



BANQUE DE DOCUMENTS

DE RÉFÉRENCE RELATIFS
À LA SANTÉ MENTALE



communications
notions

BANQUE DE DOCUMENTS

DE RÉFÉRENCE RELATIFS
À LA SANTÉ MENTALE

respect

différence

santé
mentale

Édition produite par :
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Conception graphique :
Mac Design

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : (418) 644-4574

par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca

ou par la poste : Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le présent document peut être consulté dans l'intranet réseau du Ministère de la Santé et des Services sociaux, section Documentation.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-40516-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

L'APPROPRIATION DU POUVOIR	5
L'appropriation du pouvoir	7
- Éléments de définition	7
Citoyenneté	8
- Définition du terme citoyenneté tel qu'utilisé par le ministre des Relations avec les citoyens et de l'Immigration	8
Réflexion témoignage	9
- Chaque personne possède sa réponse	9
Réflexion témoignage	19
- La transformation des services de santé mentale : la représentation des personnes utilisatrices des services, les enjeux et le processus d'intégration	19
L'APPROCHE DIFFÉRENCIÉE SELON LE SEXE	29
L'approche différenciée selon le sexe : pour répondre aux besoins spécifiques des hommes et des femmes, un facteur incontournable dans le travail en santé mentale	31
Remerciements	33
Avant-propos	34
Préambule	35
La santé mentale des hommes et des femmes et les principaux facteurs associés	37
- Au-delà des différences, la souffrance	37
- Les conséquences sur le plan social	42
- D'autres facteurs associés aux problèmes de santé mentale	45
- Quelques données	45
Des approches d'intervention	46
- Un principe directeur : l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices de services	46
- La riche complexité de l'intervention en santé mentale	46
- Un travail sur soi-même	47
- Une approche globale	49
- L'approche spécifique selon le sexe des personnes utilisatrices de services	52
Conclusion	57
Bibliographie	58
Extrait d'un projet-pilote	60
- Des interventions empreintes de sensibilité et adaptées aux communautés ethnoculturelles	60
LE TRAVAIL EN RÉSEAU	63
Texte témoignage d'un parent	65
Extrait du document intitulé <i>Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services</i>	67
- La vision et les objectifs	67
Le travail en réseau	71
- Document synthèse	71

communications, MRP

L'appropriation du pouvoir



respect

reconnaissance des différences

*santé
mentale*



ÉLÉMENTS DE DÉFINITION

Concrètement, l'appropriation du pouvoir signifie pour la personne utilisatrice de service :

- un processus continu, qu'elle-même a décidé d'entreprendre et qu'elle gère en fonction de la connaissance qu'elle a d'elle-même et en fonction de ses expériences, de ses besoins et de son parcours. C'est un mouvement dans le temps ;
- la capacité et la possibilité de prendre la parole en toute liberté, individuellement ou collectivement c'est-à-dire :
 - prendre position ou réagir,
 - déterminer et exprimer ses besoins,
 - parler en son propre nom, raconter son expérience si besoin il y a,
 - donner soi-même un sens à son expérience et à l'expérience collective ;
- la capacité et la possibilité d'exercer ses droits librement et de façon éclairée :
 - droit à l'information et à la formation,
 - droit d'être accompagnée,
 - droit d'être soutenue dans ses stratégies personnelles, ses tentatives de réinsertion sociale, « (...) chaque personne possède sa réponse, aussi absurde et insensée qu'elle paraisse aux yeux des autres¹ »
 - droit à l'autodétermination en tenant compte des limites et des besoins de l'autre (proche, ressources d'accompagnement, employeur, etc.) ;
- l'engagement à assumer ses choix et les conséquences qui en découlent ;
- la capacité et la possibilité de décider de toutes les facettes de sa vie sur les plans individuel ou collectif, c'est-à-dire :
 - soins et traitements,
 - activités ou projets significatifs,
 - milieu de vie, lieu de résidence,
 - temps de retrait, temps de relation,
 - soutien accru ou prise de risques,
 - organisation des services ;
- la capacité et la possibilité de défendre ses droits ;
- la possibilité d'être en relation, en interaction avec son milieu et l'environnement à partir de son espace intime et personnel et non à partir de normes ou de critères extérieurs à elle, et ce, dans un rapport mutuellement respectueux et égalitaire.

Groupe de travail ministériel de développement des ressources humaines en santé mentale.
Source : *Guide d'appropriation du pouvoir des personnes utilisatrices de services* (à paraître).

1. Dorion, Francine, *Chaque personne possède sa réponse*, 2001, p. 9. (Texte inclus dans la présente Banque de documents relatifs à la santé mentale).

Citoyenneté

DÉFINITION DU TERME CITOYENNETÉ TEL QU'UTILISÉ PAR LE MINISTRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION

- Statut commun à toutes les personnes résidant sur le territoire du Québec.
- Prise dans son sens social, la citoyenneté s'enracine dans le sentiment d'appartenance partagé par des individus qui sont à la fois sujets de droits et de libertés et acteurs sociaux porteurs de responsabilités.
- Cette citoyenneté reconnaît les différences tout en valorisant des valeurs communes. Elle met l'accent sur la participation de tous au développement de la collectivité.

CHAQUE PERSONNE POSSÈDE SA RÉPONSE

Francine Dorion, membre du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale et membre du Groupe de développement des ressources humaines en santé mentale

Réflexion- témoignage

AVIS : Ce texte a servi de base de discussion au Groupe de développement des ressources humaines en santé mentale sur la détermination des compétences relative au principe de l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices de services en santé mentale.

J'aimerais vous inviter à entrer avec moi dans un univers que vous connaissez probablement par cœur, mais vu d'un angle qui vous est peut-être étranger, celui d'une personne utilisatrice de services en santé mentale.

Partons d'abord du terme intervention. Ce mot, en soi, comporte un piège car il se veut, *a priori*, « interventionniste » :

Intervenant : (Dr.) Qui intervient dans une instance, un procès.
(N. cour.) Personne qui prend la parole au cours d'un débat, d'une discussion.
– Personne qui intervient dans un secteur, qui prend part à une activité

Intervenir : (Dr.) Arriver, se produire au cours d'un procès.
(Cour.) Prendre part à une action, à une affaire en cours, dans l'intention d'influer sur son déroulement. – Entrer en action.

Intervention : (Dr.) Acte par lequel un tiers, qui n'était pas originairement partie dans une contestation judiciaire, s'y présente pour y prendre part.
(Cour.) Action d'intervenir (par la parole ou par l'action).

Source : *Le Petit Robert*, juin 2002.

Pour ma part, je préfère le terme « accompagnement », car accompagner quelqu'un implique nécessairement que les rênes sont tenues par la personne aidée. Si j'accompagne, je suis « au service de », je facilite l'action de l'autre ; d'ailleurs, le terme « facilitateur », même s'il vient d'un anglicisme non reconnu au dictionnaire français, traduirait assez bien la notion d'aide dans le sens voulu en santé mentale.

Quelquefois, en crise aiguë, j'ai eu besoin d'une prise en charge mais, dès la crise passée, cette même prise en charge devient une prison, et cela dépend de l'intervenant ou l'intervenante d'en ouvrir la porte. On sait aussi qu'ouvrir la porte ne veut pas nécessairement dire que la personne sortira. La longueur du séjour en institution ainsi que le caractère et l'expérience de cette personne y sont pour beaucoup, ainsi que l'environnement qu'on lui offre à sa sortie.

Si je n'ai jamais fait l'expérience de répondre moi-même à mes besoins de base ou s'il y a trop longtemps que je l'ai fait, c'est dans un vaste inconnu qu'on me plonge lorsqu'on me rend ma liberté. J'ai besoin d'aide, d'accompagnement, d'intervention... au début. Quand je saurai m'y prendre, quand j'aurai appris à prendre soin de moi (assez pour survivre), je dois avoir le choix d'avancer plus loin ou de m'en tenir à cela. Les mots « pouvoir » et « vouloir » ne sont pas synonymes, et « vouloir » implique le désir. À mon sens, stimuler le désir d'apprentissage n'est pas un but en soi, sauf si la personne directement concernée le demande.

Dans notre société actuelle, on parle à toutes les sauces *d'insertion sociale*, de réinsertion, etc. Pourquoi l'aide apportée aux personnes prend-elle cet unique but, cet unique objectif ? Quand on parle d'une personne, on utilise les mots « potentiel à développer », « efficacité

relationnelle », « gestion de budget et d'autres choses », « retour au travail », etc., tout cela en vue de *l'insertion sociale*. Moi, je parle de qualité de vie : optimiser mes capacités afin de répondre à cet unique objectif, que je reste ou non une « sauvage » aux yeux du monde ! Pourquoi voudrais-je m'insérer dans une société qui empile les tabous à mon égard ? Un cercle social, oui, pour moi, c'est essentiel... Parce que c'est MON but ; non parce que quelqu'un d'autre a décidé que je dois en passer par là « pour mon bien ».

J'aime, il est vrai, avoir un rôle social, être reconnue comme citoyenne à part entière, mais les règles du jeu pour y parvenir, les exigences reliées à cet exercice sont si difficiles que, parfois, j'ai décidé de m'en tenir à mon petit univers, mes amis ; le temps de reprendre pied...

En intervention, on me demande de faire confiance, mais il y a tant de sujets tabous que celle-ci est vite limitée. Le plus beau cadeau que m'a offert ma thérapeute a été de pouvoir parler du suicide sans me retrouver en cure fermée. Pour moi, comme la mort accompagnait chacun de mes pas, je ne pouvais parler de moi sans parler de cette ombre menaçante. J'ai tant jonglé avec la mort qu'elle m'était plus familière que la vie ; dans l'impasse, je ne voyais que cette alternative à ma souffrance si intense, ininterrompue, sans lumière ni espoir. Je ne comprenais pas comment les autres pouvaient être heureux de vivre. Je ne savais pas, non plus, ce qui me manquait pour toucher la vie, l'espoir. C'est cette quête qui m'a menée : goûter, moi aussi, une forme de joie de vivre, trouver la manière d'entrer en relation avec autrui, réellement. Je me sentais si différente que mes semblables m'étaient une énigme indéchiffrable. Je me sentais comme une extra terrestre, inapte à comprendre les règles du jeu pour me forger une place en ce monde. Ma quête a été aussi, de l'âge de la conscience des autres jusqu'à il y a quelques années, de trouver quelqu'un pouvant me montrer une route praticable vers la vie, quelqu'un qui, ayant connu les mêmes difficultés que moi, s'en était sorti, vraiment (ailleurs que dans les asiles). J'ai trouvé, peu à peu, des exemples. J'ai compris à travers eux que c'était possible, même pour moi. J'ai cheminé, tâtonné, erré, puis suis arrivée à l'impossible : le bonheur. Simplement si doux : état d'être, magie de la vie. Maintenant, mon espoir, c'est de rejoindre ceux qui vivent encore l'enfer afin de témoigner que, oui, c'est possible.

C'est la base qu'il faut revoir, en tant qu'intervenant et intervenante. L'écoute, le respect la formation, l'information sont les critères essentiels que les personnes réclament unanimement. « Nous sommes des personnes à part entière, nous voulons être considérées comme telles. » Même si on répond : « Oui, je te considère ainsi », est-ce vrai ? Ma différence, mes difficultés teintent le regard des autres sur moi, ils teintent mon propre regard sur moi ! Les intervenantes et les intervenants sont-ils capables d'écouter sans juger, en étant conscients du cheminement de la personne, là où elle en est, en révolte ou en soumission, sans vouloir à tout prix « régler son cas » ? La seule solution valable est en elle et seule cette écoute lui permet, peu à peu, de la trouver. Cela n'empêche pas d'ouvrir des portes, des pistes de solution, mais jamais LA solution.

L'exemple que je prends souvent pour illustrer cette façon de voir les choses, je le prends dans ma propre expérience, une histoire un peu longue, mais dont les détails sont importants, qui remue bien des valeurs mais a fait ses preuves, pour moi. Voici.

De la prise en charge...

Je venais de réussir à sortir en catastrophe d'une secte, sans même être encore sûre que c'était bien de cela dont il s'agissait... Après un mois passé chez des amis, leur propriétaire les ayant menacés de les chasser parce que j'avais un chien, j'ai dû partir. N'ayant plus beaucoup de repères, car mon univers, pendant deux ans, avait été fermé à tout ce qui n'était pas la secte, n'existant plus pour eux du fait de mon départ, j'étais bouleversée, en deuil et désorganisée. Ma tendance naturelle étant « les bois m'appellent », je me suis installée, en camping, dans un petit coin non loin du village où je vivais. À cet endroit, sans doute privé, je me suis faite la plus petite possible afin de n'être pas repérée, mais mon chien, lui, ne l'entendait pas de cette oreille ! J'étais complètement désorientée, en panique, « parano » entre guillemets, car ma parano ne perd pas le sens de la réalité, en général, juste une aversion profonde de tout « humain » *a priori*, pour moi, menaçant ; je garde conscience que mes craintes ne sont pas fondées mais mon instinct est plus fort que ma raison. Sans plus de maîtrise de la situation, *en survie* comme j'appelle cela, les petites mouches noires se sont mises de la partie et j'ai basculé.

Je ne me rappelle plus bien comment les choses se sont enchaînées, mais je crois avoir appelé un ami au secours, qui m'a hébergé une nuit, avec condition de contacter une travailleuse sociale ou mon médecin traitant à la clinique de psychiatrie le lendemain. Ce fut chose faite, et la solution avancée, et retenue, fut une famille d'accueil qui acceptait les chiens. Cette prise en charge, j'en avais besoin plus que tout. Je n'arrivais plus à me comprendre, me sentais exténuée, incapable de tenir plus longtemps par mes propres moyens. Rôles et responsabilités allant de pair dans ce milieu, mes seules tâches étaient de manger, dormir, nourrir mon chien et regarder passer la vie... C'est tout ce que je demandais !

Il y a eu un duel, assez intéressant après coup, mais très insécurisant sur le moment, entre la travailleuse sociale et mon médecin, sur les suites à donner à ce placement. Épuisée, je ne voyais pas le jour où j'aurais l'énergie de reprendre mon autonomie, alors c'est ce message que j'ai donné. Très avenante, la dame qui tient la famille d'accueil (appelons-la « madame Chat » car elle les adore) m'a gentiment expliqué comment faire pour que mon placement temporaire devienne plus définitif, les bonnes expressions à employer, quoi ne pas dire, etc. Bref, j'ai écouté tout aussi gentiment, car l'enjeu était le placement pour un mois ou pour un an, ré-évaluable à ce moment. Moi, j'aurais demandé environ trois mois. Cela aurait répondu vraiment à mon besoin d'alors. Avec mon médecin, j'ai parlé plus franchement, le connaissant depuis plusieurs années. Comme je ne connaissais pas la travailleuse sociale et qu'elle ne m'inspirait pas confiance, j'ai joué le jeu. Elle n'a pas été dupe mais, le titre aidant, mon médecin a gagné la partie. Les règles étant ce qu'elles sont, j'avais un an devant moi pour récupérer, avec la possibilité bien sûr de partir avant, mais là encore dans les règles...

Je me suis donc assoupie dans le confort de la non-responsabilité, jougeant madame Chat autant qu'elle le faisait avec moi, étirant au possible les contraintes, acceptant celles que je ne pouvais changer. Sortir de là n'a pas été une mince affaire. J'avais peur de madame Chat car elle criait souvent après les autres résidents, se calmant très vite, mais je savais que je ne pourrais tolérer qu'elle le fasse avec moi. Mes forces revenues, je me suis attelée à la tâche de trouver un appartement où on accepte les chiens (un gros en plus). Impossible de trouver.

...à l'appropriation du pouvoir

Les règles, en famille d'accueil, veulent qu'une personne doive avoir l'aval de son médecin et/ou de sa travailleuse sociale pour quitter, et cette approbation ne peut se faire que si l'on a tous les outils pour accomplir convenablement ce transfert, dont un lieu où habiter. C'est très logique en soi et j'adhère absolument à ce principe, sauf que je n'avais pu trouver de logis, et ne voyais pas comment y parvenir en demeurant à cet endroit que mon instinct m'incitait à fuir au plus vite. J'avais peur de l'inévitable fois où ce serait mon tour de me faire crier après : je savais que ma réaction serait la fuite immédiate, dans quelque condition que ce soit, au risque d'une crise, hospitalisation, etc. Donc, j'ai décidé de fuir, mais au moment où j'en avais la capacité et où je pouvais tout mettre en œuvre pour ne pas trop me désorganiser. « L'appel des bois » étant toujours très fort en moi malgré mon échec du printemps, j'ai décidé de refaire l'expérience et de me servir de celle-là pour éviter, autant que possible, les écueils. D'abord, éviter de m'isoler complètement, donc rester proche de la « civilisation » ; voir à m'installer près d'un lieu de ravitaillement, car si je ne prenais pas soin de ma santé, je risquais encore une fois de perdre mon chien ; prévoir, autant que possible, tous les objets nécessaires à ma survie, et avoir les moyens concrets d'aviser au fur et à mesure.

La première difficulté et la première nécessité, ce fut de mentir. Je crois m'en être assez bien tirée car ils n'ont pas mis la police à mes trousses (c'était le risque de partir sans consentement). Je me suis organisée avec une communauté religieuse que je connaissais afin qu'ils entreposent mes biens tant que je n'aurais pas trouvé un appartement, sans leur dire bien sûr que j'allais vivre dans le bois ! À madame Chat et aux autres, j'ai dit (du moins je crois que c'est l'astuce employée, mais je ne me souviens plus très bien des mensonges, après coup !) que j'allais vivre dans cette communauté : logique, non ? Pour continuer à recevoir mon chèque de la Sécurité du revenu j'ai payé un loyer (vraiment) chez une autre personne car une sans-abri perd même le droit de manger...

Ce dont je me souviens, avec le plus de force, c'est du sentiment de LIBERTÉ que j'ai éprouvé lorsque j'ai quitté la famille d'accueil. C'est un sentiment que j'ai d'ailleurs ressenti chaque fois que je me retrouvais sans-abri, sans personne qui m'attend ni ne s'inquiète de moi. Cette liberté, j'en ai joui avec intensité. La pluie ou la neige n'avait plus aucune espèce d'importance, pas plus que la nuit ou le jour, bien que la nuit, je me cache pour vivre l'instant. Je connais bien les pratiques de camouflage, l'expérience aidant, même en pleine ville. Savoir se fondre au décor est une seconde nature chez moi, ou du moins l'était, car la pratique me manque depuis quelques années ! Comme je ne suis plus itinérante, que je gère mieux mes crises et mes demandes d'aide, je ne me désorganise plus au point de tout perdre comme avant. Ma qualité de vie est cent fois meilleure, mais si j'avais à regretter quelque chose de ces temps de tourmente, je crois que ce serait cette liberté et cette facilité à devenir ombre parmi les ombres ; comme quoi même le pire malheur apporte ses consolations... Je suis sortie du sujet, mais j'espère avoir su communiquer cette magie, même à ceux qui ignorent tout de ce genre d'aventure !

Le bois, hé non ! pas d'échec ! La nature m'a accueillie avec une réponse proportionnelle au besoin que je ressentais d'elle depuis toujours. « L'appel des bois ». En moi existe la loi de la nature, le cycle de sa vie où l'humain prend part pas toujours à son avantage. La nature m'a apporté sa source de vie, à son contact permanent mon souffle a adopté le sien, tout simplement sans résistance. Je me suis imprégnée de l'essence de la terre, de l'eau, du vent et de chaque parcelle vivant en son sein. J'ai été fleur avec le champ, feuille avec l'arbre, fourmi avec la fourmilière. Je ne puis compter le temps pris à la contemplation, la réflexion, les parallèles entre ce que j'observais et mon existence. Je ne puis le compter mais en suis sortie avec une paix intérieure et un sens de ma vie où je connais ma place. Je ne lutte plus pour me forger un espace au soleil, car je l'ai trouvé. Chez moi, les fourmis (quand le chat et le chien ne s'en mêlent pas) trouvent le gîte, en retour de leur hospitalité dans les bois.

Au fond, là est toute la question de ce que je désirais soulever : j'ai trouvé, là où nul ne m'aurait encouragée à chercher, ma voie. J'ai accompli une action en contradiction avec toute forme « d'aide » possible, tout « bon sens », mais c'était MA route, MA réponse. Je ne conseillerais jamais à personne de tenter cette expérience, mais je sais que CHAQUE PERSONNE POSSÈDE SA RÉPONSE, aussi absurde et insensée qu'elle paraisse aux yeux des autres. Si j'avais quelque chose à regretter de cette démarche, c'est de n'avoir pas suivi mon instinct beaucoup plus tôt dans ma vie. J'ai écouté ma raison et la raison des autres, j'ai imaginé sans expérimenter et en ai conclu que j'en mourrais ou perdrais complètement le contact avec la réalité, alors que la réalité m'attendait là, la mienne.

Au fond des bois, j'ai souffert aussi. Il ne faut pas croire que mes difficultés, d'un coup de baguette, se sont envolées avec l'environnement, mais j'ai appris à « compter avec », à prévoir.

Un jour, après au moins un mois de cette vie, j'ai osé révéler à mon médecin la vérité. Il est vrai que les froids arrivaient et que je ne trouvais toujours pas de logement, avec mon chien, alors j'ai parlé pour mettre toutes les chances de mon côté. Il a été sidéré, comme de raison, mais il a pu constater que j'allais bien, je prenais soin de moi, je restais en tout point les pieds dans la réalité. Il m'a laissée aller, et j'avoue que lorsque je suis sortie de son bureau, libre, j'ai été très soulagée et drôlement fière d'avoir su prouver la justesse de mon action. Cela a été la même chose (la fierté) face à l'ami qui m'avait hébergée lors de ma tentative ratée du printemps. Je suis toujours fière de cette action, elle m'a tant apporté. Peut-être m'a-t-elle permis de me prouver à moi-même que mon instinct est un bon guide, que je peux arriver, envers et contre tous, à réussir dans un projet où tout semble voué à l'échec. Je me suis prouvée que je pouvais me prendre en charge et réussir, donc que je peux me faire confiance. C'est peut-être pour cela que je ne ressens plus le besoin de me « forcer » une place au soleil : j'ai confiance en moi car j'ai su faire face. J'ignore tous les facteurs qui ont fait de cette expérience un point tournant dans ma vie, mais j'en connais les résultats, j'habite seule, autonome, depuis près de trois ans. Trois mois était un record, avant...

Et après ?

Je vous ai dit que c'était un processus de réflexion auquel je vous conviais, et je crois avoir apporté par cet exemple la preuve que tout est possible, avec de la confiance. Lors de mon périple, les personnes à qui j'ai osé parler, même avant l'action, ont été mes semblables du groupe d'entraide, la coordonnatrice de ce groupe et quelques ami(e)s. J'ai profité de ces dialogues pour « affiner mes armes », prévoir dans la mesure du possible. À part l'incrédulité très compréhensible, quand je donnais la raison de ma décision et la manière dont je comptais m'y prendre, j'ai reçu un bon accueil de ces personnes. J'ai même reçu de l'aide, des couvertures, à mesure que la saison avançait. Septembre est froid, la nuit, je le sais ! Ce que j'ai apprécié le plus, en parlant à ces gens, c'est le respect qu'ils ont eu face à ma solution. Cela m'a aidée à mieux me préparer à sortir de ma bulle de rêve pour concrétiser mon plan. Quand ma psychologue est revenue de vacances, fin août, elle a éclaté de rire en m'entendant raconter mon périple ! Je me sentais en vie, en connivence avec elle, et c'était bien. Elle me connaissait assez pour savoir que je ne resterais pas longtemps en famille d'accueil, mais de là au bois ! Elle m'a aidée à mieux m'organiser, à tous points de vue, et je n'ai jamais senti de jugement de sa part. Je sentais qu'elle me faisait confiance pour « rebondir » malgré les obstacles, et cette confiance m'aidait au plus haut point.

Tout cela pour dire quoi ? En fait tout se résume à la confiance : même si la personne devant vous semble si éloignée de la réalité que vous craignez pour son lendemain, la force de vie qui l'habite est si forte qu'elle peut vaincre bien des obstacles qui paraissent insurmontables et surtout faites confiance à sa manière de se battre. C'est sûr, il y a des fois où on m'a « repêchée » de justesse de la mort, j'ai souvent perdu presque entièrement le contact avec votre réalité : c'est vrai. Mais au nom de ces fois, malgré les risques, est-ce que je dois être toujours en tutelle ? Je suis la première à avoir peur que ma folie m'amène à la mort, je suis très consciente que cela peut arriver, c'est déjà arrivé, mais...

En ce moment, alors que j'écris ces mots, je suis en pleine possession de mes moyens et je dis, j'affirme :

Laissez-moi aller tant que je me sens capable de fonctionner seule.

Je connais les risques et je les assume.

*J'ai BESOIN de sentir que vous me faites confiance,
que vous ne vivez pas dans la peur d'une crise.*

Quand elle survient, il y a toujours un déclencheur, même s'il ne parle qu'à mon inconscient.

Je le sens, je le sais, quand la crise arrive.

*Souvent, je crie à l'aide avant même que mon entourage
ne me fasse le reflet que je fonctionne mal.*

*Si un autre me fait ce reflet, je ne le tiens pas pour acquis,
mais vérifie en moi, écoute ma vie.*

Il est rare que je n'agisse pas en conséquence, si c'est une crise, avec MES moyens.

Si mes moyens ne fonctionnent pas, j'appelle à l'aide.

S'il vous plait, soyez là à ce moment.

Même en crise, je connais mes besoins.

Même en crise, je connais mes besoins.

Si vous saviez comme j'ai peur de la prise en charge, je la fuis de toutes mes forces. Si vous ne me preniez en charge que lorsque je le demande et pour le temps dont j'ai besoin (je sais le dire), je n'aurais plus peur de cette prise en charge, ni de vous par la même occasion. Volontiers, je viendrais vérifier avec vous, quand je me sens moins bien, si une aide quelconque est appropriée, pour un temps. Je pourrais vous faire confiance car je sentirais votre confiance.

Même en crise, je connais mes besoins.

Je ne vous demande pas vos nuits, je ne vous demande pas l'impossible dans un contexte de travail, mais je vous demande de tout tenter, avec moi, avant de m'enfermer à l'hôpital. Si je sais qu'en conscience et avec tous les moyens possibles, vous le ferez, je n'aurai plus peur de vous, j'aurai confiance en vous.

Pourquoi cette peur phobique commune à presque toutes les personnes ayant des problèmes de santé mentale face à l'hospitalisation ? Vous le savez sans doute, mais peut-être vaut-il la peine de le redire. L'enfermement. Au-delà du sentiment de non-respect, au-delà de la révolte envers la contention, l'isolement, le chantage, la sur-médication, c'est le pouvoir sur nos vies que nous perdons dès la porte refermée (à clef) derrière nous. Une porte dont nous n'avons pas la clef, et qui ne s'ouvrira que lorsque nous aurons prouvé que votre réalité est la nôtre, même si elle ne peut jamais l'être vraiment. Le « mensonge convaincant » est la seule issue possible, sinon, à force de temps, peut-être... Je n'en prendrais pas la gageure car il pourrait y avoir des surprises très désagréables pour moi, comme ces électrochocs qui redeviennent à la mode...

La fin !

J'ignore si cette réflexion a pu apporter quelque lumière sur la façon dont une intervention respecte ou non le cheminement d'une personne. Tout ce que je peux dire, c'est que pour ma part, je respecte un intervenant ou une intervenante quand je me sens respectée véritablement et je me sens triste lorsque je vois des personnes qui, avec toute la bonne volonté du monde, s'adressent à moi comme si j'étais une enfant ou comme si je ne savais pas ce dont j'ai besoin. Oui, j'ai mes crises. Oui, j'ai mené la vie dure à plus d'une personne désirant m'aider, mais ne m'en veuillez pas, ce qui, pour vous, est un travail que vous aimez (ou non !) est pour moi, ma vie et ma survie. Ensemble, je crois que nous arriverons à nous « adapter ».

Des pensées et expériences que j'ai osées partager avec vous, aujourd'hui, j'espère seulement qu'elles nous aideront à nous comprendre lorsque je m'exprimerai librement devant vous. Cela demande un long cheminement d'en arriver à taire les craintes de représailles... Toutes les personnes n'éprouvent pas, comme moi, le besoin de témoigner, le désir de s'impliquer afin de mieux cohabiter dans notre univers. J'ai pris le risque, croyant qu'avant tout nous sommes tous des êtres humains œuvrant au mieux de notre conscience et de nos capacités en fonction du bien-être du plus grand nombre.

...Ou le début ?

Entendez-vous la voix de la personne que vous aidez ?

Entendez-vous sa voie ?

Osez-vous risquer l'appui à cette voie ? de l'un ou l'une des leurs.

La transformation des services de santé mentale :

la représentation des personnes utilisatrices des services,
les enjeux et le processus d'intégration

LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE : LA REPRÉSENTATION DES PERSONNES UTILISATRICES DES SERVICES, LES ENJEUX ET LE PROCESSUS D'INTÉGRATION

Réflexion- témoignage

Francine Dorion, membre du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale
et membre du Groupe de développement des ressources humaines en santé mentale

Nous sommes actuellement dans un tournant de l'histoire de la santé mentale au Québec, avec la transformation des services demandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, visant une organisation locale desdits services, offerts dans la communauté plutôt qu'en centres hospitaliers, grâce à un déplacement des budgets en conséquence.

Les hôpitaux, face à ce changement de politique, ont ouvert des ressources dans la communauté, croyant ainsi répondre à la demande, mais ont-ils pour autant changé leurs pratiques ? L'enjeu réel, pour moi, pour mes pairs, ainsi que pour les ressources déjà implantées dans la communauté est là : la diversité des services, afin d'assurer à la personne un choix réel dans la manière dont l'aide lui est fournie lorsqu'elle en a besoin. Aussi, quand l'hôpital se ramifie dans la communauté, tient-il compte des ressources déjà existantes, et peut-il changer sa philosophie de prise en charge « mur à mur » ? Je ne prétends pas répondre à cette question, mais trouve important de bien baliser les enjeux qu'elle implique.

Toujours dans l'optique du changement actuel, les personnes utilisatrices de service ont revendiqué, et obtenu, de siéger aux différentes tables régionales et sous-régionales, d'être présentes à tous les niveaux décisionnels qui les concernent dans toutes les sphères touchant la santé mentale. En fait, ils (nous) désirent être partie prenante dans les décisions et orientations, la formation, l'information, etc. Pourquoi ? Parce que nous en sommes capables, tout simplement ! De notre point de vue, qui est mieux placé pour savoir répondre le plus adéquatement possible à nos besoins que nous-mêmes ? Nous avons notre mot à dire, et tenons à le faire. Maintenant comme il s'agit d'un tout nouveau concept, pour toutes les personnes impliquées, comment réussissons-nous à y arriver de manière satisfaisante pour toutes ? Je dirais : en nous adaptant les unes aux autres.

Les écueils sont nombreux et le chemin à parcourir, dans un premier temps, est truffé d'obstacles : nous serons des personnes exploratrices avant de devenir des experts et des expertes, quelle que soit la bonne volonté animant nos gestes et nos paroles. Il ne suffit pas de dire à quelqu'un : « Viens t'installer près de nous, nous te considérons comme notre égal » pour qu'il se sente reconnu et accepté. La première fois qu'on m'a invitée à siéger à un conseil d'administration, je m'y suis sentie complètement inutile, ne comprenant rien à ce qui se passait sauf quand on a déclaré la réunion terminée ! Préparation, communication, accueil de l'autre sont, à mon avis, la pierre angulaire d'une réussite en ce sens : pour les deux parties !

En ce moment cette nouvelle façon de faire est imposée par la nécessité d'une cohérence entre « le dire » et « le faire » au sein du gouvernement. Les principes de base ont été avancés depuis la Politique de santé mentale en 1989, réitérés dans les « Orientations... » de 1997 ainsi que dans la consultation qui l'a suivi, et réaffirmés avec le « Plan d'action » de 1998. Lors de la formation du Groupe d'appui à la transformation des services, mis en place en 1999, le Ministère a non seulement appuyé ces principes, mais est passé du concept à la pratique en s'adjoignant deux personnes utilisatrices de services (dont je suis), et en incluant la consultation de ces dernières, au même titre que les différents partenaires des réseaux public et communautaire, lors la tournée du groupe dans la province. Il a aussi répondu favorablement à la demande des personnes d'être présentes lors du Forum de 2000, (une première !), présence qui a été perçue

comme étant un facteur non négligeable du succès de ce forum. Comme on le voit, malgré les changements dans la structure interne du gouvernement, le Ministère avance dans le temps en cohérence et en continuité par rapport à l'approche favorisant l'appropriation du pouvoir des personnes sur leur vie et leur environnement. La tendance se maintient actuellement, malgré le flottement créé par le départ de madame Marois, le sous-ministre Pierre Gabrièle l'ayant assuré dernièrement aux représentant(e)s du Groupe d'appui lors d'une rencontre où j'étais présente, partie prenante devrais-je dire ! Bref, toutes considérations politiques mises à part, l'action étant entendue dans son principe, reste l'actualisation des pratiques...

D'hier à aujourd'hui

Dans un premier temps, j'aimerais partager avec vous certaines expériences qui m'amènent aujourd'hui à penser que je sais de quoi je parle quand il s'agit d'intégration à différentes instances décisionnelles, ainsi que les conditions minimales devant être prises en considération pour favoriser cette insertion.

D'abord, ce qu'il conviendrait d'appeler, en bon Québécois, le *timing*. Nous avons parlé de la tangente prise par le Ministère, nous parlerons plus loin de celle de « la société » et des différentes ressources et instances concernées mais, au niveau des personnes, qu'en est-il ? Actuellement, je dirais que le *timing* est idéal. Pourquoi ? Parce que, la désinstitutionnalisation (dur à écrire, ce mot !) étant chose du passé, du moins le temps où il n'existait aucune ressource dans la société pour répondre aux besoins de ces personnes « mises à la porte », littéralement et sans autre considération que « l'époque le veut ainsi ». Bref, les gens se sont débrouillés, la société s'est mobilisée, des ressources d'aide, d'hébergement et de défense des droits ont vu le jour, ainsi d'ailleurs qu'une exploitation clandestine illégale de ces personnes sans défense, logées dans des taudis à plus haut prix, paralysées par des menaces plus ou moins fondées contre lesquelles elles ne pouvaient se défendre... Autant quitter ce sujet, encore trop actuel aujourd'hui, pour en venir à l'objet de mes propos, qui est : la maturité.

Si j'avais à définir, à ma manière, la vision que j'ai des personnes vivant des problèmes de santé mentale, j'utiliserais le terme : maturité. Par rapport à ce que j'ai connu il y a vingt ans, dix ans, et maintenant, il est clair que, pour moi et mes semblables, tout a changé. Je ne me sens plus comme une extraterrestre n'ayant rien en commun avec « le monde », mais bien comme une personne à part entière, différente simplement. Ma perception de moi et des autres se distingue par des lunettes teintées d'une couleur unique, mais non inappropriée à ma situation ou complètement « folle », absurde, inadéquate, comme je le sentais autrefois. Ma différence, je la vois comme celle qu'ont « les artistes » par rapport au reste du monde, et ils vivent très bien. En général, les artistes sont bien acceptés, qu'ils vivent ou non au diapason de la société, à leur rythme, avec leurs opinions et actions. Moi, je me sens comme cela, ma vie est simplement différente de celle du commun des mortels. Malgré les tabous et les préjugés, ainsi que la menace constante d'une crise, je me crois en droit de dire : je suis un être humain et, en tant que tel, je désire que la société m'accepte comme citoyenne à part entière. J'ai un bagage, des idées, de l'imagination, une opinion, des expériences et des richesses à partager. À cause de ma différence, ma vision se distingue de celle des autres, et je crois qu'à cause de

cela, elle peut enrichir la vision globale de l'ensemble. J'aimerais vraiment pouvoir dire un jour : voici notre vision commune ! Les mots « intégration sociale » prendraient un tout autre sens, deviendraient inutiles en fait, car cette société, j'y aurais ma place *a priori*. Il faut bien rêver, quoi !

Comment poser un jalon afin de se projeter dans cet univers commun ? D'abord, en y croyant -élémentaire, mon cher Watson ! Ma parole ne suffit pas. Mais si à celle-ci s'ajoute celle de mes semblables du Québec, comme je l'ai entendu de mille voix lors de la tournée du Groupe d'appui ? Et si à la nôtre se joignait celle de tous les membres du Groupe d'appui, ainsi que celle des personnes du Ministère, des régies régionales, d'intervenants et d'intervenantes de tous milieux ? Et si c'était vrai, non plus à prouver ?

Représentativité et expérience de vie

J'entends souvent des commentaires, à mon égard et à celui de personnes ayant un vécu psychiatrique sachant s'exprimer, ayant des opinions logiques et claires, etc. : « Toi, ce n'est pas pareil. Tu n'es pas une *vraie*. Tu n'as pas de problème *grave* de santé mentale. »... Et si c'était faux ?

Je ne tiens pas à prouver ma qualité de psychiatisée dite « lourde », « sévère et persistante », « grave » ou autre. Je sais seulement que, depuis très longtemps, je suis considérée « inapte » par le système, notamment par celui de la *solidarité sociale*. Je sais que, si je vais à l'hôpital pour un mal physique, la porte de la psychiatrie s'ouvrira en même temps ; si je ne donne plus de nouvelles à mon monde durant un certain temps, et que je refuse de voir quiconque, la police arrivera à ma porte avec un billet pour l'enfermement en psychiatrie... Je sais que, si un choc émotif trop fort survient, je risque de perdre le nord complètement, et dieu sait où mon corps atterrira, et quand mon esprit le rejoindra. Bref, moi je sais, et ma parole devrait suffire, sans toute mon histoire : pourquoi n'en est-il pas déjà ainsi ? Le temps des *asiles* n'est pas si loin de notre réalité, et *psychiatisé* égale encore *aliéné*, le mot *folie* est toujours dangereux, mystérieux, insécurisant. On a encore le réflexe de vouloir prendre en charge une personne psychiatisée, on n'a pas encore compris que, avoir des problèmes de santé mentale, c'est avoir des « épisodes » problématiques : ma vie n'est pas constamment désorganisée. J'ai des crises, des moments de perte de contrôle plus ou moins importants, nécessitant de l'aide ou non, car j'ai appris à composer avec ma situation, mais je ne suis pas *folle à lier*. Ma raison ne déraisonne pas toujours, et j'aimerais tant qu'on cesse de me percevoir ainsi !

Les tabous et préjugés ont la mémoire longue. Il est vrai que, si vous m'enfermiez dans un asile, attachée, nageant dans mes excréments, à part la douche au tuyau d'arrosage, je hurlerais et me débattrais tant qu'il n'y aurait que la lobotomie pour me faire taire. Il est vrai qu'il y a vingt ans, abruti de médicaments, enfermée sans une protestation possible sous peine d'isolement, j'étais très agressive envers toute forme « d'aide » psychiatrique. Il est vrai aussi qu'il y a dix ans, parce que je connaissais mes droits et les revendiquais sans succès devant un psychiatre, ils ont dû se mettre à quatre personnes pour m'attacher et m'injecter de quoi me calmer afin que je ne me sauve pas « en crise ». Il est vrai aussi que ce psychiatre est venu me faire ses excuses, plus tard, car j'avais raison, pour ce droit qu'il me niait. Je l'avais sensibilisé, mais à

quel prix. Malgré tout, il avait entendu ma voix, après coup, et son humilité à reconnaître son erreur l'a porté, à mes yeux, du rang de bourreau à celui d'humain. Il est vrai aussi, pour faire suite à l'évolution, que mon psychiatre actuel (tout juste sorti de l'école) lit tout haut ce qu'il inscrit dans mon dossier, m'écoute vraiment, et répond à mes besoins au mieux de ses possibilités, en clinique. Les cinq minutes d'antan sont passées à trente ou plus, selon mon état et sa disponibilité, afin d'évaluer conjointement la chimie nécessaire à ma qualité de vie, car j'en suis encore à ce stade.

Je sais que cette énumération de bons procédés peut paraître inutile en regard de l'insertion des personnes aux niveaux décisionnels, mais je crois qu'il faut savoir d'où on vient pour jauger à sa juste mesure ce qu'implique ce changement de mentalité et de pratique. On ne saurait réussir à avancer en ce domaine sans être conscients des enjeux réels liés à la condition de personne psychiatisée. Cela permet peut-être aussi de comprendre pourquoi il est si important pour moi de penser qu'on m'écoute et me respecte réellement, en tant que personne à part entière. À force de n'être qu'une malade j'ai dû réapprendre à communiquer, à dire sans être sur mes gardes, à faire confiance jusqu'à preuve du contraire, à accepter que l'autre se trompe sans casser les ponts immédiatement, enfin, à respecter l'autre. Tout comme moi j'ai à prouver que je peux prendre place à vos côtés, vous avez à me prouver que vous me respectez. Le temps seulement est gage de réussite, ainsi qu'un dialogue ouvert, essais et erreurs acceptés des deux côtés, afin d'amener une compréhension mutuelle et enfin, le respect.

L'expérience à acquérir, affiner

La route est longue, car nous partons de loin. Avez-vous envie de tenter l'expérience commune ? Moi, je sais que j'ai envie d'essayer, je le fais d'ailleurs depuis plusieurs années, et c'est pourquoi j'essaie de baliser le passage pour mes pairs, car j'y crois.

Pour ajouter à la compréhension de ce que je peux vivre, à certains moments, je dirais que, plus je suis proche d'une situation problématique discutée en réunion, plus mes paroles sont véhémentes, plus mes réponses sont émotives, et plus la porte que je risque de franchir, en la claquant, est proche. C'est ma réalité. Je le sais, et en conscience, par la pratique, j'ai appris à me donner des moyens de « faire baisser la pression ». Quelquefois, je parle tout simplement de l'émotion qui monte, me libérant du fardeau et cherchant la compréhension et l'appui des autres. Habituellement, les gens se montrent réceptifs à ces interruptions de l'ordre du jour, à condition que je les respecte, qu'ils ne se sentent pas menacés ou jugés, et que j'arrive à m'exprimer assez succinctement dans le temps. Quelquefois, quand je me sens incapable de dire quoi que ce soit, je sors prendre l'air en compagnie d'une cigarette... Après, il m'est parfois possible de parler ou c'est devenu inutile. J'ai été obligée de quitter les lieux à quelques reprises, les émotions étant trop fortes : on m'a respectée aussi dans ce choix, et c'était d'autant plus important que je craignais d'avoir perdu de la crédibilité par ce geste, de m'être montrée incapable d'assumer ma place au sein du Groupe d'appui. Le temps me montre que c'est plutôt le contraire : éviter les éclats, en perte de contrôle, invite justement les autres à me faire confiance, à ne pas avoir peur de moi, à comprendre mes limites. Comme le signal d'alarme ne retentit qu'en moi, sans un plâtre pour indiquer la blessure, je suis seule juge de ma force à résister au mal ou à cesser d'envenimer les choses.

Il n'y a que l'expérience qui a pu me montrer ces voies, et je sais que bien d'autres peuvent développer (si ce n'est déjà fait !) ces capacités, cette connaissance de soi permettant des rapports « d'égal à égal » ; il suffit d'ouvrir la porte, les personnes ne demandent qu'à entrer. C'est aussi pourquoi les personnes réclament d'être au minimum deux à siéger ; ainsi, je peux me valider auprès de l'autre, verbaliser des choses que je ne saurais dire au commun des mortels, et diminuer la pression relative à ma qualité de « représentante » des personnes. Le fait d'être deux me permet d'exercer moins de vigilance pour ne rien perdre de ce qui se dit, car l'attention exigée en réunion demande un effort considérable, surtout une journée entière, alors que mon heure habituelle de lever est midi ! Enfin, à deux, c'est plus facile de se préparer, on peut faire un retour ensuite. Avec Denise, ma compagne au Groupe d'appui, je me sens en complémentarité, nos forces se manifestent différemment et, en ce qui a trait à sa vision de l'appropriation du pouvoir, je lui fais confiance à 100 %. J'apprécie énormément de ne pas me sentir seule « porteuse » de ce dossier. Quand je suis seule à ce titre, je sens un fardeau énorme sur mes épaules, je me questionne sans cesse, j'ai peur d'avoir laissé échapper un élément important, peur enfin de n'être pas à la hauteur de la situation. Il faut bien comprendre que l'enjeu, pour nous, c'est notre vie : les besoins auxquels on tente de répondre, ce sont ceux-là qui, parfois, font la différence entre la vie et la mort, entre la détresse sans issue et l'espoir.

À travers les mécanismes que j'ai développés pour me sentir « adéquate » dans un groupe de travail, il y a les questions et l'humour. Quand tout va vite, que je n'arrive plus à suivre, j'ose demander qu'on me resitue ou bien j'attrape un mot et le tourne autrement pour faire rire les autres, interrompant le rythme, qui redémarre généralement plus lentement, me permettant de m'ajuster. Il n'y a pas longtemps que j'ai pris conscience de ces éléments, mais je les considère comme une force, ils me permettent de suivre.

Chaque personne a ses propres mécanismes d'adaptation, pour peu qu'elle ait libre champ d'expérimenter. Tout revient à cela, et aussi à l'accueil de ses méthodes. Quelquefois, je dérange - non, non, ne dites pas le contraire, je le sens. Avec quelqu'un du groupe à qui j'ai fait part de cela, nous avons convenu qu'elle me ferait signe si elle considérait que je « flyais ». J'ai pris mon temps avant d'en parler, ai choisi cette personne avec soin, car je ne voulais surtout pas me sentir dévalorisée par cette aide. Je sais seulement que, quelquefois, après une réunion, je regrettais d'avoir agi ainsi, peut-être à tort mais maintenant je me sens rassurée. Ce moyen m'appartient, il ne doit pas être imposé mais venir d'une demande claire et arrêtée au moment où la personne le juge opportun. C'est le piège des exemples, que j'illustre ici, et je ne répéterai jamais assez que chaque personne a ses propres moyens d'adaptation et qu'on doit les respecter.

Il est bien évident que tout cela n'a pas été de soi, quand j'ai commencé à m'impliquer dans des groupes de travail. Je vous ai parlé de mon premier conseil d'administration ; il m'a suffi de décider que ce serait le dernier... Mais il y a eu une suite, on ne m'a pas laissée ainsi, désemparée. J'ai reçu des explications, ai pu exprimer mes doutes et incertitudes, et même dire que j'aurais aimé être préparée à l'avance. Pour moi, quand on disait MSSS, j'entendais « mess », le CHRDL était une planète inconnue, etc. Je ne sais pas pourquoi, mais je perçois des sourires... Serait-ce que cette expérience vous est familière ? Tout néophyte qu'on soit, il faut une base commune de vocabulaire, pour se comprendre, et comme le répertoire de chaque

région est différent, il faudra bien que chaque région enseigne ce savoir aux non-initiés. Y a-t-il une main qui se lève pour votre région ? Il est à noter que certains groupes ou organismes ont déjà une expertise en ce sens, et il serait sans doute heureux de la partager.

De la parole à l'action

À part un langage commun, j'ai besoin de préparation avant de m'impliquer dans un groupe. D'abord, de l'information :

- Quel est notre rôle ?
- Quelles sont nos responsabilités ?
- Quel est mon rôle ?
- Qu'est-ce que cela implique comme temps, énergie, déplacements ?
- À quelle fréquence nous réunirons-nous ?
- Les réunions auront-elles lieu à la fin du mois, le matin ?
- Y aura-t-il des tonnes de paperasse à lire ?
- Y aura-t-il des représentations à faire ? Au près de qui ?
- Si je représente un groupe, comment le lien se fera-t-il ? Serai-je remboursée pour mes frais de déplacement ? Dans quels délais ? Une avance est-elle possible ?
- Etc.

À partir de cette information, je serai à même de définir, dans un premier temps, quels sont mes besoins spécifiques, dans ma situation, pour assurer ma participation. La plupart du temps, je n'ai pas un gros revenu, et tout changement de mon rythme de vie, de mes habitudes, a des conséquences en ce domaine. Encore là, il n'y a que la personne elle-même qui puisse nommer ses besoins, et si elle n'a pas l'expérience de ce genre d'implication, un « minimum vital » est facile à concevoir, avec ajustement si nécessaire en cours de route. Je sais par expérience que, même si on a tenté de parer à toute éventualité, la réalité est parfois une dure école. Une réunion à côté de chez moi ou dans un lieu facilement accessible éloigne d'autant les possibilités d'imprévu, et inversement. Posséder ou non une carte de crédit, dans un hôtel, peut vous empêcher d'obtenir la clef de votre chambre, même si elle est payée d'avance ! Sans un dépôt minimum (20 ou 40 \$ par nuit), je ne peux avoir accès au téléphone de ma chambre d'hôtel, et les téléphones publics de l'endroit exigent une « carte à puces »...

Moi qui, vivant de l'aide sociale depuis longtemps, ignore tout des « us et coutumes » de la classe sociale supérieure à ma condition (ce n'est pas très dur !), je souffre régulièrement de ce que j'appellerais « la vision des autres sur moi ». Entrer dans un restaurant, pour un dîner en commun avec mon groupe de travail, peut être très difficile si c'est un peu « high class », ou s'il y a trop de fourchettes pour ma compréhension. Si je ne suis pas vêtue « convenablement », je risque le coup d'œil « d'en haut » de l'hôtesse, et je suis très susceptible à cet égard. Je n'aime pas me sentir « déplacée », en territoire tellement inconnu que je risque d'interpréter pour du mépris un regard de simple courtoisie. Sentir que je suis vêtue adéquatement, même pour assister simplement à une réunion, est important. Déjà, j'ai l'impression de porter l'étiquette « problème de santé mentale » écrit au néon sur mon front ; déjà, ma participation en tant que représentante des personnes utilisatrices des

services m'identifie sous cette étiquette ; j'ai besoin, surtout lors des premiers contacts, de me sentir au mieux de ma forme et de ma condition. C'est pourquoi la préparation est si importante, car elle optimise mes chances de me sentir bien dans mon rôle.

La première fois qu'on m'a approchée pour intégrer un comité de travail national, j'ai été si impressionnée que, par la suite, j'ai regretté souvent d'avoir accepté. J'avais des choses à dire, des opinions, mais devant toutes ces personnes « expertes », je n'osais pas trop m'avancer, malgré l'accueil favorable que je percevais. Ces personnes avaient des diplômes universitaires et parlaient un langage quelquefois hermétique, même si je considère avoir un assez bon vocabulaire. Je me sentais si indigne d'être là, et en même temps j'avais tant à exprimer que, lorsque j'osais parler, les mots s'entremêlaient, rendant flous des idées pourtant très claires dans ma tête. Encore aujourd'hui, j'ai tendance à m'excuser de parler, à avoir l'impression de prendre trop de place, même quand on m'affirme le contraire. Là encore, j'ai développé des outils m'aidant à mieux intervenir, comme d'écrire des mots clefs. Tout est question de pratique.

Au niveau des moyens concrets me permettant d'assister aux réunions, la méthode d'avance financière est la meilleure, à mon avis. Prévoir assez large pour tout couvrir, mais pas trop pour que je ne m'endette pas ultérieurement. Certains besoins me sont spécifiques, comme le chenil pour mon chien quand je pars plusieurs jours, ou les « couchers » la veille et le soir d'une réunion d'une journée, car les transports me prennent toute mon énergie.

Les réunions à la fin d'un mois sont difficiles à assumer pour quelqu'un n'ayant qu'un chèque mensuel, car l'imprévu est toujours un facteur de stress. Aussi, quand on doit quitter son domicile pour plusieurs jours, le lait et les produits périssables se perdent. Je gère autrement ma nourriture, quand je dois partir ainsi, mais les coûts sont plus élevés qu'habituellement, même si quelques repas me sont payés pour équilibrer un peu. Pour ma part, quand je suis très fatiguée, comme je le suis généralement après un déplacement de ce genre, j'ai besoin de compenser, de me mettre en boule dans mon lit et n'en plus bouger, mais la vie continue à courir, alors j'économise l'énergie en me commandant un repas ou autre chose. Ce moyen m'appartient et ses conséquences aussi, mais j'en tiens compte maintenant, l'expérience aidant, après m'être placée en mauvaise position quelquefois, car je ne dois pas oublier que, plus je suis fatiguée, moins je suis en contrôle de ma vie et de mon environnement.

Les transports : thème inépuisable de difficultés et d'imprévus ! En ville, transport en commun accessible : aucun problème, sauf... Sauf que, pour moi et plusieurs autres dans ma condition, la foule est un facteur de panique assurée. Solution ? Adapter les heures de rencontres ou en perdre des parties, l'idéal étant l'adaptation, évidemment. Tous mes semblables ne vivent pas cette difficulté, heureusement. En région éloignée ou dans les endroits où l'accessibilité des transports est limitée, le casse-tête est plus grand, si la personne n'a pas de véhicule. Covoiturage ? C'est probablement la meilleure solution, si c'est possible.

Casse-tête ? Chez moi, il n'y a que trois autobus par jour, dont deux à l'heure de pointe... Heureusement, les fonds se sont présentés pour un véhicule, car autrement, le chenil est inaccessible, le covoiturage impossible, et l'énergie que je devrais déployer pour mes déplacements rendrait ma participation très difficile à gérer, en plus de ma vie.

Reste à parler de rémunération, s'il y a lieu. Il est très important de vérifier auprès de la personne quelles sont ses possibilités de recevoir un revenu sans être pénalisée, si elle reçoit de l'aide sociale ou une rente d'indemnisation. Les règles actuelles sont très contraignantes quant à reconnaître financièrement l'expertise d'une personne, et, à mon avis, la transparence est la meilleure conseillère en ce sens.

La formation

Tout ce dont nous avons parlé auparavant démontre à quel point le besoin de formation, à un niveau ou à un autre, risque de se faire sentir. Cette formation peut être offerte au fur et à mesure par les responsables du dossier, par un expert ou une experte ou un organisme qualifié. L'important, c'est que la demande soit faite par la personne ou évaluée conjointement avec elle. Pour ma part, n'ayant pas peur de demander, au risque de paraître ignorante, j'aime mieux réclamer de l'information supplémentaire qu'avoir de la difficulté à suivre les autres.

Ici comme ailleurs, l'expérience suffit à comprendre ce qui est nécessaire ou pas. L'aide, en ce sens, devrait aller de pair avec l'intérêt manifesté et/ou les difficultés rencontrées en cours de mandat.

Voilà, je crois avoir fait un tour d'horizon assez complet, au regard de mon expérience en ce domaine. J'espère que mes exemples ont apporté quelque chose au sujet plutôt qu'ils ne l'ont alourdi inutilement, mais je les ai considérés importants, car c'est souvent par ses nuances qu'une idée prend toute sa valeur.

Le message que j'ai apporté aujourd'hui prend sa source dans ma vision des choses, mais aussi à travers toutes les voix que j'ai entendues lors de la tournée du Groupe d'appui au Québec. Elles m'ont permis, par leur richesse, de grandir en confiance vis-à-vis de nos moyens réels. Je sais maintenant, et puis affirmer, que mes pairs sont, comme moi, capables d'exprimer leurs besoins, d'apporter leur contribution à l'expertise nécessaire à la transformation des services. Ils sont prêts à prendre la parole, à prendre leur place ; êtes-vous prêts et prêtes à les entendre, à les accueillir comme des êtres « à part entière » ?

communications, MRP

L'approche différenciée selon le sexe



respect

différence différenc

*santé
mentale*



L'approche
différenciée
selon le sexe :
pour répondre
aux besoins
spécifiques des
hommes et
des femmes,
un facteur
incontournable
dans le travail
en santé
mentale

Remerciements

Pour réaliser le présent document de référence, qui servira au développement des compétences des ressources humaines en santé mentale, le Service de santé mentale, en collaboration avec le Service à la condition féminine, a fait appel à l'expertise de madame Christine Archambault, travailleuse sociale en psychiatrie et chargée de cours à l'Université de Montréal, madame Fernande Ménard, experte-conseil en intervention auprès des femmes qui souffre d'un problème de santé mentale et monsieur Gilles Tremblay, professeur-chercheur à l'Université Laval. Ils possèdent tous trois une expérience de plus de vingt ans comme praticiennes et praticien auprès d'hommes et de femmes vivant des difficultés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux les remercie très sincèrement pour leur générosité et leur précieuse collaboration. Sans eux, les approches spécifiques auprès des femmes et des hommes n'auraient pu faire l'objet de ce texte. Des remerciements particuliers sont adressés à madame Ménard, qui a accepté de recueillir les renseignements contenus dans ce texte en tenant compte des discussions du Comité de travail et des travaux de recherche relatifs à l'intervention auprès des hommes et des femmes, travaux réalisés principalement par l'une ou l'autre des personnes ressources.

Enfin le Ministère remercie madame Nicole Gravel du Service à la condition féminine pour sa collaboration au Comité de travail ainsi que madame Annie Labranche du même service et monsieur Thomas Antil de la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation pour leur contribution à la recherche. Il remercie également madame Marie-Thérèse Roberge pour la coordination du Comité de travail et l'écriture du texte final ainsi que mesdames Madeleine Breton et Nathalie Brière du Service de santé mentale qui ont lu et commenté le texte.

Avant- propos

D'entrée de jeu, le ministère de la Santé et des Services sociaux tient à préciser qu'il considère que l'appartenance à l'un ou l'autre sexe est un déterminant important de la santé et qu'il est primordial de saisir comment se vit cette différence afin de mieux intervenir. Cependant il est clair pour lui que la réalité des hommes et des femmes n'est pas une mais, au contraire, qu'elle est multiple. D'une part, les femmes et les hommes peuvent vivre leur féminité et leur masculinité plus ou moins conformément à la socialisation traditionnelle. D'autre part, la réalité de chaque personne peut varier et doit être examinée en fonction de plusieurs paramètres tels l'origine ethnique ou culturelle, la situation socioéconomique, l'état de santé, l'orientation sexuelle, l'âge, etc.

Loin de vouloir enfermer davantage les personnes dans des rôles, des attitudes ou des comportements stéréotypés, le Ministère souhaite que l'information contenue dans le présent document, tant du point de vue des réalités spécifiques de chaque genre que des pistes d'intervention, alimente la réflexion des intervenants et des intervenantes et les aide à travailler dans la perspective de l'appropriation par les personnes utilisatrices de services du pouvoir dans leur vie individuelle et collective. Il espère ainsi contribuer à ce que les femmes et les hommes ayant un problème de santé mentale puissent se réaliser à partir de leurs aspirations profondes et non à partir de normes définies d'avance.

En 1997, le gouvernement du Québec a instauré l'analyse différenciée selon le sexe dans l'élaboration de ses politiques et de ses programmes³. Depuis, dans la foulée des travaux du Comité de la santé mentale du Québec (1993) et du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes (1997), le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuit comme objectifs de mieux connaître la réalité spécifique des hommes et des femmes ayant un problème de santé mentale et de comprendre pourquoi et comment la socialisation, les rôles, les relations établies sur le plan social et le pouvoir relatif attribué à chacun et chacune dans la société agissent sur la santé mentale des personnes. Il vise, également, à mettre en lumière certaines pratiques que l'on juge pertinentes et efficaces en matière d'intervention auprès des femmes et des hommes utilisateurs de services en santé mentale.

À cet égard, le présent document est une première au Québec. Il y a lieu, pour bien s'entendre, de préciser ce que signifie l'approche différenciée selon le sexe et de rappeler la définition de la santé mentale la plus couramment admise.

Le document intitulé *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégies d'action en santé et bien-être des femmes* (MSSS, 2002) donne la définition suivante :

L'analyse différenciée selon le sexe permet de raffiner notre connaissance des réalités vécues par les hommes et par les femmes, et de mettre en lumière les différences pouvant exister entre ces réalités. L'analyse offre l'occasion d'élaborer des politiques et des programmes qui tiennent davantage compte de l'objectif d'égalité entre les sexes. Elle ouvre aussi la voie à la possibilité d'adapter les actions ministérielles et régionales afin de les rendre plus efficaces tant auprès des hommes que des femmes. (p.15)

Comme le présent document vise principalement les intervenants et les intervenantes, il est fondamental de ne pas s'en tenir aux politiques et aux programmes mais aussi de voir à l'application de l'analyse différenciée selon le sexe dans le domaine de la pratique qu'elle soit psychologique, sociale, ou médicale.

Quant à la définition de la santé mentale, celle formulée depuis plusieurs années par le Comité de la santé mentale du Québec rallie un grand nombre d'acteurs et d'actrices tant dans le réseau public que dans les milieux communautaires œuvrant dans ce domaine. Elle se lit ainsi :

La santé mentale, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu.

3. Secrétariat à la condition féminine, *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, pp. 13-19.

Elle résulte d'interactions entre les facteurs biologiques, psychologiques, « relationnels⁴ » et contextuels. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques.

Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté que les personnes prises individuellement. (1989)

Ces jalons étant posés, le texte qui suit se divise en deux parties. La première rapporte les principaux facteurs associés à une bonne ou à une moins bonne santé mentale chez les femmes et chez les hommes. La seconde présente des pratiques générales porteuses de mieux-être pour les personnes utilisatrices de services et celles plus spécifiques en réponse aux besoins d'un homme ou d'une femme.

4. Précision apportée par le Groupe de travail

AU-DELÀ DES DIFFÉRENCES, LA SOUFFRANCE

Quelles que soient les réalités spécifiques des hommes et des femmes ayant un problème de santé mentale, quels que soient les comportements particuliers que certains et certaines adoptent en raison de leur socialisation et des rapports sociaux de genre, un fait demeure, ces personnes souffrent. Elles souffrent de multiples façons : marginalisation, sentiment d'incapacité à gérer leur vie, certaines dépendances, rejet social, jugements qu'elles portent sur elles-mêmes – jugements qui sont souvent l'image que leur renvoie leur environnement – , difficulté à jouer le rôle qu'elles souhaitent, impression – réelle ou imaginée – de ne jamais pouvoir s'en sortir.

Elles souffrent également dans leur corps, qu'il s'agisse des effets secondaires de la médication ou des manifestations d'origine psychosomatique reliées à leur mal-être. Il leur arrive aussi de souffrir d'une maladie physique non identifiée et, trop souvent encore, leurs symptômes sont mis sur le compte de leur problème de santé mentale, faisant en sorte qu'elles n'obtiennent pas les traitements et les soins nécessaires.

Deux des plus grandes souffrances qui retiennent notre attention et méritent, de façon générale, que les intervenants et les intervenantes s'y intéressent sont la faible estime de soi et l'isolement. Ces deux facteurs sont à ce point omniprésents dans la vie des personnes, homme ou femme, ayant des problèmes de santé mentale qu'on ne sait, lequel, de la détresse ou du facteur de risque, engendre l'autre ou est le résultat de l'autre.

L'estime de soi constitue un élément essentiel du fonctionnement de chaque humain dans la société. Elle est construite dès la naissance et est tributaire, entre autres, de l'amour reçu, de l'image de soi-même transmise par les autres, des échecs et des réussites et de la façon dont chaque personne intériorise ces composantes (Ménard, 1999). On peut donc penser que plus les expériences positives sont absentes de la vie d'un individu, plus sa vulnérabilité face à la détresse sera grande. Et souvent, l'absence d'estime de soi fait en sorte que les personnes en grande détresse sous-estiment leur énergie et leur capacité de s'en sortir.

L'isolement affectif ressenti par les personnes résulte à la fois du rejet social qu'elles subissent comme personne ayant des problèmes de santé mentale et de leur propre rejet de la souffrance et de la marginalité. Elles éprouvent comme toute autre personne un besoin, en l'occurrence non comblé, de se réaliser au moyen d'une activité rémunérée ou non, valorisante et stimulante. Souvent, ces personnes disent se sentir inutiles et ne s'attribuent aucun rôle social.

Cependant, bien que les hommes et les femmes ayant des problèmes de santé mentale en soient affectés également, généralement les sources de mésestime et les manières de vivre l'isolement diffèrent selon la socialisation propre à chacun des sexes et les rôles qui en résultent. Par exemple, le manque d'estime de soi chez les hommes s'exprimera souvent par un profond sentiment de honte et la culpabilité dominera chez les femmes.

La santé
mentale
des hommes
et des
femmes
et les
principaux
facteurs
associés

Le prochain chapitre tentera de mettre en lumière le pourquoi et le comment de ces différences.

Un gars... une fille...

« On ne naît pas femme, on le devient. » Cette célèbre affirmation de Simone de Beauvoir vaut autant pour les hommes que pour les femmes. Comme l'identité féminine, l'identité masculine n'est pas inhérente au sexe masculin, mais elle est une véritable création sociale.

Bien avant que les personnes aient à faire face aux autres déterminants de la santé mentale, la socialisation, les rôles et les relations établies ainsi que le pouvoir relatif attribué aux hommes et aux femmes agissent sur leur santé mentale. L'identification au modèle féminin ou au modèle masculin, la « vraie » femme, ou le « vrai » homme, selon qu'on tend à y adhérer ou non, est parfois source de forte valorisation ou de mésestime de soi.

D'entrée de jeu, il est important de spécifier que, bien que chaque personne soit socialisée en vue d'adhérer aux modèles traditionnels, toutes n'y adhèrent pas de la même manière. Elles peuvent en refuser une partie et se construire autrement. De fait, avec la maturité, bon nombre de personnes se forment leur propre personnalité, cependant il faut se rappeler qu'elles le font à partir d'une base commune, acceptable et acceptée dans la société où elles vivent.

Les stéréotypes sont donc à la base des normes sociales et jouent un rôle important, particulièrement chez des individus vulnérables qui auront tendance soit à trop s'y conformer, soit à se dévaloriser parce qu'ils n'y répondent pas adéquatement.

Fait plus important encore, ces stéréotypes et les rapports qui en résultent jouent un rôle prépondérant dans l'évaluation des comportements et des besoins d'une personne. Malgré toutes les modifications apportées dans les rapports entre les hommes et les femmes depuis les premières luttes féministes, il est étonnant de constater à quel point la socialisation des filles et des garçons a peu changé.

Très succinctement, le chapitre qui suit tentera de retracer les principaux éléments de la socialisation et leurs conséquences sur la santé mentale des hommes et des femmes.

Un vrai gars...

Dans leur recension exploratoire des écrits sur la santé mentale des hommes, G. Tremblay et Y. Thibault⁵ rapportent que certaines règles (Lynch et Kilmartin, 1999 ; Real, 1998) régissent la socialisation masculine.

5. Essentiellement, l'information contenue dans cette partie du texte a été tirée du document non publié de G. Tremblay et Y. Thibault, *La santé mentale et les hommes, une recension exploratoire des écrits*, 2001, p. 3-10.

La première est que l'agressivité, l'ambition, l'indépendance et la compétition, sont au cœur de leur socialisation. Être un homme, on y parvient par l'action et les réalisations sociales et matérielles tels le travail, le mariage, la maison, etc. Ceux qui ne correspondent pas à ces standards, par exemple les hommes atteints d'un trouble majeur de santé mentale, se retrouvent perdants et se sentent dévalorisés. Entre autres, l'attribut masculin de l'indépendance occuperait une place importante chez certains hommes.

La deuxième règle implique la nécessité pour l'homme de se prouver et de se prouver continuellement qu'il est bel et bien du genre masculin. Car, fait important, la masculinité se définit d'abord et avant tout par ce qu'elle doit exclure, soit la féminité ou ce qui est considéré socialement comme des attributs féminins. Dans ce sens, toute déviation par rapport à l'image sociale masculine devient une atteinte à l'identité de l'homme.

Selon les auteurs cités par Tremblay et Thibault, dans la masculinité, les affects s'expriment par certains traits caractéristiques comme la logique, la rationalité. Les hommes sont appelés à une triple dissociation, physique (nier les symptômes physiques), émotionnelle (« un homme, ça ne pleure pas », ça n'a pas le droit d'exprimer des émotions autres que l'agressivité et la colère), et relationnelle (relation basée sur la séduction et la peur de l'intimité). Très souvent, cette dissociation les empêche d'expérimenter des sentiments comme l'empathie envers les autres et envers soi-même. Plus spécifiquement, on nomme alexithimie l'expression de la dissociation émotionnelle étroitement reliée au genre masculin et qui signifie l'incapacité à exprimer verbalement des émotions. Ce trouble est la résultante de la socialisation masculine. Les hommes qui en souffrent, malgré leur capacité innée à exprimer des émotions, ont appris à les supprimer grâce à des mécanismes de conformité propres aux rôles masculins.

Toujours selon ces auteurs, pour les hommes qui adhèrent aux stéréotypes, ni l'échec ni les difficultés ne sont permis ; s'ils en ont, ils doivent être capables de les surmonter par eux-mêmes. D'ailleurs, lorsqu'ils en vivent, ils font tout pour les camoufler. Et quand ils se sentent mal, ils ont tendance à compenser par l'action. Plutôt que d'être intériorisée, comme chez la plupart des femmes, la souffrance engendrée par la dépression au sein de la population masculine est, en quelque sorte, « agie ». Si un homme a l'impression de ne pas être un véritable homme, d'avoir raté sa vie, il va tenter de prouver le contraire au moins dans la mort en ne ratant pas son suicide (Tremblay, dans Tremblay et Thibault, 2001).

Pour masquer leur sentiment d'impuissance et leur détresse, certains hommes auront tendance à recourir à la violence, à l'abus de pouvoir, pouvoir « sur » quelque chose ou quelqu'un.

Finalement, les hommes plus traditionnels dissimulent et nient souvent leurs symptômes pendant une longue période, peu importe la gravité de la maladie (Charmaz, dans Tremblay et Thibault, 2001). La maladie les marginalise en déstabilisant leur conception de la masculinité qui est de contrôler, d'exercer son pouvoir, d'être autonome et de faire montre d'indépendance. Ils adoptent des stratégies telles que la fuite et attendent d'arriver à la limite de leurs capacités, voire d'être en situation de crise avant d'aller chercher de l'aide (Dulac, dans Tremblay et Thibault, 2001). En santé mentale, cela a souvent pour effet d'entraîner des conséquences graves. Les hommes utilisent peu les services de santé offerts en consultation

externe (Rhodes & Goering, dans Tremblay et Thibault, 2001). Si, au départ, pour les hommes, demander de l'aide pose un problème, on peut présumer que, dans un contexte de troubles graves, cela devient encore plus difficile, d'autant plus que les hommes ayant des problèmes de santé mentale sont particulièrement " désaffiliés ", c'est-à-dire qu'ils ont très peu de liens avec d'autres personnes.

Une vraie fille...⁶

Au fil des ans les chercheurs qui ont contribué à mettre en lumière les liens entre la santé mentale des femmes, leur socialisation et les rapports sociaux de genre, ont fait ressortir un des aspects les plus positifs de la socialisation des femmes. En effet, celle-ci a de particulier qu'elle s'appuie sur des qualités qui s'attachent au processus d'interaction des êtres telles la coopération, la sensibilité, la subjectivité, la réceptivité, etc. Or, encore maintenant, comme l'a mentionné le Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, d'une part, ces qualités vont à l'encontre des normes et des idéaux de nos sociétés contemporaines (1997, p.16) et, d'autre part, l'éducation familiale traditionnelle ne donne pas le choix aux filles. Encore maintenant, elles ont l'obligation de se préoccuper des autres et sont orientées vers la passivité, la générosité, la douceur et l'émotivité. Elles doivent maîtriser leur agressivité et leurs comportements sexuels (Guyon, Guberman & all, dans Ferland, 1995, p. 12-13).

Très jeunes, elles deviennent responsables de l'équilibre affectif de leur entourage, souvent au détriment de leurs aspirations profondes, de leurs compétences et de leurs ambitions. Pour plusieurs, la valorisation passe encore en grande partie par le soin qu'elles apportent aux autres. Ainsi elles se retrouvent plus souvent dans une position de vulnérabilité et de dépendance par rapport aux autres. Adultes, trop occupées à s'occuper des autres, les femmes qui adhèrent à ces stéréotypes sont loin du plaisir, du rire, de la création. Pour ces dernières, la dépression vient en grande partie de l'absence prolongée de plaisir.

Le partage actuel des rôles sociaux de sexe fait en sorte qu'encore maintenant les femmes sont en majorité responsables des enfants ; elles continuent à assumer ce rôle même lorsqu'elles ont un problème de santé mentale. Ainsi quand une femme souffre de détresse, c'est toute la famille qui est en détresse, entre autres parce qu'elle n'est plus là pour assumer le climat affectif. Comme sa valorisation passe par sa capacité à prendre soin des autres, elle ne perd pas seulement la santé mais aussi son utilité sociale, particulièrement lorsque les autres, par bonne volonté, veulent faire les choses à sa place ou pire lui retirent la garde de ses enfants. D'une part, ce rôle auprès de ses enfants ou de ses proches peut faire en sorte qu'elle « s'accroche » davantage pour s'en sortir mais, par ailleurs, elle risque l'épuisement.

Pour les femmes qui adhèrent à ces stéréotypes, il semble plus difficile d'accéder à l'autonomie. Pour celles, de plus en plus nombreuses, qui tentent de concilier le modèle traditionnel et celui plus récent de la femme émancipée, il y a risque de conflit entre, par exemple, maternité et carrière. Celles qui choisissent de mener de front ces deux projets risquent l'essoufflement, si elles n'ont pas un conjoint qui partage les tâches familiales ou un réseau d'aide adéquat.

6. Essentiellement, cette partie est tirée de l'entrevue réalisée avec C. Archambault et des écrits de F. Ménard.

Un autre des effets de la socialisation des femmes est qu'elles n'ont pas le droit d'exprimer leur colère, même la plus légitime. Selon C. Archambault, ce côté puissant qu'est la colère, les femmes y ont peu accès. De fait, tout geste d'affirmation est souvent considéré comme de l'agressivité et l'agressivité est perçue comme un défaut chez elles. Comme les femmes n'explorent pas, elles implorent et tournent la colère contre elles-mêmes. Elles se dévaluent, se blessent, s'automutilent, appellent à l'aide par des tentatives de suicide. Faute d'exercer leur pouvoir de façon directe, parfois certaines femmes vont l'exercer par la bande. Ainsi l'entourage (les proches ou les intervenants et intervenantes) se sentira manipulé.

Pour F. Ménard, la socialisation traditionnelle des femmes prédispose celles qui s'y conforment à la dépression, à la détresse plus ou moins profonde particulièrement lorsqu'elles ont été victimes de violence dans leur enfance. Elles deviennent incapables d'agir, convaincues de toujours se tromper. Ne se donnant pas le droit à l'erreur, elles se refuseront dès lors à faire des choix. Ce découragement augmente leur culpabilité ; les femmes en détresse se sentent coupables et souvent, dans ce contexte, nient leurs besoins. Elles n'ont pas à rebâtir mais à construire et elles doivent apprendre qu'elles seules peuvent le faire avec l'aide qu'elles vont chercher.

Sur le plan collectif, le peu de valorisation des caractéristiques dites féminines entraîne un manque de reconnaissance et de rémunération adéquate dans plusieurs des secteurs d'emplois traditionnellement réservés aux femmes et dits de services. Cet état de fait entraîne une plus grande pauvreté des femmes et une sous-estimation du travail, deux facteurs dont le Comité de la santé mentale du Québec, entre autres, a démontré l'influence sur la santé mentale des personnes. Par ailleurs, le soutien aux proches est encore en majeure partie assumé par les femmes. Ces dernières ont peu accès à des mesures d'aide et de répit pour les seconder. Ainsi, les risques d'épuisement et de détresse sont beaucoup plus élevés au sein de ce groupe.

LES CONSÉQUENCES SUR LE PLAN SOCIAL

Les conditions socioéconomiques

Il est reconnu que les problèmes socioéconomiques jouent un rôle majeur sur la santé mentale des personnes.

« Les normes sociales de réussite et de compétence personnelles, les rôles sociaux, l'exclusion, la marginalisation, l'absence de lieux de parole et de lieux de pouvoir, sont autant de contraintes sociales qui accentuent l'isolement, la honte, la culpabilité, la mésestime de soi et le manque de confiance des personnes pauvres. » (Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997, p. 46)

Par ailleurs, il faut se rappeler que la pauvreté de même que la violence ne mènent pas automatiquement à un problème de santé mentale.

Chez les hommes, Tremblay et Thibault, (2001) rapportent qu'une récession économique entraînerait une augmentation des problèmes relatifs à la santé mentale. De fait, le chômage serait le facteur de déclenchement le plus fréquent au sein de la population masculine étudiée en Finlande. Le rôle de pourvoyeur intégré par les hommes fait en sorte que les situations de chômage viennent en contradiction avec les exigences de rendement auxquels ils sont soumis.

Chez les femmes, c'est en contexte de monoparentalité que la pauvreté produit le niveau le plus élevé de détresse psychologique. Étroitement reliée aux exigences qu'a la société pour les mères et l'importance qu'elles-mêmes y accordent, « la pauvreté signifie l'impossibilité de faire des projets et peu d'espoir d'améliorer la situation ». Comme le rapporte le Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes :

La lutte quotidienne pour la survie, la faible scolarisation, l'exclusion du marché du travail et la non-disponibilité de services de répit (gardiennage ou ressourcement personnel) maintiennent ces femmes dans la misère (...) Cette misère renforce la tendance apprise par les femmes à ce que leurs désirs, responsabilités et besoins se traduisent exclusivement en fonction des autres, particulièrement des enfants. (1997, p. 44, 47)

La violence

Une des causes majeures engendrant des problèmes d'ordre psychologique est certainement la violence. Chez les femmes⁷, cette violence est particulièrement importante ; une enquête canadienne dirigée par R. Bagley indique que 53 % des femmes ont subi des actes sexuels

7. La majorité des renseignements contenus dans cette section au regard de la violence vécue par les femmes sont tirés du document du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, *Écoute-moi quand je parle*, p. 27 à 36.

non désirés ; quatre fois sur cinq ces agressions sont survenues avant 18 ans. Pris dans leur ensemble, les résultats des différentes études révèlent qu'entre 50 % et 85 % des femmes hospitalisées pour un problème de santé mentale ont été victimes de violence sexuelle ou physique au cours de leur vie. (Morrow, Chappell, 1999 : p. 11)

Les recherches des dernières années sont unanimes à dire que les conséquences de la violence conjugale sur la santé mentale des femmes sont tragiques. (...), il apparaît qu'une majorité d'entre elles présentent des symptômes de dépression, d'anxiété et somatisation, du stress, davantage d'idées suicidaires et qu'elles font plus fréquemment des tentatives de suicide (Chénard et al, Demers, dans Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997, p. 28-29).

Rinfret-Raynor (dans Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997, p. 29) pour sa part, soutient que « l'impact psychologique de la violence conjugale chez les femmes est durable, ce qui suggère qu'il est profond ».

Les femmes victimes de violence connaissent des moments de désespoir, de trahison et d'impuissance. Très souvent elles ressentent un sentiment de faute personnelle. Selon D. Prud'homme (dans Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997, p. 33) les femmes qui ont subi l'inceste et qui, de plus, en raison de leur socialisation ont appris à taire leurs besoins pour satisfaire ceux de l'autre présentent un haut risque de développer un sentiment généralisé d'impuissance pour tout ce qui a trait à leur personnalité.

Selon les auteurs du *Guide d'intervention clinique en violence conjugale à l'intention des CLSC* (Clarkson dans ACCQ, 2000, p. 18) la violence envers les hommes exercée dans le cadre de la vie conjugale peut être une forme d'autodéfense de la part de certaines femmes violentées, de violence réciproque ou de lutte de pouvoir entre les deux partenaires ou encore, plus rarement semble-t-il, envers un conjoint non violent. Au chapitre de la violence psychologique verbale ou indirecte, les proportions semblent s'équilibrer quelque peu entre les hommes et les femmes.

Selon Bélanger et Dutton (dans ACCQ, 2000, p. 16), pour les hommes, le fait d'avoir été victime d'abus physique ou sexuel dans leur enfance ou d'avoir été témoin de violence conjugale constitue un facteur de risque d'augmentation des comportements violents. Il semble également qu'à l'intérieur des familles les garçons sont plus souvent battus et victimes de maltraitance. Malheureusement, aucun écrit ne fait mention des conséquences de la violence subie dans l'enfance dans le cas des hommes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale. Il serait souhaitable que les intervenants et intervenantes s'y intéressent également pour eux.

L'image corporelle

De tout temps, l'image corporelle chez un grand nombre de femmes a joué un rôle déterminant dans leur vie, et ce, malgré des normes de beauté changeantes. Autrefois, les filles moins jolies et pauvres par surcroît étaient souvent destinées à la servitude ou au couvent. Aujourd'hui,

les critères de beauté, alliés obligatoirement à la jeunesse et à la minceur, constituent une contrainte : de plus ils ont des répercussions sur l'estime de soi et une influence certaine chez plusieurs femmes, quels que soient leur âge ou leur statut social. L'importance accordée à une image corporelle parfaite — et elle ne l'est presque jamais — est un facteur non négligeable au regard de la santé mentale des femmes.

Pendant longtemps on a pu croire que la question de l'image corporelle était un problème essentiellement féminin. Or, il semble qu'aujourd'hui, de plus en plus d'hommes et de garçons souffrent également de problèmes reliés à l'image corporelle. Ils souffrent selon R. Olivardia (dans SPSMM Bulletin, 2001), du « complexe d'Adonis ». Comme chez les femmes, le problème se manifeste de diverses façons et, beaucoup d'hommes qui sont insatisfaits de leur apparence fondent l'estime d'eux-mêmes et leur valeur sur leur apparence ou leur force physique.

L'âge

Bien qu'il y ait peu d'information disponible concernant certains déterminants importants de la santé mentale d'une personne, les quelques éléments suivants sont susceptibles d'enrichir les observations des intervenants et des intervenantes en ce qui a trait à l'âge.

L'âge serait également un facteur de risque, du moins chez les femmes. En effet, les femmes âgées entre 65 et 74 ans se font prescrire davantage de tranquillisants, bien qu'elles déclarent moins de détresse psychologique que chacun des autres groupes d'âge chez les femmes. Pourtant, des recherches récentes font valoir que certains de ces médicaments pris trop longtemps ou de façon inappropriée peuvent aggraver des symptômes dépressifs existants ou même provoquer des symptômes qui s'apparentent à des états dépressifs. Paradoxalement, les problèmes de santé mentale des personnes âgées sont rarement diagnostiqués et traités par des équipes spécialisées en santé mentale. D'une part, il semble qu'on tend à psychiatriser l'expression de certains comportements. D'autre part, des problèmes importants de dépression passeraient inaperçus (Guyon, dans Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997, p. 66, 67).

Le Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes souligne également que l'adolescence constitue un passage à risque.

La réalité socio-économique à laquelle doivent faire face les adolescents et les adolescentes est en mutation. Les défis, les expériences et les émotions nouvelles auxquels ils sont confrontés peuvent devenir source de stress. Pour un grand nombre, les sautes d'humeur, les tensions dans les relations avec les adultes de leur entourage émaillent leur existence (1997, p. 54).

Le taux de détresse augmente chez les jeunes de même que le suicide chez les adolescents et les tentatives de suicide chez les adolescentes.

D'AUTRES FACTEURS ASSOCIÉS AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

En plus des facteurs mentionnés précédemment, il faut se rappeler que d'autres viennent influencer la santé mentale d'une personne, l'état de santé par exemple ou la marginalisation voire l'exclusion ressenties par les personnes dont l'origine ethnique ou culturelle, ou l'orientation sexuelle diffèrent de celles du groupe dominant.

QUELQUES DONNÉES

Bien que, de façon générale, les données disponibles sur la santé mentale des hommes et des femmes ne soient pas les mêmes, il semble que certaines manifestations de leur souffrance puissent être mises en parallèle.

Depuis plus de vingt ans, les femmes déclarent plus que les hommes des problèmes de santé mentale (Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997, p. 71). Mais, si les hommes ont tendance à se considérer en meilleure santé que les femmes, dans les faits, il semble que l'utilisation de congés de maladie chez eux soient, plus souvent qu'on ne le croit, une question de santé mentale (Laitinen-Krispijn et Bijl dans Tremblay et Thibault, 2001).

Chez les hommes, les premiers symptômes de schizophrénie apparaissent entre 10 et 25 ans, tandis que chez les femmes ce problème se manifeste entre 23 et 35 ans. Chez ces dernières, malgré des épisodes de délires et d'hallucinations, les comportements reliés à leur rôle social sont peu altérés (Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997, p. 74). D'autre part, l'expérience de C. Archambault confirme que ces femmes n'ont généralement pas d'enfants. G.Tremblay mentionne que les recherches tendent à démontrer que les hommes atteints de schizophrénie auraient tant objectivement que subjectivement, une piètre qualité de vie.

Les troubles anxieux ainsi que des troubles de personnalité limite affecte 2 % de la population. De ce nombre, 75 % sont des femmes. Les femmes souffriraient davantage de troubles affectifs parmi lesquels la prévalence de dépression sévère atteindrait 2 % (Santé Québec dans comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, 1997, p. 73). Et si la dépression demeure un phénomène sous diagnostiqué chez les hommes, le suicide chez les adultes de sexe masculin est largement répandu au Québec; il est plus élevé chez les hommes séparés, divorcés ou veufs (Perreault dans Tremblay et Thibault, 2001).

Au regard de l'approche différenciée selon le sexe, les intervenantes et intervenants auront avantage à réclamer un plus grand nombre de données dûment enregistrées, afin d'améliorer les analyses et de favoriser une pratique mieux adaptée.

Des approches d'intervention

UN PRINCIPE DIRECTEUR : L'APPROPRIATION DU POUVOIR PAR LES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES

Les intervenantes et les intervenants ont un rôle essentiel à jouer. Si leur accompagnement s'appuie sur le principe de l'appropriation du pouvoir par les personnes utilisatrices de services, ils deviennent souvent, pour elles, l'assise sur laquelle elles peuvent s'appuyer pour être en maîtrise de leur vie, développer une véritable autonomie, apprendre à régler leurs problèmes à partir de solutions qui leur ressemblent et leur appartiennent, répondre à leurs aspirations personnelles et non faire ce qu'on attend d'elles. L'intervention doit permettre l'émergence des besoins réels de la personne en détresse et la satisfaction de ces besoins par l'accueil, l'écoute, le respect, l'information, la reconnaissance des forces et des capacités de la personne et parfois la confrontation ou la prise en charge. Nous reviendrons sur cet aspect de la question à la section L'approche globale.

Des stratégies différentes devront être envisagées selon que l'individu est un homme ou une femme. En effet, les deux sexes ont un rapport différent au pouvoir. Pour beaucoup de femmes ayant un problème de santé mentale et étant fortement influencées par leur socialisation, les abus subis dans l'enfance et un système de santé qui « prend en charge » plusieurs aspects de leur vie, s'affirmer, c'est-à-dire utiliser leur pouvoir est difficile. Chez les hommes, le pouvoir est un des fondements de base de leur socialisation. Ils ont besoin de sentir qu'ils en ont pour croire qu'ils sont vraiment des hommes. C'est souvent dans un contexte de perte de pouvoir qu'ils tenteront de l'exercer de façon inappropriée. Nous y reviendrons également plus loin à la section L'approche spécifique selon le sexe des personnes. Mais d'abord, nous aborderons la question de la complexité de l'intervention en santé mentale.

LA RICHE COMPLEXITÉ DE L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE

Comme l'affirme si bien C. Archambault, les problèmes de santé mentale sont à la fois compliqués et complexes. La réalité des personnes qui les éprouvent, les causes profondes de leurs difficultés, les conséquences de ces difficultés pour la famille ou l'environnement et certains bénéfices qu'elles peuvent en retirer sont multiples. Actuellement, à cause de l'importance accordée à l'approche bio-pharmaceutique, dont les paramètres sont dits scientifiquement démontrables et à cause du fait que l'approche psychosociale demeure un domaine d'intervention nuancé, il y a un danger d'en faire uniquement un problème compliqué. En effet, beaucoup d'intervenants et d'intervenantes sont occupés à gérer le symptôme avec une tendance plus ou moins prononcée à oublier de s'occuper du sujet qui est la personne dans sa globalité. Pourtant comme le dit M. Croufer (2002), l'intervention en santé mentale est « un travail complexe, vaste, multiplié, nuancé, le plus souvent sur plusieurs terrains et lieux, où toute l'expertise professionnelle, personnelle et collective est tout le temps mise à contribution ».

Saisir la complexité de l'intervention permet à la personne qui intervient d'accepter l'imprévisibilité d'une situation, d'accepter que les résultats ne soient pas nécessairement ceux qu'elle avait prévus sans toutefois se sentir incompétente. Saisir la complexité de l'intervention permet à l'intervenant ou à l'intervenante de se voir comme partie prenante de l'environnement de la personne utilisatrice de services et, surtout, de reconnaître que la réussite dépend en grande partie de la relation qui s'établit avec elle.

Pour que cette relation s'établisse le plus harmonieusement possible, il est généralement admis que les personnes qui interviennent doivent d'abord et avant tout se connaître et devenir conscientes de leurs propres valeurs et de leurs réactions par rapport à certains comportements des hommes ou des femmes. Ils doivent se rappeler qu'avant d'être intervenants ils sont des hommes et des femmes, issus d'un milieu particulier et porteurs de connaissances propres à leur milieu et à leur formation. L'intervention en santé mentale exige donc un regard sur soi sans complaisance mais empreint d'acceptation et une connaissance approfondie de son être et de ses composantes. La section suivante présente les principales clés de connaissance de soi que les intervenantes et intervenants ont intérêt à explorer pour tenir leur rôle en toute sérénité auprès des personnes utilisatrices de services en santé mentale.

UN TRAVAIL SUR SOI-MÊME

Affronter la peur

Au dire des intervenantes et intervenants consultés, la peur est de deux ordres. Elle est d'ordre personnel, d'une part, parce que tout le monde ou presque craint d'avoir un jour ou l'autre un problème de santé mentale. Les intervenantes et les intervenants n'en sont pas exempts. Ils savent que personne n'est à l'abri de pareille éventualité et que les jugements moraux qui entourent cette réalité sont souvent blessants. Ils savent aussi qu'il est difficile d'effacer un diagnostic psychiatrique. De plus, les comportements atypiques, symptômes visibles de la détresse, peuvent ébranler plusieurs intervenantes et intervenants. Enfin, les expériences personnelles de ces derniers de même que leur propre socialisation peuvent contribuer à augmenter ou à exacerber la peur. Ainsi par exemple, les intervenantes pourront trouver difficile d'affronter la colère, de l'utiliser ou d'en faciliter l'expression. Les intervenants, eux, auront davantage de problèmes avec l'expression des émotions, les leurs et celles des personnes utilisatrices de services.

D'autre part, la peur peut être d'ordre professionnel. Devant la complexité de la situation d'une personne qui consulte, il arrive que les intervenantes et les intervenants craignent de ne pas être à la hauteur, de ne pas accomplir les bons actes cliniques, d'empirer son problème, ce qui pourrait même la conduire à se donner la mort ou à commettre un délit grave. Le fait que l'on attend des intervenantes et des intervenants qu'ils prennent en charge les personnes utilisatrices de services et qu'ils obtiennent des résultats peut contribuer à accentuer encore davantage la peur.

Il n'est pas possible ni même nécessaire d'éliminer la peur. Il faut toutefois la connaître. La peur n'a pas les mêmes racines chez chacun, de même qu'elle n'a pas les mêmes répercussions à la fois sur la personne intervenante et sur la personne en détresse. À l'occasion, la peur peut même entraver la capacité d'intervenir. Il faut savoir la reconnaître avec sincérité, voire humilité. Il vaut beaucoup mieux se retirer d'une intervention trop souffrante et diriger la personne utilisatrice de services vers un ou une collègue, tant pour son propre bien-être que pour celui de la personne aidée.

Être au fait de ses valeurs

Chaque personne a son propre système de valeurs, acquises au fil du temps, au sein de sa famille, au cours de ses apprentissages, en raison de ses croyances religieuses, de son origine ethnique, de son milieu de vie et son milieu de travail, de la société, etc. Les valeurs sont donc une affaire personnelle, cependant la vie se déroulant en société, il y a de fortes chances que bien des gens partagent les mêmes valeurs et réagissent au comportement de l'autre de façon dite « normale », c'est-à-dire selon les attentes du milieu (Lamarre, 1998 : p.10). Les intervenants et les intervenantes n'échappent pas à cette tendance.

Il importe donc que ceux-ci prennent conscience de leurs propres valeurs, des valeurs de leur milieu de travail et de la société en général et surtout qu'ils prennent conscience des valeurs des personnes qu'ils accompagnent et les respectent, tout en tenant compte de leur responsabilité au regard de l'éthique sociale et du respect des lois. La question des valeurs est un sujet délicat et doit être traitée avec toute la prudence et la lucidité nécessaires.

Reconnaître ses limites

Bien qu'il soit difficile pour plusieurs intervenantes et intervenants et pour plusieurs personnes utilisatrices de services d'accepter les limites, celles-ci existent et doivent être connues de l'intervenant et de l'intervenante qui doivent, de plus, en faire part à la personne aidée ; au dire des personnes utilisatrices de services, un tel renseignements a tendance à les rassurer.

Il y a d'abord les limites personnelles. Toute personne qui intervient est construite à partir de son expérience, de sa propre souffrance, de sa formation. Trop souvent, elle a appris qu'elle devait se montrer invulnérable, sans faille – et cette image perdure ; elle a appris qu'il lui fallait se couper de ses propres émotions. Or, une bonne intervention se fait par un être humain vulnérable et ouvert à toutes les émotions. Elle comporte donc des limites propres à chacun. Et il est essentiel que chaque personne intervenante prennent conscience des siennes, sans se juger. Ainsi, elle prendra les mesures nécessaires pour assurer un service adéquat à la personne utilisatrice de services. De ce fait, elle agira dans le respect de soi et de l'autre.

Quant aux limites de l'intervention, le philosophe et psychanalyste Michel Croufer déclarait que tous les stades de la désorganisation sont des aveux d'impuissance plus ou moins grande chez la personne en détresse. Ces aveux, dit-il, ramènent obligatoirement la personne qui intervient face à sa propre impuissance. Or, insiste-t-il, celle-ci doit apprendre à risquer l'impuissance – oublier la nécessité de la performance. C'est seulement à partir de cette impuissance qu'elle

peut devenir disponible à l'autre, ouverte à l'écoute. Plus la désorganisation est grande, plus cette règle s'applique.⁸

Finalement, les limites de l'intervention sont celles établies par la personne en détresse elle-même. La personne qui intervient doit toujours admettre l'évidence qu'elle n'a pas la maîtrise de l'autre. Même délirante, même désorganisée, en bout de ligne, c'est l'autre qui décide de sa vie. Même la contention, physique ou médicamenteuse, ne maîtrise pas ses pensées, son vécu, ses valeurs (Ménard, 2000, p.3).

Prendre soin de soi

Le travail en santé mentale peut facilement devenir épuisant. La personne intervenante aura donc avantage à se donner personnellement et collectivement des moyens pour « prendre soin de soi » et éviter de se sentir dépassée par la lourdeur du travail. Les organisations et les gestionnaires ont, quant à eux, la responsabilité de fournir à leur personnel les ressources nécessaires à la réflexion dans l'action (par exemple discussion de cas, formation, etc.) et le soutien professionnel dont il a besoin.

Nous n'entrerons pas dans le domaine privé des moyens de se maintenir en équilibre émotionnel. Chacun et chacune ont leurs propres goûts, leurs besoins, leurs capacités. Il est de leur responsabilité de trouver quelles activités leur permettent de se ressourcer, de faire le vide de la détresse qu'ils côtoient tous les jours. Il faut éviter à tout prix de se laisser envahir par les problèmes des autres. L'efficacité du travail en dépend.

Plusieurs avenues s'ouvrent du côté professionnel. Comme le soulignait M. Croufer lors de sa présentation, les intervenantes et les intervenants doivent pouvoir parler, dans la plus stricte intimité professionnelle ; et il en va de même pour tous. Ils doivent pouvoir parler de ce qu'ils vivent collectivement et personnellement dans le cadre de leur travail et le faire chaque semaine. Et puis, ils doivent faire la même démarche périodiquement, de façon continue, en présence de quelqu'un d'extérieur au travail. Bref, une bonne réunion d'équipe tenue dans un climat de confiance peut s'avérer un bon moyen d'avancer et de se ressourcer.

UNE APPROCHE GLOBALE

La personne en détresse, un citoyen, une citoyenne à part entière

Trop souvent encore, l'intervention auprès des personnes ayant un problème de santé mentale se fait à partir du diagnostic et des symptômes de ce problème. Bien que ces éléments soient des repères incontournables, il faut les placer dans la perspective des conditions objectives de vie, du politique, du pouvoir, des rapports avec les autres et des différences de genres (Archambault, 2001)

8. Croufer, Michel, *La désorganisation*, présentation faite au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, avril 2002.

De plus, il faut se rappeler que ces personnes sont avant tout des citoyens et citoyennes à part entière qui, souvent, en sont venus à ne plus se (re)connaître comme tels (Ménard, 1998 : p. 3). Certaines compétences particulières qui doivent être développées pour les accompagner dans leurs démarches sont expliquées brièvement ci-dessous.

Accueillir la personne

Apprendre à connaître une personne dans sa globalité exige qu'on prenne le temps, qu'on investisse sur une longue période. Plus la souffrance est profonde et enracinée, plus elle sera difficile à apaiser sinon à déloger. Pour réussir il faut savoir faire preuve d'un accueil chaleureux, intéressé, honnête et ne pas la juger. Ainsi pourra s'établir la relation de confiance, seule garantie possible d'un travail d'accompagnement porteur d'espoir.

Écouter la personne

En santé mentale, une écoute adéquate suppose que l'intervenante ou l'intervenant accordent de la crédibilité aux paroles de la personne qu'ils accompagnent. Cette dernière a une compréhension personnelle de sa réalité. Même ce que l'on nomme délires et hallucinations ont un sens pour elle. Ils ont une signification cachée qui peut se révéler. Sans tomber dans la complaisance ni dans la naïveté, il faut écouter, croire ce qui est dit et orienter l'intervention en tenant compte de l'expérience de la personne utilisatrice de services et des besoins qu'elle exprime. Beaucoup de patience peut mener à une véritable connaissance de sa souffrance.

Écouter, c'est également accepter les silences et le non-dit de la personne comme une forme d'expression légitime. La plupart du temps, ceux-ci sont très révélateurs, particulièrement lorsque la personne aidée a de la difficulté à s'exprimer par la parole. Ils ne sont pas nécessairement dus à la médication ou à un trait de personnalité.

Respecter la personne

Au Québec, comme tous et toutes, la personne qui a un problème de santé mentale a des droits tels le droit à l'information, le droit à la non-discrimination, le droit à l'aide et à la défense, etc. Ceux-ci sont reconnus dans des documents officiels comme les chartes, les codes d'éthique, etc. Cependant, parfois ses droits plus simples, ceux reliés à la vie quotidienne, comme le droit au plaisir, à une sexualité épanouie, le droit à la vie privée, aux goûts personnels, le droit d'être fragile, d'être désespérée parfois, de s'alimenter comme elle le veut, de fumer, de prendre un verre sont souvent oubliés. Et si les intervenantes et les intervenants ont comme mandat de contribuer à certaines prises de conscience reliées à la vie quotidienne et à l'amélioration de l'hygiène de vie des personnes utilisatrices de services, ils doivent néanmoins respecter intégralement les choix de ces dernières. En somme, si l'intervention comprend un volet éducation, elle doit toujours laisser la personne aidée libre d'accepter ces nouvelles façons de faire ou non.

Respecter veut également dire accepter le rythme de la personne utilisatrice de services, accepter ses reculs, sa décision d'arrêter la démarche entreprise. Mais, respecter la personne

aidée, c'est aussi se respecter soi-même, à la fois comme individu et comme intervenant ou intervenante. Ceux-ci refuseront donc toute violence qui leur sera directement adressée, violence qu'il ne faut pas confondre, toutefois, avec l'expression de la colère. En effet, l'expression de la colère peut s'avérer essentielle dans une démarche d'appropriation du pouvoir.

Informé la personne

En ce qui a trait à la nécessité d'informer la personne utilisatrice de services, deux démarches sont essentielles. La première consiste à lui donner accès à une information claire afin qu'elle puisse faire ses choix en toute connaissance de cause. Pour cela, l'intervenant ou l'intervenante doivent se documenter, préciser avec la personne aidée les enjeux de la démarche, les défis qu'elle pourra avoir à relever. Deuxièmement, l'intervenante ou l'intervenant accompagneront, au besoin, la personne aidée dans sa recherche d'information dans d'autres secteurs d'activités.

Miser sur les forces de la personne

L'intervenant ou l'intervenante s'adressent à une personne et non à la maladie. La personne aidée n'est ni un cas ni un problème à régler. En effet, quelle que soit la gravité de son problème, cette personne a une histoire, un passé, un présent, un avenir. Certaine a une famille, un réseau social ; reconnaît-on cette famille, ce réseau ? A-t-on la reconnaissance de cette famille, de ce réseau ? Malgré les embûches qu'elle rencontre, la personne aidée a des compétences, des talents sur lesquels elle peut compter. Il faut savoir les reconnaître, les valider, voire les légitimer, s'en servir afin qu'ils aient une influence positive dans la construction ou la reconstruction de l'estime de soi. Cette personne a aussi des goûts, des préférences, des croyances, des valeurs. Elle vit sa sexualité, sa citoyenneté, sa spiritualité... Bref, elle est vivante.

Beaucoup de personnes aux prises avec un problème majeur de santé mentale ont de la difficulté à admettre qu'elles ont des compétences ; l'intervenant ou l'intervenante auront à favoriser l'émergence de cette connaissance d'elles-mêmes. Entre autres choses, ces personnes ont une capacité de création qu'on ne cherche pas assez à découvrir et qui pourrait grandement les aider dans leur processus.

Les compétences se révèlent souvent les mêmes chez les individus des deux sexes. Ainsi, la capacité d'endurer des souffrances, de sacrifier des besoins au profit des enfants, d'accorder de l'importance à la protection des proches, d'avoir le sens des responsabilités sont des compétences que l'on trouve tant chez les hommes que chez les femmes.

Cependant, on constate que certaines compétences sont davantage spécifiques des personnes de l'un ou de l'autre sexe. Par exemple, chez les hommes, on trouve particulièrement la détermination de trouver des solutions aux problèmes et une tendance à passer à l'action (Dulac, 1997, p. 12). On est porté à voir comme un défaut leur tendance à la rationalisation mais, selon Good Sherrod, (dans Tremblay et Thibault, 2001), on pourrait plutôt percevoir

celle-ci comme un désir de comprendre ce qui se passe et miser sur ce désir pour les amener à développer une compétence émotionnelle.

Chez les femmes, la capacité de « faire avec » ce qu'elles ont et de demander de l'aide ainsi que le désir qu'elles ont de continuer à assumer leurs responsabilités parentales malgré leur problème de santé mentale, constituent souvent des compétences à explorer.

Confronter ou prendre en charge si besoin il y a

Généralement l'intervenant ou l'intervenante font preuve d'empathie et de compréhension à l'égard de la personne utilisatrice de services mais, à certains moments, il leur faut aussi savoir être fermes, s'imposer. Lorsque des décisions difficiles doivent être prises, ils doivent savoir négocier des choix ardues avec la personne en détresse. Enfin, dans des situations extrêmes, si l'intervenant ou l'intervenante doivent trancher seuls, ils le feront dans le plus strict respect des droits de l'autre.

L'APPROCHE SPÉCIFIQUE SELON LE SEXE DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES

Il est primordial de se rappeler que les compétences expliquées précédemment, qui favoriseront l'expression de la souffrance et qui la transformeront en tremplin pour l'avenir sont valables quelle que soit la personne utilisatrice de service. Cependant, au cours des dernières décennies pour les femmes et des dernières années pour les hommes, des chercheurs et chercheuses ont mis en lumière des façons de faire qui sont spécifiques de l'un ou de l'autre sexe.

Auprès des femmes

Constat

Chesler (1990) souligne que les professionnels de la santé dévaluent toujours la manière dont les femmes expriment leur révolte et protestent face aux difficultés qu'elles vivent. Selon elle, ces professionnels considèrent que la femme « normale » doit encore aujourd'hui être passive, dépendante, émotionnelle (...). (Dans Ferland, 1995 : p. 2)

Quelques pistes d'intervention

Une écoute réelle

Lors des rencontres préparatoires à l'écriture de *Écoute-moi quand je parle*, au cours desquelles on demandait à des femmes utilisatrices de services ce qui, selon elles, améliorerait les services de santé mentale qui leur étaient offerts, la très grande majorité d'entre elles ont répondu qu'elles souhaitaient être réellement écoutées, et ce, bien avant toute autre considération. Plusieurs ont besoin de parler. Beaucoup de femmes aux prises avec un problème de santé mentale ont un lourd passé d'abus, vécu seule et en silence. Il faut absolument dévoiler ce vécu. Encore trop souvent, on en tient peu compte. Ces femmes ont surtout besoin d'être

crues, qu'on donne crédit à leur parole et à leurs solutions. Combien de fois entend-on cette phrase : « Les femmes manipulent. » ? Tout alors semble avoir été dit. Pourtant...

Qu'est-ce qui fait que dans sa vie, elle a eu si peu de pouvoir qu'elle ait dû passer par la bande comme cela ? Moi, j'ai les moyens de mes vertus, j'ai du pouvoir, (...) un pouvoir politique, social, économique, relationnel (Archambault, 2002).

Elles ont aussi besoin d'être aidées à développer leur conscience d'elles-mêmes, à savoir ce qu'elles aiment, ce qu'elles veulent, ce qui leur convient, à l'exprimer et à voir à ce que cela se réalise, donc à ce qu'elles se responsabilisent par rapport à leurs besoins. On doit les amener à comprendre que si elles voient à leurs besoins, elles ne sont pas égoïstes et que l'envers de la médaille dans leur existence altruiste est le contrôle.

C. Archambault spécifie qu'on doit aider les femmes à faire la différence entre la responsabilité et la culpabilité. Beaucoup de femmes se sentent coupables. Il est essentiel de les écouter à ce propos, pour qu'elles puissent faire l'inventaire des fautes qu'elles se reprochent, discerner la vraie culpabilité, réparer les torts si cela est possible et surtout faire la différence entre culpabilité et responsabilité.

Faire des liens avec le quotidien

Avec les femmes, il est essentiel de faire des liens avec le quotidien, surtout avec celles qui ont des enfants. Il est fondamental de laisser les mères exercer leur rôle de mère, de les encourager, de les soutenir, plutôt que de les blâmer, comme c'est le cas trop souvent encore, ou de leur retirer la garde des enfants. Reconnaître les liens possibles entre le stress inhérent à la parentalité et une existence dans un contexte de pauvreté, d'isolement, de culpabilité ou d'abus peut grandement contribuer à augmenter leur estime d'elles-mêmes.

Un accent particulier sur l'action

F. Ménard considère qu'une des grandes stratégies d'intervention auprès des femmes qui ont dû se soumettre beaucoup consiste à favoriser l'action individuelle, si petite soit-elle. C'est souvent une démarche essentielle, voire la première à entreprendre dans le processus de redécouverte d'elles-mêmes. Pour la personne qui intervient, il ne s'agit pas de suggérer l'action mais de rester attentive aux indices que les femmes pourraient donner. Même pour une petite action il est important que les femmes clarifient leur objectif, se fixent un délai. Ainsi commence à s'établir un processus que l'on peut qualifier de cercle bénéfique : une petite action positive fait croître l'estime de soi, qui permet une action plus importante, et ainsi de suite. La femme en détresse déterminera elle-même jusqu'où elle veut pousser le processus (Ménard, 1999 : p. 3).

L'expression de la colère

Comme nous l'avons déjà indiqué, un des graves problèmes de plusieurs femmes en détresse est le refoulement de leur colère. Or, ces femmes sont souvent envahies par la colère, colère qu'elles retournent contre elles-mêmes ou qu'elles exercent contre les autres.

Et la colère des femmes fait encore peur. Les intervenants et les intervenantes la ressentent souvent comme une menace, un danger. Pourtant, il y a plusieurs façons acceptables d'exprimer la colère, par l'art entre autre, et il faut chercher avec les femmes celles qui leur conviennent le mieux. Au besoin, si la personne qui intervient a peur, ce qui peut être légitime, elle peut se faire accompagner ou diriger la personne aidée vers quelqu'un d'autre.

Briser l'isolement

L'intervention féministe préconise le groupe comme approche thérapeutique auprès des femmes. Le groupe a d'abord l'avantage de briser l'isolement des femmes qui se croient toujours anormales et « pas OK ». Il peut surtout être une occasion de s'ouvrir aux autres, d'avoir du plaisir, de créer des liens. De plus, par effet d'entraînement, les expériences des autres peuvent favoriser la déculpabilisation. Dans un contexte d'échange sur les expériences qu'elles ont vécu, les femmes ne jugent pas les autres femmes coupables de ce qui leur est arrivé et finissent par s'identifier à elles. Le groupe, toujours par effet d'entraînement, favorise la prise de parole et peut accélérer la démarche thérapeutique. Il peut aussi favoriser l'action chez une femme.

Il est tout de même préférable d'exercer une certaine prudence avec les femmes très souffrantes et relativement désorganisées. L'expérience du groupe chez elles peut s'avérer difficile et réveiller des détresses mises en veilleuse. Autant que possible, il est donc utile de bien connaître chacune des participantes du groupe, connaître ses points vulnérables. Il faut éviter d'aller trop loin dans l'expression de la souffrance, ou savoir que la personne aidée peut être assistée en cas de décompensation ; il faut encore s'assurer que soi-même ou quelqu'un d'autre est disponible pour l'accueillir.

Finalement, si la personne intervenante n'est pas très à l'aise avec les manifestations de détresse extrême, elle tentera d'assurer une certaine homogénéité dans les groupes. Il est essentiel de se rappeler qu'une femme utilisatrice de services peut ne pas souhaiter faire partie d'un groupe sans nuire à son cheminement.

Auprès des hommes⁹

Constat

Selon Brooks (1998), la culture de la psychothérapie, ou même de l'intervention, demeure très différente de celle véhiculée par les normes de la masculinité. Par exemple :

Normes de l'intervention

Être vulnérable
Chercher de l'aide
Exprimer ses émotions
S'attaquer au conflit
Admettre sa douleur, sa souffrance
(...)

Normes de la masculinité

Être invincible
Être indépendant
Être stoïque
Éviter les conflits
Nier sa douleur, sa souffrance
(...)

9. Tiré de Tremblay, G. et Y Thibault Ibid.

Pour les hommes dont la socialisation est traditionnelle et qui adhèrent à ces normes (les hommes traditionnels), il n'est pas surprenant qu'ils abandonnent le processus d'aide dès qu'ils peuvent reprendre leurs activités (Dulac, dans Tremblay et Thibault, 2001 : p. 11-12).

Quelques pistes d'intervention

Aider les hommes à développer leur compétence émotionnelle sans les contraindre aux normes d'intervention

Au-delà de leur capacité à travailler sur eux-mêmes, dans l'intervention auprès des hommes, les intervenants et les intervenantes doivent accepter de remettre en question leurs présupposés théoriques et idéologiques. Comment aider les hommes utilisateurs de services à apprendre à reconnaître et nommer leurs émotions sans toutefois poser la fameuse question « *Comment te sens-tu ?* » ? Comment accepter leur tendance à rationaliser pour les aider à franchir des obstacles aussi difficiles pour eux que la souffrance ou la honte ? Comment aider les hommes traditionnels à fonder leurs actions sur une meilleure connaissance d'eux-mêmes ?

Un cadre d'intervention organisé

Il est maintenant reconnu que les hommes ont de la difficulté à demander de l'aide. Il faut agir rapidement, le plus petit délai peut rendre encore plus difficile l'expression de leur vulnérabilité, la création du lien de confiance avec l'intervenant ou l'intervenante (Dulac, dans Tremblay et Thibault, 2001). Ils demandent à être bien encadrés car ils ressentent le besoin de savoir où ils s'en vont. G. Tremblay met en évidence le fait qu'il faut leur proposer un cadre d'intervention clair et structuré. Il rapporte qu'il faut éviter les moyens d'évaluation tels que les questionnaires, cependant, il convient d'utiliser des exercices structurés pendant et entre les rencontres et de bien en expliquer le sens. Le cadre qui permet de déterminer les points à travailler, le rythme des rencontres et des révisions régulières aide à sécuriser les hommes.

Donner du pouvoir

Cela a déjà été mentionné, la socialisation masculine favorise la recherche du pouvoir. Les hommes traditionnels qui demandent de l'aide et qui, de ce fait se sentent encore plus vulnérables peuvent avoir tendance à vouloir reprendre le contrôle par des comportements agressifs ou socialement inacceptables. Il ne s'agit pas ici d'accepter les comportements violents, bien au contraire. Cependant, ces comportements peuvent être perçus comme une expression de la souffrance des hommes. Une telle attitude demande souvent aux intervenants et intervenantes de faire face à leur peur, d'éviter l'escalade dans la recherche du pouvoir pour se centrer sur la souffrance et en permettre l'expression, tout en respectant des mesures élémentaires de sécurité.

Il faut être attentif aux besoins de pouvoir des hommes. Pour ce faire, il convient de redonner à l'homme du pouvoir sous forme de choix. Il doit sentir qu'il peut influencer sa destinée, qu'on lui reconnaît le pouvoir d'être maître de sa vie et que la thérapie peut le soutenir en ce sens.

Miser sur les forces des hommes

Pour toute personne, homme ou femme, une démarche thérapeutique doit miser sur ses forces. Cependant, cette approche auprès des hommes prend tout son sens parce que l'expérience a démontré que renforcer leurs points forts permet de contrecarrer la honte, trop souvent l'émotion dominante, omniprésente chez les hommes.

Briser l'isolement

Les hommes sont souvent en contact avec plusieurs personnes mais développent peu de liens affectifs. Trop souvent, la seule personne confidente est la conjointe. Donc, au moment d'une rupture, les hommes se sentent isolés (Corneau, Rubin, dans Tremblay, Thibault, 2001). Il convient d'aider les hommes à briser leur isolement affectif. Pour ce faire, les hommes utilisateurs de services doivent apprendre à profiter pleinement de leur réseau social ou à participer aux activités de différents organismes communautaires. D'autre part, cela met aussi les hommes en situation d'échange avec d'autres hommes. De cette manière, ils peuvent apprendre différentes façons de vivre leur masculinité et, par la même occasion, se défaire du modèle de masculinité hégémonique.

La politique de « la main tendue »

Comme les hommes demandent peu souvent de l'aide, il faut aller davantage vers eux, pratiquer une « politique de main tendue » (*reaching-out*) et ne pas attendre une demande formelle d'aide. Il faut en arriver à comprendre les messages cachés des hommes en détresse. Et, surtout, il faut accepter que beaucoup d'interventions auprès des hommes débiteront en situation de crise.

Conclusion

L'intervention en santé mentale constitue une entente conjointe avec la personne utilisatrice de services pour favoriser la diminution de sa souffrance ou accroître la capacité de l'appivoiser. C'est également l'accompagner pour qu'elle puisse mener la vie qu'elle souhaite, de la façon la plus intéressante possible et en harmonie avec son environnement. C'est tenter de trouver avec elle des pistes d'action. C'est regarder vers l'avenir plutôt que se cantonner dans le passé. C'est faire confiance à l'autre et à la vie.

De façon plus particulière la personne qui se préoccupe de l'approche différenciée dans son intervention agit avec compétence si elle reconnaît que la socialisation des femmes et des hommes est différente. Elle-même est capable de se percevoir en tant qu'être socialisé et d'accueillir l'autre comme tel avec ce que cela comporte. Elle conçoit qu'il y a plusieurs façons pour un homme ou pour une femme d'adhérer à des modèles stéréotypés ou de s'en éloigner et qu'au-delà des impératifs de la socialisation, il y a une personne à part entière dont l'origine ethnique ou culturelle, les conditions socioéconomiques, l'âge, l'orientation sexuelle et l'état de santé varient. Elle est sensible aux inégalités sociales qui existent et répond aux besoins spécifiques des hommes et des femmes qu'elle accompagne.

Bibliographie

ARCHAMBAULT, Christine. Entrevue réalisée par Marie-Thérèse Roberge, Montréal, 31 août 2001.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Guide d'intervention clinique en violence conjugale à l'intention des CLSC*, Montréal, Publication de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2000, 72 p.

COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE OFFERTS AUX FEMMES, *Écoute-moi quand je parle*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 114 p.

DULAC, Germain. *Les demandes d'aide des hommes*, Montréal, L'Action intersectorielle pour le développement et la recherche sur l'aide aux hommes, 1997, 39 p.

FERLAND, Isabelle. *Femmes et psychiatrie ou contrôle social et médicalisation de la souffrance des femmes*, Montréal, Université de Montréal, 1995, 135 p.

LAMARRE, Suzanne. *Aider sans nuire – De la victimisation à la coopération*, Montréal, Éditions Lescop, 1998, 165 p.

MÉNARD, Fernande. « *Fou un jour, fou toujours* » : réalité ou préjugé, extrait d'une présentation au Tribunal des droits de la personne, Montréal, 1999, 5 p.

MÉNARD, Fernande. *Comment concilier demandes et limites*, dans *Intervention féministe et santé mentale*, texte de référence, Montréal, l'IR des Centres de femmes, 1999, 7 p.

MÉNARD, Fernande. *Les qualités d'une intervention adéquate en santé mentale*, texte de référence, formation aux intervenants et intervenantes de Rouyn-Noranda, 1998, 4 p.

OLIVARDIA, Roberto. « *Male Body Image and the Adonis Complex* », *SPSMM Bulletin*, vol. VI, no 4, automne 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégies d'action en santé et bien-être des femmes*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2002, 61 p.

MORROW, Marina & Monika CHAPPELL, *Hearing Women's Voices : Mental Health Care for Women*, Vancouver, British Columbia centre of excellence 1999, 89 p.

TREMBLAY, Gilles et Yves THIBAUT. *La santé mentale et les hommes, Une recension exploratoire des écrits*, 2001, 23 p. (Document non publié).

Extrait d'un
projet-pilote

DES INTERVENTIONS
EMPREINTES DE SENSIBILITÉ
ET ADAPTÉES AUX COMMUNAUTÉS
ETHNOCULTURELLES

Jérôme Guay

*Projet pilote d'intégration des interventions en psychiatrie et en santé mentale sur le territoire
du CLSC Parc Extension*

L'objectif visé

L'objectif visé par le projet pilote est que les valeurs, croyances et modes de vie des communautés culturelles de ce territoire, constituent l'influence prédominante sur la pratique professionnelle et sur la façon dont les services sont rendus. Cela signifie qu'au lieu d'être déterminés par nos programmes et structures de services, les modes d'intervention seront influencés et orientés par les conditions de vie et l'environnement social des usagers.

Le manque de sensibilité et d'adaptabilité aux besoins des gens et à leurs conditions de vie est dû au fait que l'organisation des services est centrée sur des programmes définis autour de clientèles, de problématiques ou de groupes d'âge (Guay *et al.* 2000). Pour faciliter la relation entre le CLSC et les communautés ethnoculturelles, afin que l'organisation des services colle à leur réalité, des représentants et des représentantes de ces communautés feront partie de l'équipe de santé mentale.

La participation et l'implication régulières des membres des communautés ethnoculturelles vont favoriser un processus d'acculturation mutuelle pour mieux adapter les interventions. Les croyances et pratiques psychiatriques sont des construits culturels, plusieurs désordres ne sont pas reconnus universellement, les critères diagnostiques (DSM-IV) habituellement utilisés au Québec ne sont pas une référence universelle. La reconnaissance même des désordres psychologiques peut être mise en cause, car des comportements considérés comme normaux par un professionnel de la santé au Québec peuvent être considérés comme pathologiques dans d'autres parties du monde et vice versa (Battaglini, 2002).

Les difficultés de communication constituent des obstacles non négligeables lors de l'évaluation psychiatrique et peuvent induire des incompréhensions dues à une mauvaise interprétation des termes reflétant une conception différente de problèmes psychologiques. Le risque de poser de mauvais diagnostics est élevé car les manifestations de détresse peuvent varier d'un milieu culturel à l'autre ; ainsi la psychologisation est répandue en Amérique du Nord, alors que les manifestations somatiques sont courantes dans d'autres pays. C'est pourquoi, il est nécessaire de pouvoir profiter de l'apport, non seulement de traducteurs, mais d'interprètes culturels (Battaglini, 2002).

Des sources de détresse chez les personnes immigrantes

Les sources de détresse psychologique, qui peuvent conduire à des troubles mentaux, sont souvent liées à l'expérience d'appartenir à un groupe minoritaire caractérisé par la stigmatisation, la discrimination et même le racisme. Ces problèmes sont aggravés par les difficultés de communication qui causent une incertitude sémantique dans les interactions sociales quotidiennes et peuvent être une source importante d'anxiété. Les populations migrantes vivent un sentiment d'anormalité, une impression de marginalité, que projette la société hôte par ses normes et ses valeurs. Le processus d'acculturation est donc source de détresse psychologique à cause de l'érosion des valeurs et des croyances traditionnelles et d'une remise en question de ces dernières par la société hôte. L'acculturation, qui amène une personne à apprendre et à intégrer de nouveaux comportements cohérents par rapport à la culture locale, est susceptible de produire des problèmes d'ordre psychologique. Au CLSC Parc Extension, des épisodes dramatiques ont mis en évidence que le choc de valeurs se vit, entre les générations, de façon parfois traumatique lorsque les enfants sont nés ici, conduisant à une rupture brutale avec le milieu familial.

L'expérience migratoire elle-même provoque de nombreux stress qui peuvent être à la source de divers troubles mentaux et les ruptures sociale ou familiale sont accompagnées d'incertitude et d'instabilité. Une étude, conduite au Québec auprès de femmes immigrantes, démontre que les troubles émotifs sont liés à l'isolement et à la séparation familiale (Battaglini, 2002).

Pour les réfugiés, le départ précipité et brutal, lié à une question de survie, est accompagné de signes de détresse, surtout lorsque les gains sont insuffisants pour compenser les pertes. Les personnes vivent souvent l'inverse de l'ascension sociale à laquelle ils s'attendaient, lorsque leurs compétences ne sont pas reconnues. De plus, les expériences de persécution et de torture, sans oublier le sentiment de culpabilité face à ceux qui sont restés, peuvent laisser des séquelles psychologiques importantes. Les personnes victimes ou témoins de violence peuvent développer le syndrome de stress post traumatique. Cependant, les études démontrent que le stress lié à des conflits armés ne conduit pas toujours au syndrome de stress post traumatique, parfois ces expériences renforcent la capacité de faire face à l'adversité.

C'est l'effet cumulatif de ces expériences qui semble déterminant, comme le démontrent des études faites sur l'expérience migratoire au Québec, de personnes provenant d'Afrique et d'Amérique latine. Ainsi la séparation familiale, associée à des événements traumatiques, accroît les risques de détresse. C'est lorsque la capacité de s'adapter à ces changements majeurs est dépassée, à cause de l'effet cumulatif, que le risque de développer des troubles psychiatriques augmente (Battaglini, 2002).

communications, MRP

Le travail en réseau



respect

reconnaissance, différences

*santé
mentale*



Témoignage d'un parent

Devant l'inconnu...

Je suis une femme qui, dans ses rêves de jeunesse, comptait fonder une famille selon les stéréotypes de notre société. La vie m'a cependant réservé des surprises... J'ai eu le privilège de devenir mère, mais l'un de mes enfants, mon fils que nous aimons profondément, nous a fait vivre des choses particulièrement difficiles puisqu'il est atteint de schizophrénie.

Mon conjoint, ma fille et moi avons dû apprendre à composer avec une réalité qui nous était inconnue, une maladie qui provoquait le rejet, le jugement et l'incompréhension. J'ai peine à mettre les mots sur ce que nous ressentions, mais chose certaine, nous avons eu l'impression que notre vie s'est arrêtée au moment où le diagnostic est tombé : schizophrénie.

Personne ne peut s'imaginer à quel point il est difficile d'entendre le psychiatre prononcer froidement ce mot. Comme pour la plupart des gens, le lien spontané qui s'est établi a fait appel à la folie, à la dangerosité, et le plus dramatique, au désespoir. Comment affronter la situation ? Comment établir la communication et, surtout, comment survivre sans tomber dans le gouffre ? La famille éclate, chacun vivant sa peine, chacun tentant de trouver le moyen de se protéger. Solitude, mal à l'âme, injustice, rêves anéantis, découragement et accablement sont la réalité des membres de l'entourage.

Pour compléter le portrait, les professionnels nous fuient... « CONFIDENTIALITÉ » nous disent-ils. « *Je suis désolé, votre fils est majeur, je ne peux rien vous dire de plus.* » Que de fois ces mots furent entendus, que de fois nous fûmes déçus. Pourtant, il est là, vivant et près de nous, tantôt sous notre toit, tantôt en appartement où il lui arrive de se désorganiser... La crise nous guette à toute heure, à tout moment. Des intervenants, il y en a autour de lui ; ils sont là au gré du temps mais inaccessibles pour nous. Ils sont rémunérés pour s'occuper de lui.

...Une note d'espoir

Mon témoignage ne se veut pas larmoyant, il reflète notre vécu familial et, par expérience, je sais que ce dernier est le lot de milliers de familles qui sont isolées et sans soutien. Heureusement pour nous, la vie nous a choyés car elle a mis sur notre route une association de familles et amis qui nous a aidés, outillés et secondés pour que nous reprenions vie.

La maladie de mon fils était presque devenue mienne, je n'arrivais plus à mettre les frontières, je ne vivais plus... j'existais. Apprendre à accompagner une personne atteinte de maladie mentale ne se fait pas de façon spontanée, il faut prendre le temps, se donner les moyens, s'outiller et, pour y arriver, il faut aller chercher de l'aide. C'est d'autant plus vrai puisqu'il faut naviguer dans un système où le travail se fait en vase clos, où l'approche favorise la dualité entre la personne atteinte et les membres de son entourage.

Aujourd'hui, forte de mon expérience de vie, je peux en témoigner. Si je peux le faire, c'est que j'ai beaucoup reçu de mon association locale qui a été pour moi et ma famille, une bouée de secours indispensable. Nous y avons appris à développer nos forces et à les utiliser. À ma façon,

je me suis impliquée bénévolement au cours des dernières années ; j'ai tenté de retourner l'ascenseur aux membres de l'association afin d'aider d'autres familles dans le besoin.

Notre relation avec notre fils s'est améliorée, ce qui ne veut pas dire que nous ne vivons plus d'inquiétudes. Nous avons appris à lui laisser son espace et à prendre le nôtre. Mon fils nous a fait un merveilleux cadeau puisque nous sommes les grands-parents d'une jolie petite fille. Il nous arrive d'appréhender le futur, mais, malheureusement ou heureusement, nous n'avons pas de contrôle sur la vie.

En terminant, je m'intéresse aux travaux reliés à la réorganisation des services de santé mentale et je fonde beaucoup d'espoir sur ce changement. Notre expérience de vie a été particulièrement ardue et il faut s'investir pour faciliter le parcours de tous ceux et celles qui vivent ou qui auront à vivre cette réalité. Il est maintenant l'heure d'unir nos forces. L'expérience de vie des personnes ayant un problème de santé mentale, celle de leurs proches et l'expertise des intervenants et des intervenantes de tous les milieux doivent servir.

Je sais qu'on ne peut interrompre le cours de la vie et que la maladie mentale va continuer à faire des ravages, susciter des peines et le mal de vivre. Cependant, si collectivement nous nous efforçons à travailler ensemble, nous réussirons non pas à supprimer la problématique, mais à aider les personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale et les membres de leur entourage à vivre cette épreuve dans la dignité.

Jeannine Croteau

Juin 2002, Sherbrooke

LA VISION ET LES OBJECTIFS¹⁰

La définition du réseau local de services intégrés

Un réseau local de services intégrés en santé mentale pourrait être défini comme étant : **une offre de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue**, majoritairement accessible dans la communauté (c'est-à-dire dans les milieux de vie) et sur la base d'un territoire local, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions tant du point de vue fonctionnel que du point de vue clinique et imputables de répondre aux différents besoins des personnes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale ainsi qu'à ceux de leur famille et de leurs proches.

La population visée par le réseau local de services intégrés

Le réseau local de services intégrés en santé mentale s'adresse prioritairement **aux personnes adultes de 18 ans ou plus ayant des problèmes majeurs de santé mentale** qui affectent leur vie de manière significative sur une base transitoire ou permanente. Ces personnes ont des besoins complexes, qui sont d'intensité variable et qui s'échelonnent généralement sur une longue période de leur vie. Leurs besoins sont de tous ordres incluant la vie quotidienne et la vie domestique (moyens de subsistance, logement, gestion de l'alimentation, développement des compétences personnelles, etc.).

En favorisant le maintien dans la communauté des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les réseaux locaux de services intégrés s'adressent aussi aux familles et aux proches qui les soutiennent.

D'autres réseaux de services intégrés sont mis en place pour les personnes âgées et les jeunes afin de tenir compte de leurs besoins particuliers et des mécanismes de liaison devront être prévus entre ces différents modèles d'organisation et les services de santé mentale.

Les objectifs et les gains de la mise en réseau des services

Pour les personnes utilisatrices de services

- Améliorer la santé et le bien-être des personnes visées (sur les plans biologique, psychologique et social) en privilégiant l'accompagnement et le traitement dans leur milieu de vie naturel.
- Favoriser l'appropriation par ces personnes de leur pouvoir individuel et collectif en assurant leur participation à l'évaluation des services ainsi qu'aux décisions concernant l'organisation locale.

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 11-13.

Extrait du document intitulé *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services*

- Soutenir ces personnes dans l'exercice de leur citoyenneté en leur offrant des services variés et adaptés qui favorisent l'inclusion sociale et la participation aux différentes instances qui voient à l'organisation des services.
- Favoriser la liberté de choix en offrant à ces personnes une gamme complète de services de qualité, d'une manière continue et complémentaire qui respecte leur cheminement et leur autonomie, dans l'ensemble du territoire québécois.

Pour les familles et les proches

- Améliorer la santé et le bien-être des familles et des proches (sur les plans psychologique et social) en privilégiant l'implication des membres de l'entourage dans la réinsertion sociale de la personne ayant des problèmes majeurs de santé mentale.
- Reconnaître l'apport des familles et des proches dans leur rôle d'accompagnateur et de partenaire en poursuivant le développement des services de soutien adaptés à leurs besoins.
- Favoriser leur participation aux décisions prises concernant l'organisation et l'évaluation des services au niveau local.

Pour les intervenants et intervenantes

- Favoriser le soutien professionnel, l'entraide et la mise en commun de l'expertise.
- Répondre aux besoins de formation et favoriser le développement de nouvelles approches, en particulier l'approche milieu, afin de mieux adapter les mesures de soutien aux forces des réseaux informels et formels d'aide présents dans la communauté.
- Favoriser la reconnaissance et l'utilisation de l'expertise de chacun.
- Améliorer la qualité des soins par une meilleure continuité et la complémentarité entre les différents services tout en respectant les règles de la confidentialité.
- Favoriser l'émergence de valeurs communes afin que se développent une culture, une vision et une perspective unifiée de l'organisation des services dans un territoire donné.

Pour les organisations de services

- Assurer la continuité et l'accessibilité des soins, des services et du soutien par une meilleure coordination et une plus grande concertation entre les différents partenaires.
- Créer de nouveaux services et inventer de nouvelles façons de faire qui s'adaptent aux réalités locales.
- Améliorer le partage des responsabilités et la collaboration avec les communautés locales, particulièrement au regard de l'inclusion sociale de la personne utilisatrice de services dans les domaines de l'éducation, du travail, du logement, etc.

- Développer la reconnaissance et le respect mutuel entre les différents organismes du réseau local de services intégrés.
- Offrir le plus grand nombre de services directement dans les communautés locales.
- Favoriser l'utilisation optimale des ressources humaines, matérielles et financières en fonction de l'ensemble des besoins d'un territoire.
- Favoriser la liaison et les échanges avec les services spécialisés en santé mentale ainsi qu'avec les services des autres programmes de santé (déficience, alcoolisme et toxicomanie, etc.).

DOCUMENT SYNTHÈSE¹¹

Margot Désilets

Problématique

Depuis quelques années les services de santé et les services sociaux sont fondés sur des principes de décentralisation, de participation des citoyens, de concertation entre les différents secteurs d'intervention et de partenariat entre les différents intervenants du milieu. L'intention visée est de promouvoir une vision globale de la santé et des besoins de la population, de mettre en place des services toujours plus qualitatifs en favorisant une gestion concertée entre l'ensemble des partenaires et d'obtenir plus efficacement le financement nécessaire.

Le partenariat est plus qu'une concertation, qu'une consultation ou qu'un échange d'information, il implique un engagement formel de chaque participant qui investit une part de ce qui lui appartient dans le but de réaliser quelque chose en commun, dont il tirera profit ou avantage. Ce n'est pas non plus un « pater-nariat » qui, lui, est marqué par un rapport inégalitaire et utilitaire, imposé par une partie dominante, qui définit ses exigences et soumet les autres parties à ces exigences.

Essai de définition

Le partenariat résulte d'une entente entre des parties (institutions, organismes communautaires ou autres) qui établissent des rapports égaux dans la conception et la réalisation d'un projet commun de gestion, d'intervention, de recherche ou de développement, et qui mettent en commun des ressources humaines, matérielles ou financières pour le bénéfice de la population visée, tout en respectant les prérogatives et la mission de chacun¹².

C'est donc une action partagée entre plusieurs acteurs, qui agissent selon une entente établie entre eux, et qui porte sur les objectifs d'intervention, qui peuvent toutefois les concerner à des degrés variables, sur les responsabilités de chacun des partenaires et leur contribution en matière de ressources, sur la gestion de l'action entreprise ou à mener et sur l'évaluation de la démarche.

Le partenariat peut aussi se définir comme un rapport d'interdépendance égalitaire et équitable entre deux parties différentes par leur nature, leur mission, leurs activités, leurs ressources et leur mode de fonctionnement. Les deux parties ont des contributions mutuelles différentes mais jugées également essentielles. Le partenariat réel est donc fondé sur le respect et la reconnaissance mutuelle des contributions. L'objet du partenariat peut être un échange de services ou de ressources de nature différente mais de poids ou de valeurs comparables et reconnues comme telles par les parties concernées ; il peut être aussi la création en commun d'un projet ou d'un service¹³.

11. Principales sources : C S E, *Le partenariat à l'éducation des adultes, projet d'avis*, et Jean Panet-Raymond, *Les difficultés et facteurs de succès du partenariat entre les organismes communautaires et les établissements du réseau*, 1998, septembre.

12. Source : CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION, *Le partenariat à l'éducation des adultes, projet d'avis*, (Document de travail.)

13. Source : PANET-RAYMOND, Jean, *Les difficultés et facteurs de succès du partenariat entre les organismes communautaires et les établissements du réseau*, 1998.

Formes de partenariat

Dans tous les secteurs d'activités humaines, le partenariat peut prendre différentes formes, dont les principales sont les suivantes :

- le partenariat d'orientation, qui s'établit habituellement aux tables régionales et qui a trait à la création de programmes et de cadres de référence ;
- le partenariat de formation, qui implique surtout les formateurs, les personnes ciblées par la formation, les populations concernées par la formation, etc. ;
- le partenariat de recherche, de développement ou de transfert de technologies ;
- le partenariat de services axé sur le prêt de services ou de ressources ;
- le partenariat de production de biens ou de services ;
- le partenariat de promotion, qui se fait habituellement par des colloques ou d'autres mécanismes d'information.

Le partenariat se développe souvent pour répondre à des changements ou à de nouvelles orientations politiques, économiques, culturelles ou sociales. Il se développe à partir de la conviction de la nécessité de regrouper les ressources et les énergies (approche écologique) pour mieux résoudre les problèmes. Et il arrive qu'il se développe à cause d'un manque de ressources financières, matérielles ou humaines.

Composantes et caractéristiques du partenariat

- **Une entente explicite ou formelle qui porte sur une même problématique ou sur un même objet**

Le partenariat a plus de chance d'avoir des retombées positives pour toutes les parties si les rôles et les fonctions de chacun, la structure de coordination et les modalités administratives ont fait, au préalable, l'objet d'un accord négocié. Un document écrit a l'avantage de fixer les conditions et d'éviter l'arbitraire et la dépendance à l'égard de quelques individus. L'entente formelle écrite favorise une adhésion au projet par les organismes et non simplement par des individus. Par ailleurs, le partenariat doit conserver une certaine flexibilité qui permet aux parties en présence d'évoluer en cours de route.

- **La coresponsabilité dans la réalisation du projet commun**

Tous les participants et participantes sont également responsables et engagés dans le traitement d'un même objet. Il est possible, toutefois, que les parties s'entendent pour que le leadership soit assumé pour un temps par l'une d'elles. Il va de soi, cependant, que plus le leadership est partagé, plus la convergence et la coresponsabilité des participantes et des participants à l'égard de la réussite du projet sont grandes, parce que chacun se sent également interpellé dans la réalisation de celui-ci. Si les responsabilités et les rôles ne sont pas clairs, des organisations ou des établissements plus forts pourraient se les arroger.

- **Le respect de la mission de chacun**

Les négociations doivent être menées avec un esprit ouvert et dans le respect des différences de chaque partie sur les plans de la mission, des activités, des ressources et du mode de fonctionnement. Chacune doit y trouver son intérêt et son profit. Les objectifs propres à chacune des parties ne doivent pas être remis en cause et les contributions requises de chaque partenaire doivent s'inscrire dans les objectifs de leur organisation.

- **La complémentarité dans la mise en œuvre des ressources**

Dans le partenariat réel, chaque partie met en commun des ressources, à la mesure de ses possibilités, au bénéfice de l'action commune et dans une perspective de complémentarité. La mise en commun des ressources constitue la preuve tangible de l'engagement mutuel des parties dans l'action commune. C'est ce qui distingue le partenariat de la concertation. La répartition des ressources humaines et financières représente un enjeu important dans l'établissement d'un partenariat durable.

- **La place des personnes utilisatrices de services**

Dans un projet de partenariat durable, les personnes utilisatrices de services doivent être considérées comme des partenaires à part entière et non seulement comme des bénéficiaires. Leur participation représente une garantie supplémentaire de l'adhésion aux objectifs et des moyens mis en place dans le partenariat. En outre, l'inclusion des personnes utilisatrices de services dans un partenariat peut favoriser le développement d'interventions novatrices qui prennent véritablement en compte leur point de vue. On doit toutefois veiller à ce que les personnes soient organisées et bien représentées, afin de rendre leur participation effective tout au long du projet.

- **L'enracinement dans le milieu**

L'enracinement dans le milieu des parties impliquées est garant de la crédibilité des organismes et des établissements.

- **Une base qui repose sur des objectifs communs**

Il est important que le partenariat repose sur une confiance et un respect mutuels entre les partenaires, sur une définition claire des responsabilités et des rôles de chacun, sur un partage de l'expertise et des ressources et sur des objectifs précis.

Conditions pour un partenariat durable

- **Des lignes de communication claires et ouvertes**

Des mécanismes de communication simples, clairs et continus permettent d'assurer le suivi des décisions et de régler rapidement les difficultés qui surgissent.

- **La prise en compte des facteurs humains**

La qualité des rapports humains entre les personnes travaillant en partenariat est toujours fondamentale. Les caractéristiques des personnes qui sont particulièrement importantes sont les suivantes :

- le respect et l'écoute de l'autre,
- la transparence,
- la patience et la tolérance,
- la créativité,
- l'ouverture d'esprit,
- la conscience juste de ses valeurs.
- le sens du risque,
- le sens du relatif.

- **Les pouvoirs et la marge de manœuvre pour prendre les décisions**

Une trop grande dépendance des partenaires à l'égard de leur organisme ou de leur établissement peut engendrer de la distorsion et rendre plus difficile l'atteinte de l'objectif commun.

- **L'engagement des partenaires pour assurer un partenariat durable**

Les partenaires se sentent davantage liés si les objectifs de chaque partie sont connus par tout le monde et s'ils suscitent un accord explicite. Il est important que les intérêts de chacun soient précisés et exprimés dans un climat de transparence pour éviter qu'il y ait des intérêts cachés ou divergents. La transparence évite des tensions inutiles.

- **L'échange mutuel d'information**

L'échange continu de l'information favorise la transparence et assure la survie et le succès du partenariat. C'est donc une des principales conditions de réussite d'un partenariat efficace et durable.

- **La définition des résultats attendus**

Les attentes claires en ce qui a trait aux résultats attendus et la prévision de la façon de les évaluer renforcent la solidarité et la responsabilité par rapport aux actions. Aussi, des rencontres régulières d'évaluation permettent de faire le point, de régler des difficultés et d'apporter les changements nécessaires au fur et à mesure.

Enjeux pour les partenaires

L'ampleur des problèmes socioéconomiques force de plus en plus les différents acteurs sociaux à se concerter en mettant de côté certaines divergences. De nouvelles solidarités se bâtissent et manifestent la volonté de faire l'expérience d'une démocratie au quotidien. Cependant, toute expérience de travail en partenariat comporte inévitablement des avantages et des risques.

- **Quelques avantages**

Le partenariat peut constituer un enrichissement, favoriser une ouverture et une connaissance plus approfondie et plus juste des besoins à la fois des personnes utilisatrices de services et du milieu. Il favorise la coordination des actions, réduisant ainsi le dédoublement et le chevauchement des services offerts. Il facilite également la mise à jour et le développement des connaissances, la révision des façons de faire et l'ajustement des pratiques et permet aux personnes utilisatrices de services de profiter d'un large bassin d'experts et d'expertes, et de ressources.

De plus en plus les établissements et les organismes qui offrent des services peuvent difficilement agir en solitaire pour répondre à des besoins de plus en plus complexes et changeants. Le partenariat permet d'apporter des solutions cohérentes, adaptées, efficaces et à des coûts raisonnables. Le partenariat est un moyen de sortir de systèmes hermétiques et de briser l'isolement des organismes et des établissements. Le partenariat contribue à l'émergence d'une responsabilité collective et s'avère une condition favorable à une plus grande qualité des services.

- **Quelques risques**

En partenariat, il faut pouvoir composer avec les pouvoirs locaux, régionaux ou institutionnels. À cet égard, l'un des principaux enjeux du partenariat est le développement de relations égalitaires entre les parties en vue d'un but commun dans le respect des moyens propres à chaque partenaire. Il faut donc que les objectifs soient clairs et qu'ils suscitent une entente entre tous les acteurs, dans le respect de leurs différences et de leur mission respective.

Finalement, l'enjeu du partenariat, c'est la démocratie au quotidien qui permet à tous et à chacun de prendre sa place dans la société et de maîtriser son environnement (Panet-Raymond, 1998)

Principaux moments d'un partenariat vivant et durable :

1. Le recrutement des partenaires ;
2. La formulation des problèmes communs ;
3. La détermination des besoins communs ;
4. La précision des buts et des objectifs ;
5. L'expression et la définition des valeurs communes ;
6. L'établissement des mécanismes de circulation de l'information ;
7. L'établissement des mécanismes de participation de chaque partenaire ;
8. L'application du processus de résolution de problèmes ;
9. La détermination de la durée du partenariat.

