

Pour une pratique
en santé mentale
basée sur l'exercice des droits
et l'appropriation du pouvoir

De l'**advocacy** au
rétablissement,

la *dérive*
des *mots*



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



AGIDD-SMQ

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE
DU QUÉBEC**

4837, rue Boyer, bureau 210
Montréal (Québec) H2J 3E6

Téléphone : 514 523-3443
Télécopieur : 514 523-0797
Courriel : info@agidd.org
Site Web : www.agidd.org
Facebook : www.facebook.com/agidd.smq

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

*Pour une pratique en santé mentale
basée sur l'exercice des droits
et l'appropriation du pouvoir :
De l'advocacy au rétablissement,
la dérive des mots*

Dépôt légal : Bibliothèque et
Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-9800309-6-3

Mai 2015

Conception graphique : Corcoran design

Pour une pratique
en **SANTÉ MENTALE**
basée sur l'exercice des
droits et l'appropriation
du pouvoir

De l'**advocacy** au **rétablissement**,
la *dérive des mots*



Table des matières

Le savoir de la psychiatrie est uniquement basé sur son pouvoir légal.....	3
La dérive des mots ou comment dorer la pilule.....	5
ADVOCACY.....	6
EMPOWERMENT.....	8
APPROPRIATION DU POUVOIR.....	10
RECOVERY.....	14
RÉTABLISSEMENT.....	17
La récupération et le dérapage des concepts dans le système psychiatrique.....	22
Pourquoi privilégier l'appropriation du pouvoir et la réalisation des droits humains ?	25
Des pratiques respectueuses des droits humains.....	27
À nous de jouer !	29
Bibliographie.....	30

Le savoir de la psychiatrie est uniquement basé sur son pouvoir légal

- *Pourquoi la folie fait-elle peur ?*
- *Pourquoi les pratiques mettent-elles tant de temps à changer ?*
- *Pourquoi le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) est-il devenu une « bible » dans le monde entier ?*
- *Pourquoi le mythe associant violence et santé mentale persiste-t-il ?*
- *Pourquoi le marketing pharmaceutique fonctionne-t-il si bien en santé mentale ?*
- *Pourquoi la désinformation est-elle si importante en santé mentale ?*
- *Pourquoi de nombreuses personnes vivant un problème de santé mentale sont-elles victimes d'abus de droit et de mauvais traitements ?*
- *Pourquoi ne les croit-on pas ?*
- *Pourquoi la psychiatrie est-elle la seule branche de la médecine à utiliser la coercition, des mesures de contrôle et des lois contraires à la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et à la Charte canadienne des droits, pour pouvoir exister ?*

C'est à partir de ces questionnements, souvent réitérés par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, que l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) lance un appel à tous ceux et celles qui veulent que l'exercice des droits et l'appropriation du pouvoir soient les assises de la pratique en santé mentale.

De l'Antiquité à nos jours, les mots, les modes, les philosophies et les concepts changent. Certains tombent dans l'oubli, d'autres deviennent des dogmes. La récupération pervertie des concepts et mouvements initiés par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et le mouvement alternatif en santé mentale se traduit par un renforcement de l'approche biomédicale et des outils de contrôle.

La « science » a peu à peu remplacé la religion : nous sommes passés du châtiment de Dieu à l'aliénation, de la psychanalyse à la maladie mentale, de la psychiatrie à la psychiatrie communautaire, puis à la psychiatrie citoyenne. L'AGIDD-SMQ parle de la santé mentale.

Les terminologies étiquetant la personne ont emboîté le pas : fou du village, fou, aliéné, malade mental, malade psychiatrique, personne ayant des troubles mentaux, patient, usager, client, personne utilisatrice de services, patient-partenaire. L'AGIDD-SMQ parle de personne vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Les traitements et la technologie ont aussi cheminé : des élixirs, exorcismes et saignées aux psychotropes, aux électrochocs et à l'imagerie médicale.

Tant de mots, mais un fait demeure : on ne sait toujours pas d'où proviennent les problèmes de santé mentale. De nombreuses hypothèses sont considérées comme des réalités, mais l'état actuel de la recherche n'en officialise aucune. Ainsi, les hypothèses basées sur l'hérédité, la génétique, le déséquilibre chimique du cerveau et l'environnement ne sont pas prouvées.

Pourtant, l'approche biomédicale a remplacé l'approche globale de la personne, faisant fi du contexte politique, économique, social et culturel et de la primauté du droit. Le concept de maladie perdue avec son corolaire, tant à la mode ces jours-ci, le rétablissement. L'empowerment, l'appropriation du pouvoir, l'exercice des droits de la personne et l'action collective sont actuellement éclipsés par le dogme du rétablissement.

Le concept de rétablissement, synonyme au départ d'un **mouvement** de libération et de participation citoyenne créé par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, est soudain devenu **le modèle de pratique** psychiatrique et des acteurs politiques, mais des modifications majeures ont été apportées au concept original : l'approche individuelle est consacrée, la reconnaissance de sa « *maladie mentale* » est devenue une condition sine qua non, les psychotropes sont privilégiés, l'exercice des droits est occulté. Le rétablissement n'est plus une démarche qui appartient à la personne, mais plutôt un plan de traitement avec des étapes à réussir pour pouvoir se rétablir.

Toutefois, malgré l'approche essentiellement biomédicale mise en place, les problèmes de santé mentale, sociaux et existentiels ne cessent d'augmenter. La coercition, si tant est qu'elle n'ait jamais disparu, est bien plus présente : lois d'exception, désinformation, mesures de contrôle, obligation de traitement, etc. En 1990, les autorisations judiciaires de soins et d'hébergement étaient pratiquement inexistantes. En 2013-2014, il y en a eu 1442¹. La santé, la justice et l'éducation appuient la psychiatrie dans ces pratiques sans vraiment se poser de questions.

La prévention et le dépistage précoce des enfants et adolescents ressemblent davantage à un profilage social. Trois nouvelles tendances ont été identifiées depuis dix ans : « *Les jeunes qui font l'objet d'une prescription sont de moins en moins âgés, les prescriptions sont de plus en plus motivées par la simple présence des symptômes, la polyprescription — ou la combinaison de différents psychotropes — est en pleine émergence, et ce, même chez les médecins généralistes (Mojtabai, 2010)².* »

Dans toutes les autres disciplines médicales, un même test permet de diagnostiquer une maladie, que l'on vive au Pôle nord ou en Australie. La psychiatrie, quant à elle, se base sur une série de comportements et d'attitudes sans tenir compte du contexte environnemental. Ainsi les mêmes attitudes et comportements ne sont pas interprétés de la même façon, que l'on vive en Afrique, en Asie, en Amérique du Sud, en Europe ou en Amérique du Nord.

Aucune autre spécialité médicale ne saurait survivre dans un cas pareil. Pourtant le pouvoir de la psychiatrie s'abreuve, à la fois, de l'ignorance et de la peur de la société concernant les comportements sociaux déviants de la norme ainsi que du lobbying pharmaceutique.

NOUS SOUHAITONS décrire la dérive des concepts en santé mentale
et provoquer une réflexion sur cet état de situation.

NOUS PROPOSONS que la réalisation des droits humains et l'appropriation du pouvoir
deviennent les balises incontournables de la pratique en santé mentale.

Nous décrivons des moyens simples pour réaliser ce changement.

NOUS INVITONS les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale,
le mouvement alternatif en santé mentale, le mouvement d'action communautaire autonome
et tous les acteurs et décideurs qui œuvrent en santé mentale à travailler ensemble
sur des approches alternatives respectueuses des droits et libertés de la personne.

1. DUPIN, François Me, Curateur public, *courrier électronique*, 2 septembre 2014.

2. LAFORTUNE Denis, Ph. D., Université de Montréal, *L'usage des médicaments psychotropes chez les enfants et adolescents*, Cahier Recherche et pratique, Volume 2, numéro 1, page 17, mars 2012.

La dérive des mots ou comment dorer la pilule

La science de gouverner est toute dans l'art de dorer les pilules. Adolphe Tiers, homme d'État.

Plusieurs concepts utilisés en santé mentale proviennent des États-Unis ou du Royaume-Uni. La langue anglaise a le précieux avantage de décrire en un mot, ou en quelques-uns, des concepts particulièrement complexes.

Ces concepts ont été utilisés au XX^e siècle et le sont encore. Il est intéressant de voir comment leur définition suit le cheminement politique, civique, économique, social et culturel de l'État, en lien avec le respect de l'exercice des droits et libertés de la personne. Les différents systèmes politiques tels que l'État providence, le libéralisme économique, le néolibéralisme et la mondialisation³ teignent également ces concepts et leur avancement dans la société.

Respect de l'exercice des droits et libertés de la personne



3. PERSPECTIVE MONDE – Université de Sherbrooke : L'État-providence : ensemble des interventions étatiques visant à assurer un certain niveau de sécurité et de bien-être social à l'ensemble de la population. Ces interventions visent principalement la démarchandisation de certains services jugés essentiels, la redistribution – horizontale et/ou verticale – de la richesse entre les différentes composantes de la société, et l'établissement d'une certaine solidarité.

Le libéralisme économique (capitalisme) considère que la recherche du profit et de l'intérêt personnel constitue le moteur du progrès. Il doit s'accompagner de libertés fondamentales : liberté de vendre et d'acheter des biens, liberté d'entreprendre et liberté de propriété.

Le néolibéralisme : doctrine politique de droite. Initialement formulée pendant les années 1940 et 1960, cette doctrine a pris de l'essor au milieu des années 1970 avec l'appui des formations politiques conservatrices. La libre compétition des agents économiques animés par la recherche du profit constitue le seul vrai moteur du développement économique national et international. Loin d'intervenir comme agent économique, l'État doit favoriser la libre concurrence et opter pour une politique de laisser-faire.

Mondialisation : processus de construction d'un système international qui tend vers l'unification de ses règles, de ses valeurs et de ses objectifs, tout en prétendant intégrer en son sein l'ensemble des composantes. Phénomène actif depuis des siècles, la mondialisation a pris un essor considérable au cours des dernières décennies avec la libéralisation des échanges et la multiplication d'accords commerciaux permettant aux personnes comme aux entreprises de se déplacer d'un pays à l'autre [la délocalisation].
perspective.usherbrooke.ca

Les pages suivantes présentent chacun de ces concepts

dans leur environnement politique, social et légal.

ADVOCACY

Du latin « vocare » : appeler, faire entendre sa voix.

Le mouvement d'advocacy en santé mentale s'est développé ces trente dernières années en tant que moyen de lutte contre la stigmatisation et les préjugés envers les personnes vivant un problème de santé mentale et pour améliorer les services (traduction libre).⁴

L'advocacy est un mouvement et une démarche qui :

- a lutté contre les violations de droits, contre la détention involontaire dans les institutions psychiatriques ;
- a favorisé l'inclusion dans la société ;
- a lutté contre les discriminations ;
- a facilité la création de groupes de défense des droits ;
- s'est mobilisé pour obtenir des politiques et des lois respectueuses des droits et libertés des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des femmes et des minorités ;
- a proposé aux personnes de participer et de s'impliquer dans les décisions qui les concernent et qui concernent la société.

Ce mouvement est issu des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des personnes ayant des limitations fonctionnelles, des femmes, des minorités. C'est une approche basée sur les droits humains qui donne une voix et une participation aux personnes ostracisées, discriminées et stigmatisées. Les premiers groupes en santé mentale, aux États-Unis, revendiquaient un mouvement de libération des personnes et non pas une réforme du système de santé mentale. Ils s'appelaient *The Insane Liberation Front* à Portland (1970), *The Mental Patients Liberation Project* à New York (1971), *The Mental Patients Liberation Front* à Boston (1971), le *Network Against Psychiatric Assault* à San Francisco (1972).⁵

4. FUNK, Michelle, and al., *Advocacy for mental health: roles for consumer and family organizations and governments*, Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Health Promotion International, Vol. 21 N° 1, page 71, 2005.

5. BLUEBIRD, Gayle, *History of the Consumer/Survivor Movement*, page 2, 2010.

Contexte politique et social mondial

Période de l'État providence
Années 1960 à 1972

- Premiers neuroleptiques, années 1950.
- Guerre froide, de 1945 à 1989.
- Mouvements de contestation, de 1960 à 1970.
- Mouvement des droits civiques, de 1954 à 1970.
- Antipsychiatrie (Survivor).
- Guerre au Vietnam, de 1955 à 1975.
- Musique Rock 'n' roll.
- Musique Pop.
- Mouvement hippie.
- Premières manifestations antinucléaires.
- Contre-culture, mouvement culturel contestataire, de 1960 à 1980.
- Désinstitutionalisation, années 1950.
- La recherche est indépendante.
- Premier vol dans l'espace (Youri Gagarine), 1961.
- Marche sur la lune, juillet 1969.
- Avancée des technologies.
- Croissance économique.

Contexte politique et social au Québec

- Gouvernement libéral de 1960 à 1968 et de 1970 à 1976.
- *Les fous crient au secours* de Jean-Charles Pagé, 1961.
- Commission Bédard, 1961 à 1962.
- Désinstitutionalisation, années 1961 à 1996.
- Apparition du syndrome de la porte tournante et accroissement du fardeau des familles.
- L'âge de la majorité passe de 21 ans à 18 ans, 1963.
- Le gouvernement du Québec crée le ministère de l'Éducation ainsi que le Conseil supérieur de l'Éducation, reprenant les responsabilités jusque-là confiées aux églises catholique et protestante, 1964.
- Le *Code civil du Québec* met fin à l'incapacité juridique de la femme mariée, 1964.
- Révolution tranquille, années 1960 à 1968.
- Création des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), 1971.

Environnement légal

Organisation des
Nations Unies (ONU)

- *Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*, 20 novembre 1963.
- *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, 16 décembre 1966.
- *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 16 décembre 1966.
- *Déclaration des droits du déficient mental*, 20 décembre 1971.

États-Unis

- *Loi sur les droits civiques*, 2 juillet 1964.

Québec

- *Loi sur l'assurance hospitalisation*, 1960.
- *Loi sur l'assurance maladie*, 1970.
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1971.
- *Loi sur l'aide sociale*, 1969.
- *Loi de protection du malade mental*, 1972.

EMPOWERMENT

L'empowerment transmet, à la fois, un sentiment psychologique de contrôle ou d'influence sur sa vie et une préoccupation d'agir sur la société actuelle, le pouvoir politique et les droits. C'est un concept multidimensionnel qui s'applique tant au citoyen, qu'aux organisations et aux proches (traduction libre).⁶

L'empowerment est un modèle de changement librement choisi par la personne, basé sur le respect, le renforcement mutuel et la conscientisation. C'est un processus de participation active par lequel les personnes, les organismes ou les communautés acquièrent le sentiment d'exercer ou exercent un plus grand contrôle sur les événements qui les concernent.

Plusieurs définitions existent.

Plusieurs traductions françaises aussi, notamment : *empouvoirement, autonomisation, habilitation, capacitation, pouvoir d'influence, réappropriation du pouvoir, pouvoir d'agir, appropriation du pouvoir.*

Certaines de ces traductions sont des anglicismes, d'autres diminuent le concept, certaines peuvent même avoir différents sens. C'est pourquoi plusieurs ont choisi de garder le terme « empowerment ». Le mouvement alternatif du Québec a choisi « appropriation du pouvoir », en utilisant les valeurs qui sont à l'origine du concept.

Ce paradigme a été initié par le mouvement des femmes, des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des personnes ayant des limitations fonctionnelles et des minorités.

Cette approche a plusieurs niveaux d'application : la personne, les groupes, le politique, le social, le psychologique, l'individuel, le collectif, la société, les droits.

Petit à petit, c'est devenu une approche et une pratique utilisées par l'État afin de pallier son désengagement.⁷

6. RAPPAPORT, Julian, *Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology*, *American Journal of Community Psychology*, Vol. 15, N° 2, page 121, 1987.

7. LE BOSSÉ, Yann, *De « l'habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment*, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, page 31, 2003.

Contexte politique et social mondial

Initié sous l'État-providence, durant les années 1950-1960, l'empowerment est devenu très populaire dans les premières années du libéralisme économique et du néolibéralisme.

Années 1973 à 1990

- Choc pétrolier. Première crise du pétrole en 1973.
- Abandon progressif du modèle de l'État-providence.
- Crise économique.
- Modèle néolibéral et libéralisme économique.
- Désinvestissement de l'État et coupures.
- Changement majeur dans les services publics.
- Renouveau des pratiques basé sur la responsabilité individuelle, le partenariat, l'utilisation des aidants naturels et du communautaire.
- *Vol au-dessus d'un nid de coucou* de Miloš Forman, Oscar du meilleur film, 1975.
- Meurtre de John Lennon, 8 décembre 1980.
- Mouvement disco, années 1973 à 1980.
- Mouvement punk nihiliste : *No future*, années 1970 à 1980.
- Mouvement reggae : « Refus de Babylone⁸ », années 1972 à 1980.
- Mouvement grunge, années 1987 à 1994.
- Mouvement rap, depuis 1985.
- Mouvement métal depuis les années 1980.
- Apparition du virus du SIDA.
- L'*European Management Forum* en 1971 a été rebaptisé World Economic Forum en 1987 (Sommet économique mondial) et tient ses réunions annuellement à Davos.
- Première Intifada, 1987.
- Margaret Thatcher, Première ministre du Royaume-Uni de mai 1979 à novembre 1990.
- Ronald Reagan, président des États-Unis de 1980 à 1989.
- Réforme fiscale.
- Déréglementation.
- Début de l'altermondialisme.
- La recherche s'associe aux multinationales.

Contexte politique et social au Québec

- Élection du Parti québécois, 1976.
- Le gouvernement fédéral adopte la *Loi sur le financement des programmes établis* (FPE) qui vient régir le paiement des transferts fiscaux aux provinces pour l'enseignement postsecondaire et la santé, 1977.
- Premier référendum, 1980.
- Création de *Solidarité Psychiatrie*, premier groupe d'entraide en santé mentale, 1979.
- Création d'*Auto-Psy*, premier groupe de défense des droits en santé mentale, 1980.
- Implantation des Municipalités régionales de comtés (MRC), années 1981, 1982.
- Commission Rochon, années 1985 à 1987.
- Découpage du territoire en 16 régions administratives en 1987.
- Plan d'action en matière de développement régional : *Le Québec à l'heure de l'entreprise régionale*, 1988.
- Accord de libre-échange canado-américain, 1988.
- Massacre à l'École Polytechnique, 6 décembre 1989.

Environnement légal

Organisation des Nations Unies (ONU)

- *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, 18 décembre 1979.
- *Déclaration des droits des personnes handicapées*, 9 décembre 1975.
- *Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, 9 décembre 1975.
- *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, 10 décembre 1984.
- *Convention relative aux droits de l'enfant*, 20 novembre 1989.

Québec

- *Charte des droits et libertés de la personne*, adoptée le 27 juin 1975 entrée en vigueur le 28 juin 1976.
- *Loi instituant la Régie du logement et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives*, 1979.
- *Code civil du Québec*, 19 décembre 1980.
- *Loi instituant un nouveau Code civil et portant réforme du droit de la famille*, L.Q. 1980, c. 39 (Loi 89). Cette loi institue l'égalité de l'homme et de la femme dans leurs rapports juridiques, 2 avril 1981.
- La *Politique de santé mentale* a pour pierre d'assise la primauté de la personne incluant la promotion, le respect et la protection des droits, 1989.

8. Refus de l'esclavagisme, de l'injustice et de l'absence de répartition des richesses.

APPROPRIATION DU POUVOIR

On ne demande rien d'autre que ce qui nous appartient.
On ne demande rien d'autre que le pouvoir sur nos propres vies.
Et chaque être humain le mérite par sa dignité et par ses droits
en tant qu'être humain. Nous sommes des êtres humains.
Nous sommes des citoyens et citoyennes. Nous avons tous
le droit de contrôler nos vies et de décider pour nous-mêmes.
Tout diagnostic ou étiquette qui nous enlève nos droits est
contre un principe de base et nous devons y résister.⁹

L'appropriation du pouvoir est un processus qui englobe les aspects individuels et collectifs. Elle mène vers la reconnaissance d'un statut de citoyen, citoyenne à part entière.

Par sa connaissance des droits, par de l'aide et de l'accompagnement et par l'accès à de l'information, la personne peut :

- Faire des choix parmi plusieurs possibilités, de façon libre.
- Acquérir des habilités.
- Renforcer son estime de soi.
- Développer une vision critique.
- Provoquer des changements dans sa propre vie et dans son environnement.

Comme l'empowerment, dont elle est une traduction, l'appropriation du pouvoir a de multiples définitions et de multiples sens selon qui l'utilise. Ce concept dépasse les services en santé mentale, touche tous les secteurs de la vie et s'adresse aussi aux collectivités.

Cette approche est initiée par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Après avoir utilisé le terme « empowerment », l'appropriation du pouvoir est entrée dans le vocabulaire du mouvement alternatif en santé mentale au Québec dans les années 1990¹⁰. Le terme réappropriation du pouvoir était aussi souvent utilisé.

9. CHAMBERLIN, Judi, AGIDD-SMQ, Actes du Colloque nord-américain sur l'Appropriation du pouvoir, *J'ai un pouvoir fou : De la noirceur à la lumière*, page 164, 2001.

10. FARKAS, Marianne et VALLÉE, Catherine, *De la réappropriation au pouvoir d'agir : la dimension discrète d'une réelle réadaptation*, Santé mentale au Québec, vol. 21, n° 2, p. 21-32, 1996.

Trois conditions entourent son application¹¹ :

- **Le support pratique, moral et le mentorat** : la personne a des aides concrètes pour régler certains problèmes d'ordre matériel (ex. : logement, sécurité du revenu), mais également psychosocial (ex. : résolution de conflits). Le support moral aide la personne à faire confiance à ses rêves, ses intuitions, ses croyances, ses capacités, ses forces, ses possibilités. Elle peut également être aidée par un mentor (un modèle, un guide).
- **L'accès à des ressources valorisantes** : c'est capital pour la personne (ex. : le travail, le bénévolat, le militantisme). La personne ne se sent pas traitée comme un numéro, le fonctionnement de la ressource est souple et favorise les capacités et l'autonomie des personnes.
- **La participation** : elle permet d'augmenter l'estime de soi et valide la démarche amorcée par la personne. Elle favorise également le passage de l'action individuelle à l'action collective.

Le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*¹², en 1998, en fait son principe général :

Le principe général de l'appropriation du pouvoir comme démarche individuelle et collective sous-tend l'ensemble des objectifs et des mesures du plan d'action. L'application de ce principe amène les intervenants et les intervenantes à respecter la personne, à l'informer, à lui offrir des recours adaptés à sa situation et, enfin, à miser sur son potentiel. Pour respecter son libre arbitre, il peut s'avérer nécessaire de lui offrir des choix thérapeutiques répondant à ses besoins.

L'appropriation du pouvoir comme démarche collective se traduit par la participation de la personne à la vie associative, tel qu'elle s'est développée dans les organismes communautaires en santé mentale. L'utilisateur ou l'utilisatrice sont consultés sur les modalités d'organisation des services de santé mentale, que ce soit en établissement ou en milieu communautaire. La défense des droits des usagers et des usagères constitue d'ailleurs un des fondements de cette démarche collective d'appropriation du pouvoir.

Sept ans plus tard, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* a fait disparaître cette approche et met en place le concept de rétablissement et de pouvoir d'agir comme principes directeurs. L'approche collective est de plus en plus diminuée par ces deux principes. Nous espérons que l'appropriation du pouvoir, la primauté de la personne et le respect des droits et recours seront au cœur du prochain plan d'action en santé mentale.

11. AGIDD-SMQ, *L'Autre côté de la pilule* (2^e édition), page 25, novembre 2011.

12. QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, page 17, 1998.

Contexte politique et social mondial

L'appropriation du pouvoir s'épanouit dans les années du libéralisme économique, du néolibéralisme et de la mondialisation.

Années 1990 à 2004

- Chute du Mur de Berlin, 1989.
- Chute de l'Union des républiques socialistes soviétiques, décembre 1991.
- Fin de la Guerre froide, 1991.
- Multiplication de conflits (Irak, Tchétchénie, Yougoslavie, Algérie, etc.).
- Montée du chômage.
- Développement des nouvelles technologies (ordinateur, téléphone portable, Internet, etc.) et de la biotechnologie (premier clonage, organisme génétiquement modifié).
- Mouvement hip-hop.
- Mouvement de musique House.
- Protocole de Kyoto, 1997.
- Génocide des Tutsis au Rwanda, 1994.
- Marche des femmes contre la pauvreté (*Du pain et des roses*), 1995.
- Forum économique mondial de Davos, 2000.
- Mobilisations internationales anti G8 : (Seattle 1999, Gênes 2001, Davos 2001, Québec 2001, Berne 2003.)
- Nombreux attentats terroristes (Égypte, Royaume-Uni, France, Espagne, Italie, Inde, Algérie, Japon, Irak, Russie, Kenya, Tanzanie, Liban, Pakistan, Afghanistan, Israël, Finlande, Philippines).
- 1^{er} Forum social à Porto Alegre, 2001.
- Attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis. Début de la guerre contre le terrorisme.
- Séquençage du génome humain, 14 avril 2003.
- Partenariat public/privé/communautaire.
- Scandale des commandites au Canada, 2004.
- L'approche des données probantes est privilégiée à partir des années 1990.
- La recherche médicale est de moins en moins indépendante.

Contexte politique et social au Québec

- Le Parti libéral est au pouvoir de 1989 à 1994 et de 2003 à 2013.
- Le Parti québécois est au pouvoir de 1994 à 2003.
- Régies régionales de la santé et des services sociaux en remplacement des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, 1991.
- Second référendum sur la souveraineté du Québec, 1995.
- Énoncé de politique : *Décentralisation : un choix de société*, 1995.
- Sommet sur l'économie et l'emploi, 1996 : multiplication d'initiatives locales de développement économique communautaire et d'économie sociale.
- Stratégies régionales, locales et municipales de développement.
- Utilisation du mouvement communautaire pour des impératifs économiques et de création d'emplois.
- Transformation du réseau de la santé et des services sociaux (développement de réseaux locaux de services intégrés, diminution de la place des usagers dans les instances décisionnelles).
- Colloque international de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec sur l'isolement et la contention, *Pour s'en sortir et s'en défaire*, 1999.
- Sommet des Amériques à Québec, avril 2001.
- Mise en place des Agences régionales de la santé et des services sociaux, 2003.
- Création des Conférences régionales des élus, 2003.
- Publication de *Paroles et parcours d'un pouvoir fou : Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale*, Denise M. Blais en collaboration avec Linda Bourgeois, Jean-Claude Judon, Andrée Larose et Micheline Lecompte, 2004.

Environnement légal

Organisation des Nations Unies (ONU)

- *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins en santé mentale*, 17 décembre 1991.
- *Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme*, 11 novembre 1997.
- *Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus*, 8 mars 1999.
- *Déclaration du Millénaire*, 8 septembre 2000.

Québec

- Le nouveau *Code civil du Québec* entre en vigueur, 1994.
- *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (chapitre 38), 1998.
- *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, 1998. Son principe général est l'appropriation du pouvoir.
- *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 1998.
- *Loi modifiant la gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux* (projet de loi 28), juin 2001.
- *Politique gouvernementale L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté*, septembre 2001.
- *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (projet de loi 25), décembre 2003.
- *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003*, Tome II, Québec, gouvernement du Québec, Vérificateur général du Québec, 2003. Ce rapport indique plusieurs lacunes dans le programme de santé mentale.
- *Loi sur le ministère du Développement économique et régional et de la Recherche*, décembre 2003.

RECOVERY

Le recovery est un parcours de guérison et de transformation permettant à la personne vivant un problème de santé mentale de vivre une vie significative dans un environnement de son choix, tout en œuvrant à la réalisation de son plein potentiel (traduction libre).¹³

Le recovery est une méthode profondément personnelle et unique de changement de ses propres attitudes, valeurs, sentiments, buts, compétences et rôles. C'est une façon de vivre pleine de satisfaction, d'espoir et de partage, même avec les limites causées par le problème de santé mentale. Le rétablissement entraîne le développement d'une nouvelle façon de penser sa vie et son but, au-delà des effets catastrophiques du problème de santé mentale.¹⁴

Comme les autres concepts, le recovery a aussi plusieurs définitions et est perçu de différentes façons, selon qu'il est vécu par les personnes ou utilisé par les intervenants, intervenantes du milieu de la santé.

Dans le domaine de la santé mentale, le concept de rétablissement a été initié par le mouvement des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, le mouvement Consumer-Survivor. Ces personnes ont écrit de nombreux témoignages sur leur recovery. Dans la foulée du mouvement d'empowerment, elles en ont fait la promotion en soulignant que le recovery, c'est « rendre chacun capable de vivre pleinement et indépendamment ».¹⁵

Le recovery s'éloigne entièrement du modèle biomédical et propose des alternatives dans la cité. Le concept est apparu dans les années 1980, a connu ses heures de gloire dans les années 1990 et est toujours d'actualité.

Il a été influencé par le mouvement des droits civiques, par les histoires de vie de très nombreuses personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, mais également par des programmes de toxicomanie (ex. : Alcooliques Anonymes). Toutefois, contrairement aux programmes de toxicomanie où l'on privilégie l'acceptation de sa maladie (ex. : « bonjour je m'appelle X et je suis alcoolique »), le recovery invite la personne à ne pas s'identifier et à ne pas laisser les autres l'identifier à un diagnostic.¹⁶

13. NATIONAL EMPOWERMENT CENTER AND THE RECOVERY CONSORTIUM, *Voices of Transformation: Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organizations*, 2nd edition. Lawrence, MA : Author, page 10, 2007.

14. ANTHONY, William A., *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. Reprinted from *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23, 1993.

15. DUPLANTIER, Maxime, *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante*, page 8, 2011.

16. *Voices of Transformation...*, op.cit., page 10.

Selon les études, il existe deux visions du recovery qui se polarisent de plus en plus.

D'après N. Jacobson, qui a tenté de rassembler et de rapporter les points de vue d'usagers, de même que pour A. Lehman, il existe bien deux visions du rétablissement, l'une individuelle, l'autre sociale, qui se sont polarisées de plus en plus au fil du temps. La vision individuelle, qui se concentre essentiellement sur le processus de réduction des symptômes et d'amélioration du fonctionnement global, serait essentiellement celle des psychiatres et des tenants de la réhabilitation. Les patients seraient, eux, plus nombreux à soutenir la vision sociale, bien plus radicale dans sa demande de changements d'un système de santé mentale vécu comme oppressif et dont ils souhaiteraient être libéré¹⁷.

Ainsi, le recovery peut être une approche, un modèle, une philosophie, un paradigme, un mouvement et une vision¹⁸

Pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, les composantes du recovery sont¹⁹ :

- L'autodétermination
- L'empowerment
- L'entraide entre pairs
- Le respect
- La responsabilité
- L'espoir

Le recovery doit également être individualisé, centré sur la personne, holistique, non linéaire, axé sur les forces.

Toutefois, à partir des années 2000, le concept de recovery dérape complètement. Les médecins et chercheurs le dénaturent en modifiant son sens et en y accolant des critères à respecter.

On peut déjà remarquer une grande différence par rapport au point de vue des usagers : alors qu'il était décrit plus haut comme un processus de transformation et de réajustement continu, le recovery est ici considéré comme un état, un niveau de fonctionnement qui est atteint et qui est voué à être maintenu pour une certaine période²⁰.

Le recovery est décrit, dans une optique de rémission, comme « la capacité de vivre au sein de la communauté, socialement et professionnellement, tout en étant libre de toute psychopathologie²¹ ».

17. *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie...*, op. cit., page 14.

18. ROBERTS, Glenn & WOLFSON, Paul, *The rediscovery of recovery: open To all. Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 10. page 38, 2004.

19. *Voices of Transformation...*, op.cit., page 7.

20. *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie...*, op. cit., page 21.

21. ANDREASEN, N.C., and al., *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus*. Am J Psychiatry 162 (3): p. 441-9, dans Duplantier (2011), page 21, 2005.

Les nouveaux critères²² sont :

- **Rémission des symptômes** : Score de « 4 » ou moins (modéré) sur chacun des items correspondant aux symptômes positifs et négatifs sur le *Brief Psychiatric Rating Scale* pendant 2 années consécutives.
- **Fonctionnement vocationnel (occupationnel)** : Au moins un emploi à temps partiel dans un secteur compétitif ou bien une présence à l'école au moins à temps partiel pour deux années consécutives. Si retraité, participation active dans des activités récréatives, familiales ou bénévoles.
- **Vie autonome** : Vie autonome sans supervision quotidienne pour la gestion financière, les courses, la préparation de repas, le lavage, l'hygiène personnelle ou bien pour des activités récréatives ou ludiques structurées. Être capable d'initier ses propres activités et de planifier son temps sans se faire rappeler par des tiers (famille, professionnels de la santé). Ces critères doivent être respectés, que la personne vive ou non au sein de sa cellule familiale, et doivent correspondre à ce qu'une personne de son âge est capable de faire.
- **Relation avec les pairs** : La personne est capable d'entretenir une relation cordiale avec sa famille ou des proches. Relation avec les pairs. Avoir, au moins une fois par semaine, une rencontre, une participation sociale, un repas, une activité récréative, une conversation téléphonique ou toute autre interaction avec un pair à l'extérieur de sa famille.

De nos jours ces deux tendances sont utilisées sous la même dénomination de recovery alors que de nombreuses valeurs et plusieurs principes les différencient.

Ainsi, pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, le recovery est un processus basé sur l'empowerment, qui respecte le rythme de la personne, fait d'elle une citoyenne à part entière qui décide de ses choix et qui décide de contribuer à la société, malgré ses problèmes de santé mentale. Le concept s'inscrit dans une approche alternative aux services offerts par le système psychiatrique et dans un mouvement social.

Pour le système psychiatrique, c'est devenu une pratique très populaire donnant aux intervenants, intervenantes un plan de traitement à suivre pour amener la personne à accepter sa maladie, à respecter son traitement, à s'impliquer dans la société en se pliant à des normes.

On peut voir que le concept détourné est prisé dans de nombreux états :

Aux États-Unis, plusieurs États ont réorganisé leurs services de santé mentale afin qu'ils favorisent le rétablissement des personnes utilisatrices (Provencher, 2008). Le modèle est aussi au cœur des réformes des systèmes de santé mentale en Nouvelle-Zélande, en Grande-Bretagne et en Australie, notamment (Piat et autres, 2008a)²³.

C'est aussi le cas du Canada et du Québec.

22. Traduction BENOIT, Alexandre, *Effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes présentant un trouble mental grave*, page 30, mémoire présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières, 2010.

23. QUÉBEC, Commissaire à la santé et au bien-être, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, pages 88, 2012.

RÉTABLISSEMENT

La ratification en 2010 par le Canada de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations unies (ONU) constitue également un pas de plus visant « l'élimination des obstacles qui entravent la pleine participation dans la société des personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale » (CSMC, 2011). Enfin, le rétablissement est l'un des principes directeurs du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du Québec (MSSS, 2005a).²⁴

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec définit le rétablissement ainsi : « *Le processus qui permet à l'individu malade de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état s'appelle le rétablissement* (Kirk, 2002)²⁵ ».

Étrangement, le recovery, traduit par le rétablissement, a très vite trouvé preneur auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de tous les intervenants, intervenantes en santé mentale. Le rétablissement est devenu **LE** modèle d'intervention et règne sur l'intervention psychiatrique des années 2005 à nos jours.

Il a aussi été traduit par réhabilitation, réadaptation, résilience²⁶ et aussi, dernièrement, par « *l'aller mieux*²⁷ ».

Ce qui est paradoxal, c'est que le rétablissement est un cheminement individuel. Le processus est non seulement différent selon chaque personne, mais il doit appartenir à celle-ci. Comment offrir alors des services en rétablissement ? Les intervenants, intervenantes pourraient offrir de l'aide, du soutien et de l'accompagnement à la personne, en respectant les choix qu'elle fait dans son processus de rétablissement.

24. *Ibid.*, page 88-89.

25. QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Rétablissement*, [En ligne]. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?retablissement (Page consultée le 4 mai 2015).

26. FINES, Louis, *La notion de « recovery » à l'aune de l'empowerment : l'occasion de revoir un concept en santé mentale*, Journal international de Victimologie, Tome 10, numéro 1, juin 2012.

27. ASSOCIATION NATIONALE DES SOCIOLOGUES DE LANGUE FRANÇAISE (AISLF), le Clersé, CeRIES avec la participation du Centre collaborateur-OMS santé mentale, *Colloque Guérir, se rétablir, aller mieux... en santé mentale et ailleurs*, janvier 2015, Lille.

Le rétablissement devient le 2^e principe du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. L'appropriation du pouvoir est transformée en pouvoir d'agir, les droits sont relégués à la fin de l'annexe 1. La vision collective a disparu.

Le Plan d'action 2005-2010 s'inscrit dans ces grandes lignes en continuité avec les réformes précédentes en santé mentale, mais on observe, par rapport au plan de 1998-2002, que le rétablissement supplante l'appropriation du pouvoir comme principe directeur et que la notion de soins partagés remplace celle de réseaux intégrés de services²⁸.

Tout en gardant les principes du recovery originel, c'est souvent dans la pratique que le concept de rétablissement dérape. On peut remarquer qu'en contexte d'intervention :

- La reconnaissance et l'acceptation du « trouble mental » sont des indicateurs.
- La collaboration « très souhaitée » en faveur du traitement médical l'est également.
- L'offre de service est priorisée à la personne qui est responsable de restaurer et de promouvoir sa santé.
- La démarche collective est souvent occultée.
- Le processus de rétablissement devient presque un contrat : la responsabilisation, la participation et l'engagement de la personne sont demandés et évalués.
- Il est inculqué à la personne que les proches doivent avoir un rôle décisif dans son processus de rétablissement.
- Pour atteindre ce résultat, plusieurs modèles²⁹ sont utilisés avec des principes, des valeurs et des critères différents :
 - Approche biopsychosociale : traitement médicamenteux, psychothérapie, environnement apaisant.
 - Respect de la personne et des autres acteurs participant à son rétablissement.
 - Exigence de participation active de la personne et des membres de la famille à l'organisation des services.
 - Exigence d'agir et de faire ce qu'il faut pour aller bien.
 - Exigence de savoir bien communiquer.
 - Savoir accepter le soutien d'autrui.
 - Améliorer sa qualité de vie.

Chacun de ces items semble anodin, mais lorsqu'en pratique, on les utilise pour une obligation de résultat de l'intervention, sans vraiment respecter le choix de la personne, cela devient extrêmement problématique.

Ainsi le rétablissement a de multiples définitions, perceptions et applications selon qu'on est une personne ou un système.

Le prochain concept qui semble en vogue est « *L'aller mieux* ». Probablement qu'il aura aussi de multiples définitions et interprétations.

28. *État de situation sur la santé mentale au Québec...*, op. cit., page 129.

29. *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie...*, op. cit., page 52.

PROVENCHER, Hélène, *Le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) : Introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation*, page 10, ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION SOCIALE, Le Partenaire, vol 16, n°1, printemps 2008.

Pour un système de santé axé sur le rétablissement..., op. cit., page 2.

GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, « Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA », *L'information psychiatrique* (Volume 89), p. 359-364, mai 2013.

Contexte politique et social mondial

Le rétablissement s'épanouit dans les années du néolibéralisme et de la mondialisation.

Années 2005 à 2015

- Nombreux désastres naturels : l'ouragan Katrina dévaste la Louisiane en 2005, tremblement de terre au Cachemire en 2005, en Haïti en 2010, au Japon en 2011, au Népal en 2015.
- Cinquième Forum social à Porto Alegre au Brésil, 2005.
- Entrée en vigueur du Protocole de Kyoto, 16 février 2005.
- Nombreux attentats terroristes : Royaume-Uni, Irak, Pakistan, Maroc, Moscou.
- Printemps arabe : Tunisie, Égypte, Jordanie, Yémen, Maroc, Lybie, etc. Départ de dictateurs et morts de certains d'entre eux.
- Montée des partis islamistes.
- Mouvement des indignés (Occupy Wall Street), 2011.
- Réélection de Vladimir Poutine en Russie, 2012.
- Réélection de Barak Obama aux États-Unis, 2012.
- Édition du DSM-5, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5)*, 18 mai 2013.
- Crise en Ukraine, de 2013 à 2015.
- La Cour suprême des États-Unis interdit la peine de mort pour les criminels mineurs au moment des faits, 1^{er} mars 2005.
- Pas de style musical nouveau, mais téléchargement numérique de la musique et utilisation d'internet pour produire sa propre musique.
- Fusillade au Collège Dawson, 13 septembre 2006.
- Crise financière mondiale importante depuis 2008.
- Politique d'austérité (Italie, Grèce, Espagne, Portugal), depuis 2010.
- Lutte au déficit.
- Attentat terroriste à Ottawa et à Paris (Charlie-Hebdo et supermarché casher, Porte de Vincennes), janvier 2015.
- Le parti de gauche radicale, Syriza, remporte les élections législatives grecques, 25 janvier 2015.
- Élections législatives en Israël, remportées par le parti Likoud du premier ministre sortant Benyamin Netanyahu, 17 mars 2015.
- Attentat terroriste de l'Université de Garissa, au Kenya, 152 morts, dont 142 étudiants, étudiantes, 2 avril 2015
- Le naufrage d'un chalutier au large de la Libye a entraîné la mort de 800 personnes voulant migrer, 19 avril 2015.
- Centième anniversaire du génocide arménien, 24 avril 2015.
- Manifestation du 1^{er} mai dans le monde à l'occasion de la fête des Travailleurs, 2015.

Contexte politique et social au Canada

- Le Parti conservateur est au pouvoir depuis 2006 au Canada.
- Abrogation du programme national de garderies remplacé par une allocation de 1200 \$ par an par enfant de moins de 6 ans, mai 2006.
- Abolition du *Programme de contestation judiciaire*, 2006.
- Changement à la *Loi sur le recensement* : abolition du formulaire long, limitant la recherche de données concernant les conditions de vie, 2010.
- Retrait progressif des subventions au logement, 2011.
- Réduction de 40 % du budget de Condition féminine Canada, 2012.
- Coupures concernant l'ensemble du milieu culturel, notamment le secteur de l'audiovisuel : Radio-Canada/CBC, l'ONF, Téléfilm Canada.
- Abolition du registre des armes à feu, 2013.
- Réforme de l'assurance-emploi, janvier 2013.
- Coupures à Poste Canada.
- Coupures de financement des groupes nationaux et provinciaux en alphabétisation, juin 2014.
- La vision de l'aide internationale est métamorphosée : coupure à l'*Agence canadienne de développement international* (ACDI), sabordage de Droits et Démocratie.
- Modification de la politique étrangère : la diplomatie laisse la place à l'armée.
- Augmentation du budget militaire : les dépenses militaires ont augmenté de 54,2 % entre 2005-2006 et 2010-2011 pour s'établir à 22,3 milliards cette année-là. De plus, selon la Stratégie de défense *Le Canada d'abord*, les dépenses devraient culminer à près de 32 milliards de dollars à l'horizon 2027-2028.
- La sécurité du public devient prépondérante sur le droit à la liberté, 2014.
- La Cour suprême du Canada rejette l'un des volets du programme « loi et ordre » du gouvernement fédéral de Stephen Harper. Les peines minimales obligatoires pour possession d'armes à feu prohibées sont inconstitutionnelles, 14 avril 2015.

Contexte politique et social au Québec

- Le Parti libéral est au pouvoir de 2003 à 2012 et depuis avril 2014.
- Depuis 2014, le cap est mis sur l'austérité budgétaire.
- Le Parti québécois est au pouvoir de septembre 2012 à avril 2014. Madame Pauline Marois, première femme Première ministre du Québec. Attentat au Métropolis faisant 1 mort, durant son discours de remerciement.
- Manifestations étudiantes à Québec et Montréal, grève en 2005 contre la coupure de 103 millions de dollars dans le programme de prêts et bourses.
- *Manifeste pour un Québec lucide*, 19 octobre 2005.
- *Manifeste pour un Québec solidaire*, 1^{er} novembre 2005
- Création de Québec Solidaire, 2006.
- Commission Bouchard-Taylor sur les accommodements raisonnables, septembre à novembre 2007, rapport en 2008.
- Création de Coalition Avenir Québec, 2011.
- Commission Charbonneau : Commission d'enquête sur l'octroi et la gestion des contrats publics dans l'industrie de la construction, octobre 2011.
- Printemps érable : grève, protestations et manifestations des étudiants, étudiantes, concernant les droits de scolarité, se transforment en un mouvement social de mécontentement, 2012.
- Campagne « *Je tiens à ma communauté, je soutiens le communautaire* », nombreuses manifestations depuis 2012.
- Fermeture de la centrale nucléaire de Gentilly-2, 2013.
- Coupes drastiques et modification de la sécurité du revenu (aide sociale), depuis 2012.
- Tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic, 2013.
- Attentat terroriste à Saint-Jean-sur-Richelieu, 2014.
- Grève étudiante et manifestations contre l'austérité, 2015.

Environnement légal

Organisation des Nations Unies (ONU)

- *Déclaration des Nations Unies sur le clonage des êtres humains*, 8 mars 2005.
- *Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées*, 13 décembre 2006.
- *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, 2 octobre 2007.
- *Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 10 décembre 2008.
- *Déclaration des Nations Unies sur l'éducation et la formation aux droits de l'homme*, 19 décembre 2011.
- *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, 1^{er} février 2013.

Organisation mondiale de la santé (OMS)

- *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, 2013.

Canada

- *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Commission de la santé mentale du Canada, 2013.
- *Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur la défense nationale (troubles mentaux)*, avril 2014.

Québec

- *L'Arrêt Chaoulli*, jugement de la Cour Suprême du Canada : les délais d'attente pour les chirurgies présentent une menace pour l'intégrité des personnes, 2005.
- *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*, projet de loi 38, juin 2005.
- *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* : création des Centres de santé et de services sociaux, abolition des Régies régionales, projet de loi 83, novembre 2005.
- *Loi modifiant le Code de procédure civile et d'autres dispositions législatives*, mai 2005.
- *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Projet de loi 33 : possibilité de signature de contrat avec les cliniques privées pour les chirurgies du genou, de la hanche et des cataractes, 2006.
- *Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*, juin 2006.
- *Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et d'autres dispositions législatives*, juin 2006.

- *Politique du médicament* : gratuité pour les personnes prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes âgées qui reçoivent 94 % du *Supplément du revenu garanti*, 2007.
- *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* : consentement implicite, changement de paradigme, si la personne ne refuse pas, elle est présumée avoir consentie, mai 2008.
- *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, projet de loi 21, devenu Loi 28, juin 2009.
- *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la certification de certaines ressources offrant de l'hébergement pour des clientèles vulnérables*, novembre 2009.
- *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux*, juin 2011.
- *Loi permettant aux étudiants de recevoir l'enseignement dispensé par les établissements de niveau postsecondaire qu'ils fréquentent*, Loi spéciale 78 pour mettre fin à la grève étudiante, 2012. Les dispositions de cette loi spéciale portent atteinte aux libertés et droits fondamentaux garantis par la *Charte des droits et libertés de la personne*, soit les libertés de conscience, d'opinion, d'expression, de réunion pacifique et d'association.
- *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé* : Dossier Santé Québec (DSQ), dossier médical informatisé qui permet de collecter, de conserver et de consulter certains renseignements de santé. Les professionnels de la santé autorisés ont accès à ces renseignements. Le consentement est implicite, juin 2012.
- Abolition de la *Règle des 15 ans* qui favorisait le remboursement de médicaments de marque au-delà de l'échéance du brevet, janvier 2013.
- *Loi sur les soins de fin de vie*, mai 2014.
- *Projet de loi 20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*, 28 novembre 2014.
- *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 25 septembre 2014, adoptée sous bâillon le 6 février 2015.

La récupération et le dérapage des concepts dans le système psychiatrique

Il suffit d'ajouter « militaire » à un mot pour lui faire perdre sa signification. Ainsi la justice militaire n'est pas la justice, la musique militaire n'est pas la musique.

Georges Clemenceau, homme d'État.

Advocacy, empowerment, appropriation du pouvoir, recovery, rétablissement. Il est particulier de voir comment le système psychiatrique a récupéré ces concepts, les a faits siens et les a travestis, quand le contexte politique et social l'exigeait, ou quand ils pouvaient être utiles pour la pratique.

Dans tous les cas, leur reprise par le système psychiatrique a fortement diminué l'indépendance et la liberté de la personne.

L'autre particularité, c'est que, contrairement au concept anglais, la traduction française peut entraîner plusieurs perceptions de définition, chacune d'elles pensant être en accord avec le terme originel.

Pourtant, certains de ces concepts ont des bases communes.

- Ils ont été portés par des mouvements de défense des droits des personnes (femmes, personnes ayant des limitations fonctionnelles, communauté LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres), minorités nationales³⁰, autochtones, personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, etc.).
- Ils sont basés sur le respect de l'exercice des droits : l'information, le respect, le consentement, l'inviolabilité de la personne.
- Ils sont le produit d'une remise en question du pouvoir établi et des valeurs oppressives, coercitives et discriminatoires, notamment celles portées par le paternalisme, le racisme, la stigmatisation et les préjugés.
- Au départ, ils ne souhaitent pas que leur utilisation améliore le système. Ils proposent des avenues alternatives. Ils parlent de libération.
- Ils placent le respect du choix et de la volonté de la personne en priorité : prendre la parole, prendre du pouvoir sur sa vie, vivre pleinement et indépendamment sa vie.
- Ils utilisent des outils d'éducation populaire autonome, le support des organismes communautaires, des alternatives et l'entraide entre pairs.
- Ils équipent aussi la personne en vue d'une approche collective porteuse de transformation sociale.

30. Plateforme d'information humanrights.ch : L'expression « minorité nationale » désigne un groupe de personnes dans un État qui :

a. résident sur le territoire de cet État et en sont citoyens ; b. entretiennent des liens anciens, solides et durables avec cet État ; c. présentent des caractéristiques ethniques, culturelles, religieuses ou linguistiques spécifiques ; d. sont suffisamment représentatives, tout en étant moins nombreuses que le reste de la population de cet État ou d'une région de cet État ; e. sont animées de la volonté de préserver ensemble ce qui fait leur identité commune, notamment leur culture, leurs traditions, leur religion ou leur langue.

ALORS ...

POURQUOI le rétablissement est-il si à la mode qu'il éclipse les autres concepts ?

POURQUOI plait-il tant aux intervenants, intervenantes du système psychiatrique ?

POURQUOI les anciens « Bonjour, je m'appelle X, je suis schizophrène » sont devenus « Bonjour, je m'appelle X et je suis en processus de rétablissement » ?

POURQUOI les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale croient-elles au rétablissement ?

POURQUOI la recherche s'est-elle complètement dirigée vers le rétablissement ?

POURQUOI ne pas utiliser les déterminants sociaux de la santé ?

Parmi les réponses, on peut constater que le processus de rétablissement en santé mentale utilisé par les intervenants, intervenantes est une manne. Enfin il existe un plan d'intervention global avec des étapes, des composantes, des principes, des approches, et ce, pour presque toutes les sphères de vie de la personne. De plus, le rétablissement est un vrai pot-pourri d'advocacy, d'empowerment, de recovery et de droits. Tout le monde y trouve son compte.

Paradoxalement le système psychiatrique parle de rétablissement tout en privilégiant, dans son application, le modèle médical : les diagnostics et le traitement médical.

De plus en plus l'intégration au travail est privilégiée comme solution alors que le travail est un facteur de stress important.

Pour plusieurs personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, ce concept est une réelle nouveauté puisqu'il symbolise l'espoir d'une guérison, d'une reconnaissance de leur potentiel et d'une inclusion dans la société.

Le fabuleux tour de magie est réalisé, mais dans la vraie vie, que se passe-t-il? L'illusion s'effrite, on constate que dans le système psychiatrique :

- **OUI, LE RÉTABLISSMENT, MAIS** il faut accepter son trouble mental.
- **OUI, LE RÉTABLISSMENT, MAIS** il faut respecter sa prescription et prendre ses médicaments.
- **OUI, LE RÉTABLISSMENT, MAIS** les interventions du suivi intensif dans la communauté privilégient souvent la prise de médicaments et l'atteinte d'objectifs précis répondant plus à la norme qu'aux besoins de la personne (faire son ménage, avoir des amis, avoir des loisirs, avoir un travail, être actif, se laver une fois par jour, etc.).
- **OUI, LE RÉTABLISSMENT, MAIS** s'il n'est pas réussi, c'est obligatoirement la personne qui est responsable du résultat. C'est curieux, car c'est également ce qui est dit aux personnes quand elles veulent défendre leurs droits : « oui, vous avez des droits, mais vous avez des responsabilités ». Or, les responsabilités sont liées à la citoyenneté et peuvent accompagner les droits : respecter la loi, voter aux élections, protéger l'environnement, s'informer, partager les valeurs civiques, etc., mais en aucun cas elles ne peuvent être utilisées pour restreindre l'exercice des droits.

En fait, c'est l'État qui a l'obligation et la responsabilité de respecter, protéger et instaurer les droits humains³¹. Les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale assument donc leurs responsabilités en exigeant que leurs droits et libertés soient respectés et que des recours soient mis en place.

Ainsi, même si le rétablissement est la base de la pratique psychiatrique :

- Les moyens coercitifs sont de plus en plus utilisés pour répondre à une fausse impression d'insécurité et pour le soi-disant « bien » de la personne. La garde en établissement, les mesures de contrôle et l'autorisation judiciaire de soins ne sont plus des mécanismes **d'exception**. Ils deviennent la norme. Leur utilisation a explosé depuis les années 2000.
- Les médicaments psychotropes deviennent la panacée pour les difficultés de chacun, chacune. Ce qui était la chasse gardée de la psychiatrie au XX^e siècle est devenu un bar ouvert au XXI^e. Les généralistes prescrivent actuellement tous ces médicaments. De plus, les enfants et les jeunes sont les clientèles ciblées par l'industrie pharmaceutique. L'utilisation de stimulants du système nerveux central (ex. : Ritalin, Celexa) devient pandémique.
- La connaissance et le respect des droits sont toujours aussi absents de la pratique et de l'éducation générale des intervenants, intervenantes. Ils sont également moins présents dans les politiques, lois, plan d'action et directives.
- La recherche reste essentiellement biomédicale.
- La vision critique du système psychiatrique se fait rare.
- La stigmatisation et les préjugés restent bien vivants et tenaces.

En conclusion, même si le rétablissement est utilisé par le système psychiatrique, l'approche biomédicale est omniprésente. Alors, comment changer les choses, et faire de l'application des droits humains et de l'appropriation du pouvoir les deux valeurs de la pratique en santé mentale?

31. ONU, Résolution de l'Assemblée générale 53/144 *Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus*, 8 mars 1999.

Pourquoi privilégier l'appropriation du pouvoir et la réalisation des droits humains ?

Toute la nuit, j'ai cru entendre le chromosome en plus qui tournait en rond dans ma case en moins. Raymond Devos, humoriste.

L'appropriation du pouvoir se base sur le respect de l'exercice des droits fondamentaux contenus dans la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec et dans la *Charte canadienne des droits et libertés*, notamment :

- Le droit à l'intégrité et à la liberté de sa personne.
- Le droit à l'inviolabilité.
- Le droit à l'autonomie.
- Le droit à l'information, de faire des choix libres et éclairés.
- Le droit au consentement aux soins.
- Le droit à l'égalité.

Ces droits assurent l'obligation d'une participation active de la personne dans toutes les décisions qui ont un impact sur sa vie. De plus, ils sont renforcés dans plusieurs législations et codes d'éthique : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, *Code civil du Québec*, *Code de procédure civile*, *Code de déontologie des médecins du Québec*, *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*.

Souvent, une personne commence à prendre du pouvoir sur sa vie quand elle décrète que c'est assez, que l'injustice qu'elle vit est insupportable ou qu'elle apprend de nouvelles informations.

La connaissance de ses droits, de même que l'information concernant sa médication ou la décision de porter plainte contre un abus, sont souvent des déclencheurs. Il faut alors que la personne ait la possibilité de renforcer ses capacités et de les mettre en pratique. Que ce soit entre pairs, dans des organismes communautaires alternatifs en santé mentale, dans des groupes de promotion-vigilance, dans des groupes de promotion et de défense des droits ou dans le réseau public, l'expression de la souffrance, des inquiétudes, des désirs et des volontés des personnes doit être reçue, écoutée et supportée.

L'appropriation du pouvoir s'actualise autour de la participation de la personne, de la compétence qu'elle acquerra et manifestera, de l'estime de soi qui augmentera et de la vision critique politique, économique, civile, sociale et culturelle qu'elle développera. Ces actions sont souvent complémentaires et interdépendantes.

L'appropriation du pouvoir est un processus et non pas une pratique. Il n'y a pas de résultat à atteindre. La personne change et prend du pouvoir sur sa vie. L'acquisition de son pouvoir individuel peut l'entraîner dans un mouvement collectif : participation aux décisions de l'organisme, mobilisations, mentorat, délégations, représentations, etc. La personne est une citoyenne agissant dans son environnement. Elle participe à la transformation sociale de la société.

L'AGIDD-SMQ estime que l'exercice des droits et l'appropriation du pouvoir sont intrinsèquement réunis pour favoriser à la fois, le contrôle direct de la personne sur les décisions et événements qui ont un impact sur sa vie et le développement d'une pratique respectueuse des droits humains.

Tous les intervenants, intervenantes en santé mentale doivent recevoir une formation sur les droits et recours ainsi que comprendre l'impact de l'environnement sur la personne. Ils doivent aussi intégrer que la personne possède une expertise. Elle est l'experte de sa propre vie.

Pour cela, il suffit de peu de choses :

- Travailler sur la globalité de la personne dans son environnement : « *Je suis une personne, pas une maladie*³² ». Plutôt que de travailler sur la base du diagnostic, connaître la personne : son état de santé physique, son environnement (habitudes et rythme de vie, alimentation, intérêts, etc.), sa médication (les effets thérapeutiques, les effets secondaires, les interactions médicamenteuses, les contre-indications, les examens médicaux nécessaires, les alternatives), ses proches et amis, ses loisirs, ses rêves, ses projets de vie. Il faut aussi respecter son rythme, reconnaître son expertise, et enfin, alimenter l'espoir.
- Établir un lien de confiance et croire la personne. Dès qu'une personne reçoit un diagnostic, la première chose qu'elle perd, c'est sa crédibilité. Tous les intervenants, intervenantes doivent mettre en application le préjugé favorable, c'est-à-dire « *soutenir les personnes dans l'expression de leurs choix et respecter leurs valeurs, selon leur propres lecture et interprétation de leur réalité*³³ ».
- Connaître et respecter les droits et libertés de la personne : droit à la liberté, à la dignité, à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne, droit à l'information, droit au consentement aux soins, droit de participer au traitement, etc. Donner à la personne toute l'information nécessaire afin qu'elle puisse choisir de façon libre et éclairée. Donner toutes les informations sur les recours. Utiliser des outils et un langage accessibles.
- Proposer des alternatives : l'accès à la psychothérapie, à l'éducation, au travail, l'amélioration des conditions de vie, le développement de la créativité, la lutte contre les inégalités, le renforcement des droits, etc. Favoriser l'accès à des activités sociales, environnementales, culturelles, spirituelles et sportives.

Quand la personne s'approprie du pouvoir sur sa vie, elle décide ce qu'elle fait selon ses désirs, ses besoins, le futur qu'elle envisage. Les intervenants, intervenantes pourront l'accompagner, si elle le désire.

Contrairement au rétablissement, l'appropriation du pouvoir offre des choix et des moyens adaptés à la personne et non aux normes sociétales à acquérir. Que la personne ait une vision critique sur son diagnostic ou sur sa médication est tout à fait légitime dans le processus d'appropriation du pouvoir. De plus, ce concept inclut à la fois l'advocacy et l'empowerment. La personne a une voix et elle l'utilise pour tracer son chemin.

Contrairement au rétablissement qui est devenu un dogme biomédical, l'appropriation du pouvoir se nourrit de l'action politique et citoyenne en vue d'une transformation sociale.

**Selon l'AGIDD-SMQ,
c'est cette voie qu'il
faut privilégier !**

32. Témoignage et cri du cœur d'une personne lors des consultations de la Commission Rochon, 1987.

33. Gouvernement du Québec, AGIDD-SMQ, *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale*, page 11, 2006.

Des pratiques respectueuses des droits humains

Il faut une infinie patience pour attendre toujours ce qui n'arrive jamais. Pierre Dac, humoriste et comédien.

« Le respect des droits et libertés de la personne, la volonté politique, la ténacité, la créativité, la formation de tous les intervenants et intervenantes impliqués et le développement de la recherche concernant les alternatives sont nécessaires pour un réel changement de pratiques³⁴. »

Dans cette période où la santé se monnaie et où des coupures sont de nouveau effectuées, certains moyens accessibles doivent être mis en application pour faire de l'appropriation du pouvoir et de l'exercice des droits les deux principes balisant la pratique :

- Reconnaître que les théories du déséquilibre chimique du cerveau, de la génétique et de l'hérédité ne sont que des hypothèses et promouvoir une recherche basée sur les déterminants sociaux de la santé.
- Démystifier la folie et sa stigmatisation. Ces dernières années, l'association violence et santé mentale est devenue lourde et persistante. Le concept de non-responsabilité criminelle reste mal compris et la *Loi modifiant le Code criminel* et la *Loi sur la défense nationale* a renforcé ce préjugé en créant une catégorie d'accusé à haut risque.
- Viser l'élimination des mécanismes d'exception (garde en établissement, autorisation judiciaire de soins, mesures de contrôle) et leur remplacement par des mesures respectueuses des droits et libertés de la personne.

Entre temps :

- Conserver le caractère exceptionnel des mesures coercitives (mesures de contrôle, autorisation judiciaire de soins, garde en établissement) car elles briment toutes un droit fondamental, le droit à la liberté.
- Connaître et respecter intégralement la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.
- Partager l'expertise des approches alternatives qui ont été mises en place dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans d'autres pays afin d'éliminer des mécanismes d'exception (personnes âgées, jeunes, etc.).
- Réaliser une réflexion approfondie sur la dépendance de la justice concernant la psychiatrie, notamment dans le cas des autorisations judiciaires de soins.

34. AGIDD-SMQ, *Non aux mesures de contrôle Isolement, contention et substances chimiques, Plus de dix ans après les Orientations ministérielles : Manifeste pour un réel changement de pratiques*, page 28, janvier 2014.

- Utiliser les outils internationaux sur les droits humains : conventions, pactes, rapports, observations, etc.
- Connaître et respecter la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, en particulier les articles 1 à 16 qui concernent les droits des personnes utilisatrices des services de santé et des services sociaux.
- Impliquer et favoriser la participation des personnes dans toutes les décisions les concernant, en respect de l'article 10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : *tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.*
- Intégrer dans la formation générale et la formation continue du milieu de la magistrature, de l'éducation et de la santé, un module sur les droits et recours, sur la santé mentale et sur la médication psychiatrique, avec la participation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.
- Se documenter sur des approches alternatives basées sur la communication, l'appropriation du pouvoir, la globalité de la personne, la reconnaissance de ses capacités et de son potentiel, le respect de l'exercice des droits et libertés et une approche humaine.

Ces moyens ne sont pas nouveaux, le mouvement alternatif en santé mentale les utilise depuis longtemps avec des résultats spectaculaires.

Le dernier moyen concerne la volonté politique de notre gouvernement pour faire changer les choses et c'est par notre mobilisation, notre solidarité et notre constance que nous y arriverons.

À nous de jouer !

C'est une belle harmonie quand
le faire et le dire vont ensemble.

Michel Montaigne, écrivain.

« C'est le pouvoir psychiatrique qui supporte le savoir psychiatrique (...). Le savoir psychiatrique est en fait le chaînon le plus faible de la psychiatrie (...). L'acceptation sociale par une immense majorité des gens de pratiques coercitives envers celles et ceux qui dérangent, les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale, permet la survie de la psychiatrie³⁵ ».

Depuis plus de 50 ans, les mouvements de droits civiques ont modifié à la fois les législations, mais également la perception de la société sur les minorités. Les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ont toujours été partie prenante de ces mouvements : libération du système psychiatrique et de ses asiles, imposition d'un état de droit, lutte contre la discrimination et les préjugés, proposition de mesures alternatives à la coercition, participation à des recherches, etc.

Le concept de sécurité a pris ces dernières années énormément de place et comme il est accepté par une grande partie de la population, il a réussi à dominer le droit à la liberté. Certaines lois en abusent au point d'être quasi inconstitutionnelles.

Ce sont les droits de l'ensemble des citoyens qui sont en péril dès qu'un droit fondamental est bafoué, d'autant plus si une partie de la population accepte ce recul.

L'histoire nous a démontré que c'est par la mobilisation, la lutte contre toute forme de discrimination et l'inclusion que les choses peuvent avancer. Retenons d'elle ce qui a permis de grands changements : donner une voix à la personne, lui donner tous les moyens de prendre du pouvoir sur sa vie, respecter ses droits et lui offrir toutes les possibilités d'être une citoyenne facteur de changement dans la société. C'est le résumé de l'appropriation du pouvoir.

Cet appel fait un survol des concepts en santé mentale et propose des moyens facilement applicables pour garantir la réalisation des droits humains et la prise de pouvoir sur sa vie.

**Ces moyens sont à notre portée !
Continuons à les promouvoir,
dans tous les milieux.**

35. COHEN, David, Chaîne YouTube AGIDD-SMQ, *Pouvoir et savoir psychiatrique (capsule 4/12)*, [En ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=09HxYcDmWAg&feature=youtu.be> (Page consultée le 4 mai 2015).

Bibliographie

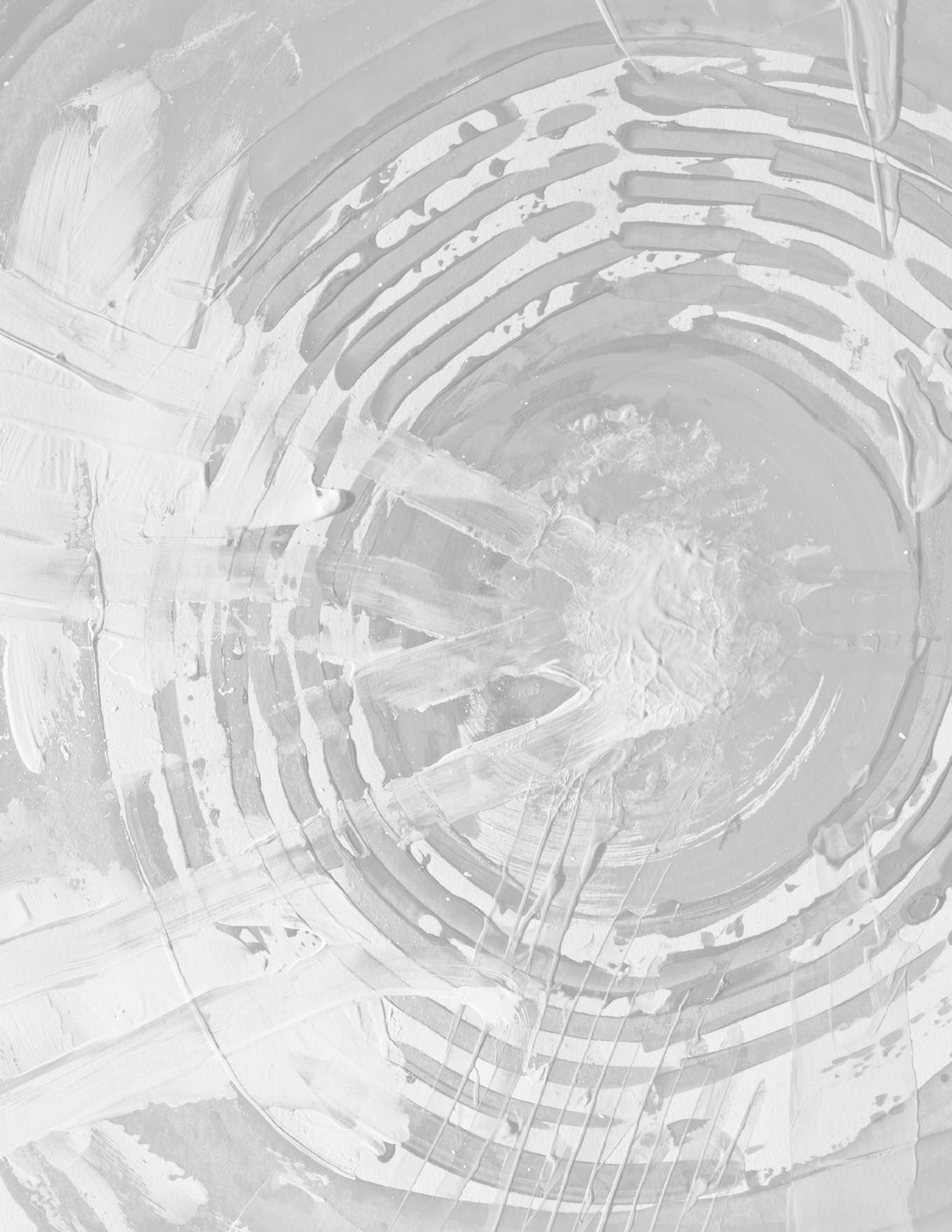
- AGIDD-SMQ, *L'Autre côté de la pilule (2^e édition)*, novembre 2011, 185 pages.
- AGIDD-SMQ, *Non aux mesures de contrôle Isolement, contention et substances chimiques, Plus de dix ans après les Orientations ministérielles : Manifeste pour un réel changement de pratiques*, janvier 2014, 40 pages.
- ANDREASEN, N.C., and al., *Remission in schizophrenia : proposed criteria and rationale for consensus*, Am J Psychiatry, 2005. 162(3): p. 441-9. dans DUPLANTIER, Maxime, *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante*, 2011, 79 pages.
- ANTHONY William A., *Pour un système de santé axé sur le rétablissement Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services*, Le partenaire, volume 9, n° 2, automne 2001, adaptation de Lucie Dumais, 12 pages.
- ANTHONY, William A., *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. Reprinted from Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 17 pages.
- ASSOCIATION NATIONALE DES SOCIOLOGUES DE LANGUE FRANÇAISE (AISLF), le Clersé, CeRIES avec la participation du Centre collaborateur-OMS santé mentale, *Colloque Guérir, se rétablir, aller mieux... en santé mentale et ailleurs*, janvier 2015, Lille.
- BENOIT, Alexandre, *Effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes présentant un trouble mental grave*, mémoire présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières, 2010, 270 pages.
- BLUEBIRD, Gayle, *History of the Consumer/Survivor Movement*, 2010, 5 pages.
- CHAMBERLIN, Judi, AGIDD-SMQ, *Actes du Colloque nord-américain sur l'Appropriation du pouvoir, J'ai un pouvoir fou : De la noirceur à la lumière*, 2001, 487 pages.
- COHEN, David, Chaîne YouTube AGIDD-SMQ, *Pouvoir et savoir psychiatrique (capsule 4/12)*, [En ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=O9HxYcDmWAg&feature=youtu.be> (Page consultée le 4 mai 2015).
- DUPLANTIER, Maxime, *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante*, 2011, 79 pages.
- FARKAS, Marianne et VALLÉE, Catherine, *De la réappropriation au pouvoir d'agir : la dimension discrète d'une réelle réadaptation*, Santé mentale au Québec, Vol. 21, n° 2, 1996, 11 pages.
- FINES, Louis, *La notion de « recovery » à l'aune de l'empowerment : l'occasion de revoir un concept en santé mentale*, Journal international de Victimologie, Tome 10, numéro 1, juin 2012, 12 pages.
- FUNK, Michelle and al., *Advocacy for mental health: roles for consumer and family organizations and governments*, Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva. Health Promotion International, Vol. 21, numéro 1, 12 décembre 2005, 5 pages.
- GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, *Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA*, l'Information psychiatrique, volume 89, numéro 5, Health Promotion International, Vol. 21, numéro 1, 2005, 6 pages.
- LAFORTUNE, Denis, Ph. D., Université de Montréal, *L'usage des médicaments psychotropes chez les enfants et adolescents*, Cahier Recherche et pratique, Volume 2, numéro 1, mars 2012, 4 pages.

- LE BOSSÉ, Yann, *De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment*, *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 16, n° 2, 2003, 21 pages.
- LIBERMAN, R.P., and al., *Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia*. *International Review of Psychiatry*, 2002, 16 pages.
- NATIONAL EMPOWERMENT CENTER AND THE RECOVERY CONSORTIUM, *Voices of Transformation: Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organizations*, 2nd edition. Lawrence, MA : Author, 2007, 104 pages.
- ONU, Résolution de l'Assemblée générale 53/144 *Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus*, 8 mars 1999, 8 pages.
- PROVENCHER, Hélène, *Le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) : Introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation*, page 10, *Association québécoise pour la réadaptation sociale, Le Partenaire*, vol 16, n°1, printemps 2008, 24 pages.
- QUÉBEC, Commissaire à la santé et au bien-être, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, 2012, 232 pages.
- QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, AGIDD-SMQ, *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale*, 2006, 18 pages.
- QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, 1998, 46 pages.
- QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Rétablissement*, [En ligne]. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?retablissement (Page consultée le 4 mai 2015).
- RAPPAPORT, Julian, *Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology*, *American Journal of Community Psychology*, Vol. 15, N°. 2, 1987, 27 pages.
- ROBERTS, Glenn & WOLFSON, Paul, *The rediscovery of recovery : open To all. Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 10, 2004, 12 pages.

Le concept de rétablissement, synonyme au départ d'un mouvement de libération et de participation citoyenne créé par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, est soudain devenu le modèle de pratique psychiatrique et des acteurs politiques, mais des modifications majeures ont été apportées au concept original : l'approche individuelle est consacrée, la reconnaissance de sa « *maladie mentale* » est devenue une condition sine qua non, les psychotropes sont privilégiés, l'exercice des droits est occulté. Le rétablissement n'est plus une démarche qui appartient à la personne, mais plutôt un plan de traitement avec des étapes à réussir pour pouvoir se rétablir.

C'est l'État qui a l'obligation et la responsabilité de respecter, protéger et instaurer les droits humains. Les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale assument donc leurs responsabilités en exigeant que leurs droits et libertés soient respectés et que des recours soient mis en place.

Contrairement au rétablissement, l'appropriation du pouvoir offre des choix et des moyens adaptés à la personne et non aux normes sociétales à acquérir. Que la personne ait une vision critique sur son diagnostic ou sur sa médication est tout à fait légitime dans le processus d'appropriation du pouvoir.



www.agidd.org



AGIDD-SMQ

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE
DU QUÉBEC**