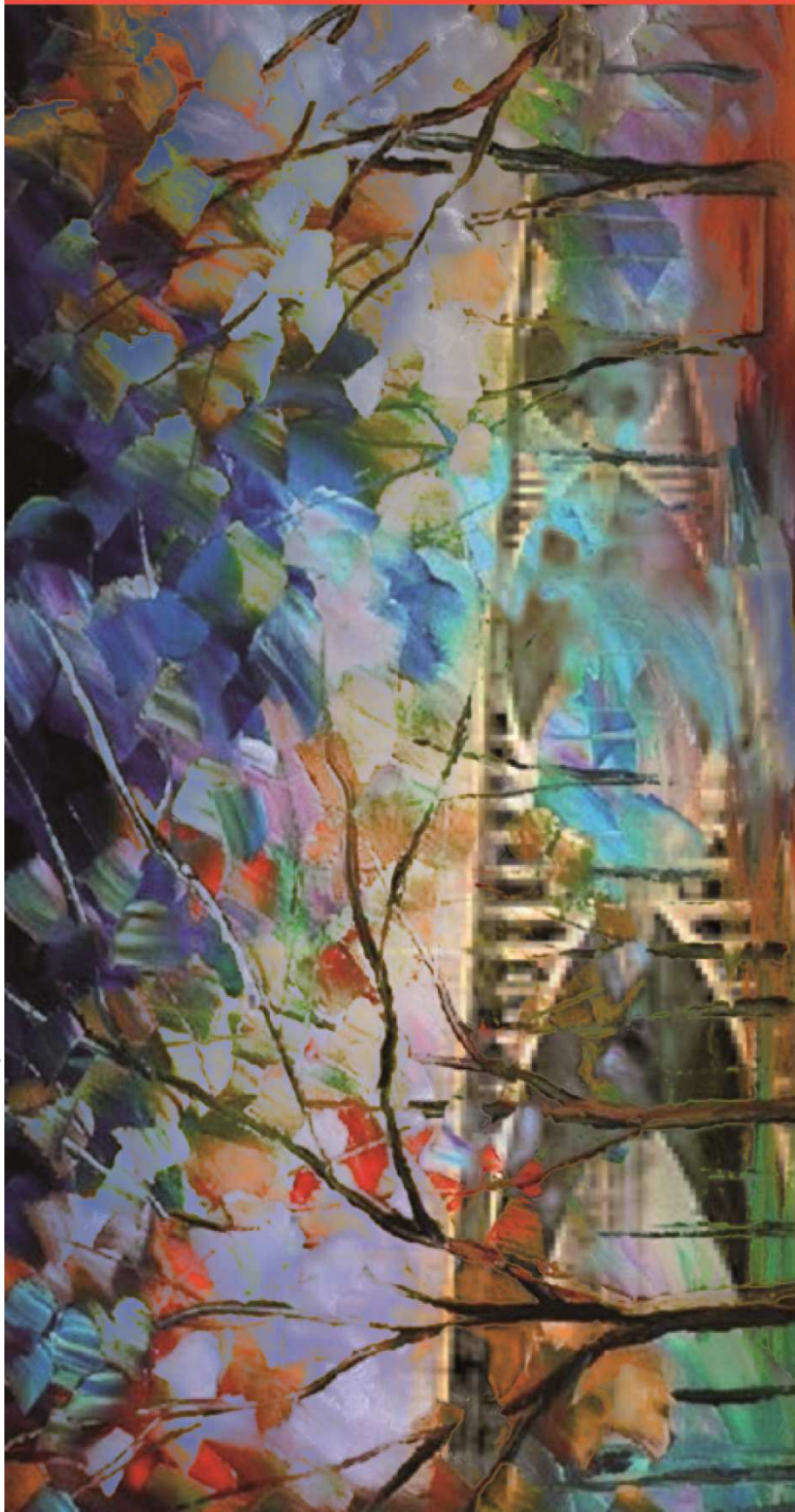


***C
a
h
i
e
r

d
e
s***

25^e ANNIVERSAIRE DE L'EN-DROIT DE LAVAL
Colloque: Evolution des droits et du réseau en santé mentale de Laval
Passé et avenir



MAISON DES ARTS DE LAVAL 1395, BOUL. DE LA CONCORDE O.

24 NOVEMBRE 2014 8 H 30 À 22H

MONTMORENCY

***p
a
r
t
i
c
i
p
a
n
t
E
s***

Merci pour votre appui



Fiers de supporter l'En-Droit de Laval!



José Nunez-Melo

Député de Laval

jose.nunez-melo@parl.gc.ca

450 686-2562

Rosane Doré Lefebvre

Députée d'Alfred-Pellan

rosane.dorelefebvre@parl.gc.ca

450 661-4117

Alain Giguère

Député de Marc-Aurèle-Fortin

alain.giguere@parl.gc.ca

450 965-1188

François Pilon

Député de Laval-Les Îles

francois.pilon@parl.gc.ca

450 689-4594



Saul polo



Député de Laval-Des-Rapides
Adjoint parlementaire du ministre
de l'Économie, de l'Innovation et
des Exportations

Bureau de circonscription

400, boulevard Saint Martin, bureau 309
Laval (Québec) H7M 3Y8

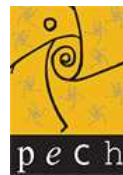
Tél. : 450-668-6077 |

Téléc. : 450-668 -6168

Saul.Polo.ldr@assnat.qc.ca



AGIDD-SMQ
ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE
DU QUÉBEC



Centre de santé et de services sociaux
de Laval



MAISON
DES ARTS
DE LAVAL

Déroulement de la journée

08h30	<i>Inscription</i>
09h00	<i>Mot de Bienvenue</i>
09h30	<i>Présentation du cahier des participantEs</i>
10h15	<i>Pause</i>
10h30	<i>Panel sur l'évolution des droits et du réseau avec Doris Provencher de l'AGIDD-SMQ, Jean-François Denis, Psychiatre de la Cité de la Santé et Jean Parratte ex-directeur du département de psychiatrie de la Cité de la Santé</i>
12h30	<i>Dîner</i>
13h30	<i>Panel sur les perspectives avec Jean-Nicolas Ouellet de Camée, Thaïs Mikie de Carvalho Otanari de l'Alliance internationale de recherche universités-communautés (ARUCI-SMC) et Benoît Côté de PECH</i>
15h30	<i>Pause</i>
15h45	<i>Discussions collectives</i>
17h00	<i>Souper</i>
19h30	<i>Spectacle aux bénéfices des activités de L'En-droit de Laval: Maudite Mémoire, Mémoire Maudite avec Michel Faubert, André Marchand et Dominique Lanoie</i>
22h00	<i>Fin</i>



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir



Allocution du C.A. de L'En-Droit de Laval

Tout d'abord, nous vous remercions de votre présence. Nous souhaitons saluer les bénévoles, l'équipe de travail, nos commanditaires et partenaires sans lesquels nous n'aurions pas pu organiser ce colloque. Cela fait 25 ans qu'existe un organisme de défense des droits en santé mentale à Laval. Jusqu'en 1994, notre organisme combinait les mandats de défense des droits et de groupe d'entraide. Jusqu'à ce moment, notre organisme se nommait le Schizographe avant de devenir, par la suite, L'En-Droit de Laval avec comme mandat la promotion et la défense des droits en santé mentale.

Le changement de mandat n'a pas été simple. L'En-Droit ne devait pas être un bureau d'avocat mais un groupe d'accompagnement en défense des droits. C'est avec Claude Gingras, coordonnateur de 1997 à 2005, que s'est clarifié le mandat. C'est aussi avec lui que l'approche critique animée par les traditions de l'anti-psychiatrie (Ronald D. Laing, David Cooper, Thomas Szasz, Franco Basaglia) s'est mise en place. Dans la pratique de l'accompagnement, cela signifiait qu'il fallait rapprocher les employéEs des usagers-ères de manière à mieux comprendre le vécu de ces derniers et dernières. Comme cela avait été le cas des groupes populaires de défense des droits dans les années 1970, le local était et reste généralement ouvert à la venue des usagers-ères sans rendez-vous. Nous appelons cela un accueil libre qui favorise la défense des droits. La présence des usagers-ères au local permet d'avoir une base de gens prêts à s'impliquer, participer à des activités militantes, assister à des café-rencontres, socialiser, etc. Très souvent, les usagers-ères nous amènent des cas de gens qui ont besoin d'aide. Par ailleurs, la simple proximité entre les employéEs et les usagers-ères permet aussi à ces derniers et dernières de mieux se familiariser sur leurs droits en tant que personne ayant ou ayant eu un problème de santé mentale.

Pour Claude Gingras, le local devait être un lieu de libération pour lutter contre

l'oppression. C'était donc un lieu où les membres devaient travailler à la réappropriation du pouvoir. Il fallait donner du pouvoir et le pouvoir aux usagers-ères. Cette conception continue d'animer L'En-Droit. Évidemment, une fréquentation journalière de 30-40 personnes, un local exigüe et les nécessités de la défense individuelle des droits qui demandent de la confidentialité dans le traitement des dossiers, rend compliquer ce travail de réappropriation du pouvoir. Par ailleurs, l'idéologie sociale dominante qui renforce l'individualité agit à contre-courant de l'esprit de solidarité qui est le socle de la véritable libération qui ne peut se faire que regroupée. À cet égard, les conflits de personnalité entre les individus créent des diversions qui ralentissent ce processus de libération par le groupe.

L'En-Droit rejette le modèle de psychiatrie autoritaire qui ne voit que les aspects biochimiques des problèmes de santé mentale. Depuis la désinstitutionalisation, il y a eu certes des avancées. Cependant, la loi sur la dangerosité est sensé être une loi d'exception parce qu'évidemment, elle contrevient à des droits fondamentaux. Cantonner une personne dans un département psychiatrique contre son gré, c'est une atteinte à ses droits mais qui se justifieraient compte tenu de sa dangerosité alléguée pour elle ou autrui. Le risque d'être privé de ses droits, de sa liberté, de ses repères, de ses habitudes fait peur à beaucoup de personne qui, par n'importe quelle manière, refusent de rencontrer des psychiatres ou des professionnels de la santé. Plusieurs de ces personnes vivent une très profonde détresse émotionnelle. Entre les personnes internées et les psychiatres, les conditions gagnantes d'une véritable alliance thérapeutique sont loin d'être au rendez-vous. Se battre pour ses droits fait partie intégrante de la réappropriation du pouvoir et de l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière. Quand on parle de l'intégrité et l'inviolabilité de la personne, la liberté de la personne, et l'autonomie de la gestion de ses

Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

biens et de sa personne : on parle de droits fondamentaux. Aussi, on doit tout mettre en oeuvre pour construire de nouveaux rapports entre le psychiatre et l'usager-ère afin que le professionnel soit au service de la personne et non pas comme une autorité qui va disposer de sa vie.

La société ne la fait pas facile aux personnes qui ont ou qui ont eu un problème de santé mentale. Se trouver un emploi n'est pas facile. Les revenus de l'aide sociale sont faméliques. Le coût des loyers est exorbitant. Les lieux où les gens peuvent socialiser de jour, de soir et de fin de semaine sont plutôt rares. Un organisme de défense des droits doit travailler sur les déterminants sociaux de la santé mentale. S'organiser pour le droit au logement, lutter pour obtenir des lieux de libération et de réappropriation du pouvoir où on pourra mieux s'organiser pour défendre ses droits, intervenir publiquement pour dénoncer des politiques publiques qui ne conviennent pas à nos besoins : tout ça fait partie de la défense des droits.

Traditionnellement, L'en-Droit ne craignait pas de lancer des débats au sein des milieux plus alternatifs de la santé mentale. Plusieurs articles de réflexion ont été publiés dans le Tout-Droit. Ces articles pouvaient être écrits par des employéEs mais aussi par des usagers-ères. En 2010, nous avons fait un colloque sur la réappropriation du pouvoir et de l'entraide; la demande de débat sur ces principes venait de nos membres. On a toujours pensé que ces principes étaient fondateurs du mouvement alternatif et qu'il fallait en discuter. On a préconisé la mise sur pied d'une table de concertation d'organismes et d'usagers pour mettre sur pied des ressources « par et pour ». Nous n'avons jamais eu l'idée d'aller chercher des ressources financières auprès d'autres organismes. On le sait que tous les organismes ont de la misère à arriver et qu'il nous manque de la main-d'œuvre et de l'argent pour faire rouler notre ordinaire. L'idée est de permettre le foisonnement de tels groupes « par et pour » de manière à démontrer davantage au réseau et aux autorités publics qu'il y a un solide noyau

d'implication de gens ayant ou ayant eu un problème de santé mentale. La libération des oppriméEs a toujours appartenu à elles et eux principalement et la mise sur pied de telles ressources peut-être un jalon dans cette démarche. Le seul fait de s'impliquer, de réaliser quelque chose aide à l'estime de soi et à la reprise de confiance en ses propres forces et cela est le début de réappropriation du pouvoir sur sa propre vie.

La pratique a montré qu'il faut avoir un territoire et des lieux concrets beaucoup plus spacieux que les seules limites physiques de son local d'appartenance. En même temps, il apparaît important de travailler sur les déterminants sociaux de l'oppression des personnes ayant ou ayant des problèmes de santé mentale. Dans ce contexte, la problématique du logement social a été soulevée comme une question pressante. Ainsi a émergée la proposition de mettre sur pied une OBNL d'habitation qui puisse offrir un lieu où s'organiser en groupes « par et pour » assurerait aux membres un milieu de vie plaisant et épanouissant.

Il s'agit de négocier avec des autorités publiques, des propriétaires de terrain, des intervenantEs du réseau pour avoir du terrain et des services qui correspondent aux aspirations de nos membres. C'est une pratique nouvelle pour nous. Travailler avec des partenaires, négocier, mais sans renier aucun de nos principes et éviter de se mettre le bras dans le tordeur, c'est pas évident. Mais si on veut des milieux de vie adéquats et concrets, il nous faut poursuivre ces démarches.

On ne peut pas oublier non plus que ça ne règle pas les problèmes de toutes les personnes qui ont ou qui ont eu un problème de santé mentale à Laval. C'est plus ou moins 20% de la population de Laval. Dans le réseau, il y a certaines approches qu'on considère plus respectueuse des droits. On doit trouver des manières intelligentes pour faire infléchir les choses dans le sens de notre vision. Discuter, mettre carte sur table, entamer un dialogue, faire valoir nos revendications, il faut le faire et on le fera. Le colloque vise donc à entamer un



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

dialogue large et on y associe notre base à ce processus.

Le premier panel portera sur l'évolution des droits et du réseau de la santé mentale de Laval mais qui a beaucoup de ressemblance avec la situation dans l'ensemble du Québec. Doris Provencher, la directrice de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, l'AGIDD-SMQ, nous entretiendra de l'évolution des droits depuis les débuts de la désinstitutionnalisation pour ensuite faire un bilan sur la situation actuelle. Où en sommes-nous? Avec fermeté elle affirme que le contrôle et la coercition sont de plus en plus présents dans le système psychiatrique. Dr Jean Parratte, fort de son expérience de la psychiatrie communautaire européenne, cet ancien directeur du département de psychiatrie de la Cité de la Santé nous parlera de son regard sur l'évolution du réseau psychiatrique. Dr Jean-François Denis, lui aussi ancien directeur du département psychiatrique de la Cité de la santé nous entretiendra sur le regard social négatif d'une fraction de la population envers les gens qui ont ou ont eu un problème de santé mentale, renforcé, entre autres, par des media et des préjugés tenaces, qui pousse les psychiatres à appliquer des mesures qui peuvent nuire à l'alliance thérapeutique. Malgré tout, le réseau actuel fait plus de bienfaits que de méfaits.

Plusieurs questions intéressantes seront soulignées durant ce panel. On nous parle d'alliance thérapeutique entre usagers-ères et psychiatre. Est-ce que cela se fait dans des conditions où un lien de confiance mutuelle peut s'établir? Plusieurs cherchent à s'éloigner du réseau actuel à cause des droits fondamentaux qui sont bafoués. Comment les mobiliser? Est-ce que ça vaut la peine alors que la demande est forte et que les autorités policières et judiciaires fournissent les départements psychiatriques? Les usagers-ères ont besoin d'alliéEs pour les supporter dans leur soin. Les trouvent-ils dans le réseau? Chez les parents et amis? Dans les organismes communautaires? L'organisation actuelle permet-elle aux psychiatres d'être sur le terrain et de comprendre dans quel environnement

social vivent les usagers-ères? Quelle est la place des droits là-dedans? Malgré des gains indéniables depuis les années 50, assiste-t-on actuellement à une détérioration, à un recul de la situation?

Le second panel en après-midi permettra de trouver certaines pistes de solution pour créer une vraie alliance thérapeutique qui respecte les droits des usagers et leur donne du pouvoir sur leur propre vie. La question du logement nous apparaît cruciale. Benoît Côté du Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) vient nous entretenir de SHERPA, une OBNL d'habitation qui accueille des artistes et des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale. Ces derniers et dernières peuvent bénéficier de plusieurs ateliers liés aux arts ce qui fait de l'OBNL un lieu foisonnant de créativité. Thais de Carvalho Otanari nous expliquera comment fonctionne la psychiatrie communautaire brésilienne. Elle s'inspire de l'expérience de Trieste en Italie et est mue par un fort mouvement citoyen de contestation de l'institution asilaire. En Italie, il n'y a plus de loi sur la dangerosité ni non plus d'hôpitaux psychiatriques et les psychiatres doivent être sur le terrain pour mobiliser les personnes avec des troubles de l'âme vers les Centres de santé mentale qui accueillent les gens en détresse. Jean-Nicolas Ouellet, avec sa verve légendaire, viendra nous parler de l'entraide « par et pour ». On y part du principe que « les personnes sont les expertes de leurs propres cas ». Les groupes d'entraide donnent l'occasion aux personnes qui vivent à la marge de la société d'y retrouver une place.

L'expérience des groupes « par et pour » est d'origine anglo-saxonne et s'est construite très souvent en marge des réseaux socio-sanitaires. L'expérience communautaire européenne, dont on s'inspire au Brésil, donne un rôle important aux psychiatres et aux intervenantEs du réseau. Pourrait-on trouver une solution pour faire un amalgame intelligent de ces visions tout cela jouté à l'émergence d'un mouvement citoyen de libération des personnes « psychiatisées »? Les efforts de L'En-Droit pour créer une OBNL d'habitation avec une salle communautaire qui



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

permettrait à des groupes « par et pour » d'émerger peuvent répondre à une partie du besoin. Maintenant, si une bonne partie des personnes ont été désinstitutionnalisées, il faudrait peut-être penser à désinstitutionnaliser le personnel du réseau actuel. Que des gens du réseau, des psychiatres, des médecins de famille, des travailleurs sociaux, infirmières et autres intervenantEs viennent visiter, certes avec des horaires précis, les personnes là où elles résident, là où elles organisent leur libération, ça permet d'avoir un réseau plus « groundé » à la réalité des gens, un réseau qui accompagne et s'allie avec les personnes qui souffrent émotionnellement. Être l'invité de quelqu'un, ce n'est pas comme être l'expert qui reçoit et qui impose son cadre d'intervention à l'usager-ère. Il s'agit ici de créer un cadre différent qui permet une relation de confiance et d'alliance véritable. À L'En-Droit, nos membres se sentent comme chez eux. À l'occasion, il faut leur rappeler qu'on a un mandat et que l'accueil libre est là pour favoriser la défense des droits.

À défaut d'abolir dans l'immédiat la psychiatrie comme voudrait Thomas Szasz ou David Cohen, on peut tout de même créer des conditions pour une possible extinction future. L'esprit de la clinique St-Jacques dans les années 70 était de rapprocher les médecins du peuple et les mettre au service de ce dernier.

Ce qui est toujours navrant, c'est de voir qu'il y a un bassin d'expériences, de compétences, de savoirs, de créativité, etc. parmi nos membres et qu'il n'existe pas suffisamment de lieux pour leur permettre d'émerger. En édifiant leurs lieux de libération, il sera possible de mobiliser ce bassin et d'en faire une force collective. En retour, nos membres prendront davantage confiance en leurs propres moyens, ce qui leur permettra de se réaliser davantage. Le réseau doit s'adapter aux besoins de nos membres et non l'inverse. En espérant que notre colloque pourra faire avancer la réflexion dans ce sens.

En vous souhaitant de bons échanges.

Le conseil d'administration de L'En-Droit de Laval



25 ans d'existence

En 1988, il se formait à Laval un centre d'aide aux personnes ayant des antécédents psychiatrique qui s'incorpora, en 1989, sous le nom de Schizographe. C'était surtout un groupe d'entraide, mais il se greffa bientôt un service de défense des droits. Une personne s'en occupait, mais les psychiatres faisaient souvent des plaintes contre cette personne qui était mal soutenue par le Schizographe. En 1990, le gouvernement décida que les services de défense des droits ne pouvaient coexister dans un même organisme offrant d'autres services à cause d'un possible conflit d'intérêt. Dans cette foulée, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec était fondée en même temps que des groupes de défense des droits dans chaque région du Québec dont Laval. Le Schizographe abandonna son volet de groupe d'entraide au profit d'une nouvelle entité, le Cafgraf et fut rebaptisé L'En-Droit de Laval avec le mandat qui devint le groupe de défense des droits.

Une première coordinatrice fut engagée en plus d'une conseillère en défense des droits et d'une secrétaire. Cela ressemblait plus à un bureau d'avocats qu'à un groupe de défense des droits. Les portes étaient sous clef la journée longue et les usagers ne pouvaient accéder au local que sur rendez-vous. L'organisme rayonnait peu au dehors et les demandes d'aide n'étaient pas nombreuses. Le 31 décembre 1994, le Schizographe, nom beaucoup trop psychiatrique, fut rebaptisé En-droit de Laval et les lettres patentes mettaient clairement la défense des droits au centre de la mission de l'organisme. En 1995, les membres en assemblée générale, insatisfaits de cette politique élitiste, congédiaient la coordinatrice. Un coordonnateur intérimaire à temps partiel fut choisi jusqu'à l'engagement d'une nouvelle coordinatrice. Cette dernière, plus compétente juridiquement, continua la tradition de bureau d'avocat qui isolait L'En-droit de ses membres. De plus, elle était impatiente avec les membres, ce qui cadrait mal avec la politique d'empowerment de ses membres. Elle oeuvra de mars 1996 à mai 1997, moment où elle fut

congediée. Elle fut remplacée par Claude Gingras.

C'est à ce moment que L'En-droit prit son envol. Les demandes d'aide doublèrent dès la première année, en 2005, elles étaient multipliées par 9. L'En-droit a ouvert ses portes aux personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Cela élargissait leurs possibilités de s'impliquer, créait une communauté solidaire qui pouvait échanger sur les droits et se mobiliser sur les droits collectifs, donc de plus grandes possibilités d'empowerment, de prise de conscience de leur potentiel, d'accepter les limites des autres. Comme il est dit dans la politique d'accueil : « L'En-droit ne s'arrête pas (voire même les oublie) aux défauts, aux diagnostics, aux problèmes émotionnels ou autres que les personnes vivent. Il est là pour accueillir et non discriminer. Il est là pour défendre et non pas pour accuser ou diagnostiquer. » Cela permettait de rentrer en contact avec des itinérantEs. D'ailleurs, contrairement aux anciennes équipes, il se fit des diffusions de dépliants dans le métro, les CLSC, l'hôpital et partout où l'on pouvait atteindre notre clientèle. En plus du comité d'action politique, il s'organisa deux périple en autobus axés sur l'histoire de la psychiatrie et des psychiatisés avec l'organisme l'Autre Montréal et deux fêtes-conférences dès 1998, deux autres conférences publiques en 1999 sur comment renforcer le pouvoir des usagers ou sur l'isolement et la contention. En 2000, il y eut la rencontre sur la pauvreté organisée avec d'autres organismes. En 2001, on fit une journée sur Émile Nelligan. En 2003, on participa à une étude sur les attentes des usagers. En 2004, il y eut des cours sur l'autre côté de la pilule et le soutien conseil entre pairEs. Durant ces années, il se donna à plusieurs reprises des cours sur les droits en santé mentale précédés d'autres cours sur la vision alternative en santé mentale. Au cours de toutes ces années, l'En-droit s'impliqua dans plusieurs luttes sur l'aide sociale, les logements sociaux et contre les coupures des services sociaux. Il préconisait une attitude combative dans les luttes et critiqua les stratégies trop conciliantes des groupes communautaires et

Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

des syndicats. Il s'impliqua contre le congédiement de Jean-Guy Dupéré de l'Urgence sociale et contre la fermeture d'une ressource de thérapie alternative en santé mentale à Laval, Le Sablier, qui dut malheureusement fermer faute de financement et à cause du sabotage des psychiatres qui voyaient d'un mauvais œil cette ressource. On appuya une autre ressource, le 381 à Québec, qui réussit à résister aux psychiatres. La collaboration des hôpitaux était presque nulle et on sentait l'hostilité du personnel lorsqu'on se rendait à l'hôpital. On nous reprochait de faire sortir les psychiatisés de l'hôpital! Par contre, la collaboration s'établit peu à peu.

Lorsque Claude Gingras dut abandonner la coordination en décembre 2005, je le remplaçai jusqu'en 2010. Je continuai la même politique de tolérance et d'accueil des personnes psychiatisées. Cette tolérance déplut au Relais communautaire qui nous expulsa de ses locaux en 2008. En catastrophe, nous dûmes déménager relativement loin de notre clientèle dans le secteur industriel sur Francis-Hughes. Il existait toujours un comité d'action politique, des visionnements de films éduquant sur les valeurs alternatives en santé mentale, des rencontres sur la toxicomanie, des cours sur les droits en santé mentale. Il y eut mobilisation massive sur le colloque sur la médication autonome. On organisa une sortie de théâtre pour la pièce de Claude Gauvreau « la charge de l'original épormyable », une féroce critique de la psychiatrie. On appuya plusieurs luttes dans la même tradition combative: pour l'abolition des électrochocs, participation à un commando bouffe pour dénoncer l'hypocrisie des guignolées de décembre, une campagne contre la contention, l'isolement et les substances chimiques, pour une politique sur l'itinérance, contre les coupures à l'aide sociale, manifestation contre la tarification et la privatisation des services sociaux, etc. Cependant l'éloignement nous fit perdre des membres, les demandes d'aide diminuèrent et nous avons déménagé à nos locaux actuels en 2010. Je pris alors une semi-retraite et laissai la coordination à Richard Miron.

Celui-ci continua dans la même tradition combative. Nous avons organisé en 2010 un colloque sur la réappropriation du pouvoir attirant 69 personnes. Nous avons démarré avec d'autres groupes une OSBL d'habitation « la Maison du peuple ». Nous avons fait un barbecue populaire sur le logement social regroupant 80 personnes et participé à une manifestation sur le même sujet. Devant l'insuffisance de nos subventions, on a fait un piquetage regroupant 30 personnes devant les locaux de l'Agence de santé et des services sociaux de Laval. Nous avons été aux manifestations de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics. Les demandes d'aide augmentèrent à nouveau suite au déménagement. Malgré certaines divergences avec la Cité de la Santé, notamment sa persistance à administrer des électrochocs, les relations avec l'hôpital se sont améliorées, car il admet maintenant le droit des personnes psychiatisées à être défendues.

Au niveau des droits, à cause des stratégies de concertation, il y eut peu de gains réels. Par exemple, on se sert allègrement des ordonnances de traitement pour contourner la loi P-38. Le nombre de gardes en établissement, d'ordonnances de traitement et d'électrochocs a augmenté, les stipulations de ces lois ne sont même pas suivies notamment au niveau de la représentation des psychiatisés en Cour, la consommation des médicaments a augmenté, la consommation des antidépresseurs notamment. Dans les commissions scolaires, on impose des médicaments psychiatriques aux enfants dérangeants.

L'En-droit continuera toujours à accueillir et défendre les personnes les plus démunies de la société qui subissent des traitements barbares comme les électrochocs, qui se font expulser de leur logement ou se font couper l'électricité en plein hiver, se font couper l'aide sociale avant d'avoir pu se défendre, etc. Cela crée une solidarité des plus chaleureuses entre nous et ça me motive à continuer même si j'ai dépassé de plusieurs années l'âge de la retraite.

Jacques Saintonge.



Depuis 25 ans on a relevé des défis et on va continuer à le faire (version abrégée du rapport politique votée à l'AGA de juin 2014)

Cela fait maintenant 25 ans qu'existe un groupe de défense des droits en santé mentale dans la Région de Laval. À ses débuts en 1989 et jusqu'en 1994, L'En-Droit se nommait le Schizographe et, en plus de la défense des droits, l'organisme faisait aussi office de groupe d'entraide. Pour mieux répondre aux besoins en défense des droits des gens ayant ou ayant eu un problème de santé mentale, il est apparu favorable que, dans chaque région administrative du Québec, soit créé un organisme dédié à ce mandat. La transformation du Schizographe en L'En-Droit répondait donc à ce besoin.

L'En-Droit devait être préoccupé par la défense des droits individuels des usagers ayant ou ayant vécu un problème de santé mentale (PSM) mais il devait aussi montrer que les problèmes ne pouvaient pas se régler seulement par le seul travail judiciaire. La défense collective des droits devait aussi être envisagée. Au niveau du droit à l'aide sociale, on aurait beau faire en sorte que tous nos membres obtiennent le programme de solidarité sociale (les contraintes sévères) qu'on n'aurait pas réglé le problème de la pauvreté. Au niveau du droit de la santé, on aurait beau s'assurer que toutes les procédures judiciaires soient intégralement respectées qu'on n'aurait pas vaincu l'exclusion sociale dont sont victimes les personnes ayant ou ayant eu un PSM. La défense collective des droits a demandé que L'En-Droit s'organise de telle manière que ses locaux soient libres d'accès. Le fait que L'En-Droit anime un petit réseau social lui sert lorsqu'il s'agit d'organiser des activités revendicatives.

Toujours des accrocs au consentement aux soins

Les gens avec ou ayant vécu un PSM sont responsabilisés pour les « problèmes » mais déresponsabilisés pour les « solutions ».

Selon les chartes, on présume que touTEs les citoyenNEs sont capables de consentir à leurs soins. Les internements psychiatriques et les autorisations judiciaires de soin (ordonnances de traitement) sont des exceptions qui sont encadrées légalement. Cela veut dire que forcer quelqu'un à subir un traitement qu'il ne désire pas, le forcer à prendre une médication non désirée, cela devrait être vraiment l'exception. Par contre, dans la pratique judiciaire, peu importe qu'il y a eu certaines entorses aux procédures légales (ne serait-ce que s'assurer qu'une personne ait été avisée des actions légales menées contre ses libertés), le simple témoignage du médecin traitant en cour à titre d'expert suffit presque tout le temps pour aller de l'avant avec l'internement ou l'ordonnance de soin. Un accrocs grave aux droits et libertés devrait toujours être évalué avec circonspection. Admettre comme expert, bien souvent le seul, une personne, le médecin traitant, qui est partie prenante pas nécessairement dans l'intérêt de l'utilisateur, pose un sérieux problème quand il s'agit de faire une évaluation objective d'une situation. La psychiatrie, malgré tous ses protocoles, est loin d'être une science exacte exempte des préjugés des équipes soignantes.

La capacité de consentir à ses soins demeure toujours une des bases des libertés fondamentales et de fait, de l'exercice d'une pleine citoyenneté d'adulte. On doit présupposer qu'une personne ait droit à son corps et à sa personne et qu'elle va faire ce qui est nécessaire pour s'en occuper de manière raisonnable. S'il y a de très bonnes raisons de supposer qu'une personne est dangereuse pour elle-même et menace son intégrité physique et psychique (mais aussi celle des autres), c'est là où des lois d'exception peuvent intervenir. Limiter la capacité de consentir à ses soins revient à supposer qu'une personne n'est plus un majeur juridique sur certains aspects de sa vie. Le ou la psychiatre, les équipes soignantes,

Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

les juges, les intervenantEs sociaux, les parents et amis, etc. peuvent penser qu'ils agissent pour le bien de la personne comme un père ou une mère de la famille le feraient pour son enfant qui n'ont pas toutes les facultés juridiques de décider ce qui leur convient. La limitation de la capacité légale de consentir aux soins s'accompagne d'une sorte de « paternalisme bienveillant » et d'une pratique d'infantilisation sociale.

Les médicaments, les codes de vie infantilisants, les thérapies, tout cela pour avoir l'air de quelqu'un de « normal » ce n'est pas nécessairement une manière de contribuer à amener une personne de se réapproprier une véritable citoyenneté. Plusieurs intervenantEs du réseau qui se disent partisanEs de l'idée du « rétablissement » posent les choses ainsi. Il y en a d'autres qui présentent le « rétablissement » d'une manière différente. La lutte pour se réapproprier un pouvoir sur sa propre vie mais aussi pour se libérer de l'exclusion contribue davantage à un vrai rétablissement. Il ne s'agit pas de chercher à avoir de l'air d'un archétype idéal fixé dans des manuels mais de faire en sorte qu'on puisse contribuer à la vie sociale avec ses forces, ses compétences, ses expériences, son originalité, ses pratiques de solidarité, etc. Les médicaments et les thérapies, ça peut aider mais c'est insuffisant. Un logement, une reconnaissance sociale, un niveau de vie décent, ça c'est essentiel et ça ne peut qu'être obtenu dans la lutte et l'organisation de lieux de luttes. La lutte de libération des oppriméEs appartient principalement aux oppriméEs qui la mènent. Il n'appartient pas aux parents, amiEs et alliéEs des personnes qui ont un problème de santé mentale d'indiquer la voie à ces derniers; ils et elles ne sont là que comme accompagnateurs et accompagnatrices. Ils et elles ont un rôle accessoire dans la lutte pour transformer leur vie.

En étant sur le terrain, en étant en contact avec la réalité des gens, les intervenantEs sont mieux en mesure de saisir les interactions que vivent les personnes ayant un problème de santé avec leur milieu environnant.

La santé mentale est un fait principalement social et politique qui s'inscrit dans un contexte socio-historique donné. Ce n'est qu'accessoirement un problème biochimique et psychologique. Sans saisir l'environnement social et politique dans lequel une personne vit, la solution à un problème de santé mentale est aussi illusoire que le narcotique qu'on prescrira aux patientEs pour soulager sa souffrance.

La parole des membres usagers, des personnes utilisatrices de service comme il est dit dans le réseau, peut s'exprimer en autant qu'elle ne s'éloigne pas trop de la parole dominante. L'opprimé, tient la pérennité de son oppression, du fait qu'il a assimilé l'idéologie de l'opprimeur qui donne à l'opprimé un rôle de citoyen de deuxième classe. La parole de l'oppriméE ne sera complètement libre qu'une fois qu'il aura pris conscience de ses intérêts propres et distincts et qu'il en aura fait un nouveau discours exprimant sa réalité.

L'opprimé doit s'organiser librement pour réfléchir à son oppression, se définir un programme de lutte et organiser sa libération. Il doit avoir des lieux pour ce faire. Il doit avoir ses propres organisations. Sa libération ne peut être faite sous la supervision de ses geôliers ni de personnes qui ont assimilées l'idéologie de l'opprimeur.

On a désinstitutionnalisé les personnes. Désinstitutionnisons le personnel du réseau

Pour le mouvement alternatif en santé mentale, la question n'a jamais été de nier l'existence d'un mal de vivre émotionnel profond chez certaines personnes. La question était plutôt de remettre en cause l'extrême pouvoir arrogé par des médecins, des équipes soignantes, des intervenantEs sociaux, des amiEs et parents, voire même des policiers qui pouvaient par des décisions rapides jouées sur le bien-être de personnes qui leur demandaient de l'assistance. Une autorisation judiciaire de soin de 3 ans, ce n'est pas rien. Une garde même provisoire, c'est un accroc à une liberté fondamentale dont la décision qui vient d'un juge doit être prise de



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

manière extrêmement balisée. Et que dire des gardes préventives sur simple décision d'un policier qui aussitôt qu'il entend le mot suicide juge que la personne doit être envoyée à l'hôpital où, en garde préventive, il sera évalué par deux psychiatres dans un délai d'au plus 72 heures.

La demande en soin de santé mentale a augmenté au cours des dernières décennies. Elle a été générée en partie par l'industrie pharmaceutique et la profession psychiatrique qui ont des intérêts objectifs à l'augmentation de cette demande. Elle résulte aussi des conditions même d'un système socio-économique qui engendre concurrence et insécurité économique et, par ricochet, insécurité psycho-sociale. Bien sûr, une machine bureaucratique a intérêt à montrer par des indicateurs qu'elle fonctionne. Le nombre de gens de plus en plus élevé qui la fréquente, le temps d'attente réduit, voilà des indicateurs qui donnent l'impression que la machine répond au besoin. Mais, a-t-on touché aux déterminants sociaux de la santé mentale? A-t-on créé un climat social qui donne aux personnes avec un problème de santé mentale d'avoir un rôle social positif et valorisant?

Il y a eu bien sûr la désinstitutionnalisation qui a été un gain en termes de conquête de libertés formelles. On a désinstitutionnalisé les personnes. Mais le réseau de soin psychiatrique est toujours demeuré fortement institutionnalisé et, de fait, de moins en moins en contact avec sa « clientèle ». Comment comprendre les interactions entre les usagers et le reste de la population dans ce contexte? À la limite, dans un département de psychiatrie, les équipes soignantes ont une certaine idée des interactions. Par contre, elles se font dans un environnement extrêmement normé qui ne permet pas de comprendre véritablement les comportements des gens dans un véritable environnement social.

L'En-Droit de Laval, dans son approche, a toujours mis de l'avant les principes d'accueil et de tolérance et cela dans un contexte où il faut développer une vraie solidarité et une libération complète des personnes. Faire valoir

sa propre « liberté » aux dépens des autres, ça va à l'encontre de la solidarité et de sa propre libération. Par contre, ne faire que de l'exclusion ne fait que développer l'isolement, le contraire de la solidarité. L'En-Droit ne fait pas appel à des règles infantilisantes et inutilement contraignantes mais plutôt à des principes simples qui favorisent la solidarité et la libération.

En accueillant largement, L'En-Droit en vient à connaître ses membres et usagers et connaît les forces et obstacles au développement de la solidarité. On comprend comment les gens interagissent avec les autres. Ce savoir peut même servir pour mieux préparer nos usagers dans leurs démarches juridiques. Il arrive que nos conseillers en droits témoignent pour nos usagers dans certaines causes et que cela donne des résultats positifs.

L'accueil libre de L'En-droit peut servir d'exemple pour le réseau. L'organisme a fait le choix d'être proche de son monde pour mieux le comprendre. Il se peut que cela provoque des stress d'organisation très élevés mais les bénéfices en savoir et en développement d'un réseau social prêt à se mobiliser pour l'organisme et prêt à s'entraider contrecarrent largement les effets négatifs. En Italie, les intervenantEs du milieu de la psychiatrie sont en lien constant avec les usagers-ères. Les psychiatres italienNEs visitent bien souvent les usagers-ères à domicile. Ils et elles ne sont pas enfermés dans des bureaux n'ayant comme contact avec les usagers-ères que des brèves rencontres. L'intervention sociale exige une bonne relation de confiance entre intervenantEs et usagers-ères. Une trop grande distanciation réduit l'efficacité des interventions. Bien sûr, une bonne relation de confiance exige aussi un respect de l'autonomie des gens. Une proximité jugée envahissante n'aide pas. Trop c'est comme pas assez.

Des perspectives

Nos grands axes d'intervention peuvent se résumer en deux éléments : 1) La réappropriation du pouvoir individuel et



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

collectif et 2) Le respect des droits fondamentaux.

Pour ce qui est du premier axe, nous avons, en 2010, fait un colloque sur la réappropriation du pouvoir et de l'entraide où avait été adoptée une proposition pour créer une concertation d'organismes et d'individus pour développer de véritables ressources alternatives. Cette volonté du colloque n'a jamais reçu d'échos. Plusieurs participantEs avaient espéré que les pratiques soient moins infantilisantes et leur permettre un rôle plus valorisant. On espérait des groupes « par et pour ».

La démocratie devrait normalement être un attribut des organismes communautaires qui s'intitulent comme ressources alternatives. Un organisme communautaire possède un Conseil d'administration élu en Assemblée Générale et ce C.A. est redevable envers les membres de l'organisme. En principes, ce sont les volontés des membres qui, collectivement, orientent la marche de l'organisme. Les ressources alternatives sont pour le bien des personnes et sont, en principes, formulées selon les désirs des personnes collectivement. Elles ne sont pas là pour servir de pis aller pour le réseau public qui fonctionne encore avec des méthodes autoritaires et biologisantes pour ce qui est des soins des personnes. Les soins doivent être au service des personnes et non pas les personnes (de simples intrants à traiter) au service d'une machine bureaucratique comme l'est la psychiatrie officielle.

Pour ce qui est des services du réseau, il faut travailler à ce qu'il y ait plus d'interventions sur le terrain et dans la collectivité. À Laval, il existe une équipe itinérante, formée d'un travailleur social et une infirmière, qui s'occupe de l'itinérance. Cette équipe de deux personnes visitent plusieurs organismes et prend le pouls de la situation. Elle recueille de l'information précieuse pour donner de l'aide à certaines personnes que le réseau ne rejoint pas du tout. Au centre-ville de Montréal, il y a des psychiatres qui vont faire des interventions dans des organismes communautaires. Ces interventions se font généralement dans un contexte de respect des volontés des usagers-

ères, ce qui n'est pas le cas dans un hôpital ou un département psychiatrique.

La proposition d'un Centre multi-service relève de cette philosophie. On y voudrait des intervenantEs du réseau y compris des psychiatres et médecins. On est prêt à collaborer avec le réseau en autant qu'il cherche à se connecter davantage avec les besoins de la base quitte à partager des espaces. On vise aussi à la mise sur pied d'organismes « par et pour » contrôlés démocratiquement par les usagers-ères. Une fois que l'OBNL d'habitation La Maison du Peuple de Laval, les espaces communautaires fonctionneront selon la même philosophie. Nous sommes tellement certains que cette philosophie répond aux besoins des usagers-ères et qu'elle forcera de profonds changements de pratiques chez nos « partenaires ».

Pour L'En-Droit, toutes les interventions doivent se faire en respect intégral des droits fondamentaux. Combien de nos membres nous disent qu'ils et elles n'ont pas été aviséEs qu'ils et elles allaient passer en cour pour leur garde en établissement? Un avis judiciaire doit être signifié par huissier. Or, dans les départements psychiatriques, très souvent, la signature d'un infirmier vient remplacer celle de l'utilisateur convoqué. Pourquoi? Parce qu'il ne faudrait pas trop « perturber » le patient qui a besoin de se reposer. Cela serait pour son bien.

La plupart du temps, nous pouvons aller à l'hôpital et informer nos usagers-ères de ses droits. Par contre, à l'occasion, il nous arrive de se faire interdire une rencontre pour des raisons supposément médicales. Là encore, il ne faut pas « perturber » le patient. Dans certain cas, quand nos usagers-ères se rendent volontairement à l'hôpital et réclament des soins, le médecin se pense autorisé à prescrire ce qu'il pense nécessaire et cela même si l'utilisateur a des doutes face aux prescriptions. Si notre usager n'accepte pas la prescription, cela serait qu'il refuse carrément les soins et on lui fait signer un papier de refus de traitement et on le renvoie à la maison. Qu'en est-il de l'alliance thérapeutique prônée par les médecins? Qu'en est-il du dialogue qui doit



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

s'établir entre patientEs et psychiatre? Pour nous, en dernière instance, le consentement aux soins appartient aux usagers-ères et il doit être respecté à moins que, très exceptionnellement, l'incapacité de consentir aux soins soit sérieusement prouvée.

S'il y a de tels accrocs aux libertés fondamentales, est-ce à dire que les lois ne sont pas correctes. Dans le cas des lois de la santé, le gros problème n'a pas tellement trait aux lois comme tel mais plutôt aux pratiques qui existent concrètement dans l'exercice judiciaire. Dans les procédures judiciaires, il existe pleins de tolérance qu'en fin de compte, les lois et procédures ne s'appliquent pas intégralement. Si l'utilisateur n'a pas été avisé légalement, s'il ne consulte pas un organisme de défense des droits, s'il ne connaît pas ses droits, peut-être qu'il n'appellera pas un avocat spécialisé dans le domaine du droit de la santé. Même si l'utilisateur se trouve un avocat quelle est la véritable compétence de ce dernier? Les avocats de corridor qui se pognent des causes sur la flight, ça existe encore.

On le voit, on doit affronter plein de grosses machines. Il y a la grosse machine du capitalisme pharmaceutique qui alimente la machine psychiatrique en pilules et en traitements. Il y a aussi la machine judiciaire qui laisse, dans la très grande majorité des cas, les médecins traitants déterminer ce que seront les traitements. Et il y a la machine bureaucratique psychiatrique organisée principalement autour de la personne du psychiatre qui peut décider des libertés d'une personne qui a un PSM ou qui n'en a pas du tout.

On comprend qu'un petit groupe communautaire de Laval n'est pas capable de renverser ces grosses machines. Par contre, on sait que le système se targue de défendre les droits et libertés. On sait aussi qu'il dit reconnaître aux usagers-ères une capacité de rétablissement, c'est-à-dire une capacité de réappropriation du pouvoir, de plein exercice de la citoyenneté et de consentement aux soins. On sait que le réseau parle d'alliance thérapeutique mais aussi de soins de proximité, d'une

médecine davantage dans la communauté ou à domicile. Il dit reconnaître les ressources alternatives en santé mentale. Il nous laisse critiquer le système même si on n'a pas le droit de le renverser. Il y a certaines choses qui sont subventionnées par les pouvoirs publics et d'autres qui ne le sont pas. C'est donc dire qu'il y a certains espaces existants et qu'il faut les occuper. On n'est pas obligé de vendre son âme pour ce faire. Nous ne sommes pas des poissons qui se laissons appâter.

Il y en a encore du boulot à faire

On rencontre trois gros obstacles. Le premier concerne les préjugés et notre manque de notoriété dans la population en général. Le second a trait à notre manque de financement. Le troisième concerne le manque de formation de nos membres mais aussi des intervenantEs du réseau au niveau de la connaissance des droits.

Le 25e anniversaire de notre organisme est une occasion pour faire connaître notre mission à la population et lutter contre la stigmatisation sociale. On continue à réfléchir à une manière de faire en sorte qu'on puisse profiter de cet anniversaire pour aller chercher le financement nécessaire pour maintenir l'intervention actuelle.

S'il faut se battre pour maintenir notre niveau d'intervention, la fréquentation du local a augmenté aux cours de la dernière année. Cela tient à une augmentation des services mais aussi à une fréquentation à la hausse de l'accueil libre. Nous sommes en train d'atteindre le point au-delà duquel la fréquentation va devenir difficilement gérable et pourrait déranger l'offre de service en défense des droits. Ne l'oublions pas, l'accueil libre doit servir à renforcer notre mandat de défense des droits.

Nous vivons une exigüité de plus en plus criante des locaux. Le propriétaire de nos locaux nous a offert de pouvoir avoir accès au 1er étage en plus du 2e. Nous avons demandé aux autorités publiques de nous appuyer dans cette perspective. L'Agence de la santé et des



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

services sociaux n'a pas d'argent selon leurs dires et nous attendons toujours une réponse du municipal.

Nous avons accru la formation à nos membres. Par contre, l'aménagement des locaux ne favorisait pas le succès de nos activités. Si nous avions des locaux mieux adaptés ou, du moins, l'accès d'autres locaux, nous pourrions inviter des partenaires du réseau pour participer à nos activités. La formation concernera bien sûr la défense des droits mais elle touchera aussi aux valeurs du mouvement alternatif en santé mentale.

Si nous souhaitons faire triompher nos perspectives, la réappropriation du pouvoir et la défense des droits fondamentaux, la formation est nécessaire. Elle est nécessaire ne serait-ce que pour renforcer notre base militante. Si cette dernière est convaincue de la justesse de notre vision, elle s'impliquera davantage dans la défense de ses droits. Si on veut un jour casser la grosse machine, il faut commencer quelque part, en comptant, entre autres, sur nos forces qu'on a trop tendance à sous-estimer.



Panel sur l'évolution des droits et du réseau

Conférenciers-ères

Doris Provencher

Elle est directrice générale de l'AGIDD-SMQ depuis 2002. Depuis 1989, elle travaille dans le milieu communautaire et alternatif en santé mentale, plus spécifiquement dans la promotion et la défense des droits en santé mentale. En 1991, elle participait à la fondation de l'organisme régional de promotion et de défense des droits en santé mentale Pleins Droits Lanaudière. Elle est parmi les premières formatrices de «L'Autre côté de la pilule», une formation critique qui vise l'acquisition de connaissances sur les psychotropes et la compréhension de leurs effets. Elle a d'ailleurs sillonné le Québec dans le cadre de la diffusion de cette formation. Elle a également initié, avec quelques collaborateurs, un ouvrage novateur intitulé «Gestion autonome de la médication : Mon guide personnel» lancé en 2002. Elle est une ardente revendicatrice de l'appropriation du pouvoir des personnes vivant un problème de santé mentale.

Jean Parratte

Il est l'ancien chef du département de psychiatrie et ancien directeur médical de la Direction santé mentale adulte, CSSS Laval. Ces centres d'intérêt sont l'état de stress post traumatique, l'interventions de crise, l'approche familiale systémique et la gérontopsychiatrie. Depuis son arrivée au Canada dans les années 80, il est correspondant étranger pour la revue française « L'Information psychiatrique ». Il est maintenant Psychiatre à l'Hôpital Ste Anne de Bellevue depuis 2011 (clinique de troubles liés au stress opérationnel) en plus d'être professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal

Jean-François Denis

Toujours psychiatre et exerçant en consultation-liaison à la Cité de la Santé de Laval, il a déjà été un ancien chef du département de psychiatrie de cet hôpital.

**L'évolution des droits en santé mentale
«cent fois sur le métier, remettez votre ouvrage»
Résumé du texte de l'Allocution présentée dans le cadre
du colloque soulignant le 25ème anniversaire de
L'en-droit de laval**

PRÉSENTATION de L'AGIDD-SMQ

L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) a pour mission de lutter pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ces droits, fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité, sont ceux de tout citoyen. L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières. La préoccupation de l'AGIDD-SMQ a toujours été de défaire les préjugés et les mythes que subissent les personnes vivant un problème de santé mentale, et ce, à partir de leur point de vue. Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ est administrée majoritairement par des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

L'évolution des droits en santé mentale

De 1945 à 1960, c'est la période de l'après-guerre, le Québec entre dans une ère de prospérité. Les soins médicaux psychiatriques sont peu développés. Les hôpitaux psychiatriques sont des asiles dirigés par des communautés religieuses, situés dans les grands centres et en région dans de petits villages. On y retrouvait tant des «filles mères», des personnes ayant une déficience intellectuelle, des orphelins, des personnes abandonnées, etc.

Au niveau civil, les personnes hospitalisées sont considérées comme des incapables. Elles sont confinées dans la pauvreté absolue, sans possibilité de recourir aux régimes d'assistance

publique et, de ce fait, à tout espoir de s'en sortir.

En 1961, la question des conditions de vie des personnes en institution psychiatrique est dénoncée par la publication du livre « Les fous crient au secours » de monsieur Jean-Charles Pagé, qui a été interné dans un grand hôpital psychiatrique de la région de Montréal et qui raconte son expérience traumatisante. Le gouvernement du Québec doit agir. Plusieurs commissions d'enquête se succéderont et aboutiront, en 1989, à La Politique de santé mentale. Cette politique marquera le début d'une nouvelle étape dans ce domaine.

Parallèlement, le mouvement alternatif en santé mentale au Québec apparaît au début des années 80. Des organismes communautaires voient le jour et leur volonté est de créer un « ailleurs et autrement ».

On crée des endroits où les personnes sont vues de manière différente; on cherche à développer, avec elles, leur potentiel. Elles acquièrent des responsabilités au sein même de l'organisation qu'elles fréquentent, elles reprennent leur vie en mains et elles sont plus en mesure de réintroduire la société.

À la même époque, le mouvement de promotion et de défense des droits prend son envol. Déjà, en 1980, l'Association Québécoise des Psychiatisés et Sympathisants (AQPS) fait une première intervention publique à Québec. En 1981, le groupe adopte le nom d'Auto-Psy (Autonomie-Psychiatisé-e-s) et continue son travail de revendication pour le respect des droits des personnes psychiatisées.

Afin de répondre à la première orientation de la Politique de santé mentale, la primauté de la personne, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec fait de la



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

promotion, du respect et de la défense des droits en santé mentale une mesure essentielle à mettre en place rapidement. En instaurant partout au Québec des groupes régionaux de promotion et de défense des droits, en reconnaissant la place d'organismes d'entraide ayant un volet de promotion et de vigilance des droits, le législateur avait pour préoccupation que les personnes soient aidées et accompagnées dans tous les domaines de leur vie où elles pouvaient éprouver des difficultés à voir leurs droits respectés (santé et services sociaux, travail, logement, etc.).

et aujourd'hui, où en sommes-nous?

Au niveau politique

Les plans d'action et orientations subséquents, sans aller aussi loin que la Politique de santé mentale, maintenaient présentes et vivantes la promotion et la défense des droits en santé mentale. Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens est d'une facture un peu différente. L'accent est mis sur la réorganisation des services et des changements importants y sont proposés. La promotion et la défense des droits y sont incluses, mais de manière « plus discrète ».

Si on se base sur le document de consultation utilisé lors du Forum national sur le Plan d'action en santé mentale 2014-2020, en janvier 2013, l'AGIDD-SMQ considère que l'approche privilégiée en est encore une d'organisation et de prestation de services. Il n'y a pas de vision supportée par des grands principes fondamentaux, qui doivent encourager le changement des pratiques et les façons de faire en santé mentale. Étant donné l'avènement d'un nouveau gouvernement en avril 2014, on ne sait pas si le MSSS va continuer dans le même sens, c'est à suivre.

La médication de l'âme

La question des médicaments de l'âme (psychotropes) est au cœur de la pratique psychiatrique et au centre des préoccupations des personnes qui en consomment. La pilule est perçue aujourd'hui comme la panacée aux

problèmes de santé mentale et les psychotropes sont de plus en plus prescrits comme la principale, voire la seule réponse à la souffrance. Le manque d'information sur la médication (effets thérapeutiques, secondaires, etc..) offerte aux personnes, afin de leur permettre de faire un choix « libre et éclairé », fait toujours partie de leur réalité.

La coercition et le contrôle sont de plus en plus présents dans le système psychiatrique

La garde en établissement

La garde en établissement consiste à contraindre une personne à être hospitalisée contre sa volonté. Les abus de droits des personnes concernées par l'application de la garde en établissement sont légions : les personnes sont peu représentées par un avocat, peu informées de ce qui se passe, peu présentes à la Cour, des « gardes à distance » sont autorisées bien qu'elles soient illégales, etc.

Cela fait des années que les groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale et l'AGIDD-SMQ dénoncent fortement ces abus et que le Protecteur du citoyen reçoit des plaintes à ce propos. Nous attendons les orientations du MSSS, qui selon nos informations, n'arriveront qu'à l'automne 2016! Pourquoi les personnes hospitalisées contre leur volonté doivent-elles attendre si longtemps avant que le MSSS prenne ses responsabilités pour faire respecter leurs droits?

Les mesures de contrôle

En 2002, le MSSS publiait ses Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Pourtant, plus de 12 ans après la publication de ces orientations, force est de constater que l'objectif ministériel de réduire, voire d'éliminer les mesures de contrôle, est loin d'être atteint. Non seulement les pratiques tardent à changer, mais tout ce qui touche à la contention chimique a été occulté des travaux ministériels au fil des ans !

Il est grand temps que le MSSS établisse une cohérence entre les outils légaux et



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

administratifs qu'il a mis en place et la pratique et, qu'enfin, la primauté du droit ainsi que le droit à la dignité et à l'inviolabilité de la personne soient respectés.

Les autorisations judiciaires de soins

Rappelons qu'il existe un outil légal qui permet de contraindre une personne à subir un traitement lorsque celle-ci est déclarée inapte à consentir aux soins et continue de refuser catégoriquement de recevoir ces soins: une autorisation judiciaire de soins. Elle est accordée généralement pour une période de deux, trois, voire cinq ans, et ce, sans possibilité de révision, une fois que le jugement est prononcé.

De façon générale, les personnes font face à cette procédure juridique sans en être informées, sans se faire entendre par le juge et sans être représentées par un avocat. Résultat : les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale voient leurs droits bafoués, notamment : le droit à l'information, à la liberté, à l'inviolabilité de la personne et à son

intégrité, le droit au consentement aux soins, le droit à la représentation par avocat et le droit d'être entendu au tribunal.

Conclusion

La question du respect des droits est toujours menacée. Certes le système institutionnel a développé de nouvelles manières de faire, et des pas ont été franchis dans la bonne direction. Mais, il ne faut pas « s'endormir » et croire que tout va bien. Il faut être attentif, et savoir déceler toutes les actions qui, sous des couverts de préoccupation du bien des personnes, contreviennent à leur autonomie et à leur dignité. C'est un travail incessant pour toutes et pour tous.

Rappelons-nous que l'ignorance des droits permet un abus systémique. Leur respect protège la personne, mais aussi toute la société et qu'il faut «Cent fois sur le métier, remettre notre ouvrage».

Doris Provencher, directrice générale AGIDD-SMQ



La désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec

J.-P. Losson, J. Parratte

INTRODUCTION

La désinstitutionnalisation reste un sujet d'actualité au Québec en 1988, plus de 20 ans après son ébauche.

« Le progressisme général des discours politiques fait que la majorité des acteurs sociaux, institutionnels, alternatifs et communautaires, politiciens, intervenants et usagers paraissent se rallier autour d'un objectif de désinstitutionnalisation. » E. Corin (1).

L'approche de nouvelles réformes (rapport Harnois pour la politique de santé mentale, et commission d'enquête Rochon sur les services sanitaires et sociaux) indique l'heure d'un bilan qu'entreprennent de nombreux auteurs québécois.

Un psychiatre étranger travaillant à Montréal ou dans ses environs a tôt fait de remarquer certains drames de cette désinstitutionnalisation :

- échecs parfois flagrants à l'entrée des hôpitaux (syndrome de la "porte tournante" (2); clochardisation, marginalisation renforcée des malades, judiciarisation... ;
- journaux qui augmentent la portée de l'événement, en dénonçant les coûts élevés et l'absence de ressources intermédiaires;
- prolifération de mouvements de soutien et de groupes critiques (anciens patients, familles, secours téléphonique 24h/24 pour suicidants, toxicomanes, déprimés, femmes et enfants violentés, etc.).

La santé mentale devient l'affaire (déspécifiée) de tout le monde, et le manque d'harmonie des objectifs et des moyens est criant.

Nous tenterons, à l'appui des études québécoises, de faire un bilan aussi précis que possible de cette désinstitutionnalisation, en indiquant à quoi elle correspond. Et, au-delà des particularités socioculturelles du Québec, nous essaierons de dégager les causes d'échec qui sont probablement communes à toutes les expériences de même type.

HISTOIRE DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION AU QUÉBEC



Cahier des participantEs

Le terme de désinstitutionnalisation semble être entré dans les mœurs, et dans le langage surtout, pendant les années 1980. Pourtant, le mouvement est né il y a plus d'un quart de siècle dans le contexte de la "révolution tranquille" (3).

Les fous crient au secours (4), le livre écrit par un ancien patient psychiatrique, Jean-Charles Page, et postface par le Dr Camille Laurin, psychiatre, dénonça les abus de l'hôpital psychiatrique et eut un retentissement public considérable. Était visée une certaine psychiatrie asilaire inaugurée en 1845 par l'ouverture de l'asile de Beauport (5), près de Québec, désormais cible d'une contestation systématique. On lui reprochait, comme partout ailleurs, d'opérer un enfermement sans valeur thérapeutique.

Après ce cri littéraire, deux réformes vont guider l'instauration d'une politique en santé mentale (6) : La réforme Bédard en 1962, et la réforme Castonguay-Nepveu en 1967.

La commission d'études des hôpitaux psychiatriques, formée des Drs Bédard, Lazure et Roberts prônait la décentralisation et la régionalisation des services; l'arrêt de la construction des grands hôpitaux psychiatriques; l'implantation des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux; la mise en place d'un éventail complet de services s'ajoutant à l'hospitalisation ; l'utilisation maximale des services de la communauté; le développement de la recherche et de l'enseignement; enfin, la création au ministère de la Santé d'une division des services psychiatriques.

Sous l'impulsion de ce rapport, des psychiatres ont étendu leur pratique aux hôpitaux généraux tandis que se créaient des équipes multidisciplinaires travaillant hors des murs des institutions. Entre 1961 et 1970, le personnel des services psychiatriques augmentait de 158 % (6). La psychiatrie de secteur était née, plus particulièrement à Montréal.

Après la commission Bédard, la réforme Castonguay-Nepveu proposait un système socialisé de soins "comportant" la gratuité complète; l'accessibilité et l'universalité des services de soins; le développement de services complémentaires de prévention, de soins et de réadaptation, l'objectif de base étant la prise en

Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

charge "globale" d'une population de malades par une équipe multidisciplinaire. A la suite de cette réforme, on vit apparaître, dans les années 1970, un réseau compliqué de ressources institutionnelles allant de l'accueil-dépannage à des services d'hébergement de longue durée.

La première ligne territoriale de services se voulait globale, intégrant tous les aspects sanitaires et sociaux des individus, et le C.L.S.C. (Centre Local de Services Communautaires) devait être le fer de lance de ce dispositif. Toutefois, les programmes de santé mentale dans ces institutions particulières (et fort intéressantes, témoignant d'une pensée sociale très élaborée !) ne se sont pas développés conformément aux prévisions et seulement la moitié d'entre elles disposent de services psychologiques adéquats. Ce qui fait écrire à D. Gaucher (6) : « Si la réforme Bédard avait concentré les pouvoirs administratifs au sein d'une seule direction ministérielle et institué les psychiatres comme chefs du travail clinique, la réforme Castonguay-Nepveu a laissé derrière elle un difficile partage des responsabilités à l'égard des clientèles, tant sur le plan clinique qu'administratif. » C'est ainsi, à titre d'exemple, qu'à partir de 1973 c'est le Centre des Services Sociaux (C.S.S.) qui est devenu responsable et employeur unique des travailleurs sociaux exerçant dans toutes les institutions, y compris les institutions psychiatriques. Les centres de responsabilités et de décisions devenant plurifocaux, il en a résulté un éclatement fonctionnel du dispositif.

Plus près de nous, en 1988, le rapport Harnois (7) tente de donner un nouvel élan à la politique de santé mentale. Il préconise un "partenariat", c'est-à-dire une étroite coopération de tous les intervenants du milieu, dans le but de remédier au manque de coordination des services qui s'était instauré après la réforme de 1970, et qui s'était accompagné, bien entendu, d'un manque d'accessibilité et de continuité. Ce partenariat correspondrait à un mode de gestion horizontal par opposition au mode plus hiérarchisé d'une approche structurelle.

A l'heure actuelle, les objectifs de la désinstitutionnalisation restent une priorité gouvernementale et peuvent se définir de la manière suivante : 1) retour dans la communauté de tous les patients institutionnalisés. 2)

prévention de nouvelles hospitalisations par l'intervention communautaire. 3) développement d'un réseau de soutien dans la communauté pour les nouveaux patients psychiatriques.

Toutefois, la psychiatrie communautaire elle-même connaît des contestations sérieuses au fur et à mesure que grossissent les groupes de laissés pour compte de la société. De profondes mutations se sont opérées rapidement au sein de la population québécoise, affectant l'ensemble de ses valeurs et la compétence communautaire des citoyens face aux problèmes des malades mentaux apparaît de plus en plus à certains comme un mythe doublé d'une imposture. Ce qui fait écrire à G. Bibeau : « *Le rôle central qu'on désire faire jouer aux communautés et aux ressources du milieu est-il conciliable avec le désengagement social qui semble caractériser une majorité de nos concitoyens?* » (8).

LE BILAN

La réalité chiffrée

Impact sur les structures de soins. Trois faits dominent l'évolution des institutions :

- la diminution de la taille des hôpitaux psychiatriques;
- l'accroissement des lits de psychiatrie en hôpital général;
- le développement de l'équipement extra-hospitalier.

Pour l'ensemble de la Province de Québec, la capacité des hôpitaux psychiatriques est passée de 20 000 lits en 1962 à 12 000 lits en 1980. Ce chiffre est en constante réduction. Parallèlement, le nombre des lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux a quintuplé (580 en 1962; 2703 en 1986) (9). Toutefois le développement du secteur extra-hospitalier n'a pas été proportionnel à la décroissance des lits hospitaliers.

Il y a, dans l'absolu, un foisonnement de structures intermédiaires : foyers, centres d'accueil, centres ou équipes de crise, hôpitaux de jour, ateliers de réadaptation, etc. Ces équipements sont difficiles à dénombrer car certains d'entre eux sont élaborés à la suite d'initiatives privées ou confessionnelles (foyers pour femmes en détresse; foyers des églises unies du Canada...).



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

Un élément original réside dans l'accroissement considérable des places en familles d'accueil : 2 013 en 1970 et plus de 6000 (!) en 1985. La plupart des ressources n'ont pas une vocation spécifiquement psychiatrique bien que, dans les faits, une part importante de leur clientèle soit psychiatrique.

Les moyens restent insuffisants, et la pénurie est bien plus marquée en dehors des grands centres comme Montréal.

Impact sur l'utilisation des ressources.

Le retour vers la communauté peut être considéré comme un succès si on prend en compte la diminution (43 %) du nombre des premières admissions en centre hospitalier psychiatrique, entre 1965 et 1985 (9).

Cependant, la diminution globale des lits et l'absence de support communautaire a entraîné une augmentation du nombre des réadmissions. Ainsi, en hôpital psychiatrique, les réadmissions sont passées de 45 % en 1965 à 59 % en 1984. Et à l'hôpital Louis-H. Lafontaine (le grand H.P. francophone de Montréal), ce taux a même frôlé les 75 % en 1984 (2).

Parallèlement, les urgences des hôpitaux généraux souffrent d'un engorgement chronique et les malades psychiatriques constituent une cause majeure de cette situation. En cinq ans, à l'hôpital psychiatrique Louis-H. Lafontaine, certains patients se sont présentés jusqu'à 56 fois à l'urgence, et la moyenne, par patient, est de 11 par année (étude d'Henri Dorvil, citée par M. Doré) (9). Une enquête de Spitzer en 1985 sur les salles d'urgence de Montréal (citée par G. Pomerleau) (10) montre une durée moyenne de séjour de 36 heures en psychiatrie et de 17 heures pour les malades non-psy; et une attente moyenne pour obtenir un lit d'hospitalisation en psychiatrie de 52 heures!

Les urgences des hôpitaux généraux constituent malheureusement la porte d'entrée principale du système, et cet engorgement favorise l'apparition du syndrome dit de "la porte tournante". A l'instar du "revolving door syndrom" des auteurs américains, on désigne ainsi cette "demande" jamais entendue, jamais comprise et jamais satisfaite. Elle est évidemment en relation avec le manque de lits hospitaliers et

le manque de ressources extra-hospitalières; mais elle est aussi en relation avec d'autres manques à d'autres niveaux : tout se passe en effet comme si l'ambition (louable paraît-il) de ramener le malade mental dans la communauté, en abolissant l'institution psychiatrique, rendait sourd aux réalités psychiques.

En réaction à cette situation, les unités spécialisées dans l'approche des soins aigus connaissent un indéniable essor : hospitalisations brèves; interventions dites "de réseau" et de crises. Elles tentent d'intégrer le modèle "bio-psycho-social" qui est à l'ordre du jour. Néanmoins, D. Gaucher (6) signale : « ... Les séjours plus courts et plus fréquents qu'autrefois ont tendance à s'allonger et à couvrir une période considérable de la vie des individus. »

De plus, le système, constamment débordé par une demande à laquelle il ne peut répondre venant en particulier d'une nouvelle génération de patients qui n'ont pas connu l'internement psychiatrique prolongé, contribue à l'augmentation du nombre des patients itinérants et des patients qui se judiciaient. Environ la moitié des personnes itinérantes seraient des malades psychiatriques, ce qui fait dire à M. Doré : « La prison est en train de devenir l'asile des années 1980 ! »

Et ainsi, certains considèrent que la problématique de la désinstitutionnalisation psychiatrique cède la place à celle de la désinstitutionnalisation sociale (6) (12).

La réalité vécue

Les succès

L'enthousiasme que la désinstitutionnalisation suscite chez quelques-uns est justifiée par quelques mérites évidents : ainsi le milieu asilaire, ou ce qui en reste, s'est trouvé profondément modifié par les attaques dont il a été l'objet. Il est vrai qu'il ne s'agit pas d'un effet spécifiquement lié à la désinstitutionnalisation, mais les transformations sont réelles.

Par ailleurs, dans l'ensemble, la durée des séjours s'est trouvée systématiquement raccourcie, et on ne voit plus ces malades qui végètent éternellement à l'hôpital psychiatrique



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

alors qu'avec un minimum d'énergie on aurait pu trouver d'autres solutions.

Enfin, il faut compter au crédit du mouvement la régionalisation des services et le développement des alternatives à l'hospitalisation.

Un des éléments les plus intéressants est simplement l'échelle sur laquelle cette entreprise de désinstitutionnalisation s'est déroulée. Il est question ici de milliers de lits et de centaines de familles d'accueil ! Il ne s'agit donc pas d'expériences isolées sur lesquelles on extrapole des données à caractère théorique.

Cette échelle de grandeur nous paraît intéressante en soi et témoigne d'une volonté de transcrire dans la réalité une orientation doctrinale. La réalité de cette échelle s'explique certes par des conditions historiques et culturelles particulières, mais il nous semble possible d'en tirer des enseignements d'un grand intérêt à caractère général.

Un autre aspect très positif de ce bilan est le désenclavement de la psychiatrie. Nous verrons ultérieurement que ce mérite particulier a son envers, et que ses effets sont complexes et contradictoires; mais il reste vrai que la maladie mentale n'est plus synonyme d'enfermement, comme on put le déplorer si longtemps. Cela s'accompagne d'un indéniable effet de dédramatisation.

De quelques inconvénients...

Il faut bien juger l'arbre à ses fruits, et si la désinstitutionnalisation comporte donc des aspects heureux, force nous est de constater qu'elle comporte aussi quelques graves inconvénients.

a) L'accueil dans la communauté

C'est un échec flagrant. La désinstitutionnalisation ressemble à une idée vertueuse à mettre en application de préférence ailleurs que dans son quartier. Y. Lefebvre (12) a très bien analysé et présenté la nature de cette réalité. En général pauvre et chômeur, le malade mental est marginalisé, isolé et rejeté. Une fois sorti de l'hôpital, il est trop souvent réduit à une condition de paria social et à une existence misérable dans un univers délabré et insalubre,

exploité par des tauliers sans scrupule. On a pu légitimement faire remarquer qu'au lieu de vivre mal dans un univers hospitalier, la désinstitutionnalisation fait vivre encore plus mal, et dans une quasi clandestinité. Il convient d'ajouter que la désinstitutionnalisation assure, dans les faits, un occultage très efficace de la chronicité dont la réalité et les effets sont soustraits au regard quotidien de soignants qui peuvent éventuellement s'en trouver dérangés, et donc motivés pour y faire quelque chose! Cet aspect relève des avatars du discours psychiatrique, que nous évoquerons plus loin; mais il est vrai que tout se passe comme s'il n'y avait plus rien à dire de ce qui n'est plus perçu ! On constate d'ailleurs une curieuse dérive sémantique du mot "chronicité" qui est devenu fonctionnellement synonyme de "institutionnalisé".

b) Les familles d'accueil

Placer le patient psychiatrique qu'on sort de l'hôpital dans un cadre familial de substitution a été et demeure une des grandes ambitions des promoteurs de la désinstitutionnalisation dans sa version québécoise. Mais à ce niveau aussi il existe de sérieux problèmes. Certes, chacun connaît quelques histoires d'un succès retentissant! Telle cette famille, que nous connaissons personnellement, qui a recueilli une malade il y a une vingtaine d'années; le curé de la paroisse avait rappelé, en chaire, à ses ouailles, leurs devoirs de charité chrétienne, et "invité" cette famille à recevoir une malade que l'hôpital Louis-H. Lafontaine se proposait de désinstitutionnaliser. La famille avait simplement obtempéré et obéi au curé! Le motif, dans le cas présent, était le devoir religieux; mais, depuis, cette malade vieillissait gentiment dans un cadre familial qui l'avait peu à peu complètement assimilée avec une tendresse authentique. Et il y a sûrement un certain nombre d'histoires de ce genre.

Mais, trop souvent, la réalité est loin d'être aussi idyllique! D'abord, à notre connaissance, il n'existe aucune référence théorique fondant le cadre familial comme lieu de soins (pour les enfants le problème est évidemment différent...). C'est un lieu de vie pour tout un chacun, mais la



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

qualité proprement soignante de l'institution familiale n'a pas vraiment été établie... Le premier problème, avec un grand nombre de ces familles d'accueil, concerne les motivations. En général il s'agit d'une famille disposant d'un local suffisamment grand, susceptible d'être rentabilisé en hébergeant des malades mentaux. Depuis quelques temps, il est vrai que les C.S.S. font des efforts considérables pour sélectionner les candidats et leur assurer un minimum de formation. Mais il reste qu'aucune qualification professionnelle adéquate n'est requise. Il en résulte de nombreuses situations parfaitement inacceptables et scandaleuses, dépourvues de toute valeur thérapeutique. Ce sont, en particulier, ces familles qui enferment leurs pensionnaires interminablement devant la télévision, dans une vie comportant plus de limitations et d'humiliations que l'asile traditionnel, sans les échappatoires que ce dernier a toujours offert!

c) Discontinuités et non-accessibilité des soins

Le rapport Harnois a plus particulièrement dénoncé le manque de coordination entre les services de santé. Ce phénomène se nourrit de sources multiples. Nous en relèverons deux :

- les difficultés d'implication des psychiatres au niveau des ressources extra-hospitalières ;
- le courant de dé-psychiatisation plus ou moins radical de la prise en charge des malades mentaux.

La première impression qui s'impose est que l'ensemble du réseau est un monde très compliqué, traversé par des courants contradictoires, et qu'il s'y déroule en permanence d'importantes luttes de pouvoir entre les différentes catégories d'intervenants. Du côté des psychiatres, il y a une forte poussée en direction d'une médicalisation accentuée. Nous reviendrons sur ce problème au sujet de l'évolution du discours psychiatrique. Disons cependant ici que, dans les faits, cette tendance les éloigne de l'univers des intervenants proprement sociaux. Et il est de plus en plus vrai aussi que c'est un univers très peu accueillant pour le psychiatre, pour des raisons qui ne sont pas nécessairement estimables, et qui correspondent simplement à des luttes de pouvoir et d'influence.

Il ne faudrait pas, non plus, sous-estimer les effets d'un réductionnisme "social" qui domine les façons de voir et de faire de la plupart des intervenants psycho-sociaux. Il s'agit d'une sorte de vaste mouvement de conceptions qui limite le commentaire sur les maladies mentales à sa seule dimension sociale. Dans ces milieux il n'est d'ailleurs plus question que de "santé mentale", et non de "psychiatrie".

De tout cela il résulte, dans la pratique, une césure marquée entre l'hospitalier et le non-hospitalier, entre l'institutionnel et ce qui est supposé lui être alternatif, en fait entre deux mondes qui communiquent mal. Cela à son tour entraîne un certain nombre de conséquences au niveau du fonctionnement du système de soins dont les divers éléments sont mal articulés et étrangers les uns aux autres.

Pour les malades, c'est le régime de la discontinuité et du morcellement qui prévaut à tous les niveaux. Et, globalement, le système, dépourvu de principes conceptuels unificateurs, ressemble à une caricature du fonctionnement mental psychotique. Et les malades, eux, sont pris entre le marteau et l'enclume; soumis à une pression constante pour accélérer la sortie d'un milieu hospitalier qui n'a jamais assez de place, et soumis aussi, le plus souvent, à d'interminables attentes pour un "placement" au sein d'un système dont le fonctionnement paraît incompréhensible.

Il existe, bien entendu, quelques exceptions et on relève, ici ou là, des régions où les placements sont plus fluides. Comme il existe des psychiatres qui ont d'authentiques pratiques communautaires. Mais c'est rare, et dans la pratique dite de secteur figure le plus souvent un psychiatre hospitalier, accompagné par un travailleur social et un personnel infirmier fonctionnant dans des lieux de consultation qui relèvent de l'hôpital, et presque jamais au sein des institutions non hospitalières du réseau. Dès lors, la pratique de secteur rapproche certes le psychiatre et son équipe de la population, mais ne comporte généralement aucune proposition en direction d'une conception diversifiée de la pratique psychiatrique. Ce serait tout différent si les psychiatres travaillaient de manière intégrée dans les C.L.S.C. par exemple. Or, cela reste rare.



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

d) L'éclatement du discours psychiatrique

Cet éclatement apparaît à la fois comme cause et comme conséquence de la situation que nous tentons de décrire, et nous semble être un des éléments les plus significatifs accompagnants la désinstitutionnalisation. Un collègue québécois remarquait récemment : « Nous (les psychiatres) ne sommes plus chez nous nulle part... ». Or, il semble probable que la disparition de l'institution spécifiquement psychiatrique soit en relation avec la disparition - que nous tenons pour navrante - d'un véritable "discours" psychiatrique.

Nous avons vu qu'à cette disparition presque réalisée de l'institution, donc - même si les vestiges continuent à accaparer des portions très significatives des budgets - correspond un déplacement du centre de gravité du dispositif de soins vers l'hôpital général d'un côté, et vers des solutions communautaires dépsychiatisées et démedicalisées de l'autre. Et, à ce double mouvement correspond, au niveau du discours, une double réduction médicale (pseudo biologique) et sociale. Nous avons déjà évoqué les principaux aspects de la seconde...

La réduction biologisante fait le lit d'un néopositivisme souvent incroyablement mécaniciste. Ce mouvement se repère à plusieurs niveaux : les thèmes des colloques; la nature des publications et puis l'air du temps : c'est ce qui semble intéresser le plus grand nombre de psychiatres, et ce dont ils parlent le plus volontiers. Mais, surtout, il se repère au niveau de l'acceptation (certes souvent désolée...) d'un fonctionnement quotidien au sein duquel le vécu du malade, sa réalité subjective et psychique ainsi que le sens de ce qu'il vit sont tout simplement déniés et évacués. Tout malade hospitalisé passe obligatoirement par le goulot d'étranglement des urgences des hôpitaux. Eh bien, personne ne niera que, là, ce qui compte vraiment c'est l'extinction symptomatique rapide pour libérer les lits au plus vite, ainsi que le respect des procédures pour mettre l'établissement et les psychiatres à l'abri d'éventuelles poursuites judiciaires. On comprendra donc aisément pourquoi, dans ce contexte, l'usage du médicament prend une importance exorbitante par rapport à tout autre approche thérapeutique.

Lorsqu'on est constamment obligé de faire vite, y a-t-il place pour autre chose?

Concédonc qu'il faudrait pouvoir étayer cette appréciation de manière plus précise. Néanmoins, qu'on le veuille ou non, il existe bien une corrélation entre le niveau des pratiques et celui des concepts, c'est-à-dire du discours. Et ce qui est "culturellement" à l'ordre du jour est bien cette aspiration mécaniciste et ancienne, rêve jamais éteint, à disposer d'une substance chimique (en vérité "alchimique" !), reproductible à volonté, permettant de contrôler le psychisme en faisant l'économie de tout questionnement sur le sujet et le sens. Le lecteur aura compris qu'il s'agit d'un mouvement à caractère général qui tend à s'imposer de plus en plus; mais, évidemment, qu'à titre individuel tous les psychiatres ne sont pas conformes à cette description, et qu'il y a encore des malades bien soignés!...

Cette évolution est d'autant plus pernicieuse qu'elle se pare des atours des progrès, au demeurant réels, prometteurs et passionnants des neurosciences, et ouvre à une imposture pseudo-scientifique qui coûte cher à la société sur tous les plans. "Prendre une orientation biologique" est facilement le synonyme mystificateur d'une limitation de l'engagement véritable à la prescription médicamenteuse. Certes, la psychiatrie québécoise n'a nullement le monopole de cette dérive épistémologique qui se constate ailleurs aussi, et pas seulement en Amérique du Nord ! Mais, que cela plaise ou non, ce qui est en jeu avec ces deux réductionnismes concordants, est une régression à une réalité pré-asilaire. Et les millions d'errants psychotiques de la scène urbaine nord-américaine en sont un témoignage (abondamment rapporté et dénoncé par les médias) qui n'a rien de spéculatif ou d'imaginaire.

Cette évolution est d'autant plus étonnante qu'il y a, au Québec, une communauté psychanalytique très vivante, active et de plus en plus nombreuse; et que nombre de ces psychanalystes sont aussi des psychiatres hospitaliers. De plus, parmi les analystes, nombreux sont ceux qui dénoncent avec force l'appauvrissement conceptuel de l'univers psychiatrique. Malheureusement, ils sont dépassés par les événements. Ces temps-ci, sur la scène culturelle québécoise, la psychanalyse a un profil plutôt bas et ne représente pas une



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

référence dont l'autorité pourrait imposer des options pratiques. Il y a là un phénomène intéressant et une discordance, car ces psychanalystes (c'est la cas de l'un d'entre nous) occupent souvent des positions de responsabilité hospitalo-universitaire sans parvenir, pour autant, à faire valider des fonctionnements institutionnels qui exprimeraient clairement certaines options théoriques. Ce n'était pas le cas il y a quelques années...

Il y a là un phénomène complexe qui trouve ses assises à plusieurs niveaux, et que nous ne prétendons pas expliquer ici; mais, assurément, avec une psychiatrie qui s'enferme dans des paradigmes qui sont ceux d'une médecine très technicisée, qui s'enferme aussi dans des lieux qui sont ceux de cette médecine, il n'y a guère de chances pour qu'une pensée psychanalytique se transcrive au niveau d'une praxis institutionnelle. Pour paraphraser le collègue cité plus haut, nous dirions que c'est aussi un certain type de pensée qui n'a plus de "chez soi".

Beaucoup se croient encore obligés de donner un petit coup de chapeau à la psychanalyse en évoquant une vague dimension "psychodynamique" (sic); mais un véritable travail, exprimant une exigence de mise en sens systématique articulée aux divers niveaux de la réalité est une aspiration qui a tourné court; comme a tourné court le développement d'une véritable réflexion sur l'institution dans toute sa complexité.

Même si certains auteurs iconoclastes, comme Thomas Szasz, proclament l'inanité de toute psychiatrie, force nous est de constater qu'à l'éclatement de l'institution spécifique correspond l'attrition du discours psychiatrique; et celle-ci, à son tour, s'actualise au niveau des très grandes difficultés fonctionnelles que tous subissent. Tous ceux qui, en France, restent attachés à une "certaine idée" de la psychiatrie seraient bien avisés de méditer la leçon historique que propose l'évolution actuelle de la désinstitutionnalisation au Québec.

CONCLUSION

Loin de nous l'idée qu'une critique de la désinstitutionnalisation telle qu'elle est pratiquée au Québec implique une défense de l'asile

suranné et dépassé. Il nous paraît même évident que l'avenir sera ailleurs et autrement. Cela dit, cette institution très particulière qu'est l'hôpital psychiatrique (dénommé ici "institution spécifique") répond à des nécessités et à des fonctions complexes. Il aura été, entre autres, un "lieu" où s'est élaboré un discours sur la folie - expression d'un travail collectif énorme, et somme de connaissances, patrimoine intellectuel et culturel appartenant à tous.

Ce que l'expérience québécoise de la désinstitutionnalisation nous enseignerait, c'est qu'à la réaliser sans ménager un espace spécifique, c'est-à-dire sans institution adaptée, on court des risques très considérables; le premier étant sans doute celui d'un appauvrissement conceptuel. Or, il faudrait avoir une conception très étroite et dénaturée du pragmatisme pour penser qu'il est possible de mettre sur pied de bonnes pratiques sans qu'elles soient d'abord précédées par de bonnes idées; ce qui est sans doute une façon de dire qu'il ne peut y avoir de désinstitutionnalisation réussie sans de bonnes institutions!

Bibliographie

- (1) CORIN (E.) : « La désinstitutionnalisation : points d'appui et facteurs de contraintes ». Pour un réseau autonome en santé mentale? Colloque organisé les 20 et 21 novembre 1986 par G.I.F.R.I.C. et C.O.S.A.M.E., 1987 pp 22-23.
- (2) DORVIL (H.) : « Les caractéristiques du syndrome de la pore tournante à l'hôpital Louis-H. Lafontaine ». *Santé mentale au Québec*, 1987, XII, no 1, pp 79-89.
- (3) LEFEBVRE (Y.). « Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation », *Santé mentale au Québec*, 1987, XII, no 1, pp 5-13.
- (4) PAGÉ (J.-C.) : *Les fous crient au secours*, Montréal, Les éditions du jour, 1961.
- (5) ARBOUR (C.L.) : « Support communautaire intégré pour les schizophrènes chroniques : exploration pour une implantation ». Mémoire de psychiatrie, département de psychiatrie, faculté de médecine, université de Sherbrooke, 1987, 57 p.
- (6) GAUCHER (D.) : « Pour une politique de santé mentale : tirer profit de l'histoire », *Santé mentale au Québec*, 1987, XII, no 1, pp 114-128.
- (7) HARNOIS (G.) et coll. : « Pour un partenariat élargi », *Projet de politique de santé mentale pour le Québec*. Comité de la politique de la santé mentale, 1988, gouvernement du Québec, 1988.



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

- (8) BIBEAU (G.) : « Le facteur humain en politique : application au domaine de la santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, 1986, IX, no 2, pp 19-41.
- (9) DORÉ (M.) : « La désinstitutionnalisation au Québec, *Santé mentale au Québec*, 1987, XII, no 1, pp 144-157.
- (10) POMERLEAU (G.) : « Les conditions pour une politique efficace en santé mentale adaptée aux besoins et à la situation au Québec. » Pour un réseau autonome en santé mentale? Colloque organisé les 20 et 21 novembre 1986 par G.I.F.R.I.C. et C.O.S.A.M.E., 1987 pp 47-49.
- (11) MORISSETTE (C.), BIARD (C.) : « Hospitalisation brève en psychiatrie (moins de sept jours) : Expérience au pavillon Albert-Prévost », *Santé mentale au Québec*, 1987, XII, no 1, pp 99-107.
- (12) LEFEBVRE (Y.) : « Chercher asile dans la communauté », *Santé mentale au Québec*, 1987, XII, no 1, pp. 66-78
- (13) SÉVIGNY (R.) : « L'intervention communautaire : une notion encore à la mode. » Pour un réseau autonome en santé mentale? Colloque organisé les 20 et 21 novembre 1986 par G.I.F.R.I.C. et C.O.S.A.M.E., 1987 pp 24-28.
- Losson JP, Parratte J. « La désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec », *L'Information Psychiatrique*, 1988, vol. 64, no 10, p. 1289-1295

Soins ambulatoires sous contrainte : La situation au Québec

Il existe au Québec des mesures légales permettant la mise en place de soins sous contrainte, en ambulatoire. Ces procédures, qui existent depuis plusieurs années, permettent aux praticiens de sortir des impasses thérapeutiques auxquelles conduit parfois le nécessaire respect de l'intégrité des patients. En effet, la Charte des droits et libertés pose le principe de l'inviolabilité de la personne et empêche les médecins de prescrire des médicaments aux patients opposant un refus catégorique. Lorsque la dangerosité ou la qualité de vie sont en question, le médecin peut avoir recours à des mesures exceptionnelles de soins sous contrainte qui sont applicables au cours de l'hospitalisation comme en ambulatoire. Deux portes d'entrées et deux filières permettent de traiter, selon que le refus de soins s'inscrit dans le cadre du code pénal ou du code civil.

LA FILIÈRE PÉNALE : LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC

Ce type de procédure s'adresse aux patients déclarés « non criminellement responsables ». Sur ordre du juge sont imposés des soins hospitaliers et/ou ambulatoires et le respect de l'ordonnance est assuré par le tribunal administratif du Québec. Composé d'un avocat exerçant la fonction de juge, d'un psychiatre et d'un intervenant psychosocial (psychologue ou travailleur social), ce tribunal, lui-même ambulatoire, se rend dans les

divers établissements de la province pour rencontrer patients, avocats des patients et représentants des équipes soignantes. Les visites, pour un cas donné, s'effectuent environ tous les ans. Dans ce cadre pénal, le critère décisionnel est la dangerosité pour la société. La durée des soins sous contrainte peut s'échelonner sur plusieurs années.

LA FILIÈRE CIVILE : L'ORDONNANCE DE TRAITEMENT

Dans ce cadre, les patients n'ont pas commis de délit criminel et la recommandation de traitement sous contrainte émane des soignants et non de juges via des psychiatres experts.

Ici, l'argument de la dangerosité est en demi-teinte. La teneur des discussions est manifestement plus clinique, même si elle a lieu en cour civile. Les notions de souffrance psychique et d'atteinte à la qualité de vie du patient et de ses proches sont plus clairement prises en considération. Il est vrai que le premier jugement qui remonte à 1999 s'appuyait sur l'argument de la dangerosité. On peut comprendre qu'il fallait à l'époque des circonstances exceptionnelles pour qu'une mesure de soins non prévue par la loi contourne le respect de la sacro-sainte Charte des droits et libertés et ce, jusqu'en cour d'appel. C'est désormais la jurisprudence qui permet d'avoir recours de façon



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

régulière à l'ordonnance de traitement, sans qu'une loi n'ait été votée et qu'un texte en définisse les contours. Les juges font preuve de plus en plus de souplesse à l'égard des requêtes qui leur sont soumises et c'est pourquoi la souffrance psychique devient un argument clé.

Deux conditions doivent être respectées pour qu'une demande soit prise en considération : l'inaptitude à consentir et le refus catégorique du patient de suivre un traitement pharmaco ou psychothérapique. Le refus catégorique rend impossible le recours à un « consentement substitué », même si le patient est sous tutelle ou curatelle. Seule l'urgence permet de donner des médicaments à une personne qui oppose un refus catégorique. La demande est adressée par le médecin traitant à un juge de la cour civile, lequel statue après avoir entendu le patient, le psychiatre et leurs avocats respectifs. Dans le rapport rédigé par le psychiatre, tout comme dans la discussion en cour, l'équilibre entre les effets positifs et négatifs du traitement est soigneusement évalué. La discussion est d'autant plus importante que les patients utilisent systématiquement l'argument des effets néfastes du traitement, et ce, à juste titre lorsqu'ils ont fait l'expérience des effets extrapyramidaux des neuroleptiques retard ou des syndromes métaboliques des atypiques.

La durée de l'ordonnance était au début limitée à un an. Au fur et à mesure des demandes de prolongation et du caractère moins exceptionnel de la procédure, les hommes de loi peuvent constater les avantages des traitements prescrits et hésitent moins à ordonner des soins pour des périodes de deux, voire trois ans.

Il faut ajouter que les familles sont invitées à témoigner, mais que, souvent, nous évitons de les placer en position de porte à faux ou de contrôle face à leur parent. Par ailleurs, il est des patients, plutôt méfiants, voire narcissiques qui font le choix de se défendre seuls. Les juges agissent alors en « bon père de famille » et laissent le plaignant développer sa plaidoirie tout en l'encadrant quand il déborde trop des procédures usuelles ou du décorum de la cour.

À LA CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL

Nous avons régulièrement recours à l'ordonnance de traitement, au rythme d'environ 5 cas par an.

Nous avons fait une étude rétrospective de 20 cas suivis entre 1999 et 2004 pour constater que l'encadrement légal permet d'éviter les rechutes, d'améliorer la qualité de vie, tout en prévenant la dangerosité. Les patients sont bien entendu étroitement suivis, parfois dans le cadre de notre équipe de « suivi intensif dans le milieu ». Rarement, nous avons recours à la police, comme l'ordonnance nous l'autorise, afin d'hospitaliser un patient qui refuse de consulter en ambulatoire et/ou qui cesse tout traitement.

Les cas étudiés souffraient de schizophrénie, de trouble schizo-affectif et de maladie bipolaire. Une amélioration a été notée pour l'ensemble d'entre eux, jugée considérable dans 11 cas. Elle s'est traduite par la mise à distance des symptômes psychotiques, une atténuation des phénomènes de marginalisation et de précarisation ainsi que par une réduction des hospitalisations. Un patient s'est suicidé ; la première année d'application de l'ordonnance nous apparaît cruciale au plan du risque suicidaire, à cause des réactions dépressives potentielles.

Nous avons également constaté que les demandes des équipes deviennent plus sophistiquées et ne se limitent plus à la requête de prescription de neuroleptiques en intramusculaire. Les juges, comprenant mieux la maladie mentale et les techniques de soin, en viennent à « prescrire » la fréquentation de l'hôpital de jour, la prise de neuroleptiques atypiques per os, voire d'antiparkinsoniens en cas d'effets extrapyramidaux.

Il arrive qu'à travers ce processus des patients prennent des distances avec le vécu psychotique et s'inscrivent à la fin de l'ordonnance dans une relation thérapeutique volontaire. Sur 14 patients actuellement suivis par nos équipes, 10 respectent le traitement prescrit depuis la fin de leur ordonnance. La deuxième année d'application semble constituer une charnière pour favoriser l'émergence d'une autocritique. En fait, c'est le constat de l'amélioration de leur qualité de vie et le lien de confiance avec les thérapeutes qui aideront les patients à respecter ultérieurement le traitement, beaucoup plus que leur autocritique.

MESURES COERCITIVES OU THÉRAPEUTIQUES ?



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

Les soignants de notre département en sont venus à la conclusion que les ordonnances de traitement ambulatoire, dans le contexte civil ou légal, ne se résument pas à des mesures coercitives. Comme l'ont montré les études psychanalytiques et comme le suivi des troubles de personnalité le rappelle régulièrement, le cadre symbolique ou réel peut avoir un effet rassurant pour le patient. Dans le contexte des soins ambulatoires sous contrainte, il a en outre une fonction d'extériorisation qui finit par protéger la relation soignant-soigné. Même si le psychiatre recommande des mesures restreignant la liberté, c'est le juge, un tribunal, la justice, autrement dit un tiers, qu'il faut convaincre et qui devient le mauvais objet. Paradoxalement, le lien thérapeutique imposé peut s'apparenter à une réelle alliance, à condition d'aménager un espace de liberté pour le patient : pouvoir de négociation

des doses et des voies d'administration des médicaments, relative souplesse à l'égard de rendez-vous non respectés, maintien dans le milieu de vie plutôt qu'hébergement systématique, sensibilisation aux effets toxiques des drogues par une « approche motivationnelle ».

Prescrits par la loi, les soins ambulatoires sous contrainte ne signifient par uniquement protection du public, abrasion des symptômes psychotiques les plus dérangeants et dérive dans les libertés individuelles. Ils apportent au soignant la possibilité de réduire la souffrance psychique et laissent l'espoir qu'un processus de changement peut s'installer, de surcroît.

Parratte, J. « Soins ambulatoires sous contrainte au Québec », *L'Information Psychiatrique*, 2005, vol. 81, no 9, p. 823-824



Panel sur les perspectives

Conférenciers-ères

Benoît Côté

Benoît Côté travaille depuis une trentaine d'années dans plusieurs champs de l'intervention communautaire en santé mentale. Sociologue de formation, il s'est impliqué activement au début des années 80 dans le premier collectif de défense des droits des psychiatisés au Québec (Autopsy). Il pratique ensuite l'intervention de crise, s'investit dans la défense des droits des consommateurs en critiquant notamment certaines pratiques de l'industrie pharmaceutique, adhère au comité de programmation de l'organisme Folie/Culture et s'investit depuis 1992 à titre de directeur général de PECH, un organisme dont les pratiques intersectorielles soutiennent des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale graves associés à des problématiques multiples (toxicomanie, judiciarisation, instabilité résidentielle et itinérance).

Jean-Nicolas Ouellet

Il est coordonnateur du Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel de Montréal-Nord (Camée). Il est directeur communautaire de l'Alliance de recherche internationale université et communauté en santé mentale et citoyenneté, Canada-Brésil (ARUCI SMC). De 2004 à 2008, il a été agent de liaison au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et responsable des communications. Il a été formateur pour la gestion autonome de la médication (GAM), les défis des pratiques démocratiques et la formation de base sur l'alternative en santé mentale. Il s'est également impliqué avec l'AGIDD-SMQ particulièrement dans le dossier de l'appropriation du pouvoir et la transformation des services publics en santé mentale.

Thais Mikie de Carvalho Otanari

Elle est psychologue et militante du mouvement de la lutte anti-asilaire et du mouvement de Santé collective au Brésil. Elle détient une maîtrise en Santé publique à l'Université de Campinas (UNICAMP) et est candidate au doctorat à l'École de service social de l'Université de Montréal. Elle participe aux réunions de ERASME (Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture) et est membre, depuis 2009 de l'ARUCI (Alliance internationale de recherche universités-communautés. Santé mentale et citoyenneté).



L'entraide : ailleurs, autrement et au-delà

Place, rôle et nécessité de l'entraide

L'entraide est une aide naturelle, libre, volontaire et gratuite d'une personne vivant ou ayant vécu certains problèmes à une autre qui est aux prises avec la même situation. L'entraide suppose le même statut, lequel s'acquière, voire se mérite, par la même expérience.

L'entraide utilise les acquis de sagesse de ceux et celles qui sont allés ou vers qui sont venus les combats de la vie. Elle est occasion de cheminement personnel par le partage d'un vécu commun.

C'est une pratique ou une facette d'autres pratiques alternatives en santé mentale qui échappe à la psychiatrie. Elle est une pratique citoyenne qui a toujours existé depuis le jour où pour la première fois un humain a donné de son temps à un autre pour écouter ce que la vie lui a pris et qu'ils ont mis leur expérience en commun pour comprendre ce que la vie leur a appris.

L'entraide redonne confiance et compétence aux personnes victimisées, marginalisées, rejetées parce que déqualifiées ou disqualifiées. La personne reprend du pouvoir sur sa vie car elle comprend dans l'action qu'elle a dans son histoire les éléments de savoir pour entretenir chez elle-même et chez l'autre l'espoir. La différence devient ici signe de compétence.

« La personne est l'experte de son propre cas ». L'entraide fait de cette affirmation singulière une promesse plurielle : « les personnes sont les expertes de leurs propres cas ».

Apport de l'entraide pour les personnes et la société

Les groupes d'entraide donnent l'occasion aux personnes qui vivent à la marge de la société d'y retrouver une place. Cette place peut parfois se limiter au groupe d'entraide lui-même dans un premier temps. Ce temps peut être long, car l'entraide est patience puisqu'elle existe hors des cadres des programmes et des

normes de soins. Puis, le temps d'approprier son passé, ses peurs et les diverses formes de sa souffrance, notamment en constatant que d'autres vivent ou ont vécu la même chose, le groupe devient autant voie d'entrée qu'encrage dans la société. Savoir qu'il y a dans le monde d'autres personnes qui ont les mêmes blessures, les mêmes stigmates, c'est déjà en soi se trouver quelque chose en commun avec ce monde. L'entraide réussie à faire à partir des séquelles des arrachements des occasions d'enracinement dans la vie.

L'entraide est une activité solidaire et non solitaire. La relation d'aide transcende et dépasse la dyade aidant-aidé. L'entraïdant peut parfois devenir l'aidé et à d'autres occasions devenir l'aidant. Ces rôles peuvent alterner aussi souvent que nécessaire comme être assumés plus longtemps. Dans la dynamique de l'entraide, on est parfois l'aidant de quelqu'un en même temps que cette personne ou une autre nous apporte son aide. Elle est donc activité sociale où la relation d'aide tend à devenir plurielle et non exclusive.

L'entraide optimise notre façon différente d'être au monde pour aider ce monde.

Sens de l'entraide comme pratique alternative

L'alternative est ailleurs et autrement. L'ailleurs de l'entraide est un espace de réflexion, de parole et d'action où se retrouvent des personnes réunies par un vécu semblable et unies par le désir d'en construire un autre où l'espérance remplace la souffrance. Cette souffrance n'est pas tabou, les personnes viennent lui donner sens, lui donner des moyens d'expression et se préparer à la dépasser. Cet espace est parfois, mais pas toujours, défini, déterminé et délimité par des professionnels de la relation d'aide. C'est pourquoi cet espace peut échapper aux professionnels et exister là où les personnes le créent, quelques fois au sein même de ressources qui ne font pas la promotion de l'entraide.



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

L'autrement s'incarne dans une relation d'aide naturelle et spontanée qui se passe de modèle théorique. L'entraide n'a pas et n'a jamais eu besoin de la psychiatrie, de la psychologie ou de toutes autres approches. Elle peut sembler paradoxale en apparence puisque ce sont des blessures que viennent les possibilités d'être aidant. Plutôt qu'Esculape, médecin apportant les solutions toutes faites, elle est comme Asclépios le guérisseur lui-même blessé. Plutôt que compassion, elle est empathie. Elle vit et survit en dépit des courants et écoles de pensée qui ont traversé l'histoire de la réponse donnée à la souffrance. L'entraide accueille cette souffrance sans en avoir peur, car elle est signe de reconnaissance et d'appartenance à cette part d'humanité fragile.

Elle croit, tant au sens de croire que de croître, à la liberté. Croire à la liberté, c'est permettre les allers et retours, essais et erreurs parce que l'errance est parfois sinon la meilleure, souvent la seule façon de voyager pour un être blessé. Croître à la liberté c'est grandir sans étouffer sous le silence, sans porter de masque.

Ni panacée ni placebo, cette liberté, dans le respect du rythme et de la capacité de chaque personne de négocier son rapport à soi et aux autres tout autant que son rapport à son monde intérieur et à la société, permet de trouver sa place dans la petite communauté du groupe d'entraide.

Pour les personnes habituées à travailler dans des cadres bien définis, à l'intérieur de balises claires, selon des échéanciers

programmés par des questionnaires bien intentionnés, en accord avec des approches qui génèrent des rapports hiérarchisés, l'entraide c'est le chaos. La possibilité d'aller et venir à son gré, de participer ou non, le refus d'être quantifié de la part des personnes et l'impossibilité de chiffrer ou de cocher des cases pour les professionnels rendent le concept d'entraide difficile à saisir pour qui se place à l'extérieur.

Les solutions apportées par les personnes sont créatives, étonnantes et même détonantes. Ce qui est le propre des pratiques émancipatoires.

Son but n'est pas d'habiliter les personnes pour devenir aptes le plus rapidement possible à gagner leur vie. Elle ne cherche pas à enseigner comment réussir dans la vie ni à leur inculquer comment réussir leur vie. L'entraide fait en sorte que chaque être humain puisse un jour sentir la vie réussir en lui.

L'entraide est l'aboutissement logique de l'ailleurs et autrement, car elle va au-delà. Au-delà d'accueillir, elle fait prendre place et part dans la société. Au-delà de donner sens, elle reconnaît des compétences afin que l'expérience serve tant à soi-même qu'aux autres. Au-delà des concepts de maladie, troubles ou problèmes de santé mentale, l'entraide fait de la personne un agent de changement pour elle-même et pour les autres.

L'entraide est la plus subversive des pratiques alternatives en santé mentale.

Jean-Nicolas Ouellet



Santé mentale: une réussite nommée Sherpa

Le Devoir 22 avril 2014 | Isabelle Porter | Ville de Québec

Québec — Dans le centre-ville de Québec, des intervenants en santé mentale ont ouvert une résidence regroupant des artistes et des personnes fragiles qui commencent à s'en sortir. Après un an de vie commune, les résultats étonnent.

Coralie (nom fictif) vivait dans la rue avant d'aboutir dans l'un des logements subventionnés de l'immeuble. « *Ça m'a vraiment sauvé la vie, cet appart-là* », raconte cette jeune mère, chef d'une famille monoparentale. Elle ajoute que « *ça a diminué beaucoup l'anxiété* » et qu'à Sherpa, on ne la traite pas « *de haut* » comme ailleurs.

Avec son design plein de blocs de couleurs, Sherpa fait tourner les têtes sur le boulevard Charest. Ouvert l'an dernier, ce complexe de logements sociaux abrite 47 personnes ayant des problèmes de santé mentale, 10 familles et 30 artistes émergents qui, eux aussi, peinent à trouver des loyers abordables en ville.

Pour les Coralie de ce monde, le lieu est une rare occasion de sortir du ghetto des malades. Car à Sherpa, tout le monde est mélangé et on ne sait pas en théorie qui entre dans la catégorie des artistes ou dans celle de la santé mentale. Dans le jargon des intervenants, on appelle cela de la « *mixité sociale* ».

Du côté des artistes, l'avantage financier est incontestable. « *Le combat quotidien des artistes, c'est d'arriver à vivre et créer en même temps* », explique Geneviève Lapierre une artiste en arts visuels. « J'ai des projets de création qui s'en viennent, mais je n'ai plus à me demander si je vais être capable de payer mon loyer. »

Opération séduction

Habituée du quartier Saint-Roch qu'elle aime beaucoup, elle a l'habitude de croiser des personnes en difficulté. Or à Sherpa, c'est différent. « *J'avais beaucoup plus l'impression d'être entourée de gens avec des problèmes de santé mentale quand j'habitais dans un*

appartement normal, dit-elle. Ici, on se sent vraiment en sécurité. On se sent bien. »

Mais comme beaucoup d'artistes, elle n'était pas convaincue au départ. Présenté à l'origine comme une façon de mêler deux types de folies, le projet a été accueilli avec beaucoup de scepticisme. Du côté artistique, les candidats se comptaient sur les doigts d'une main.

Or les avantages ont vite supplanté les scrupules, et le projet a fait ses preuves. Actuellement, Sherpa a une liste d'attente de 12 personnes du côté artistique et de 25 du côté santé mentale.

Son succès tient aussi beaucoup à ses activités. Sur le toit, les résidents sont en train d'aménager un jardin. Et au rez-de-chaussée, une galerie multiplie les activités artistiques : séances de jam musicaux, chorale, yoga, expositions.

Un signal positif même pour ceux qui n'y participent pas, note l'un des animateurs, Gilles Simard. « *Il y en a dans le bloc qui vont moins bien, mais ils en voient d'autres qui montrent que c'est possible[d'aller mieux].* »

De plus, les activités sont ouvertes au grand public et attirent des gens de tout le quartier. Ce qui accentue la mixité. « *Ça devient un lieu d'échange, un lieu qui n'est pas nommé et stigmatisé. Ce n'est pas une chambre de CLSC, un local de Robert-Giffard [l'hôpital psychiatrique], c'est un lieu normal, un lieu citoyen, et les gens s'y sentent de mieux en mieux.* »

Cette vaste entreprise est une initiative de PECH, un organisme qui intervient depuis plus de vingt ans auprès des personnes avec des problèmes de santé mentale et dont les bureaux sont installés derrière la galerie.

Hors de la rue

Il a fallu dix ans et 17 millions de dollars pour construire Sherpa. Le financement vient de la Société d'habitation du Québec (SHQ) et



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

de la ville de Québec qui a épaulé le projet dès le départ.

Quand on lui fait remarquer que c'est plus de 200 000 \$ par appartement, le directeur général Benoît Côté relativise. « Quelqu'un dans la rue, ça coûte à peu près trois fois plus cher que de le mettre dans un logement social avec soutien », dit-il. « [Dans la rue], c'est des coûts de prison, d'urgence psychiatrique, ça va vite. »

Après de longues années passées dans le milieu, Sherpa a changé sa vision du service

social. D'ordinaire, nos interventions visent surtout à « stabiliser les gens », dit-il, « mais quand ça c'est réglé, on n'a pas tout réglé ».

« Je me suis rendu compte que la plus grande peur des personnes, c'est le lien à l'autre, revenir dans la communauté. [...] Dans les années à venir, l'accent devrait être mis davantage sur la participation à la vie citoyenne, la réalisation des aspirations des gens dans la communauté. »



L'expérience italienne de psychiatrie démocratique par Mario Colucci

Deux versions modifiées et plus longues de cet article ont déjà paru, sous le titre “La dangerosité en psychiatrie : la réponse italienne” dans le Mensuel de l'Ecole de Psychanalyse des Forums du Champ Lacanien, n°12, 2006, et dans P. Chevallier, T. Greacen, Folie et justice : relire Foucault, Editions Erès, Toulouse 2009.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la psychiatrie italienne était très en retard par rapport à celle d'autres pays européens. Le nombre d'internés dans les asiles arrivait à 110 000 personnes. Les hôpitaux psychiatriques italiens n'étaient que des lieux de surveillance, enfermement et répression.

Pour la psychiatrie, l'isolement est l'instrument thérapeutique par excellence. Il s'agit de la solution idéale pour toutes les questions d'ordre public que le pouvoir administratif ne sait pas résoudre. Le pouvoir administratif, à travers le mandat des médecins, pourra garantir l'ordre public, à l'abri de toute accusation d'arbitraire. La médecine mentale se substitue à la souveraineté du droit, en cachant l'internement derrière la nécessité du soin et de l'assistance. Grâce au diagnostic, il naturalise la folie, c'est-à-dire qu'il la transforme en un objet de nature, il la rationalise en tant que trouble mental et enfin, il en justifie l'internement dans l'institution en tant qu'elle est dangereuse. Enfermée dans l'institution, la folie trouve sa pleine réalisation dans le rôle de maladie mentale.

La loi italienne de 1904 sanctionne l'internement des malades qui étaient définis comme “dangereux pour eux-mêmes et pour les autres et source de scandale public” et qui doivent être soignés dans des instituts spéciaux, les asiles, par des médecins spéciaux, les psychiatres. La psychiatrie acquiert un pouvoir énorme. Mais elle se trouve contrainte dans un espace à part. Ce n'est pas seulement le malade qui est interné à l'asile mais le médecin aussi qui, avec sa nouvelle discipline, partage le même sort. Alors, comment sortir de l'isolement ? Au XIXe et au XXe siècle, la psychiatrie étend son domaine en dehors des murs de l'asile et au-delà de la maladie pour faire

valoir son savoir dans le contrôle généralisé et dans le fonctionnement de la population. Ce qui l'expose inévitablement au risque de renoncer à son devoir thérapeutique de soin et de devenir, comme dit Foucault, “une branche spécialisée de l'hygiène publique [...] un domaine particulier de la protection sociale, contre tous les dangers qui peuvent venir à la société du fait de la maladie”. [1]

En Italie, un tournant radical a été pris grâce à la figure du psychiatre Franco Basaglia. Il se forme à l'université de Padoue dans les années cinquante, où il travaille comme assistant à la clinique pour maladies nerveuses et mentales. Insatisfait par la psychiatrie positiviste, il s'ouvre aux courants d'inspiration phénoménologique et existentielle. En 1961, il abandonne la carrière universitaire et devient directeur de l'asile de Gorizia.

Dès qu'il y arrive, il est dégoûté par la condition inhumaine dans laquelle se trouvent les patients, par les violences auxquelles ils sont soumis, par le manque substantiel de valeur thérapeutique du lieu. Aidé par un groupe de jeunes collaborateurs et s'appuyant sur l'expérience anglaise de la Communauté thérapeutique de Maxwell Jones, Basaglia s'engage dans un travail de transformation institutionnelle. On abolit les contentions physiques et les thérapies de choc, on organise des assemblées de service et plénières, on ouvre les portes des pavillons et les grilles de l'hôpital. En d'autres termes, on cherche à “mettre entre parenthèses la maladie”, comme dit Basaglia, pour s'occuper du malade. Le geste phénoménologique d'époché [2] est une suspension du discours psychiatrique organiciste, avec sa clinique du déficit et son invalidation du sujet fou et de son discours. Suspension du regard psychiatrique qui réduit la folie à un fait de nature, à une maladie mentale entendue comme appauvrissement cognitif et affectif, déchéance, dégénération, événement incompréhensible, incurable, inguérissable, enfin imprévisible et donc dangereux. Il dérive de cette clinique du déficit un concept de protection de la société



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

contre le fou qui historiquement coïncide avec l'isolement et l'internement institutionnel.

Bien vite cette opération d'épochè faite par Basaglia va prendre un caractère éthique et politique : une fois démasquée la contradiction fondamentale de la psychiatrie, qui occulte sa fonction sociale sous une prétendue neutralité scientifique, le rôle des psychiatres va entrer en crise et cela va rendre possible une critique radicale des institutions dans lesquelles ils travaillent. La thèse de base est que l'hôpital, destiné au traitement des maladies mentales, est en réalité le lieu de leur chronicisation et de leur aggravation.

Ce qui frappe fortement Basaglia, c'est de constater qu'à l'intérieur de l'institution, la folie n'a plus de force. La folie a été transformée, vidée de toute énergie. Dès qu'il arrive à Gorizia, écrira-t-il, il rencontre le parfait hospitalisé, le malade mental assujéti et adapté au pouvoir institutionnel, *“celui qui se présente complètement domestiqué, docile au vouloir des infirmiers et du médecin ; celui qui se laisse habiller sans réagir, qui se laisse laver, nourrir, qui s'offre pour être remis en ordre comme on remet en ordre sa chambre le matin, le malade qui ne complique pas les choses avec ses réactions personnelles, qui se conforme même sans protester, passivement, au pouvoir de l'autorité qui le protège”*. [3] L'image du parfait hospitalisé au summum de sa carrière institutionnelle est l'image d'un homme vidé. Vidé de sa force, de son énergie, de ses droits, de ses capacités de réaction critique. Vidé de sa folie.

Le système de pouvoir lui-même qui fonctionne à l'intérieur de l'asile s'organise selon une disposition tactique, qui doit permettre de dompter *“quelque chose qui est un danger, quelque chose qui est une force”*. [4]

Le problème pour la psychiatrie n'est plus celui de la vérité de la maladie, mais, comme dit Foucault, *“un problème de victoire”*. [5] Il s'agit de dominer ou de vaincre quelque chose qui a les caractéristiques du danger et de la force. La folie, celle de l'individu furieux, est faite de force dangereuse. Foucault, toujours, dit : *“De sorte que, si tel est bien l'objectif de la tactique asilaire, si c'est bien ça l'adversaire de cette tactique : la grande force déchaînée de la folie,*

eh bien, que peut être la guérison, sinon la soumission de cette force ?”. [6]

Les psychiatres ne croient plus pouvoir vraiment éliminer le délire du malade, ils se dotent au contraire des moyens nécessaires pour soumettre la force dangereuse de la folie.

C'est pour cela que Basaglia, à Gorizia, dans la tentative de renverser la logique du fonctionnement de la machine asilaire, cherche à faire pencher la balance du pouvoir du côté des internés. Pour lui, l'action thérapeutique, c'est avant tout créer des occasions pour que les internés puissent s'exprimer, pour qu'ils arrivent même à manifester la force de leur folie.

Les assemblées de Gorizia ont ce premier objectif : contester et faire en sorte que le discours produit se déplace du psychiatre à l'interné. On fait de la thérapie à partir du moment où on laisse la place à la voix des internés, à ceux surtout qui ne sont pas d'accord, car il faut leur redonner la possibilité d'exprimer encore cette agressivité qui est leur seule ressource contre l'anéantissement institutionnel. Basaglia écrit : *“ceux qui participèrent à cette première communauté furent choisis parmi ceux qui [...] s'étaient montrés les moins adaptables et donc qui possédaient encore une bonne dose d'agressivité sur laquelle on aurait dû parier”*. [7]

Basaglia mise sur ceux qui sont le moins adaptables, sur ceux qui sont dotés d'une bonne dose d'agressivité, autrement dit, il compte paradoxalement sur l'aspect qui historiquement a représenté l'objectif de l'action répressive de la psychiatrie : c'est-à-dire la force de la folie, l'agressivité du malade, sa dangerosité. Jouer sur l'agressivité de l'interné est le seul moyen d'annuler tout sentiment de reconnaissance et de dévouement et de mettre en place, dit Basaglia, *“une vraie relation [...] un rapport de tension réciproque qui, tout seul, peut être capable – actuellement – de rompre les rapports autoritaires et paternalistes qui étaient la cause, encore jusqu'à hier, de l'institutionnalisation”*. [8]

Le droit à l'expression de l'agressivité pour l'interné veut dire avoir le droit de retrouver sa subjectivité dans une action de résistance à la rationalisation scientifique qui l'invalidé ; avoir le droit de remettre en question les rôles à l'intérieur



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

de l'institution ; avoir le droit de construire un savoir alternatif au savoir maître de la clinique psychiatrique qui permette de laisser de la place aux voix des internés. Leur savoir est le prototype de ceux que Foucault lui-même – dans le cours Il faut défendre la société – définit comme les savoirs assujettis : “*Par “savoirs assujettis”, j’entends également toute une série de savoirs qui se trouvaient disqualifiés comme savoirs non conceptuels, comme savoirs insuffisamment élaborés : savoirs naïfs, savoirs hiérarchiquement inférieurs, savoirs en dessous du niveau de la connaissance ou de la scientificité requises*”. [9]

Il s’agit de savoirs qui résistent au pouvoir, qui opposent leurs particularités au discours général de la science, qui ont le droit de critiquer l’exclusion d’une communauté, d’une citoyenneté, et donc de mettre en crise la cité et l’organisation sociale qui a permis “*l’institution totale*” qu’est l’asile. La sortie des malades de l’asile est le début de cette crise de la cité qui a peur de leur prétendue dangerosité.

Après Gorizia, les autres expériences de Basaglia, à Parme et à Trieste, sont fondées sur la prise de conscience qu’il ne suffit pas de réformer l’asile, mais qu’il est nécessaire de l’abolir. Dans les années soixante-dix, les expériences de désinstitutionalisation se multiplient en Italie et une mobilisation plus organique contre l’institution asilaire se développe, qui aboutira à la loi 180 de 1978. La psychiatrie est enfin réglementée par une loi sanitaire et non pas par une loi spéciale, comme celle d’avant 1904. La nouvelle loi dispose la fermeture des asiles et établit comme règle inéluctable que l’on ne peut être soigné que pour des raisons de santé psychique et non de dangerosité sociale.

En effet, cette loi concerne les “*normes pour les contrôles et les traitements sanitaires volontaires et obligatoires*” et non pas la notion de dangerosité, qui disparaît complètement du texte législatif. La loi italienne sur la psychiatrie est une remise en question des principes sécuritaires qui inspirent d’autres législations. Il n’y a aucune obligation envers la justice mais uniquement envers la condition de santé de la personne. Les décisions concernant les traitements sanitaires relèvent d’un devoir éthique de soin et d’un devoir politique de tutelle de la santé du citoyen, non plus d’un devoir légal de

défense de la société. L’hospitalisation d’office, qui était décidée par le préfet et exécutée par les forces de police, n’existe plus de même que l’hospitalisation sur demande d’un tiers.

Cela ne veut pas dire que le traitement sanitaire obligatoire – c’est-à-dire imposé contre la volonté de la personne – n’existe pas. Mais il ne peut être décidé que par le médecin – qui doit assumer toute la responsabilité de sa décision – et uniquement pour des raisons de santé de l’individu, jamais pour des raisons de dangerosité qui menaceraient le contexte social. C’est vrai que la maladie mentale peut, dans des circonstances données, amener à des conduites agressives et violentes, conduites que, d’ailleurs, on retrouve même chez des personnes qui ne sont affectées par aucun trouble psychique. Mais ce n’est pas vrai que la dangerosité est implicitement et invariablement liée à la maladie mentale. Un tel préjugé anachronique et invalidant ne peut valoir dans une législation concernant le traitement sanitaire de personnes affectées par un trouble psychique, car on transformerait une absurdité scientifique en un principe normatif. [10]

Mais procédons par ordre : le contrôle et le traitement des maladies mentales sont normalement volontaires. Ce n’est que dans des situations particulières que la personne peut être soumise à une procédure obligatoire. Ce traitement sanitaire obligatoire (TSO), d’une durée d’une semaine maximum, ne peut être appliqué qu’à partir du moment où trois conditions sont réunies, c’est-à-dire :

- 1) la présence d’un trouble psychique pour lequel une intervention thérapeutique est nécessaire ;
- 2) l’impossibilité de soigner la personne en dehors de l’espace sanitaire (qui ne pourra plus être l’hôpital psychiatrique, que cette même loi a aboli) ;
- 3) l’absence de consentement aux soins de la part du malade.

Cette absence de consentement au soin interroge le médecin sur ce point central et délicat que représente le rapport entre maladie mentale et liberté. La tâche que la loi indique au médecin est de prendre en charge la liberté du malade, au sens de chercher à obtenir avec patience et ténacité son consentement aux soins et, quand cela n’est pas possible, de prendre en charge son refus. Il faut



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

faire un choix responsable qui garantisse les droits de la personne et, en premier lieu, celui d'être soigné. En définitive, on ne peut pas se cacher derrière ce refus pour soutenir, de façon instrumentale, qu'il faut garantir le respect du libre choix de l'individu. De la sorte on masquerait une attitude de déresponsabilisation et l'abandon du malade dans une condition de solitude et de misère morale et matérielle. Au contraire, le médecin doit tout mettre en œuvre pour que l'on reconnaisse à la personne souffrante pleine voix au chapitre à l'intérieur d'un dispositif thérapeutique qui reste en équilibre précaire entre la tentation de contrôle pour raisons sanitaires et le danger opposé, de dérive sociale par refus du soin. C'est précisément dans cette négociation sans fin que réside l'esprit novateur de la loi, qui interroge le technicien quant à sa propre "responsabilité politique" de médiateur entre la souffrance de l'individu et la dimension sociale et institutionnelle dans laquelle cette souffrance s'exprime.

La culture judiciaire a reçu une leçon importante de la part du parcours de réforme psychiatrique. Malheureusement, la loi 180 n'a pas touché une autre "*institution totale*" présente en Italie, que constituent les Hôpitaux Psychiatriques Judiciaires et qui correspondent à l'internement de défense sociale en Belgique.

A travers sa jurisprudence, la Cour constitutionnelle a cependant établi que les exigences de santé d'un citoyen sont toujours plus importantes qu'une mesure de sécurité ségrégative qui risque de la menacer. Pour cela, le juge peut adopter, à la place de l'hospitalisation en Hôpital Psychiatrique Judiciaire, une autre mesure de sécurité qui permette de garantir des soins adéquats à la personne malade mentale. Ce peut être la liberté surveillée contrainte par la prescription de suivre un programme stable avec un Service de Santé mentale territorial. Le cadre territorial, c'est-à-dire, extra-hospitalier, est le lieu privilégié pour soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, même si elles sont coupables. Il faut arriver à ce que les internés sortent progressivement et qu'ils soient confiés aux Services de Santé Mentale de leur lieu de résidence. Pour les personnes qui en plus de la

mesure de sécurité doivent purger une peine, il faut prévoir une assistance adéquate en prison.

La loi 180 a montré qu'une psychiatrie sans asiles est possible et a changé la mentalité autour des maladies mentales chez les professionnels et dans l'opinion publique. L'abolition de la notion de dangerosité psychiatrique permet aujourd'hui à la culture judiciaire de mettre en question la notion de dangerosité sociale.

Basaglia dit : "*Pour convaincre la population, il était nécessaire avant tout de remettre le fou dans la ville, dans la vie sociale. Nous avons ainsi suscité l'agressivité de la ville contre nous. Nous avons besoin de créer une situation de tension pour montrer le changement qui était en train de se produire. Avec le temps, la ville a compris ce qui était en train de se passer*".[11]

Prêter attention au conflit qui naît au sein d'un quartier, dès lors qu'un homme réputé dangereux revient chez lui, être présent et responsable en tant que professionnels dans la cité au moment même où on la violente, en aidant à comprendre ce qui se passe et en laissant redécouvrir la capacité d'initiative et le lien social, c'est cela qu'on peut entendre comme travail concret sur la dangerosité sociale. Le travail, au-delà de la spécificité psychiatrique, touche la ville. Entre consensus et opposition, la cité est mise face aux contradictions de la santé et de la maladie, de la liberté et du contrôle social, et elle doit répondre. C'est ça le véritable sens d'un travail que Basaglia appelle, "*la transformation politique d'une communauté*".[12] Transformation qui n'est rien d'autre qu'un des parcours possibles de construction d'une démocratie.

Mario Colucci, psychiatre, chef du Service pour les Toxicomanies de Palmanova (Udine). Psychanalyste, chargé de cours à la Faculté de Psychologie de Trieste et à l'Institut pour la Clinique du Lien Social de Venise.

NOTES

[1] M. Foucault, *Les anormaux*. Cours au Collège de France. 1974-1975, édition établie sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Valerio Marchetti et Antonella Salomoni, Seuil/Gallimard, Paris, 1999, p. 109.

[2] La notion philosophique d'époche a été proposée par les Sceptiques de l'Antiquité et développée ensuite par la phénoménologie de Husserl. Il s'agit de mettre en suspens ou entre parenthèses le jugement, l'attitude



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

naturelle ou spontanée ou l'idée qu'on se fait d'une chose afin de mieux la connaître [NDLR].

[3] F. Basaglia, *Potere e istituzionalizzazione. "Dalla vita istituzionale alla vita di comunità"* (1965), dans Scritti, Einaudi, Torino 1981-82, tome I, p. 287.

[4] M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique*, op. cit., p. 8.

[5] Ibidem.

[6] Ibidem., p. 10.

[7] F. Basaglia, *"La "Comunità Terapeutica" come base di un servizio psichiatrico. Realtà e prospettive"* (1965), dans Scritti, cit., tome I, p. 278.

[8] F. Basaglia, *"La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione"*, dans Scritti, cit., tome I, p. 257

[9] M. Foucault, *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France. 1976, édition établie, dans le cadre de l'Association pour le Centre Michel Foucault, sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Mauro Bertani et Alessandro Fontana, Seuil/Gallimard, Paris, 1997, p. 8-9.

[10] Cf. M. Colucci, P. Di Vittorio, Franco Basaglia. *Portrait d'un psychiatre intempestif*, Érès, Toulouse, 2005.

[11] Basaglia, *Psychiatrie et démocratie*, Érès, Toulouse, 2007, p. 132.

[12] Ibidem, p. 170.

SOURCE : Bruxelles Laïque Echos n°72, « *Le bon, le fou et le troublant* », Mars 2011

Les défis de la désinstitutionalisation en psychiatrie : l'exemple d'un secteur

[...]

L'idée même de désinstitutionalisation en psychiatrie comporte différentes significations. Le terme a été introduit aux États-Unis pour désigner la politique de santé mentale du gouvernement Kennedy entre 1960 et 1970. Cette politique pourtant s'est traduite surtout par une sortie en masse des patients des hôpitaux psychiatriques, sans être accompagnée d'une action de soins extra-hospitalière conséquente. La « *Psychiatrie Démocratique* » italienne, de son côté, a donné un nouveau sens à la désinstitutionalisation, celui de révolutionner la psychiatrie par la destruction progressive, mais totale, de l'hôpital psychiatrique. Cette institution demeurant cependant toujours résiduelle, nous proposons d'engager une réflexion sur les défis encore persistants posés par une désinstitutionalisation radicale.

[...]

La situation au Brésil

En conclusion, je souhaite présenter quelques éléments d'information sur le processus de désinstitutionalisation tel qu'il s'est effectué au Brésil. Une étude plus poussée

permettant une comparaison avec la situation française dépasserait le cadre de cet article.

La réforme italienne continue pour une grande part à être notre référence principale à l'étranger. La venue de Basaglia au Brésil à trois reprises au cours de la décennie de 1970 y a notoirement contribué. Le mouvement de réforme s'est initialement institutionnalisé en 1979 sous le nom de « *Mouvement des travailleurs de Santé Mentale* » (MTSM). Ce mouvement revendiquait surtout une amélioration des conditions de travail et des mesures pour humaniser le traitement donné aux patients dans les hôpitaux psychiatriques, y compris ceux qui étaient surpeuplés.

Au milieu des années 80, ce mouvement s'est radicalisé sous le nom de « *Lutte Anti-asilaire* », avec pour mot d'ordre « *Pour une société sans asiles* ». Il s'est ensuite converti en un mouvement social politisé stimulant le débat, faisant pression pour des modifications de la législation en vigueur et ayant pour objet la fermeture d'hôpitaux, la création de structures substitutives et la défense des droits de l'homme et des droits civiques des dénommés « *malades mentaux* ».

Ce mouvement a été renforcé avec la participation croissante d'usagers et de



Colloque : Évolution des droits et du réseau de la santé mentale - Passé et avenir

familles organisées au sein d'associations. Ceci a donné lieu à la réalisation de nombreux colloques recueillant une large participation (notamment trois Colloques Nationaux de Santé Mentale), l'occupation d'espaces dans les médias ainsi que le développement de la production académique, la publication d'ouvrages et la production de films traitant du problème. Ainsi, le plus récent long-métrage de Lais Boldanski « *Bicho de sete cabeças* » a non seulement obtenu de nombreux prix nationaux et internationaux, mais aussi rencontré un énorme succès public.

Les dirigeants du mouvement ayant conquis des postes clef au sein du pouvoir exécutif (au niveau fédéral, régional et municipal), une évolution significative au sein du Ministère de la Santé s'est produite en faveur de la Réforme et du contrôle des hôpitaux, permettant l'approbation d'une Loi Nationale de Réforme. Après avoir transité pendant plus de onze ans au Congrès National, cette Loi, très semblable à la Loi de Basaglia en 1978, a finalement été approuvée en 2001 avec quelques modifications qui en modèrent l'esprit.

Le processus brésilien est actuellement en pleine effervescence, soumis à des divisions internes et à des tensions. On peut distinguer, en gros, trois parties en conflit : un courant plus politique et radical, identifié aux Forums de Santé Mentale (nationaux et régionaux) ; un courant plus professionnel, focalisé sur la rénovation des pratiques et des connaissances médico-cliniques, militant pour le maintien contrôlé de structures psychiatriques classiques et émettant des réserves sur le courant précédent privilégiant une approche essentiellement politique de la réforme ; enfin, un courant plus conservateur, lié à des intérêts économiques affectés par la réforme.

Celle-ci vise à impliquer les Pouvoirs Publics dans le renforcement de l'assistance, et dans le démantèlement d'une situation historique de privatisation de la psychiatrie

hospitalière dans le pays. Selon les données officielles, en 1991, des 313 hôpitaux psychiatriques, 259 étaient privés (82,7 %), concentrant plus de 70 % des lits et se maintenant essentiellement grâce à des Conventions avec le Ministère de la Santé.

Actuellement, après presque vingt-cinq ans, un bilan sommaire révèle la situation concrète suivante. Avec la réduction ou la fermeture d'hôpitaux ne satisfaisant aux normes ministérielles, le nombre de lits, qui était de 85 037 en 1991, est tombé à 54 141 en 2001. Il existe aujourd'hui plus de 350 structures alternatives dans l'ensemble du pays, ce qui est encore très peu, non seulement en rapport avec la dimension du territoire, mais parce que 90 % des ressources fédérales pour la psychiatrie sont encore affectées à des structures d'internement. Les nouveaux services ont intégré de nombreuses catégories professionnelles, surtout des psychologues, et ont une vocation expérimentale et communautaire. Mais le processus engagé est loin d'être consensuel, notamment dans le milieu psychiatrique proprement dit.

Ce contexte, dans lequel les expériences menées dans d'autres pays mobilisent notre intérêt, suscite également, je pense, l'intérêt des autres, comme l'attestent les commentaires élogieux exprimés de façon réitérée à l'égard de la réforme brésilienne conduite par le Directeur actuel du Département de Santé Mentale et de Toxicomanie de l'OMS, Benedetto Saraceno, pour qui cette expérience complexe vaut la peine d'être connue et étudiée.

Friche Passos Izabel, « Les défis de la desinstitutionalisation en psychiatrie : l'exemple d'un secteur », *Revue internationale de psychosociologie* 22/ 2004 (Vol. X), p. 64-75

URL : www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-2004-22-page-64.htm.



Table des matières

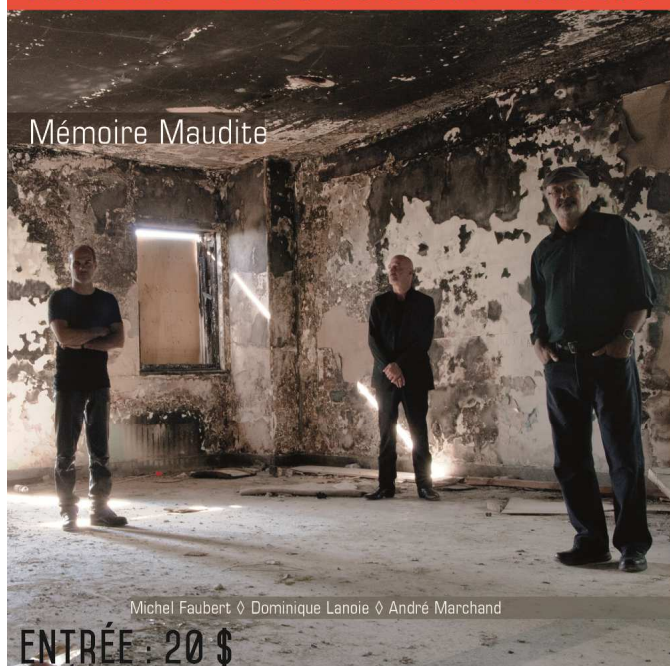
Déroulement de la journée	1
Allocution du C.A. de L'En-Droit de Laval	3
25 ans d'existence	7
Depuis 25 ans on a relevé des défis et on va continuer à le faire	9
Panel sur l'évolution des droits et du réseau	15
L'évolution des droits en santé mentale «cent fois sur le métier, remettez votre ouvrage»	17
La désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec	19
Soins ambulatoires sous contrainte : La situation au Québec	26
Panel sur les perspectives	29
L'entraide : ailleurs, autrement et au-delà	30
Santé mentale: une réussite nommée Sherpa	32
L'expérience italienne de psychiatrie démocratique par Mario Colucci	34
Les défis de la désinstitutionnalisation en psychiatrie : l'exemple d'un secteur	38



***Les droits en santé mentale
C'est fondamental!***

***L'arme la plus puissantes entre les mains de
l'opresseur est l'esprit de l'opprimé
- Steve Biko -***

PANELS - DISCUSSION - REPAS - 5 À 7 - SPECTACLE 19 H 30



MÉMOIRE MAUDITE... MAUDITE MÉMOIRE...

FAIRE LE CERCLE

BOUCLER LA BOUCLE...

EN HOMMAGE À LA GRANDE TRADITION DES COMPLAINTES

BALLADES

ACADIENNES QUÉBÉCOISES

ET AUSSI

À LA DOUCE MÉMOIRE DES VIEUX DÉSORMAIS CONDAMNÉS

À FAIRE LES JEUNES

POUR AVOIR LE DROIT D'EXISTER

[NOTES DE M. FAUBERT ACCOMPAGNANT L'ALBUM]

Billets en vente à l'En-Droit 450 668 - 1058

ou à la salle André-Mathieu 450 667 -2040

WWW.ENDROITLAVAL.COM