



Éléments de la petite histoire de la Santé mentale au Québec

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont souvent eu par le passé beaucoup de mal à faire reconnaître leur droit à l'éducation. Depuis le mouvement de la désinstitutionnalisation amorcé dans les années 1960, quelle est véritablement la place que nous leur laissons dans les groupes populaires ? Comment pouvons-nous les aider à faire respecter leur droit à l'éducation¹ ?

Brigitte Létourneau,
enseignante en travail social

Cégep Marie-Victorin

En 1962, la commission Bédard mettait en lumière les conditions de vie déplorables dans les asiles au Québec : « Long séjour à l'asile, conditions de vie déplorables, régime autoritaire des officières², traitement inadéquat des patients, réglementation serrée des activités quotidiennes, proximité de vie abusive, exploitation de la force de travail, lobotomie, électrochoc, médication caractérisent la psychiatrie asilaire à la fin des années 1950³. »

Dans la foulée de ce rapport, en 1961, la publication du livre *Les fous crient au secours*, de Jean-Charles Pagé, qui fut pendant un an patient de l'hôpital psychiatrique Saint-Jean de Dieu⁴, provoqua une véritable révolution. Les psychiatres de l'époque réussirent à mettre fin à la mainmise des communautés religieuses sur les institutions asilaires et à faire en sorte que la folie ne soit plus considérée comme

1 Cet article s'appuie sur une série d'émissions passionnantes réalisées par la revue *Santé mentale au Québec*, que l'on peut visionner à l'adresse suivante : http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php3?id_article=255.

2 À l'époque, les officières étaient presque toujours des religieuses.

3 Comité de santé mentale au Québec, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale au Québec*, « Annexe 1, 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996 », octobre 1997, p. 116. Texte disponible sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux.

4 Aujourd'hui, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

un châtime de Dieu, mais comme une maladie parmi d'autres, traitable grâce à la nouvelle pharmacothérapie. Découverts dans les années 1950 et combinés à des impératifs économiques et humanitaires, les nouveaux médicaments (neuroleptiques et antidépresseurs) allaient préparer le terrain, dans les années 1970 et au début des années 1980, à deux grandes vagues de désinstitutionnalisation. Ces dernières visaient à faire en sorte que les personnes atteintes de maladie mentale puissent préserver leur autonomie et leur milieu de vie, dans les meilleures conditions possible.

C'est à ce moment qu'est né un mouvement de contestation de la psychiatrie traditionnelle allant jusqu'à l'antipsychiatrie : « Ce mouvement, ralliant divers professionnels déçus du fonctionnement du système public de santé, des tenants des sciences sociales, des féministes, des militants et bénévoles communautaires de même que des ex-psychiatisés, dénonce les pratiques institutionnelles de la psychiatrie. On condamne alors l'abus de l'usage des médicaments, les relations de pouvoir entre soignants et soignés, les biais sexistes et de classe de diagnostics et des thérapies médicales ainsi que la déshumanisation des soins.⁵ »

Certains de ces professionnels quittent alors l'institution psychiatrique et mettent en place des ressources alternatives offrant des services de réadaptation, d'hébergement, d'intervention, d'entraide et de défense des droits. Ils souhaitent que les interventions se fassent dans un contexte chaleureux et personnalisé, dans une perspective où la personne n'est pas considérée d'abord comme une maladie,

« On condamne alors l'abus de l'usage des médicaments, les relations de pouvoir entre soignants et soignés, les biais sexistes et de classe de diagnostics et des thérapies médicales ainsi que la déshumanisation des soins. »

mais comme un être humain à part entière, capable de se développer et de prendre des décisions. C'est la philosophie de l'*empowerment*, qu'on peut traduire par autonomisation, découverte de ses pouvoirs, prise en charge de soi ou contrôle de sa destinée.

Un peu de mon expérience en santé mentale

Lorsque j'ai commencé à travailler dans le domaine de la défense des droits en santé mentale, au début des années 1990, la *Politique de la santé mentale* venait tout juste d'être formulée. Cette politique, considérée comme progressiste par plusieurs, a eu un impact important dans le milieu de la santé mentale au Québec. Elle a donné la parole aux intervenants en psychiatrie (psychiatres, ressources alternatives), mais également aux principaux intéressés, les personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale ainsi que leurs proches. Le principe, pourtant très simple à comprendre, mais souvent plus difficile à vivre en pratique selon lequel « *Je suis une personne, pas une maladie* » était alors mis de l'avant. De plus, cette politique énonçait les critiques suivantes (certaines d'entre elles ont déjà été énumérées ci-dessus) : la prédominance de l'ap-

proche biologique et par conséquent le manque de reconnaissance des ressources alternatives ; le manque de ressources dans la communauté ; le manque de collaboration avec les différents intervenants (intervenants des réseaux institutionnels et communautaires ; groupes formés des familles et des proches ; décideurs).

Dans les organismes, nous cherchions à accueillir la personne elle-même. Au départ, plusieurs se présentaient à nous en disant « *Je suis schizophrène* » ou « *Je suis maniaco-dépressif* ». Nous leur répondions alors qu'elles avaient un nom et une personnalité avant de faire l'objet d'un diagnostic. Nous avons incité ces personnes à s'impliquer dans nos groupes (comités de travail, conseil d'administration, comité journal, etc.) et dans différents lieux décisionnels, afin de développer leurs capacités et la confiance en leur potentiel. Par exemple, la présidence de l'Association provinciale⁶ comme celle des groupes membres doit, encore aujourd'hui, être occupée par une personne éprouvant ou ayant éprouvé des problèmes de santé mentale.

Nous réussissions là où d'autres avaient échoué, tant ils étaient persuadés qu'il n'y avait pas grand-chose à faire. Bien sûr, cela demandait une énergie folle et souvent un travail à long terme, mais après quatorze ans passés dans ce domaine, je suis heureuse de pouvoir nommer des personnes qui s'en sont sorties et qui servent aujourd'hui de modèles à d'autres qui ont suivi leurs traces en s'engageant dans le mouvement communautaire de la santé mentale. Nous avons également fait le choix de ne pas demander le diagnostic des personnes concernées,

⁵ *Op. cit.*

⁶ Association des groupes de défense des droits – santé mentale Québec (AGIDD-SMQ).

pour ne pas nourrir de préjugés à leur égard. Certes, nous n'avons pas pu aider tout le monde. Mais le simple fait de croire aux capacités d'une personne, peu importe son diagnostic, est souvent un excellent point de départ pour l'aider à croire en elle-même et à faire le bout de chemin qu'elle est en mesure de faire.

« Parfois, ce sont les compagnies pharmaceutiques qui ont l'idée de suggérer de nouvelles catégories, le syndrome de l'acheteur compulsif à titre d'exemple, juste à temps pour écouler un médicament avant la date d'expiration de sa licence. »

Les défis des groupes d'alphabétisation populaire

Une démarche de conscientisation au-delà de notre problématique

Quand on sait que « 20 % des Canadiens et Canadiennes seront personnellement atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie »⁷, comment expliquer l'ampleur de ce problème dans notre société ? Par l'augmentation sans cesse croissante du taux de pauvreté ? Par le stress engendré par notre société fondée sur la compétition et l'individualisme ? Par des outils d'évaluation diagnostics plus performants ? Par un meilleur dépistage suite à une meilleure sensibilisation du

public ? La question est complexe et la réponse réunit probablement un ensemble de facteurs. Cependant, l'an dernier, je fus étonnée de trouver très peu d'ouvrages récents qui mettaient la santé mentale en rapport avec les conditions de pauvreté. De plus en plus, on occulte les causes sociales comme éléments explicatifs des problèmes de santé mentale au profit des seules explications médicales. Même les travailleurs des groupes communautaires en santé mentale perdent de plus en plus leur sens critique relativement à la vision médicale. Toutefois, il reste encore quelques îlots de résistance, notamment une psychologue américaine ayant fait partie de deux comités du DSM-III⁸ qui émet la critique suivante :

« Entre 1987 [...] et 1994 [...], on peut constater que 77 nouvelles catégories [de diagnostics] ont fait leur apparition, ce qui a fait passer le nombre de catégories de 297 à 374. Comment expliquer une telle chose ? En 7 ans, 77 nouvelles formes de maladies mentales auraient soudain fait l'objet de découvertes ? De toute évidence, non. Ils mettent n'importe quoi là-dedans. Parfois, ce sont les compagnies pharmaceutiques qui ont l'idée de suggérer de nouvelles catégories, le syndrome de l'acheteur compulsif à titre d'exemple, juste à temps pour écouler un médicament avant la date d'expiration de sa licence. Bon, désormais on vient en aide aux gens qui sont des acheteurs compulsifs. Ce qui fait en sorte d'augmenter le nombre d'éti-

quettes apposées à des expériences ordinaires de la vie. »⁹

Dans le même ordre d'idées, un des défis de l'alphabétisation conscientisante est de remettre constamment en question les modèles que nous impose la société. C'est aussi de se remettre en question et de se changer soi-même, puisque les valeurs sociales et les préjugés s'enracinent profondément en nous tout au long de notre vie. Cette démarche de conscientisation¹⁰ (c'est-à-dire de questionnements sur nous-mêmes, notre vision de l'analphabétisme, nos préjugés, les difficultés que vivent les personnes et les actions collectives à mener, etc.) a permis de rapprocher les conditions de pauvreté et d'analphabétisme, et d'aborder le problème comme un problème d'ordre social et non uniquement individuel. Ainsi, parmi les réponses au problème d'analphabétisme, au-delà de la formation de l'individu, on retrouve diverses luttes visant à améliorer les politiques sociales et à développer des lieux variés d'apprentissage. Cette remise en question est en elle-même une lutte constante à cause de l'ampleur de la tâche à réaliser et des difficultés financières des groupes. Alors qu'il est déjà difficile d'effectuer cette remise en question dans le milieu où on évolue, comment faire en sorte de demeurer critique face à d'autres réalités, comme celle de la santé mentale ? Et comment faire en sorte que les discours critiques circulent dans les différents milieux communautaires ?

7 Agence de la Santé publique du Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, 2002, p. 3.

8 *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

9 CAPLAN, Paula J. « Le diagnostic psychiatrique : scientifique ? », *Actes de l'événement DSM-V, devoir de syndromes magnifiques*, Folie Culture, Québec, 2008, p. 127. L'événement s'est déroulé à Québec, du 11 au 15 octobre 2006.

10 Pour en connaître plus sur la philosophie et les principes de la conscientisation, je vous invite à lire un document élaboré en juin 2003 par le comité de développement des pratiques du RGPAQ, « La conscientisation selon l'approche de Paulo Freire », 36 pages.

La psychiatrie occidentale tend à voir les symptômes comme de simples manifestations d'un désordre biologique, et a évacué tout ce qui est de l'ordre de la spiritualité, du rituel et de la culture.

Par exemple, une partie de nos difficultés vient aussi du fait que nous oublions parfois d'être critiques envers notre société qui a choisi de médicaliser les problèmes de santé mentale, avec comme conséquence que seuls des experts peuvent intervenir. La psychiatrie occidentale tend à voir les symptômes comme de simples manifestations d'un désordre biologique, et a évacué tout ce qui est de l'ordre de la spiritualité, du rituel et de la culture¹¹. Or, dans plusieurs cultures, se sentir déprimé ou anxieux, être malheureux au travail ou avoir des difficultés conjugales, toutes ces choses que nous avons médicalisées ne sont pas des problèmes de santé mentale, mais des problèmes moraux, religieux ou sociaux.

De plus, afin de répondre aux intervenants et aux étudiants qui se demandent comment travailler avec les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, une démarche de conscientisation pourrait être très bénéfique. Ce serait une occasion de répondre à des questions comme celles-ci : « Pourquoi vouloir travailler autrement qu'avec les autres catégories de personnes ? », « Ai-je peur de la réaction de la personne ? », « Ai-je peur qu'elle soit dangereuse, qu'elle dérange le

groupe ? », « Sur quoi mes peurs se fondent-elles au juste ? », « Suis-je capable de travailler avec la personne et sa souffrance comme je le ferais avec toute autre personne au lieu de chercher à m'adapter à son diagnostic ? »

Je ne crois pas qu'il existe des « recettes » en santé mentale. Il n'y a pas de façon d'intervenir en fonction du diagnostic. À mon avis, le plus gros travail à faire porte d'abord et avant tout sur nos propres préjugés envers ces personnes.

Prendre conscience de ses préjugés

Lorsque j'ai commencé à travailler dans le domaine de la santé mentale, j'ai dû, moi aussi, questionner mes préjugés afin d'arriver à voir, au-delà du diagnostic, les forces des personnes que je côtoyais quotidiennement.

Ainsi, le préjugé le plus tenace et le plus répandu est celui de la dangerosité. Dans les médias, lorsqu'un crime est commis, il n'est pas rare qu'on donne l'étiquette de « fou dangereux » à celui qui a commis le crime en question. Pourtant, j'ai rarement rencontré des personnes dangereuses. Désorganisées, oui. Souffrantes, oh combien ! Mais dangereuses ? Sans le nier, le fait est totalement exagéré. Sur le terrain, on constate d'ailleurs que les psychiatres ont de la difficulté à déterminer de façon précise si la personne est dangereuse ou non. Les critères de dangerosité ne sont pas juridiquement définis et l'opinion professionnelle devient vite très subjective. L'hospitalisation des personnes contre leur gré a plus un objectif thérapeutique qu'elle ne vise à prévenir les gestes violents.

Voir une personne à travers le prisme du diagnostic, c'est souvent déformer ce qu'elle est réellement. Ainsi, lorsqu'elle pleure, ce qui nous vient à l'esprit, c'est qu'elle fait une rechute de sa dépression ; lorsqu'une personne se met en colère, nous croyons que c'est un symptôme de sa maladie ; lorsqu'elle nous donne une information dont nous doutons, nous avons vite fait de croire qu'elle recommence à délirer.



11 MERCIER, Noémie, « Accommodement psychiatrique », *Québec Science*, vol. 45, n° 6 (mars 2007), p. 56 (dossier thématique).

Quand le diagnostic prend autant de place, comment pouvons-nous vraiment, comme intervenants, établir une relation égalitaire ? Comment accompagner une personne vers un véritable changement et l'aider à avoir un meilleur contrôle sur sa propre vie ? Sans être totalement imperméable aux considérations médicales, mieux vaut considérer que la personne est souffrante, mais qu'il lui est possible d'évoluer vers un mieux-être, peu importe l'étiquette qui lui a été apposée (ou imposée !).

Pour respecter le droit à la formation et à l'éducation des personnes, je crois qu'il faut d'abord respecter leurs droits fondamentaux et adapter nos façons de faire pour leur permettre de participer aux activités.

Que faire ?

Lorsqu'il s'agit d'intégrer dans des groupes « hors champ de la santé mentale » (par exemple des groupes de femmes ou d'alphabétisation) des personnes vivant des problèmes de santé mentale, la principale difficulté est le manque d'informations des intervenants sur la problématique. Il s'agit alors simplement de prendre le temps de nous adapter aux différents éléments qui composent la vie des gens, comme nous l'avons fait pour les autres participants qui fréquentent nos groupes et de chercher à s'informer. Une véritable démarche de

conscientisation permettrait de mieux comprendre que le rapport avec ces personnes n'est pas différent de celui que nous avons développé avec les participants en général.

Prenons le thème de la médication. Cette dernière prend une place centrale dans la vie de ces personnes. Nous oublions qu'elles sont souvent fortement médicamenteuses. Les effets de cette médication sont ignorés ; on croit régulièrement – à tort – que leur nervosité ou leur apathie est un symptôme de la maladie. Ainsi parmi celles qui prennent des sédatifs pour dormir, certaines ont de la difficulté à se concentrer le matin. Pour d'autres, la médication les rend hyperactifs et elles ont constamment besoin de bouger. Si on leur propose un atelier d'une heure où elles doivent rester assises, il y a fort à parier qu'elles ne pourront tenir le coup. Certaines personnes sont également désorganisées, font de fréquentes visites à l'hôpital et ne peuvent pas toujours faire partie d'un groupe d'apprentissage stable et régulier. D'autres encore ont un besoin vital de parler de leur vécu avant de pouvoir se concentrer sur l'apprentissage. Freire établit que la première étape de libération de la personne est la prise de parole. Alors pourquoi un malaise s'installe-t-il parfois lorsque des personnes ayant des problèmes de santé mentale expriment ce vécu ?

Avant tout une personne

Pour respecter le droit à la formation et à l'éducation des personnes, je crois qu'il faut d'abord respecter leurs droits fondamentaux et adapter nos façons de faire pour leur permettre de participer aux activités. Être traité comme une personne à part entière, avec des droits et des responsabilités, est essentiel pour pouvoir progresser. Intervenir en fonction de ce qu'est la personne avec ses forces, ses faiblesses, ses limites, ses peurs, ses expériences et non en fonction de son diagnostic est le premier devoir de l'intervenant.

Dans ce contexte, nous devons nous questionner sur les efforts que nous sommes prêts à faire pour nous adapter aux personnes qui ont besoin d'effectuer une démarche d'alphabétisation conscientisante, qui vivent des difficultés sur le plan de la santé mentale, de la toxicomanie, de la violence, etc. Est-il possible de repousser les frontières que l'on s'est fixées comme groupe pour s'ouvrir à de nouveaux horizons ?

Les personnes vivant des problèmes de santé mentale ne sont pas différentes des autres. Ce qu'elles demandent, c'est simplement d'être écoutées, d'être crues, d'être considérées comme des personnes à part entière, capables de comprendre leur cheminement de vie et de prendre des décisions. Ce qu'elles désirent par-dessus tout c'est d'avoir une vie « normale ». ■