

Diagnostiquée?

→ un jour...



CiToYenne

→ toujours!

Argumentaire d'accompagnement

TROIS CHANTIERS POUR UNE
APPROCHE GLOBALE EN SANTÉ
MENTALE AU QUÉBEC

- 1. Primauté de la personne**
- 2. Déterminants sociaux de la santé**
- 3. Pratiques et approches alternatives**

Argumentaire du Regroupement des ressources
alternatives en santé mentale du Québec
(VERSION PRÉ-RENCONTRE NATIONALE)



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*

Janvier 2020

À propos de cet argumentaire

Tandis qu'on observe une hausse de la détresse psychologique et de différents problèmes de santé mentale, pouvons-nous espérer un changement dans l'action proposée en santé mentale? Nous l'espérons. Le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), de pair avec la Direction de la santé mentale, a une occasion en or d'amorcer ces transformations: par le prochain Plan d'action en santé mentale. Pour l'élaborer, une large démarche de consultation a été lancée en 2019 : un forum visant les jeunes en mai, un autre visant les adultes et les aînés en octobre, deux consultations web et, au printemps 2020, des consultations régionales.

Afin de contribuer à cet exercice, le RRASMQ propose à ses membres de porter ensemble une plateforme de revendications, fruit d'années de consultations et de réflexions collectives au sein du RRASMQ, de revendications développées par les collectifs régionaux ayant participé à la démarche *Se donner du souffle* (2018-2019) et de revendications historiques du RRASMQ.

Cet argumentaire vise à appuyer votre participation aux consultations régionales prévues entre mars et mai 2020, et est à l'usage des personnes membres et travaillant dans les ressources alternatives en santé mentale. Si vous ne l'avez pas déjà fait, faites connaître, dès maintenant, votre intention de participer à ces consultations en utilisant la lettre-type déjà envoyée par la permanence du RRASMQ.

Nous vous invitons, d'ici juin prochain, à bonifier cet argumentaire de vos réflexions et de vos expériences. Lors de l'AGA 2020 du RRASMQ, nous en ferons une adoption officielle.

En vous souhaitant de bonnes discussions et de bons échanges autour de ces revendications!

L'équipe du RRASMQ

Contact: RRASMQ, 2349 rue de Rouen, 4e étage, Montréal. rrasmq@rrasmq.com (514) 523-7919

Rédaction: Anne-Marie Boucher, et Mathilde Lauzier, de la permanence du RRASMQ (et collectifs *Se donner du souffle*)

Illustrations: Clément de Gauléjac

Mise en page : Anne-Marie Boucher

Un merci tout spécial aux ressources ayant participé aux phrases à compléter et au comité le Politique, ainsi qu'au conseil d'administration.

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

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

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

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

En effet, à leur lecture, nous prenons la mesure de

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

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

**Ensemble,
revendiquons
une approche
globale en
santé mentale!**

¹ AGIDD-SMQ, Psychiatrie: un profond changement de modèle s'impose, 2018.



1^{er} chantier

Primauté de la personne

« Assurer la primauté de la personne implique le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. C'est également miser sur ses capacités, tenir compte de son point de vue, favoriser sa participation et celle de ses proches. Cette orientation suppose enfin sa participation dans les décisions qui la concernent, la prise en considération de l'ensemble de ses besoins et de sa condition bio-psycho-sociale ainsi que le respect de ses droits. »

Plan d'action en santé mentale 2015-2020

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

Nous revendiquons :

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

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

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

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

On constate que la vision biomédicale des problèmes vécus centrée sur la gestion des symptômes laisse peu d'espace aux personnes pour se raconter et trouver

du sens à ce qui leur arrive. Pour des personnes, le diagnostic vient parfois justifier le manque d'écoute. Avant le diagnostic, il y a de l'écoute pour tenter de comprendre. Lorsque le diagnostic arrive, les personnes se disent « Ah! C'est ça qu'il a! ». Le diagnostic devient la valise dans laquelle on met tout et on n'a plus besoin d'écouter.

C'est pourquoi il faut que les interventions en santé mentale adhèrent au principe de «D'abord, ne pas nuire.» et qu'elles se fassent au rythme des personnes, avec leur consentement libre et éclairé et leur participation pleine et entière. Il faut sortir d'une lecture strictement biomédicale, repenser l'offre de services et agir sur les causes des problèmes de santé mentale.

«Les gens sentent qu'au sein du système de santé, les professionnels n'ont pas beaucoup de temps. On cherche à traiter rapidement sans vraiment chercher à comprendre ce qui emmène la personne à consulter. Les professionnels semblent pressés et peu préoccupés par la souffrance du patient. Les rencontres médicales sont rapides et peu personnelles.»

Synthèse des paroles du Centre de soir
Denise-Massé

«Le professionnel catégorise, étiquette, ne considère pas que c'est ta réalité à toi.»

Membre d'Entrée chez soi

«On nous propose des médicaments, plutôt que de l'écoute et surtout, pas de service.»

Membre d'Action Autonomie, collecte
2019

«On devrait avoir le temps d'arriver, de se déposer... Il devrait y avoir plus de respect de la primauté de la personne avant la maladie.»

Membre d'Au Second Lieu, collecte 2019 SDDS

Devant le psychiatre, ce que j e vis c'est:

«Je me sens intimidé.»; «Je me tais, j e ne lui dis pas toute la vérité car j'ai peur de lui et de son autorité.» «J'ai l'impression qu'il me regarde de haut, qu'il ne me croit pas, j'ai pas le temps de parler et c'est fini.» ; «je me sens paniquée: il va me juger, j'ai peur du traitement.»

Activité à compléter : Au quotidien, je, tu, nous... 2018.



L'entonnor : lunette biaisée de l'écoute...

Tout au long de ce document, on retrouve des boîtes «et moi, et nous?» pour réfléchir, avec les membres de notre groupe, à ce qu'on connaît au sujet de la revendication.

Qu'est-ce qu'on vit? Qu'est-ce qu'on veut qui change?

Et moi, et nous?

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

Nous revendiquons:

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

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

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

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

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

Malgré la reconnaissance de plus en plus importante de la participation citoyenne des personnes premières concernées, il y a encore du chemin à faire. L'AGIDD-SMQ révèle que cette participation a été sollicitée dans 7 régions et non réalisée dans 4 régions, qu'une région a perdu son financement pour réaliser des rencontres permettant d'assurer une représentation démocratique et porter une voix collective dans les lieux de concertation.¹ À Montréal, cette participation n'est pas encore réalisée dans tous les CIUSSS selon Action Autonomie.

Concernant les mesures de contrôle, dont les plaintes sont récurrentes d'année en année, l'AGIDD-SMQ révèle suite à une consultation auprès de ses groupes en 2016-2017, que les alternatives aux mesures de contrôle, peu nombreuses, ont été identifiées comme mises en place par les groupes de quatre régions seulement. Dans 9 régions, les groupes rapportent

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

que l'isolement (la mesure de contrôle la plus utilisée en psychiatrie) est souvent employée comme moyen de pression ou de punition face à des comportements qui dérangent, donc dans un esprit contraire à la loi.²

Basé sur l'expertise de l'AGIDD-SMQ et de ses membres, des consultations du RRASMQ et les Rapports annuels du Protecteur du citoyen, nous faisons remarquer que le droit à l'information et le droit au consentement aux soins, à la participation au traitement, à la représentation par avocat et d'être entendu au tribunal sont régulièrement bafoués. Pour pouvoir consentir, dire oui ou dire non, de façon éclairée, les personnes ont besoin de plusieurs conditions. Avoir de l'information, avoir des choix, avoir du temps, ne pas sentir de pression, ne pas subir de chantage. Pouvons-nous donner de l'espace aux personnes et écouter leurs questionnements et l'expression de leurs besoins?

2 Idem.

Et moi, et nous?

«Je devrais être consulté en tout temps concernant mon plan de traitement.»

Membre de la ressource Au Second lieu

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

Membre d'Action Autonomie

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

Nous revendiquons:

3.1 Que le Plan d'action priorise une lutte constante contre la stigmatisation et la discrimination et fasse prioritairement appel, aux niveaux national, régional et local, à des collectifs de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale pour la réalisation d'actions concertées de lutte à la stigmatisation et à la discrimination.¹

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

1 Revendication inspirée de la démarche produite lors des journées Se donner du souffle à Montréal.

Dans le dernier Plan d'action en santé mentale, il était mentionné que le réseau de la santé devait inclure, dans son plan sur la primauté de la personne, « des activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes d'un trouble mental en ciblant prioritairement les intervenants qui travaillent dans les établissements de santé et de services sociaux ». Depuis, le vécu des personnes qui utilisent les services de santé demeure encore trop souvent marqué par un manque de considération de leur parole.

Nous recevons de nombreux témoignages de personnes qui ne sont pas crues lorsqu'elles souffrent de maux physiques (masquage diagnostique), lorsqu'elles parlent d'agressions qu'elles ont su-

bies ou encore d'effets secondaires de médicaments. Ces situations les mettent à risque face aux traitements inadéquats ou forcés et posent un risque à leur santé. Elles poussent les personnes au désespoir, au repli sur elles-même et à la perte de confiance envers les intervenants du réseau de la santé.

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

«Je n'étais plus Claude, je n'avais plus d'histoire, on me considérait juste en fonction de mon diagnostic.»

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

Membre de la ressource Entrée chez soi

«Ça renforce le sentiment d'impuissance puisque, si même les professionnels de la santé ne nous écoutent /ne nous croient pas, vers qui peut-on se retourner? »

Synthèse de paroles de membres du Centre de soir Denise-Massé

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

Témoignage, Entrée chez soi

Et moi, et nous?

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

Nous revendiquons:

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

4.2 Que soit mise sur pied une instance d'évaluation nationale¹ des politiques et mesures gouvernementales ayant un impact sur la réalisation du droit de jouir de la meilleure santé physique et mentale et possible.

¹ Ce comité devrait être composé de personnes premières concernées, de regroupements communautaires, de personnes issues de la recherche et de représentants de la société civile.

« Continuer de travailler le côté humain en hospitalisation, moins de «bétaillisation».

Témoignage, Entrée chez soi

«Les policiers m'ont amené de force à l'hôpital, là on m'a enfermé dans un trou noir, j'ai dû pisser par terre, car on n'a pas répondu à ma demande d'aller aux toilettes.»

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

Or, comment transformer cette culture de soin? Nous croyons que c'est en informant, en balisant et en améliorant les conditions de travail au sein du réseau que nous pourrions voir des changements durables. C'est pourquoi il est essentiel que les personnes usagères, de manière individuel et collective,

puissent donner une rétroaction honnête à l'égard de la qualité de l'accueil et des soins qu'elles ont reçus. Bien que ce souci de l'évaluation soit présent dans le dernier Plan d'action en santé mentale, nous croyons que des mesures plus concrètes, participatives et ayant un impact réel soient mises en place dans chaque établissement et point de service.

De plus, il nous semble essentiel qu'une instance indépendante se charge, au niveau national, d'étudier l'impact des politiques et mesures gouvernementales sur la réalisation du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

Et moi, et nous?



2^{eme} chantier: Déterminants sociaux de la santé mentale

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

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

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

Nous croyons que le prochain Plan d'action doit prendre en compte l'impact des conditions de vie sur la santé mentale et, tout en se préoccupant de la situation des personnes vivant avec

un problème de santé mentale, ce plan doit également agir en prévention, pour tous, afin d'assurer à la population québécoise de bonnes conditions de vie, de travail, d'éducation, de logement, de revenu, etc. Agir en prévention, c'est faire preuve de cohérence et de vision.

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

Et moi, et nous?

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

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

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

«Les dépenses sociales, la clé pour la santé», **Le Devoir**, 22 janvier 2018

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

Nous revendiquons que le Gouvernement du Québec mette en place un revenu minimum garanti, basé sur la mesure du panier de consommation (MPC), de concert avec d'autres mesures sociales permettant à tous et toutes de vivre dans la dignité, de sortir de la pauvreté et d'avoir pleinement accès à ses droits.¹

¹ Revendication inspirée de la revendication *Se donner du souffle* de la région de l'Estrie et en appui aux revendications du Collectif pour un Québec sans pauvreté.

80% à 90% des personnes vivant un problème de santé mentale sont sans emploi et l'aide sociale constitue leur unique source de revenu, avec le poids de stigmatisation qui l'accompagne. Les personnes considérées inaptes et recevant des prestations d'aide sociale depuis plus de 66 mois pourront, en 2023, recevoir l'équivalent de la MPC (mesure du panier de consommation), ce qui n'équivaut pas à une sortie de la pauvreté, mais à la simple couverture des besoins de base. Pourquoi attendre qu'une personne passe 66 mois à ne pas se nourrir à sa faim, à vivre de la stigmatisation, à se sentir parfois comme un fraudeur, avant de lui offrir le minimum pour survivre?

Pour les personnes considérées aptes au travail malgré des limitations concrètes

(difficultés familiales, peu d'accès au transport, faible scolarité, longue absence du marché du travail, problème de santé mentale non diagnostiqué, etc.), l'adoption du programme Objectif emploi, vient avec de nouveaux obstacles, une pression au retour à l'emploi et des conditions stressantes qui ne peuvent que renforcer leur détresse et leur sentiment d'exclusion. On constate qu'en contexte de pénurie de main d'œuvre, il y a, présentement, une forte pression pour un retour au travail rapide et ce, dans des conditions qui précarisent parfois la santé mentale des personnes.

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

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

« Ce qui est majeur, c'est la pauvreté. Même avec les organismes, l'aide alimentaire, les spéciaux, on y arrive pas. Ça rend les gens dépressifs et ça les amène même au suicide. C'est arrivé à mon frère. »

Johanne, 60 ans, citoyenne participant à un Porteur de parole, Montréal, 2018.

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

Et moi, et nous?

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

Nous revendiquons que toute personne, peu importe où elle vit et où elle souhaite vivre, ait accès et puisse choisir parmi une gamme d'hébergement et de logements diversifiés, abordables, accessibles, de qualité, et ce, sans discrimination et dans le respect de ses droits.¹

¹ Revendication développée par le collectif *Se donner du souffle* de la région de Chaudière-Appalaches.

Les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sont plus souvent mal logées, du fait de la discrimination ou de la difficulté à accéder à un logement social, faute de place. Le pourcentage de personnes qui vivent avec un diagnostic en santé mentale n'ayant pas accès à un logement convenable est plus élevé que celui rencontré dans la population en général (27% contre 15%). Ces personnes peuvent également avoir besoin de soutien communautaire au logement, forme d'accompagnement largement sous-financée par le gouvernement québécois. Lors d'une collecte de témoignages en 2018, les personnes fréquentant les ressources alternatives ont témoigné ainsi de leur vécu en lien avec leur logement: «solitude ; insécurité; peur d'une augmentation de loyer; insalubrité; peur

de l'expulsion; discrimination en lien avec le diagnostic.»

De plus, nous vivons une période de crise du logement, alors que le taux d'inoccupation avoisine les 1% dans plusieurs villes. La conséquence: le prix des logements augmentent, les propriétaires discriminent davantage, et les personnes les plus pauvres ou marginalisées luttent pour avoir accès à un logement salubre, sécuritaire et abordable. Parce que le logement est un déterminant important de la santé mentale, parce qu'il est à même d'assurer la réalisation de plusieurs droits humains, les différents paliers de gouvernement doivent agir pour s'assurer que le droit au logement soit assuré dans chaque ville et village.

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

«L'accès à un logement social me libère, pour une part, de la servitude matérielle liée à l'argent et au loyer. (...) Cela m'a redonné de la liberté d'une façon extraordinaire! Le logement social a changé ma vie! Il a littéralement transformé mes conditions de vie en me permettant de me réaliser plus pleinement comme individu et comme citoyen et en me donnant un accès un peu plus complet aux biens de première nécessité.»

Frédéric Mailhot Houde, «La chance d'une vie: le logement social avec soutien communautaire», *Journal Ailleurs et autrement* 2019.

Et moi, et nous?

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

Que toute personne ait accès à du transport public abordable intra et inter régional, adapté à ses besoins.¹

¹ Revendication développée lors des journées *Se donner du souffle* du Bas St-Laurent.

« Dans certaines villes, quand transport collectif il y a, les personnes n'ont pas droit à plus d'un sac d'épicerie avec elles. D'autres doivent errer des heures avant que la navette de retour les ramène à la maison. »

«Le transport collectif offert par l'organisme m'a permis d'améliorer mes conditions de vie et de briser l'isolement.»

Un membre du Phare, source d'entraide, Farnham

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

Un membre d'Entrée chez soi

Dans bien des localités du Québec, les personnes défavorisées sur le plan économique, peinent à se déplacer, que ce soit pour se nourrir, participer à une activité, rencontrer ses proches, aller à ses rendez-vous médicaux ou même au travail. Avoir une voiture étant souvent inaccessible, il reste le transport collectif. Toutefois son accessibilité demeure limitée en termes de lieu desservi, d'horaire, de coût. Or, la question de la mobilité n'est pas qu'une question de transport : quand on est restreint dans nos déplacements, ça porte atteinte à nos droits, à notre participation citoyenne, à notre besoin de nous mettre en lien avec d'autres personnes.

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

Pour aller plus loin, consultez la **Brochure Tarif social 101** du Mouvement pour un transport public abordable, une ressource utile!

¹ Direction de la santé publique de Montérégie, Avis de santé publique de la Montérégie: favoriser le transport collectif abordable: une action à fort potentiel d'impact sur la santé. p.10

Et moi, et nous?



3^{eme} chantier : Pratiques et approches respectueuses

9. Avoir accès et pouvoir choisir parmi des alternatives

9.1 Que toutes les personnes puissent faire des choix libres et éclairés et aient accès (tant financièrement, géographiquement et sans être limitée dans le temps) à des alternatives¹ pour prendre soin de leur santé mentale et ce, qu'elles aient ou non un diagnostic ou peu importe la nature de celui-ci.²

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

1 Services d'écoute, groupes d'entraide, groupes d'entendeurs de voix, psychothérapie, art-thérapies, médecine alternative reconnues (ostéopathie, acupuncture, massothérapie)

2 Revendication développée lors des journées *Se donner du souffle* des Laurentides

Au Québec, les approches psychosociales, les thérapies ne sont pas accessibles à tous et toutes. Malgré ses prétentions, le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), plutôt que d'élargir l'accès à la psychothérapie, tel que l'annonçait M. Gaétan Barrette en décembre 2017, vient plutôt resserrer cet accès : accès selon le diagnostic, par étapes et pour certains types de pratiques reconnues par les guides...

Les personnes qui fréquentent nos groupes le disent : elles veulent pouvoir choisir, à partir

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

«Lorsque je suis triste, on m'isole et on m'attache.»

«Les intervenantEs ne me traitent pas de la même manière, si ils, elles ont lu notre dossier. »

«Les médecins lui ont dit que ça s'appelait «TPL» et qu'en acceptant les médicaments ça irait mieux. Personne n'a cherché à comprendre ce qu'En-Fan a vécu. On lui a juste dit de vivre le moment présent, de prendre ça et que ça irait

Et moi, et nous?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Depuis de nombreuses années, les personnes qui fréquentent nos ressources, demandent des espaces pour parler librement de leur médication, s'informer, être accompagnées dans leurs décisions afin d'améliorer leur qualité de vie à court et à long terme. Dans leur démarche vers l'autonomie, elles ont aussi besoin du support et de l'accompagnement des

professionnels œuvrant dans le réseau de la santé. C'est pourquoi il est important que ces derniers puissent être informés de l'approche de la Gestion autonome de la médication et des outils disponibles.

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

Et moi, et nous?

GAM
Gestion autonome
de la médication

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

Nous revendiquons :

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

11.2 Que l'expertise du milieu communautaire en intervention de crise soit reconnue, et que sa capacité d'intervenir dans le milieu pour répondre à l'urgence sociale soit reconnue et soutenue¹.

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

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

rence et la continuité.

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

«Les services de santé attendent une situation dangereuse pour fournir l'accès à de l'aide psychiatrique.»

«Il manque des services de prévention pour que ma santé mentale se stabilise.»

«Si tu arrives à l'hôpital et que tu as l'air «bien», rien n'est mis en place. Tu reviendras quand tu seras en crise.»

Et moi, et nous?

Pour aller plus loin

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

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

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

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

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

ONU, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, par Juan E.Mendez, A/HRC/22/53, 26 pages, 1^{er} février 2013.
Zeid Ra'ad Al-Hussein

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

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

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

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

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

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

Merci à ceux et celles qui ont contribué à cette plateforme

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