu de travail qui aurait jugé sans cesse mes performances à la lumière de mon état mental, fort probablement que non. Mais cette expérience, cette micro-agression, m'a à la fois rendue plus anxieuse et plus forte. J'ai trouvé des milieux de travail qui m'acceptent telle que je suis, je n'ai pas cessé de me dévoiler lorsque j'en ai envie, mais je demeure un peu méfiante, peureuse.

Je vous ai raconté cette anecdote afin de montrer les difficultés que nous rencontrons, personnes psychiatisées, dans notre vie quotidienne et comment la médication est aussi souvent consommée pour rassurer les autres qui la croit si puissante et déterminante. Elle n'est pas LA solution, elle peut tout simplement être un outil

« la médication est aussi souvent consommée pour rassurer les autres qui la croit si puissante et déterminante. »

pour certains. Je ne sais pas si je consommerai des psychotropes toute ma vie, mais aujourd'hui, elle m'est utile, c'est mon expérience très personnelle et ne devrait pas être utilisée pour invalider l'expérience des autres, qui décident de s'en éloigner, qui refusent de la prendre, qui entretiennent une relation ambivalente avec cette dernière. Je suis ambivalente face à ma consommation de médicament psychiatrique, je le serai toujours, je crois, et c'est probablement bien ainsi. Je vous remercie pour votre indulgence à mon égard. N'oubliez pas que vous avez le choix, que vos connaissances ont de la valeur et que des organismes communautaires peuvent vous soutenir à affirmer vos choix. Il y a toujours des alternatives. ●

COMMENT ON A FONCTIONNÉ CONCRÈTEMENT ?

- On a commencé par un jeu d'écriture, dont on vous livre les quelques lignes un peu surréalistes...

C'est quoi ce groupe MEDOCS ??

Ce groupe consiste à compenser le manque d'infos. Moins de confusion et de somnolence. Besoin d'être entier.e sans soumission. (Zohra avec les mots de Philippe)

Pour une réorganisation fructueuse, il faut cercler cette inconnue qu'est la médication et oublier ses réflexes, son conditionnement et cesser de se cacher derrière un paravent. (Philippe avec les mots de Thomas)

Notre groupe a l'envie de pouvoir, en toutes précautions, permettre à l'être humain de s'affirmer dans la politique des soins actuelle. (Sophie avec les mots de Stéphane)

Notre groupe propose un espace de dialogue avec d'autres personnes intéressées par la question de la médication, pour tendre vers une meilleure connaissance de soi en matière de besoins thérapeutiques et pour, in fine, tendre vers plus d'autonomie (Stéphane avec les mots de Quentin)

Notre groupe, c'est une prise de conscience de l'incompréhension face à la dépendance, à la fragilité et à l'anormalité. C'est un lieu qui ne stigmatise pas. (Auré avec les mots de Zohra)

Ce groupe est une boîte noire formée d'êtres humains plein d'ambiguïtés qui cherchent peut-être des béquilles pour soigner une identité pétrie d'ambivalence. (Fatihha avec les mots de Sophie)

Grâce aux neurones et à mon système nerveux, mes systèmes limbiques peuvent gérer mon hippocampe par la GAM québécoise !! (Audrey avec les mots de Patricia)

Notre groupe vise à guérir les médecins de leurs douleurs d'arrêter la vie des malades et ce à dose homéopathique, ouille ! OU notre groupe vise à rendre un côté homéopathique à nos douleurs en arrêtant de nous penser malade, en refusant de laisser aux médecins le pouvoir de la médication, en se réappropriant notre guérison, le sens qu'on lui donne subjectivement et les droits à défendre collectivement, ouille ouille ouille ! (Etienne avec les mots de Sophie)

Notre groupe ici, c'est une responsabilisation collective, une liberté construite ensemble, sur base du constat que notre relation aux médicaments est complexe, en ce sens qu'elle s'adresse à nos émotions, questionne la gestion, le contrôle et des facettes floues de notre parcours. (Thomas avec les mots de Fatihha)

Les psychiatres sont-ils en conscience que les patients sont des êtres à part entière ? Et que les médicaments psychiatriques ne peuvent pas ou peut-être pas nettoyer le système limbique (centre des émotions) ? Ne sont-ils pas des apprentis sorciers ? Nous prennent-ils pour des cobayes ? Ont-ils des avantages en nature des firmes pharmaceutiques ? (Patricia avec les mots d'Etienne)

Ce groupe est important afin de mettre des mots sur nos histoires et les sortir des livres, pour les remettre dans la vie ! C'est un bon moyen de sortir de nos deuils et de remettre à (beaucoup) plus tard nos funérailles, na ! (Sophie avec les mots d'Audrey)

Notre groupe est un espace collectif de partage d'expériences et de savoirs (Quentin avec les mots d'Auré)

- On s'est d'abord beaucoup parlé, on s'est raconté ; on a commencé par s'échanger des témoignages.
- On se réunit toutes les deux semaines / il y a des débats en groupe.
- On utilise des ressources : documentaires (radio et visuels) / exercices d'écriture/ jeux de rôles, recherches personnelles, enregistrements, PAD collectif d'écriture, ... on s'est informé les uns les autres.

NOTRE MÉTHODE...

Expérimentale : on ne sait pas très bien où on va, ni ce qu'on va découvrir :

- « On est des vrais explorateurs » dit Sophie ;
- « On circule dans des véhicules polyformes » dit Thomas ;
- « Question du rythme/de s'autoriser d'avancer en groupe dans une forme de lenteur et de flottement » dit Philippe ;
- « Pourquoi définir a priori une méthode ? Pourquoi pas se laisser la liberté de la cerner a posteriori, comme on fait un album de photos de vacances » dit Auré.

Pourquoi, selon nous, est-ce important qu'un groupe comme ça existe ?

- Parce ce qu'il n'y a pas d'endroits où il est possible de parler des médicaments de façon collective, sans la présence d'un professionnel des médicaments. Sans qu'on soit dans des enjeux de psychoéducation (ateliers où des professionnels du soin nous apprennent l'observance et la compliance).
- Parce ce que c'est important d'activer d'autres savoirs sur les médicaments, en horizontalité, et entre pairs (peer to peer). Importance de rendre compte de nos savoirs pratiques, issus des usages que nous faisons des médicaments jour après jour.
- Parce ce que c'est vital de Comprendre /faire comprendre/ prévenir/ créer une source d'information alternative sur les médicaments à destination de nos pairs et de nos médecins — eux-mêmes possiblement influencés par les sources d'information standardisées des firmes pharmaceutiques.
- Parce ce que nous souhaitons fournir une (autre) réponse, plus ajustée en termes d'égards et de soucis, par rapport aux désirs d'arrêt/réduction de la médication / on doit pouvoir entendre et proposer un cadre délicat en vue que cette expérimentation puisse être vécue le mieux possible ---> une porte de sortie plus créative face au sempiternel « n'arrête pas, ça va mal



se passer ! » ou « tu vas devoir prendre des médicaments toute ta vie » ; construire ensemble une démarche - issue de la somme des expériences au sein du groupe - visant à explorer nos questionnements (multiples - y compris d'arrêt ou de réduction) au sujet de nos médicaments.

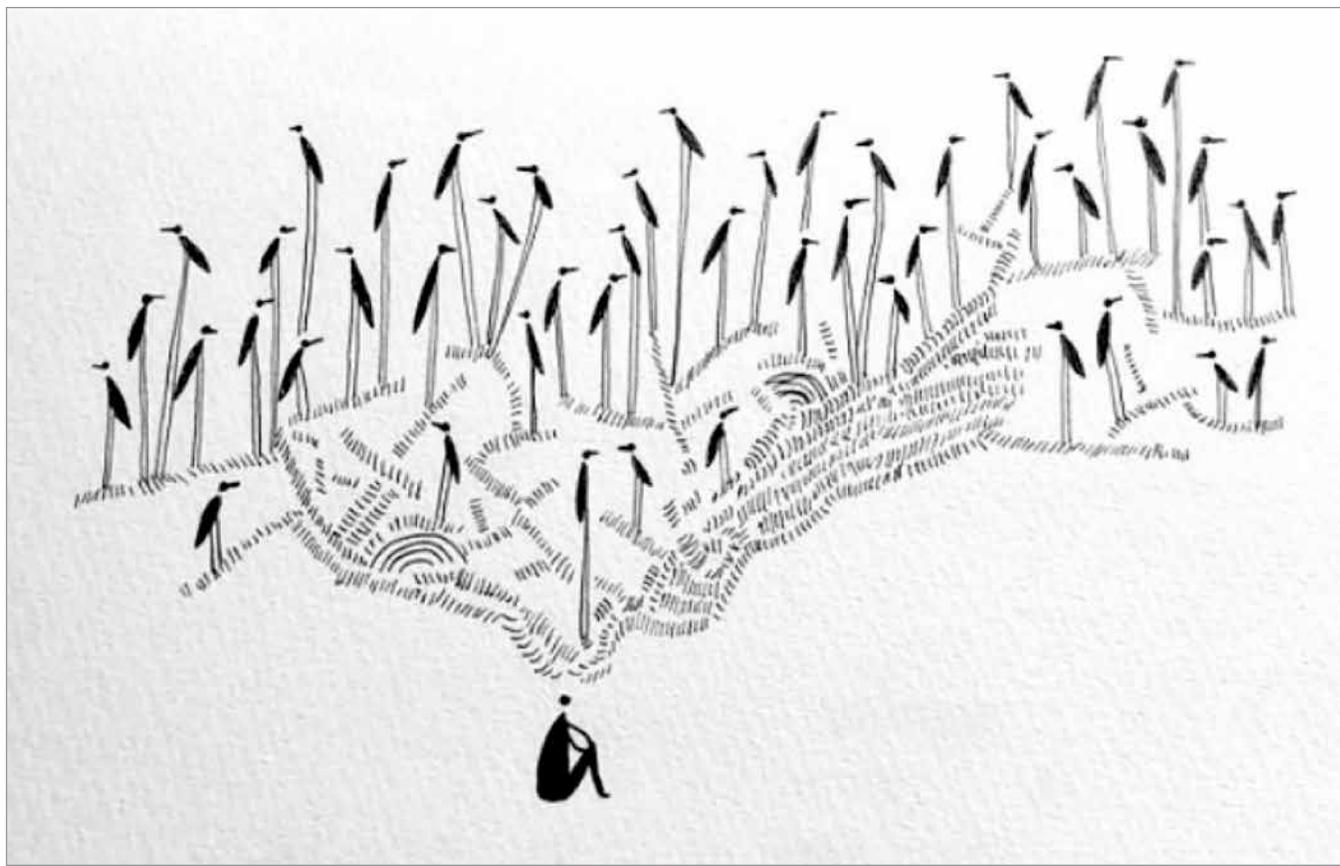
- Parce ce que quand on vit « Le cri de Munch » / quand on est dans le fond – qui est là pour avoir une réaction adéquate par rapport à ce qu'on vit ? Si personne n'est là, il n'y a plus que les médicaments... Le groupe pourrait ébaucher le début d'une autre réaction/ réponse « au cri de Munch ».

Quelle suite du travail ? Que vise le groupe dans un futur plus ou moins proche ?

Créer un contre-discours/faire contrepoids face à un discours conventionnel sur les médicaments (si tu arrêtes, ça va mal se passer, tu prendras des médicaments toute ta vie, seuls les médecins et les pharmaciens sont des spécialistes des médicaments). Construire ensemble une réponse nuancée, issue de la somme des expériences au sein du groupe. ---> Elaborer une sorte d'outil qui peut faire trace de ça.

Importance de la transmission ---> comme ce qui se passe aujourd'hui ! // envie de rencontrer des équipes de soignants pour échanger sur la question des médicaments et de notre recherche.

S'allier à nos inspirant.e.s ami.e.s québécois.e.s et à toutes celles et ceux qui s'autorisent de poser un regard critique et constructif sur les façon d'accueillir et de faire lorsqu'un trouble psychique vient se nicher dans nos existences. ●



Les combats d'un pharmacovigilant

Partie 2 : entrevue éclair

Par l'équipe du RRASMQ

RRASMQ : En une phrase, un mot, ou une image, c'est quoi la place des médicaments dans ta vie ?

CFC : Un fardeau. La seule raison pour laquelle je prends ces médicaments c'est que j'ai créé une dépendance au fil du temps. On s'entend que si les médicaments psychiatriques sont censés être un traitement, il devrait y avoir un début et une fin. Malheureusement, trop de patients se retrouvent coincés par le modèle biomédical réductionniste de la psychiatrie, où le traitement se transforme en un abonnement à vie qui affecte la qualité de vie à moyen et long terme.

RRASMQ : Quelles sont les découvertes les plus importantes que tu as faites dans ton parcours de sevrage ?

CFC : Mes premières recherches m'ont fait découvrir qu'il était possible de se sevrer plus lentement. Bien que je n'avais aucune idée des méthodes à prendre pour y parvenir, j'ai appris au fil du temps que non seulement cela était possible mais qu'il existe des ressources pour y parvenir. Si ce n'était pas des travaux de David Healy, de Peter Groot, du podcast James F. Moore et d'études importantes, je ne sais pas où j'en serais aujourd'hui.

RRASMQ : Quelles sont les découvertes les plus importantes que tu as faites dans ton parcours de militant ?

CFC : Les études des chercheurs dévoués qui veulent aider et faire prendre conscience de l'importance de se sevrer plus lentement de la médication psychiatrique. Les nombreux contacts établis sur Twitter avec des gens qui ont subi les pires dommages de la médication ainsi que plusieurs organismes qui militent pour informer des risques de la médication.

RRASMQ : J'aime beaucoup le mot de pharmacovigilant que tu utilises dans ta signature de mail. Pourrais-tu nous dire ce que ça veut dire pour toi ? Et quel est le rôle des personnes premières concernées dans la pharmacovigilance ?

CFC : La pharmacovigilance, c'est de se renseigner et de comprendre comment les médicaments agissent sur notre physiologie et psychologie, de connaître les effets secondaires et les bases de la pharmacologie, psychopharmacologie et de la pharmacocinétique. De connaître le fondement de la psychiatrie, du DSM et des rouages de l'industrie pharmaceutique. Qu'est-ce qu'un conflit d'intérêt, le « ghostwriting », comment fonctionnent les études cliniques, comment sont elles financées et publiées, etc. C'est aussi d'être à l'affût des plus récentes études sur la médication.

RRASMQ : Quelles ressources aurait-on besoin au Québec selon ton expérience ? Quelles informations aurais-tu aimé avoir avant ton parcours de médicaments ?

CFC : Ce qu'il faudrait en premier lieu, c'est de reconnaître les effets néfastes et dévastateurs de la médication à moyen-long terme. Comment ceux-ci affectent grandement la qualité de vie des usagers en santé mentale. Il faudrait plus de support pour les gens qui veulent se sevrer de leurs médicaments, malheureusement cela n'existe pas ici.

La seule chose que j'aurais aimé savoir, et qui m'aurait sauvé beaucoup de temps, c'est qu'il existe ici au Québec des pharmacies spécialisées qui font des préparations magistrales pour les médicaments psychiatriques. Bien que le psychiatre savait ce que c'était il ne m'en a jamais parlé. ●

Ce texte est dédié à mon frère, C. Roy, Pierre-Luc St-Hilaire, Kim Witczak, Dr. David Healy, James Moore, Peter Groot, Altostrata, Mark Horowitz, Leemon B McHenry, Ann, Robert B, A.H, et tous les gens de Twitter qui m'offre le support nécessaire. À la mémoire de Ed White.





Ouvrir un véritable dialogue autour de la médication

Par Pierre-Luc St-Hilaire, travailleur social, Prise 2

Je suis intervenant à Prise 2, une ressource alternative en santé mentale de la région de Montréal. J'y effectue des suivis individuels en lien à la gestion autonome de la médication (GAM). Il s'agit d'une forme d'accompagnement qui peut avoir une incidence très concrète sur la qualité de vie des personnes. Il est primordial que la population ait davantage accès à cette pratique qui a comme principal objectif de redonner du pouvoir aux personnes ayant recours à une médication en santé mentale.

Plus globalement, on devrait favoriser le développement d'une perspective critique à l'égard de l'approche biomédicale surtout en ce qui a trait à la question du traitement en santé mentale. À cette fin, il est possible de faire de la sensibilisation, de proposer de l'intervention individuelle et de groupe ou même de l'action communautaire. Ici, je vous fais part de réflexions en lien à mon expérience en accompagnement individuel.

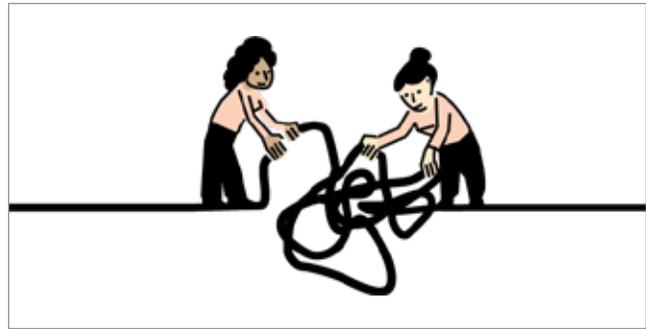
On pense souvent à la GAM lorsqu'une personne exprime la volonté d'effectuer un changement dans sa médica-

tion. En sa qualité d'approche alternative, la GAM est sensible à la globalité de la personne et aux nombreux enjeux que soulève la prise d'une médication en santé mentale. Les raisons pour lesquelles on peut demander une rencontre GAM sont très variées : poser des questions (spécifiques ou générales) au sujet de la médication, discuter de sa relation avec un professionnel de la santé, accéder à un espace bienveillant pour explorer l'impact de la médication sur sa vie, rechercher des alternatives, établir une stratégie pour contrer des effets indésirables ou pour prévenir des risques à long terme, etc. Il m'est

rarement arrivé de recevoir une demande qui ne pouvait pas s'insérer dans l'espace de dialogue auquel ouvre l'approche. Une foule d'éléments se condensent dans le geste quotidien et en apparence banal qu'est celui de « prendre ses médicaments ». Sur cette base, la GAM peut être une occasion d'entamer une démarche personnelle ou sinon, de l'approfondir.

Après quelques années de pratique, je réalise que l'approche répond à un besoin criant d'information et d'accompagnement. Les personnes m'expriment comment il est difficile de se faire entendre par leurs professionnels et parfois, par leurs proches. Elles rapportent recevoir des réponses évasives lorsqu'elles partagent des préoccupations au sujet des effets secondaires, ou encore des risques à long terme. Elles sentent que leurs préoccupations sont écartées parce que les professionnels cherchent plutôt à susciter l'adhésion au traitement. Les personnes expliquent que des professionnels peuvent faire la sourde oreille lorsqu'elles souhaitent discuter d'une diminution ou d'un éventuel arrêt de la médication. Pour moi, toute demande visant à diminuer ou à arrêter la médication mérite d'être entendue, bien qu'elle implique de l'information, de la préparation et de l'accompagnement. Si je devais avoir recours à une

d'une rechute. De quoi alimenter l'idée que la personne doit prendre aveuglément sa médication telle qu'elle est prescrite et qu'aucune autre alternative n'est envisageable. La GAM propose une information neutre sur la médication en santé mentale, sur les droits, sur l'importance de s'impliquer dans les décisions qui concernent son traitement. Elle cherche à ouvrir le champ des pos-



sibilités pour la personne. La GAM propose un accompagnement où il est possible de discuter des limites de la médication en santé mentale tout en envisageant un travail de collaboration avec les différents professionnels impliqués et la possibilité de mettre en place des alternatives.

Ce contexte explique pourquoi cette approche peut paraître subversive alors qu'elle relève en fait d'une démarche d'appropriation du pouvoir : soit un processus réflexif (s'appuyant sur l'exercice d'un esprit critique) et de mise en action via une prise de décision éclairée.

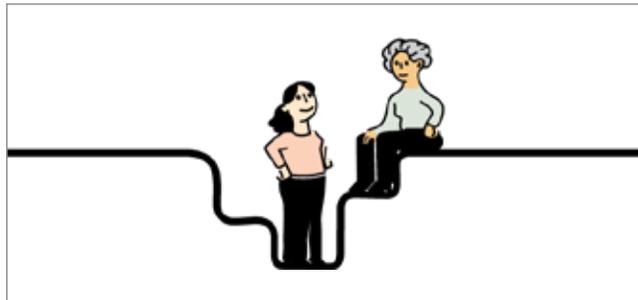
médication psychiatrique, je ne serais pas différent. Je voudrais probablement, après un certain temps, recourir au dosage minimum pour améliorer ma qualité de vie et je me questionnerais sans cesse à savoir s'il serait possible de vivre sans médicament. Ces aspirations sont fondamentalement légitimes. Elles doivent être entendues, prises au sérieux et approfondies.

Le contexte est tel que les personnes n'ont nulle part où aller pour s'exprimer librement sur ce que les traitements et les services en santé mentale leur font vivre. Parce qu'elles sentent qu'il est impossible d'en parler et de s'informer, plusieurs vont tenter des diminutions ou des arrêts de leur médication par leur propre moyen. Un arrêt brutal peut générer des états physiologiques et psychiques d'instabilité qui peuvent donner l'impression

Ce contexte explique pourquoi cette approche peut paraître subversive alors qu'elle relève en fait d'une démarche d'appropriation du pouvoir : soit un processus réflexif (s'appuyant sur l'exercice d'un esprit critique) et de mise en action via une prise de décision éclairée. L'empowerment a pourtant fait ses preuves dans d'autres secteurs de la santé, mais en santé mentale les choses semblent différentes. Il reste difficile pour les personnes d'affirmer leurs aspirations et d'espérer être entendu. De là l'importance d'offrir un accompagnement. Celui-ci ne doit pas se limiter à être offert aux personnes qui en font la demande. Il y a une nécessité de faire de la sensibilisation sur la question du recours à la médication dans nos sociétés. Il y a lieu de sensibiliser les personnes à la place de la médication dans leur vie. Il y a lieu de sensibiliser les intervenants sociaux à l'importance d'ex-

plorer l'évaluation subjective que font les personnes de l'efficacité de la médication. Il est tout aussi important de s'intéresser à la qualité de la relation entretenue avec leur médecin prescripteur.

Les principes de l'approche GAM mettent l'accent sur la nécessité de resituer la personne au centre de son traitement et plus globalement au cœur de sa démarche. Ainsi, elle est encouragée à se fier à ses ressentis, à raconter ses expériences de vie, à exprimer ses besoins et à mieux déterminer si la médication contribue à l'amélio-



© Clément de Gaullejac

ration de sa qualité de vie. Lorsque les personnes s'autorisent enfin à se fier à leur expérience, elles évitent le piège d'être seulement dans l'attente que quelque chose ne survienne de l'extérieur : que l'antidépresseur chasse la dépression, que l'antipsychotique fasse disparaître les idées étranges ou les voix, que l'anxiolytique les débarrasse de l'anxiété. Ce faisant, c'est à leur pouvoir inhérent que ces personnes s'en remettent, c'est-à-dire celui d'agir en faveur de leur mieux-être. Non pas que les médecins ou les médicaments n'y peuvent rien, loin de là. Spécifiquement, la personne est validée dans sa capa-

acité à prendre des décisions pour elle-même et à poser des actions engagées en faveur de ce qui est bon pour elle. Poser des gestes en faveur de sa qualité de vie peut signifier de choisir de vivre avec certains « symptômes » plutôt qu'avec les effets secondaires d'une médication. Aussi, le médicament est rarement évacué des moyens dont dispose la personne pour favoriser leur mieux-être, seulement, il y figure au même titre que d'autres stratégies telles que : la méditation, la psychothérapie, le groupe d'entraide, l'acupuncture, participer à des ateliers, militer pour une cause, marcher, etc.

Afin de répondre à ces besoins sur le plan de l'accompagnement, les intervenants sociaux, les pairs-aidants, les entraidents ne devraient pas hésiter à ouvrir et à engager le dialogue, en demandant : depuis combien de temps est-ce que tu prends une médication?; à ton avis, est-ce que ça t'aide?; de quelle manière?; as-tu l'impression que parfois ça t'amène des inconvénients?; est-ce que tu en discutes avec ton médecin? Est-ce que tu crois qu'il sait ce qui est important pour toi? Voudrais-tu qu'on en parle? On peut engager ce dialogue dans différents contextes. L'accompagnement de groupe permet aux personnes de partager leurs expériences, de réaliser qu'elles ne sont pas les seules à vivre des enjeux avec la médication et de s'entraider. L'intervention collective permet à des acteurs d'un territoire ou d'un champ d'intervention de se mobiliser et de se concerter autour des enjeux liés à la médication et d'implantation de pratiques alternatives. Peu importe que cela se produise en individuel ou en groupe, la meilleure manière d'avoir un véritable dialogue autour de la médication est de recourir au sens critique des personnes et à leur capacité d'agir. ●

SI LA MÉDICATION ÉTAIT UN OBJET ÇA SERAIT...



© Romane Fontaine-Pasquali

Avant FAIBLESSE Aujourd'hui, SOULAGEMENT >

Avant FAIBLESSE, pas capable de surmonter seule ce qui m'arrive. Aujourd'hui, SOULAGEMENT, car je descendais aux enfers et rien ne fonctionnait. J'ai cette aide que je prends avec toute conscience et qui me permet de ne pas descendre aussi bas, j'ai donc moins peur des gestes que je pourrais faire.

Image brouillée ou La mer >

Parce que par moment, je vois embrouillé dans ma vie. Parce que cette image me rassure, m'aide

Une boîte de pilules >

Parce que sans ça, ça serait dur dans ma vie.

L'apport de l'acupuncture pour la santé mentale et le traitement des symptômes de sevrage

Entrevue par Mathilde Lauzier, RRASMQ

Depuis quelques mois, le RRASMQ accompagne un projet-pilote d'acupuncture sociale autour du protocole NADA dans quelques-unes de ses ressources. Cette entrevue, menée au printemps 2021 avec Clément Courteau, professeur au département d'acupuncture du Collège Rosemont, praticien au CRAN et à la Clinique de médecines alternatives à coût accessible Lajeunesse et Charlotte Astier, coordonnatrice du comité d'acupuncture sociale de l'Association des acupuncteurs du Québec (AAQ), formatrice NADA et fondatrice de la clinique NADA au Collège de Rosemont, vise à vous faire connaître davantage cette pratique et les genèses du protocole NADA.

Mathilde Lauzier (ML) : Quel est l'apport spécifique de l'acupuncture sur la santé mentale ?

Clément Courteau (CC) : Je dirais que l'apport spécifique de l'acupuncture sur la santé mentale est, justement, d'être une intervention physique ! Il est bien sûr tout à fait naturel et nécessaire d'aborder ces enjeux en psychothérapie, mais il ne faut pas perdre de vue que la sphère psycho-émotionnelle n'est pas détachée du corps, et que ce qui se vit sur le plan de la santé mentale se vit aussi, d'une façon ou d'une autre, dans le corps. Une intervention physique comme l'acupuncture a l'avantage de pouvoir avoir des effets immédiats sur l'état de la personne : meilleur sommeil, diminution du stress et de l'anxiété, de tensions, de douleurs ou de problèmes digestifs s'il y a lieu. Tout cela participe d'une augmentation du bien-être général. Les démarches en santé mentale sont habituellement assez longues, et voir qu'une amélioration de la qualité de vie et du bien-être sont possibles à court terme n'est pas à négliger dans la motivation des personnes, et peut aider grandement la poursuite des démarches connexes.

ML : Clément Courteau, pouvez-vous partager votre expérience d'accompagnement des personnes en sevrage ?

CC : Mon expérience dans la gestion du sevrage de médicaments ou de substances psychoactives s'est déve-

loppée dans le contexte de la mise sur pied du service d'acupuncture au Centre de Recherche et d'Aide pour Narcomanes (CRAN) en 2014. Le CRAN est un centre d'expertise dans le traitement des Troubles Liés à l'Usage des Opioides (TLUO). Comme la particularité des opioïdes est d'être une substance que l'on ne peut pas arrêter de consommer sous peine d'être très malade, la clientèle du CRAN est constituée exclusivement de personnes sous Traitement Agoniste aux Opioides (TAO) telle que la méthadone ou la suboxone. Ces molécules servent à prévenir les symptômes de sevrage et à permettre le rétablissement de la personne, comme la stabilisation de sa vie sociale et la réinsertion à l'emploi, par exemple. Le parcours de vie souvent difficile des patients du CRAN amène aussi de nombreuses comorbidités, notamment de la douleur aiguë ou chronique. La prise d'opioïdes sur le long terme augmente la sensation de douleur (un phénomène documenté sous le nom d'Hyperalgésie Induite aux Opioides (HIO)). Comme les patients sous TAO ont un accès difficile à la médication antidouleur, la douleur est un problème quasi-universel chez cette population.

ML : Quel genre de traitement offrez-vous aux personnes dans ces situations ?

CC : La douleur est ce que l'acupuncture traite le plus efficacement. Cependant, l'acupuncteur pourra aussi traiter des problèmes psycho-affectifs comme l'anxié-

té ou la dépression, aussi bien que les symptômes de sevrage chez ceux qui diminuent leur dose de médication, TAO ou autre. Dans ce cas, l'acupuncture sera utilisée de deux manières : d'abord pour pallier aux symptômes eux-mêmes, ensuite pour rétablir le fonctionnement physiologique de la patiente et faciliter l'ajustement du corps à la nouvelle dose de médication (ou à son absence).

ML : Quels sont les principaux défis liés au sevrage que vous observez dans votre pratique ?

CC : Ce qui est difficile quand on travaille avec de la médication, que ce soit au niveau du sevrage ou des effets secondaires de médicaments, c'est que la médication est souvent plus « forte » que l'acupuncture, du moins en début de traitement. Pour vous donner un exemple, les symptômes de sevrage lors d'une diminution de dose de méthadone peuvent durer une ou deux semaines, mais dans ce contexte une seule séance d'acupuncture peut n'avoir d'effet que pendant trois ou quatre jours. Après, la dynamique du corps habitué à la prise de médicaments reprend le dessus et les symptômes reviennent, peut-être pas dans toute leur amplitude, mais ils reviennent tout de même.

ML : Comment l'acupuncture peut atténuer les symptômes de sevrage ?

CC : Plusieurs de symptômes de sevrage peuvent être atténués ou contrôlés par l'acupuncture, du moment que les conditions sont rassemblées pour ce faire. Je m'explique : l'acupuncture travaille avec le corps et les ressources physiologiques du corps. Il peut donc y avoir une grande différence dans l'effet du traitement chez une personne épuisée par rapport à chez une personne en pleine forme. Selon l'état de santé du patient, il faudra donc peut-être prévoir quelques séances où l'acupuncture servira surtout à rétablir le bon fonctionnement de l'organisme, avant d'entreprendre le sevrage de la médication. De cette manière, le corps sera plus à même d'affronter le stress induit par l'arrêt de la médication.

Ensuite, lors du sevrage lui-même, l'acupuncture aidera le corps à s'adapter à sa nouvelle réalité chimique. Selon les symptômes de sevrage, le traitement servira à favoriser le sommeil et diminuer l'anxiété, ou plutôt aider à la circulation sanguine et diminuer les tensions musculaires. C'est pourquoi, même dans les situations où la séance d'acupuncture offre une action relativement courte par rapport aux symptômes de sevrage, comme dans le cas du sevrage de méthadone, les quelques jours de bien-

être ne sont pas négligeables et à balayer comme un effet « temporaire ». Non seulement cela revient à nier le fait que la diminution de la souffrance, même momentanée, est un bien en soi, mais aussi, ces quelques jours sans symptômes sont aussi des jours de repos, qui permettent au corps de se rétablir en vue des défis à venir.

ML : Comment l'acupuncture peut-elle accompagner les personnes dans le suivi de la fin du sevrage.

CC : Lorsque le sevrage est terminé, il faut en quelque sorte redécouvrir la vie sans la médication. Que ce soit de petites situations de la vie quotidienne comme prendre le transport en commun, ou de plus grands événements comme des conflits ou des deuils, on verra apparaître toutes sortes de déclencheurs qui vont nous ramener dans des problématiques qui étaient gérées ou atténuées par la médication. On devient alors à risque de rechute (pour la clientèle TLUO) ou de retrouver les problèmes pour lesquels on avait commencé à prendre la médication en premier lieu. L'acupuncture peut alors être une alliée très intéressante ! Parce qu'elle réduit le stress et augmente la capacité d'adaptation de l'organisme, les situations vécues comme des problèmes deviendront plus anodines, et il sera plus facile pour la patiente de surmonter les obstacles pour lesquels elle avait commencé la prise de médication. Il faut rappeler que l'acupuncture est une approche thérapeutique qui passe par le corps : elle peut être très utile et efficace pour une foule de problèmes psycho-affectifs, mais ne peut pas remplacer un suivi en psychothérapie. Plutôt, il faut voir ces deux approches comme parfaitement complémentaires.

ML : Quelle est la reconnaissance du milieu à l'égard de l'apport de l'acupuncture pour la santé mentale et le sevrage ?

CC : Je dirais que ces applications de l'acupuncture sont assez reconnues. On trouve beaucoup de publications scientifiques qui discutent le mécanisme d'action ou l'effet de l'acupuncture pour des problèmes de santé mentale. Pour ce qui est du sevrage, outre le service d'acupuncture du CRAN, l'acupuncture a un long historique de traitement des dépendances, ce qui n'est pas très éloigné du sevrage de médicaments.

ML : Comment l'acupuncture pourrait-elle contribuer davantage au soin de santé mentale ?

CC : S'il y avait une chose à faire, pour non seulement permettre la généralisation de la pratique de l'acupuncture

en santé mentale mais aussi permettre le développement d'expertises spécifiques pour différents problèmes ou différentes populations, c'est de mettre sur pieds des services d'acupuncture publics, gratuits et accessibles à tous et à toutes.

ML : De votre côté Charlotte Astier (CA), vous êtes investie à développer la pratique du protocole NADA au Québec en tant que formatrice et praticienne. Pourriez-vous nous parler de ce protocole ?

CA : Oui bien sûr! Le protocole NADA est un protocole de cinq points d'acupuncture auriculaire. Il a d'abord été élaboré dans une perspective de traitement des dépendances d'où son nom National Acupuncture Detoxification Association, mais il est aujourd'hui utilisé comme complément thérapeutique dans différents domaines, notamment en santé comportementale pour le trouble de stress post-traumatique.

ML : D'où vient cette approche ?

CA : Ça a commencé dans les années 70, dans le Bronx de New York. À cette époque, il y avait une épidémie d'overdoses d'héroïne principalement mais aussi de méthadone illicite. Les pouvoirs publics étaient très peu investis dans le quartier. C'était une époque où les gens étaient très politisés, il y avait des groupes communautaires très organisés, qui revendiquaient leurs droits tout en offrant des services concrets à la population : des services de garde, des petits groupes qui aidaient à la détox entre voisins, des petites cliniques complètement underground, gérées par les gens eux-mêmes. Il y avait aussi certains collectifs de médecins et personnels de la santé très engagés à l'intérieur de l'hôpital du quartier. Est arrivé un incident qui rappelle celui de Joyce Echaquan, où une jeune femme s'est présentée pour une procédure de routine et est morte faute d'avoir reçu les soins appropriés. À ce moment-là les groupes communautaires ont occupé l'hôpital et ont fait valoir leurs revendications. Ils ont fait un cahier de doléances où les patients pouvaient s'exprimer sur la manière dont ils avaient été traités. Ils ont exigé un centre de désintoxication qu'ils ont commencé à gérer eux-mêmes avec l'appui de médecins.

ML : C'est très intéressant comme origine !

CA : C'est à partir de là qu'un comité a commencé à faire des recherches au niveau de l'acupuncture et petit à petit ils ont commencé à l'intégrer au centre de désintox. Principalement, ils utilisaient un protocole de diminu-

tion progressive de méthadone pour la désintox. Comme ces groupes communautaires impliqués étaient révolutionnaires, un beau jour leur centre a été fermé par les autorités. Ils ont alors ouvert un autre centre, le *Lincoln recovery center*, mais cette fois il n'était plus possible d'entreposer la méthadone dans ces locaux. C'est à partir de ce moment-là, qu'ils n'ont fait que de l'acupuncture.

ML : L'idée du protocole NADA existait-il déjà ou il a été élaboré dans ce centre ?

CA : Non, ça n'existait pas. Ils ont entendu parler du docteur Wen à Hong Kong qui utilisait des points dans l'oreille pour la désintox de l'héroïne. Le protocole a mis plusieurs années à se développer. C'est dans un rapport d'aller-retour entre patients et thérapeutes qu'ils en sont arrivés à définir ces 5 points auriculaires comme étant les plus efficaces. À ce moment-là, il y avait aussi beaucoup d'anciens patients toxicomanes qui devenaient thérapeutes et donnaient le traitement.

ML : Quels sont les avantages de ce protocole ?

CA : L'avantage d'un protocole c'est que le patient arrive et tu sais tout de suite ce que tu vas faire. Il n'y a pas besoin d'une longue évaluation préalable pour offrir le traitement, ce qui leur a permis de traiter des centaines de personnes par jour. Car à partir du moment où ils ont arrêté de donner de la méthadone, les patients avaient accès à 2 séances d'acupuncture gratuites par jour. Aussi, ils se sont rendu compte qu'un traitement sur les oreilles était très intéressant car les personnes n'avaient pas besoin de se dénuder ou de s'allonger. Donc, pour des personnes qui ont été victimes de violence par exemple, c'était plus facile d'accès. Il n'y avait pas de rapport «un patient-un thérapeute» qui peut être quand même confrontant pour des personnes qui peuvent se sentir vulnérables dans ces situations-là. Donc là, il suffisait que les patients viennent s'asseoir dans la salle de traitement et il y avait toujours le groupe qui était rassurant. L'utilisation du protocole NADA permettait donc de traiter le grand nombre de personnes qui en avaient besoin, de manière simple, rapide et efficace. C'est important de savoir aussi que ce n'est pas juste le protocole qui fait le travail, mais c'est un outil complémentaire à l'accompagnement psycho-social.

ML : Pouvez-vous nous expliquer ces 5 points d'acupuncture ? C'est quoi leur action ?

CA : Le point Sympathique, le premier, aide justement à réguler le système nerveux sympathique et parasym-

pathique. Il baisse le niveau de noradréline et d'adréline. Donc pour des personnes qui sont par exemple très vigilantes, qui vivent dans la rue et sont toujours en situation de survie, ça permet de calmer cet état de stress tout de suite. Ensuite le point Shen Men, c'est un point traditionnel qui veut dire la « porte de l'esprit », on ne le traduit pas en médecine occidentale. Il permet d'avoir plus de recul, d'objectivité. Il ramène l'esprit dans le corps, permet de faire le focus, d'améliorer la concentration et le sommeil et de diminuer les rêves et les cauchemars. C'est très efficace. Ensuite il y a les points du Rein, du Foie et du Poumon. En médecine chinoise, ils ont aussi une sphère d'action émotionnelle et psychologique. Parce qu'en médecine chinoise, les émotions sont considérées comme inscrites dans le corps, c'est une approche holistique, on ne sépare pas le mental du reste du corps. Dès qu'on stimule ces points, on sent le corps se relâcher, se calmer. Sur le plan psychologique, le travail au niveau du Rein vise à soutenir la volonté et la détermination, pour le Foie c'est l'apaisement des comportements impulsifs, de la colère, l'hostilité et la dépression. Quant au Poumon, c'est pour aider à lâcher prise.

ML : Les retombées du protocole NADA ça peut sembler à quoi ?

CA : Le protocole NADA tout seul pour une personne qui par exemple est en sevrage d'héroïne, y'a peu de chance que ça fonctionne. Il est indispensable d'avoir une équipe psychosociale pour le soutien à long terme. C'est un travail multidisciplinaire. Donc ce n'est pas juste 5 points, c'est toute une façon de prendre en charge les patients. Le protocole NADA, dans le cadre d'une structure et de thérapies appropriées, va permettre d'augmenter d'environ 50% les résultats d'un programme. Les personnes vont être plus investies dans leur processus thérapeutique, grâce à la meilleure clarté d'esprit et le calme que procure le traitement. Le protocole NADA peut apporter beaucoup en termes de santé publique car il permet d'avoir des traitements en groupes, avec des clientèles cibles et une meilleure accessibilité. En effet, un seul thérapeute peut traiter plusieurs personnes à l'heure.

ML : Est-ce que cette approche est utilisée – ou peut être appropriée – pour le sevrage de médicaments psychotropes ?

CA : Dans les centres de désintox aux États-Unis, il y a aussi beaucoup de psychotropes qui sont consommés. Ce qui a été observé, c'est que lorsque le protocole NADA

était implanté dans leur service, il y avait une diminution de la médication psychotrope prescrite. Il semblerait qu'au Danemark, il y a une expérience plus spécifique de l'utilisation du protocole NADA en lien avec la médication en santé mentale. À suivre! C'est définitivement un projet qui m'intéresserait à expérimenter et documenter. L'acupuncture est déjà utilisée fréquemment pour les problèmes de dépression et de santé mentale en général, donc si on peut arriver à moduler la médication avec l'acupuncture ce serait intéressant.

ML : Est-ce envisageable de se former à appliquer le protocole sans toutefois être acupuncteurs ?

CA : Au Vermont, à cause de la crise des opioïdes, des non-acupuncteurs ont obtenu le droit de pratiquer NADA pour répondre aux besoins de la population. En Ontario aussi, depuis plus de dix ans, des travailleurs sociaux et des infirmières pratiquent NADA dans les centres de désintox. Au Québec ce n'est pas le cas, puisque seuls les acupuncteurs ont le droit d'utiliser les aiguilles d'acupuncture. Actuellement, le comité d'acupuncture sociale vise à faire reconnaître les traitements en groupe auprès l'Ordre des acupuncteurs du Québec. Pour le moment, on fonctionne avec des projets pilotes et des exceptions telles que la Clinique NADA du Collège de Rosemont. Par exemple, depuis l'été 2020, nous avons un projet pilote de clinique NADA au Centre d'hébergement d'urgence Le Havre à Trois-Rivières où tous les résidents et les intervenants peuvent recevoir le traitement 2 fois par semaine.

ML : Est-ce que les personnes dans ce centre sont en processus de sevrage ?

CA : Non, pas forcément, ce sont des personnes en situation de grande vulnérabilité. L'objectif est de les aider dans leur processus de réinsertion sociale. Nous, en tant que praticiens NADA, on ne pose pas de question à savoir s'il y a un problème de dépendance, d'anxiété, d'insomnie, etc. les bénéficiaires seront là pareils. On a reçu plusieurs personnes dans des situations très différentes. Dans une approche de réduction des méfaits, ou d'aide à la réinsertion sociale, le but n'est pas forcément la désintox, on n'a pas d'attente à ce niveau-là, c'est vraiment d'aider la personne dans un large spectre. Nous, on offre le service et c'est aux personnes de décider leurs objectifs personnels. Donc qu'est-ce que ça leur apporte... une meilleure qualité de vie ? À partir du moment où tu peux mieux dormir, que tu es plus calme, plus concentré et serein, ça aide pour réorganiser ta vie ●



© Pixabay

La nutrition et la santé mentale dans tous les sens

Par Priscillia Ross, Dt. P., diététiste-nutritionniste au Centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC)
Polyclinique Maisonneuve-Rosemont

Il est bien démontré que l'alimentation influence la santé. Et si l'on va plus loin, non seulement influence-t-elle la santé physique, mais également la santé mentale. Et si l'on va encore plus loin, la santé d'une personne influence son alimentation. Par exemple, une personne souffrant d'anémie ferriprive (carence en fer) peut expérimenter une baisse d'appétit et de la nausée, ce qui rend plus difficile la prise de repas complets, et donc peut nuire à sa capacité à manger tout ce dont elle a besoin, notamment le fer alimentaire. La poule ou l'œuf... L'œuf ou la poule...

Concentrons-nous aujourd'hui sur l'alimentation et la santé mentale : est-ce que l'une est responsable de l'autre ? Alerte au divulgâcheur : La poule ou l'œuf... L'œuf ou la poule... Et s'il était pos-

sible de promouvoir à la fois une saine alimentation et une bonne santé mentale ? C'est ce que nous verrons plus bas.

35

L'autre Espace

La revue du RRASMQ, Hiver 2022 — Vol. 12 N°1

La bonne santé mentale au service de l'alimentation

LES ENJEUX DE SANTÉ MENTALE PEUVENT NUIRE À LA MISE EN PLACE D'UNE ALIMENTATION SAINTE

Les états que l'on peut ressentir lorsqu'on a un problème de santé mentale sont variés : humeur instable, fatigue, nervosité, agitation, manque de concentration, etc. Ces symptômes peuvent grandement influencer la capacité d'un individu à prendre du temps pour se planifier des repas. Voici une brève liste des étapes requises pour bien manger : établir un menu pour quelques jours, faire une liste d'épicerie, aller à l'épicerie, ranger les courses, préparer une surface de travail, cuisiner, manger, ranger les restes pour les conserver, faire la vaisselle... Ça peut facilement devenir une montagne ! C'est l'une des raisons pour laquelle il a été observé que les personnes

etc. : ces aliments n'ont pas besoin d'être cuisinés, parfois seulement réchauffés rapidement, et nécessitent généralement très peu de vaisselle. On répond plus vite à son besoin de base (manger), tout en épargnant son énergie et son temps, déjà amplement sollicités ailleurs.

LES ENJEUX DE SANTÉ MENTALE AUGMENTENT LES RISQUES DE SOUFFRIR DE PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE

Les personnes aux prises avec des enjeux de santé mentale présentent plus de risques de développer des maladies physiques comme le diabète, les cancers ou les problèmes de cœur.

Plusieurs mécanismes sont étudiés, notamment en ce qui concerne le diabète : on croyait auparavant que la prise de poids qui peut venir avec la prise de certains médicaments comme les antidépresseurs ou les antipsychotiques était l'unique responsable du développement du diabète chez les personnes aux prises avec des enjeux de santé mentale, mais c'est plus complexe. Par exemple, on sait maintenant que certains médicaments peuvent

Plusieurs facteurs peuvent faire en sorte qu'une personne aux prises avec des enjeux de santé mentale réduise son niveau d'activité physique, par exemple à cause de symptômes physiques ou cognitifs comme la fatigue, le découragement, les inconforts digestifs, etc. qui peuvent être attribuables à la médication.

aux prises avec la dépression, l'anxiété généralisée ou d'autres enjeux de santé mentale ont tendance à recourir à des aliments plus transformés, comme des plats de restaurant, des plats surgelés ou même seulement des aliments non périssables disponibles en épicerie comme des repas en conserve (pâtes en sauce, ragoût), des croustilles, des craquelins, des céréales à déjeuner,

nuire au fonctionnement du pancréas (organe essentiel dans la régulation du taux de sucre et donc directement impliqué dans le développement du diabète).

Aussi, plusieurs facteurs peuvent faire en sorte qu'une personne aux prises avec des enjeux de santé mentale réduise son niveau d'activité physique, par exemple à cause de symptômes physiques ou cognitifs comme la fatigue, le découragement, les inconforts digestifs, etc. qui peuvent être attribuables à la médication ou à l'enjeu de santé mentale en lui-même. Et l'on sait que l'activité physique en elle-même est une forme de protection contre les maladies physiques comme le diabète.

Le problème, c'est qu'une fois que les problèmes de santé physique apparaissent, ça met encore plus de pression sur les épaules de la personne par rapport à





© Pixabay

son alimentation. Pour reprendre l'exemple du diabète, il faut généralement apporter des modifications à son alimentation pour améliorer la gestion de son taux de sucre. Et comme on le détaillait plus haut, les enjeux de santé mentale peuvent nuire à la qualité de l'alimentation d'une personne, ce qui aura un effet « boule de neige » où le diabète peut être moins bien géré. De plus, cette maladie amène son lot de nouveaux symptômes et nouvelles difficultés (ex. : surveillance régulière du taux de sucre, médicaments à prendre plusieurs fois par jour, etc.) qui peuvent provoquer de la détresse chez la personne qui doit gérer tout ça pour la première fois. D'ailleurs, environ 30% des personnes diabétiques présentent des symptômes dépressifs. Cette « détresse diabétique » rend encore plus difficile l'adoption d'une alimentation saine, essentielle à la bonne gestion de cette maladie physique, et essentielle pour la santé mentale.

La nutrition au service de la santé mentale

Fait intéressant, il est possible de promouvoir une bonne santé mentale avec une alimentation saine. En fait, c'est qu'une alimentation déséquilibrée vient généralement avec des carences nutritionnelles, et ces carences peuvent nuire au bon fonctionnement du corps et de l'esprit.

DES DONNÉES INTÉRESSANTES SUR DES NUTRIMENTS EN PARTICULIER

Les oméga-3

Une consommation élevée d'oméga-3 a été associée à une réduction des risques de développer une psychose, et une réduction des symptômes chez les personnes aux prises avec la dépression.

Les glucides complexes

Une alimentation faible en glucides complexes est associée à des symptômes plus sévères de dépression, de la fatigue, une baisse de l'attention et de la concentration, et une humeur instable. Au contraire, des apports réguliers en glucides complexes (chaque 3-5h dans la journée) génèreraient une sensation d'énergie et une humeur plus stable.

Le fer

Une alimentation qui ne contient pas suffisamment de fer à l'enfance peut nuire au développement du cerveau et aux capacités cognitives. De la même façon chez les adultes, l'anémie a été associée à plus de risques de déclin cognitif et de symptômes dépressifs.

Les vitamines B

Plusieurs vitamines B comme la riboflavine, la pyridoxine et le folate sont impliquées de près ou de loin dans la création et le fonctionnement des neurotransmetteurs

comme la dopamine et la sérotonine, qui sont tous deux importants pour la santé mentale. Les gens qui expérimentent des carences en vitamines B ont plus de risque de souffrir de symptômes dépressifs.

La vitamine D

Il se pourrait que la carence en vitamine D soit liée à plusieurs enjeux de santé mentale, et l'on observe notamment de plus hauts taux de suicide au début du printemps, moment où les réserves de vitamine D du corps sont au plus bas (étant donné que l'alimentation contient peu de vitamine D en général, que notre peau fabrique de la vitamine D à partir des rayons du soleil, et que l'ensoleillement l'hiver est très réduit).

Les antioxydants

Le stress oxydatif est un phénomène biologique normal, que l'on contrecarre partiellement avec les antioxydants qui se trouvent dans l'alimentation. Cependant, ce phénomène oxydatif serait excessif dans le cadre de certains enjeux de santé mentale comme la dépression et les problèmes neurodégénératifs, et mènerait à l'augmentation de la sévérité des symptômes.

Les acides aminés

Deux acides aminés en particulier, le tryptophane et la tyrosine, sont mis en lumière pour leur rôle dans la production des neurotransmetteurs. Le tryptophane est utile dans la production de sérotonine, un neurotransmetteur impliqué dans le sommeil, la sensation de calme et de détente, ainsi que dans la régulation de la faim et de la satiété. La tyrosine, quant à elle, est utile dans la production de la dopamine et de la noradrénaline, deux neurotransmetteurs impliqués dans les sensations de plaisir, l'attention, la concentration et la motivation.

LA SANTÉ DIGESTIVE

Un lien de plus en plus clair existe entre les troubles digestifs (ex. : syndrome du côlon irritable) et les enjeux de santé mentale comme l'anxiété et la dépression. Aussi, on sait que la production de substances comme certains neurotransmetteurs commence dans le système digestif. Ainsi, il se pourrait que la production de ceux-ci soit altérée (et affecte la santé mentale) chez les personnes qui ont des troubles digestifs. De plus, on sait aussi que les troubles digestifs en eux-mêmes peuvent occasionner de la détresse à cause des symptômes parfois difficiles à gérer (ex. : incontinence, douleur abdominale récurrente,

incapacité à prédire si un aliment ou un repas sera bien toléré par le corps, etc.).

LES STYLES D'ALIMENTATION

On parle souvent de la diète « méditerranéenne » comme étant LA référence en matière d'alimentation saine. Elle est associée à une meilleure qualité de vie, et une réduction des risques de souffrir de plusieurs maladies comme les maladies cardiaques, le diabète, etc. En santé mentale en général et spécifiquement dans le cas de la dépression, la diète méditerranéenne serait non seulement une approche alimentaire préventive (c'est-à-dire qu'elle réduit les risques de souffrir de dépression), mais elle serait également une approche complémentaire dans le cadre d'un traitement contre la dépression (c'est-à-dire qu'elle en réduit les symptômes chez les personnes dépressives). Plusieurs grandes études se sont intéressées à cette diète, notamment l'étude SMILES et la HELFIMED. Toutes deux testaient une alimentation inspirée de l'alimentation méditerranéenne. Le mécanisme d'action suggéré serait justement que l'alimentation méditerranéenne permet un apport adéquat dans les nutriments énumérés précédemment, utiles pour une bonne santé mentale.

Par où commencer ?

QUOI MANGER

D'un point de vue qualitatif, l'alimentation méditerranéenne est une alimentation équilibrée qui permet de consommer tous les nutriments nécessaires à la promotion d'une bonne santé mentale. Mais qu'est-ce que c'est ? C'est une alimentation principalement composée de ceci :

- Beaucoup de fruits et de légumes de toutes sortes de couleurs. Ensemble, ils représentent environ la moitié de tous les aliments mangés dans une journée ! Ils sont riches en vitamines et minéraux, de même qu'en antioxydants.
- Des produits céréaliers à grains entiers (ex. : pain brun, avoine en flocons, quinoa, riz brun, riz sauvage, etc.). Ils représentent environ le quart de tous les aliments mangés dans une journée. Ils sont riches en glucides complexes, en vitamines et en minéraux.

- Dans les aliments protéinés, qui représentent environ le quart également de tous les aliments mangés dans une journée, il faut prioriser les protéines végétales comme les noix et les légumineuses que l'on mangera le plus souvent possible, et qui contiennent des glucides complexes, des fibres, des acides aminés, des antioxydants et des vitamines et minéraux variés. Il faut aussi prioriser les protéines marines comme le poisson (deux fois par semaine ou plus). Les poissons contiennent tous les acides aminés essentiels, des oméga-3, ainsi que plusieurs vitamines et minéraux. Finalement, mangés un peu moins souvent que les protéines végétales et le poisson, on retrouve les aliments protéinés d'origine animale comme la viande, le poulet, les œufs et les produits laitiers. Ce sont aussi des aliments qui contiennent tous les acides aminés essentiels, ainsi que plusieurs vitamines et minéraux.
- Des matières grasses végétales comme l'huile d'olive et l'huile de canola, qui contiennent des gras insaturés comme les oméga-3, sont utilisées plus fréquemment que les matières grasses animales comme le beurre.

QUAND FAUT-IL MANGER, ET COMBIEN FAUT-IL MANGER ?

Afin de répondre à cette question, il faut se tourner vers soi : il faut manger quand on ressent de la faim physique (ex. : creux et gargouillis légers au ventre), et manger une quantité de nourriture qui nous permettra de se sentir confortablement rassasié. Ce sont les principes fondamentaux de l'alimentation intuitive, approche qui aurait un effet très bénéfique sur certains enjeux de santé mentale, en permettant de réduire l'anxiété qui entoure les repas. De cette façon, on s'assure de manger exactement la quantité de nourriture (et donc de nutriments) dont le corps et l'esprit ont besoin, ni trop, ni trop peu ! À titre indicatif, pour la plupart, cela représentera environ trois repas par jour, espacés d'environ 4-6h, et des collations au besoin entre les repas.

COMMENT MANGER ?

Lorsqu'on prend le temps de s'asseoir à table, de se concentrer sur son assiette avec ses cinq sens, c'est-à-dire en sentant l'odeur qui se dégage des aliments, en appréciant les couleurs, en portant attention aux textures et aux sons qui se dégagent lorsqu'on prend une bouchée, et en mastiquant lentement pour percevoir toutes



© Guide alimentaire canadien

les saveurs, tout notre esprit se concentre sur l'acte de manger. Ce faisant, voilà une belle occasion de pratiquer, à table, la pleine conscience qui est une stratégie bien reconnue pour ses bienfaits sur la santé mentale !

Conclusion

Une alimentation saine participe au maintien d'une bonne santé mentale et peut même aider à améliorer la santé mentale. De l'autre côté, avoir des enjeux de santé mentale peut nuire à la capacité d'avoir et de maintenir une alimentation saine. L'objectif, c'est d'utiliser l'alimentation pour se sentir bien ou mieux, que ce soit en intégrant un ou plusieurs aliments riches en nutriments à sa routine quand on le peut, en pratiquant l'écoute des signaux internes de la faim et de la satiété afin de manger les quantités adéquates de nourriture pour soi, ou en pratiquant la pleine conscience à table, afin de faire d'une pierre deux coups ! Dans tous les cas, la bienveillance est de mise : on y arrive une étape à la fois... ou plutôt une bouchée à la fois ! ●

Références

- LaChance, L. (2019). Mental Health and Nutrition. *Family Health Team Registered Dietitians Conference*.
- PEN: PRACTICE-BASED EVIDENCE IN NUTRITION. (2018). *Counselling Strategies - Mindful Eating*. Knowledge Pathway.
- Santé Canada. (2021, Avril). *Guide alimentaire canadien*. Retrieved from Guide alimentaire Canada: <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/>
- Seely, C., & Matheson, K. (2019). The Pivotal Role of Nutrition in Mental Health. *Dietitians of Canada National Conference*. Ottawa.



La médication : un choix de société?

Extrait d'une prise de parole de Marie-Claude Goulet, médecin, lors d'une rencontre nationale du RRASMQ, le 29 janvier 2020

On m'a demandé de parler de la place du médicament dans la pratique médicale et plus spécifiquement en santé mentale. Pour cela, je ne vous parlerai pas de chiffres, puisque je n'apprends rien à personne si je dis que beaucoup de médicaments se prescrivent et se consomment, et ce, dans toutes les sphères de la médecine et c'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé mentale, je pense entre autre aux jeunes qui sont de plus en plus médicamentés ; Ceci dit, de plus en plus de médecins y sont sensibilisés et un mouvement de *déprescription* se fait lentement sentir (*Choosing wisely*), et c'est tant mieux!

Je ne vous parlerai pas non plus de la puissance de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la pratique médicale. Encore une fois, une littérature abondante se trouve sur les profits faramineux de cette industrie, ainsi que sur les pratiques plus ou moins frauduleuses qu'elle met en place pour augmenter la vente, la prescription et la consommation de médicaments.

J'ai plutôt envie de soulever une humble réflexion quant à la place que prend le médicament dans nos vies et

notre société. Ne pointer que les compagnies pharmaceutiques ou encore ne mettre la faute que sur les habitudes de prescription des médecins serait à mon avis réducteur, même si tout à fait légitime de le faire.

Je commencerais la réflexion en disant que nous vivons dans une société qui, en tentant d'évacuer la peur ou l'angoisse existentielle, a voulu se croire toute-puissante, avec l'ampleur de ses savoirs, de ses applications techniques et de ses avancées scientifiques. Nous avons cru

et/ou voulu croire qu'avec toutes ces connaissances, nous pourrions dominer la nature, tout contrôler, tout guérir, alors que c'est plutôt l'inverse qui est en train de se produire.

Nous sommes face, au niveau planétaire, à une situation qualifiée par certains de catastrophique et nous assistons, au niveau des populations, à la multiplication de maladies dont nous ne savons que faire. Je pense entre autre à l'épidémie de maladies neurodégénératives (ex : Alzheimer, Parkinson), aux maladies auto-immunes, aux cancers, et aux troubles de santé mentale qui sont en augmentation, ainsi qu'aux troubles comme l'autisme ou encore les troubles dit d'hyperactivité. Ce qui à mon avis parle de nous, nous tous et toutes, et de ce dans quoi nous sommes embarqués et qu'il serait peut-être temps de remettre en question fondamentalement.

Face à l'incertitude, le corps médical a besoin de sentir qu'il a du contrôle, du pouvoir, des vérités scientifiques. Il a besoin, à la fois pour des raisons pratiques et théoriques, de tout classer, de tout identifier et de tout mettre dans des algorithmes. Ainsi, il semble plus facile de poser une étiquette-diagnostic à partir de laquelle nous déterminons un traitement « éprouvé » que de demeurer dans un espace d'incertitude, de non-savoir.

Il n'y aucune mauvaise volonté ou désir machiavélique, mais à mon sens une compréhension réductrice de la complexité de l'être humain qui manque d'imagination et qui manque du désir de chercher du sens

Ce que l'on nous apprend à la faculté de médecine c'est, à partir d'un ensemble de symptômes, de critères, à poser des diagnostics, des étiquettes, à partir desquelles nous savons théoriquement quoi faire, et la boîte à outils avec laquelle nous travaillons sont les médicaments. Voilà, grosso modo, comment nous sommes formés à penser, à travailler.

Il n'y aucune mauvaise volonté ou désir machiavélique, mais à mon sens une compréhension réductrice de la complexité de l'être humain qui manque d'imagination et qui manque du désir de chercher du sens et d'apprendre avec chaque nouvelle personne rencontrée un peu plus sur soi-même, sur l'autre, sur la vie, sur ce qui guérit et ce qui rend malade. Nous préférons, parce que c'est rassurant, se voir comme des personnes qui détiennent le savoir, à qui l'on ne peut rien apprendre,

ce qui nous donne l'illusion de contrôle. Cette attitude, ou ce mode d'être au monde, comme je le disais plus tôt, n'est pas limitée au seul corps médical, mais à l'ensemble de la société.

Et trop souvent ces façons de faire ont comme effet d'enfermer la personne et toute sa complexité (histoire personnelle, familiale, sociale, culturelle, etc.) dans une étiquette ayant une cause simple, voir un dérèglement de ses neurotransmetteurs, qui en quelque sorte cache ou évince toute cette complexité à partir de laquelle on pourrait chercher du sens à ce qui souffre, aux symptômes, à la maladie, à « l'âme qui dit » et ainsi trouver ensemble, dans un lieu de non-savoir, un chemin de guérison où le médicament peut en faire partie ou pas. Le médicament en soi n'est ni bon ni mal, mais la question que je pense nous devons nous poser est quel est le pouvoir qu'on lui donne et à qui donne-t-on le pouvoir par le fait même : à soi, à un remède extérieur, aux médecins, aux compagnies pharmaceutiques, etc. ?

À l'heure actuelle, ce que l'on peut constater est qu'on lui a donné et lui donne encore un immense pouvoir qui est celui de en quelque sorte de réparer nos histoires, nos fragilités, soulager nos souffrances qu'elles soient physiques, psychiques, sociales ou spirituelles. Un peu

comme si nous nous percevions comme des machines qui souffrent momentanément d'un dérèglement qui doit être résolu. On veut redevenir comme avant, alors que cet avant est ce qui nous a amené sur le chemin de la maladie. Nous, patients et médecins, aimerions un remède miracle auquel on donne tous les pouvoirs. Mais ce n'est heureusement pas si simple !

Ce que je constate avec ce mode de pensée, qui est évidemment bien appuyé par une industrie pharmaceutique qui désire conserver son pouvoir et ses profits, est que l'on perd individuellement et collectivement de notre puissance d'agir, que l'on n'apprend plus à se faire confiance, à faire confiance à nos forces de guérison, à notre intuition, nos « *gut feeling* », nos propres savoirs, notre force commune. On ne laisse plus d'espace de non savoir qui est ce lieu d'où peut émerger une grande force,



une créativité, du sens, un espace de liberté intérieure, cette « part infra- cassable » en soi, ou bien encore s'ouvrir à des espaces de solidarité et d'entraide qui en soi peuvent être guérisseurs.

Ceci dit, il me semble important de ne se laisser enfermer ni dans une causalité simpliste comme celle du dérèglement de ses neurotransmetteurs, ni dans une étiquette, ni même dans une histoire (que l'on a toujours le pouvoir de réécrire) et ni dans des déterminants sociaux (qu'on a le pouvoir collectif de changer) mais de toujours demeurer relié à cette part de liberté inaliénable que nous avons tous et toutes en chacun de nous, qui est fondamentalement liée à notre responsabilité, individuelle et collective, face à la vie que nous incarnons.

Assumer que nous sommes responsables, comme le dit Sartre de « ce que nous faisons de ce que l'on a fait de nous » à partir d'ici et maintenant et oser changer de récit, ce que le médicament très souvent ne permet pas puisqu'il tend à faire croire qu'en le prenant nous redeviendrons comme avant...et c'est, je pense, justement ce qu'on ne doit pas faire...redevenir comme avant...puisque je pose l'hypothèse, avec d'autres, que ce qui souffre sont ces désirs d'émancipation qui nous habitent et qui pour toutes sortes de raisons n'arrivent pas à s'accomplir, que ce soit désir d'émancipation de son milieu familial, de son histoire, de son travail, de ses relations, de son rapport au monde, au temps, etc. Si le médicament prend la place de l'émancipation c'est se condamner au cercle vicieux, mais si au contraire il aide à oser l'émancipation, pourquoi pas ? Mais il ne faut pas perdre de vue le désir profond qui nous anime ! ●

En route vers le prochain numéro

La santé mentale sur la balance : une question de pouvoir ?

Une question, un enjeu, traverse constamment nos dossiers au Regroupement : les enjeux de pouvoir qui se jouent dans le champ de la santé mentale. Où que l'on regarde, quel que soit le sujet, la question du pouvoir s'impose. Des discours dominent, certains professionnels règnent en roi, leurs opinions ont plus de poids que d'autres. Des paroles valent davantage sur le marché de la crédibilité. Des diplômes donnent une certaine légitimité à certains pour se prononcer, voire exercer un contrôle sur les personnes. Mais quels sont ces enjeux de pouvoir, comment ce pouvoir s'exerce-t-il, quand on parle de santé mentale ? Qui définit la folie ? Qui l'encadre ? Qui la fait taire ?

Ainsi, le Regroupement vous propose un numéro de *L'autre Espace* qui s'intéressera au pouvoir, et fait appel à vos plumes et contributions. Ce numéro permettra d'abord d'explorer ce qu'est le pouvoir, comment il s'exerce et laisse son empreinte sur les personnes lorsqu'on en abuse. Et, au contraire, qu'est-ce qui se passe en nous lorsqu'on fait l'expérience de l'égalité et de liens qui nous libèrent, qui permettent une reprise du pouvoir sur notre vie ?

Bien entendu, on ira voir du côté de la psychiatrie institutionnelle : d'après votre expérience, quel est son pouvoir aujourd'hui ? Pourquoi la psychiatrie est-elle encore dominante pour expliquer la source des difficultés, accompagner ou contraindre une personne aux soins ? Quels sont les enjeux de pouvoir plus subtils qui se jouent selon vous dans une relation de soin, dans une prescription de médicament ou dans l'étiquette d'un diagnostic ?

Nous aimerions aussi connaître le point de vue des personnes qui fréquentent les ressources alternatives, au sujet de situations d'abus de pouvoir dans d'autres sphères de leurs vies : dans les ressources d'hébergement, dans le logement, dans les milieux d'implication ou de travail. Nous espérons également vous entendre sur les oppressions (sexisme, racisme, homophobie, etc.) en lien avec le pouvoir, et la façon dont elles peuvent peser sur la vie des personnes, en excluant certaines catégories d'individus, en invisibilisant des identités et en générant des traumatismes.

Finalement, nous souhaitons vous lire sur les pratiques qui peuvent selon vous mettre en lumière les dynamiques de pouvoir et qui permettent de travailler à l'émancipation. On peut par exemple penser au *power threat meaning framework*, qui s'intéresse aux dynamiques de pouvoir difficiles dans lesquelles peut évoluer une personne, à l'approche sensible aux traumas, ou à vos expériences de l'éducation populaire, qui est une pratique qui permet de démystifier le pouvoir et se réapproprier du pouvoir individuel et collectif. Vous pouvez également nous envoyer vos réflexions concernant le partage du pouvoir dans les ressources alternatives, et les manières de faire vivre la démocratie dans nos ressources, en œuvrant à instaurer des rapports égaux entre les personnes qui font vivre la ressource.

Mais il y a sans doute d'autres idées qui nous échappent! L'une de ces idées vous allume, vous donne envie d'écrire ? Vous aimeriez déposer un témoignage ou une histoire ? Joignez-vous aux contributeurs et contributrices de la revue *l'autre Espace* et proposez-nous un sujet!

Date de tombée : 1^{er} septembre 2022
anne-marie@rasmq.com

43

L'autre Espace

La revue du R.R.A.S.M.Q., Hiver 2022 — Vol. 12 N°1



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*