

# **DEUXIÈME PARTIE**

---

## **Les ateliers**

### **Mesures préventives**

## VERS L'ÉLIMINATION DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

### Présentation des mesures préventives qui tiennent compte de l'analyse comparative selon les sexes (sexospécificité)

**Le Collectif de défense des droits de la Montérégie, Québec**

---

#### **Paul Morin**

*Monsieur Morin est Coordinateur du Collectif de défense des droits de la Montérégie et professeur associé à l'école de service social de l'Université du Québec à Montréal.*

#### **Introduction**

Le Collectif de défense des droits de la Montérégie est un organisme de promotion de défense des droits en santé mentale. Nous avons le mandat d'accompagner les personnes qui ont des problèmes de santé mentale en Montérégie pour faire la promotion de leurs droits. Nous intervenons tant au niveau individuel que systémique. En juin 1998, quand l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et services sociaux est entré en vigueur au Québec, le Collectif est devenu un organisme régional de pointe par rapport à cette question. En effet, le Collectif a mis sur pied dès 1999-2000 un comité de travail composé de membres du Collectif (personnes usagères) et du personnel salarié du Collectif. Simultanément, un autre comité de travail a été créé : un comité « femmes » composé également de membres du Collectif et de collègues féminins. Une interaction entre le comité « isolement et contention » et le comité « femmes » a, entre autres, permis la tenue de ce colloque. Le Collectif a voulu faire œuvre utile en contribuant au renouvellement des pratiques en milieu psychiatrique. Comme organisme d'*advocacy*, nous nous devons de mettre de l'avant des revendications tout en travaillant avec les départements de psychiatrie qui le veulent bien. Nous avons donc élaboré un document que vous pouvez vous procurer gratuitement. Le document a fait l'objet de discussions au Collectif depuis un an et demi et a finalement été adopté par le conseil d'administration. Je présenterai aujourd'hui la partie théorique, qui correspond aux premières pages du document. Sociologue de formation, j'ai travaillé récemment avec madame Cécile Michaud, professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke et conseillère en évaluation de la qualité en recherche à l'hôpital Charles-Lemoyne. Nous avons effectué une recension des écrits portant sur les pratiques qui veulent contribuer à diminuer l'incidence de l'isolement et de la contention en milieu psychiatrique et mettre de l'avant des pratiques alternatives. Nous avons donc écrit ensemble un texte qui sera publié dans le prochain numéro de la revue *Santé mentale au Québec* (juin 2003) et qui porte sur les pratiques éprouvées (*best practices*). À partir de cette recension des écrits, j'élaborerai sur ce que nous voulons mettre de l'avant au Collectif en terme d'approche théorique. Par la suite, Constance Foisy présentera les moyens que nous mettons de l'avant pour concrétiser l'analyse différenciée selon les sexes ou l'engagement des acteurs. En fonction des revendications que nous proposons, nous avons ainsi rencontré des gestionnaires et des intervenants dans neuf hôpitaux de la Montérégie qui ont des départements de psychiatrie ou une urgence psychiatrique. Nous discuterons de la réponse des centres hospitaliers et, par la suite, nous débattons avec vous de ce sujet.

#### **Cadre théorique**

L'élimination de l'utilisation en milieu psychiatrique des mesures de contrôle que sont l'isolement et la contention a été mise de l'avant dès l'ère victorienne (19<sup>e</sup> siècle). Force est toutefois de constater que ces moyens de contrôle ont perduré par la suite. Ce n'est que depuis les vingt dernières années que les pratiques sont timidement remises en question au Canada. Pourtant, ces pratiques constituent encore aujourd'hui un enjeu de société, car elles portent atteinte à l'intégrité

et à la dignité de la personne en limitant leur liberté. Depuis quelques années, elles ont fait l'objet au Québec d'intenses débats favorisés par les discussions autour des concepts et des pratiques d'appropriation de pouvoir et de rétablissement. Ces concepts s'opposent à la médicalisation de la violence et de l'agression qui leur enlève toute compréhension sociale en restreignant l'analyse à la psychopathologie. Par ailleurs, les standards quant à l'utilisation de l'isolement et de la contention sont plutôt régis sur la base du consensus que sur celle de la recherche. Entre l'objectif thérapeutique et l'abus, la marge devient donc singulièrement étroite, d'autant plus qu'il s'agit d'une intervention complexe impliquant fortement les intervenants/es pour laquelle Friar et **Leyreloup** ont constaté en 1996 un manque criant de formation. En juin 1998, l'article 118.1 est entré en vigueur. Mais une nouvelle loi ou réglementation constitue un point de départ, non une fin en soi. L'exemple des lois relatives à l'internement involontaire en vertu de la dangerosité de la personne à elle-même ou à autrui illustre ce point. Le psychiatre et juriste américain Paul Applebaum a bien analysé cette différence entre ces lois sur papier, souvent très légalistes, et ces lois en pratiques. Une variété d'acteurs a le potentiel d'en modifier l'application. Si certains en position de pouvoir estiment qu'elle les contraigne démesurément, ils agiront alors à sa marge afin d'en arriver à un résultat plus satisfaisant. Commentant le nouvel article de loi sur l'isolement et la contention, le docteur Suzanne Lamarre a eu des propos du même ordre. L'humain ne tolère pas longtemps d'être contrôlé par un autre humain. Des lois ou des directives issues des besoins d'un médecin sans la participation de ceux et celles qui les appliqueront risquent de susciter chez ces derniers des techniques de camouflage plus raffinées pour annuler le message disqualifiant de la nouvelle législation. Il y a donc ici tout un défi à relever, qui interpelle l'ensemble du réseau de services. Tout un corpus de pratiques est à changer, et cela exigera rigueur, ténacité et cohérence. La première étape consiste sans aucun doute à prendre conscience des perspectives qui guident ces mesures. Trois perspectives seront présentées : la première orientée vers le contrôle de l'agir violent, la seconde guidée par une meilleure compréhension de l'expérience vécue par les acteurs impliqués dans l'agir violent et finalement la troisième dirigée vers l'engagement des acteurs dans et hors de l'institution en regard du traumatisme comme expérience antérieure.

### **Réduction des mesures de contrôle au niveau de l'agir violent**

La première perspective est la réduction des mesures de contrôle au niveau de l'agir violent. L'intervention sur l'agir violent représente une approche classique en milieu psychiatrique. Pour diminuer l'utilisation des mesures de contrôle, il est maintenant reconnu que les milieux hospitaliers doivent mettre l'accent sur la prévention. Cette prévention réfère à un type de travail où la personne avec troubles de comportement constitue le centre d'intérêt. Ainsi des formations comme APIC ou Oméga, bien connues dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, visent à développer chez l'intervenant/e de ce secteur des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité. Axée par exemple sur la pacification des états de crise aiguë, la formation Oméga propose les principes d'intervention suivants : se protéger, évaluer, prévoir, prendre le temps nécessaire et se centrer sur la personne. Une grille de potentiel de dangerosité vise à mesurer le degré de dangerosité manifestée par le client et cela devrait permettre à l'intervenant/e de le/la guider dans le choix de la technique appropriée, comme par exemple le recadrage et ce, toujours dans une optique de conciliation.

### **Expérience de l'isolement et de la contention**

La deuxième perspective est l'expérience de l'isolement et de la contention, vécue par l'infirmier ou l'infirmière (qui sont habituellement les intervenants les plus susceptibles d'être au cœur d'une mesure de contrôle) et la personne contrôlée. D'une revue de la littérature, ce qui ressort clairement chez les personnes psychiatisées, c'est le vécu négatif, le fait d'avoir été l'objet d'une mesure coercitive. Chez les intervenants/es, la recension des écrits montre que certains/es infirmiers/ères pensent que c'est une technique intéressante tandis que d'autres sont beaucoup plus critiques. La recension des écrits est donc divisée quant à la façon dont les infirmiers et infirmières voient ces mesures de contrôle. Je veux par contre insister sur un point : tout un corps de recherche a démontré que le comportement des intervenants/es et les normes institutionnelles influencent le degré de violence des personnes hospitalisées en psychiatrie. Ainsi, l'utilisation d'une mesure de contrôle comme la contention est beaucoup plus reliée aux traditions de pratique et aux idées de l'équipe qu'à la nécessité médicale. Morrison, une infirmière et chercheuse de haut niveau aux États-Unis, a fait de la recherche maintes fois citée par la suite sur les liens entre les facteurs organisationnels et a estimé que le concept qui avait émergé de son travail était celui de la tradition de la dureté (*Tradition of toughness*). L'accent sur le contrôle et la sécurité à l'intérieur de l'établissement aurait pour résultat de privilégier le respect des procédures et un comportement standardisé, d'où le cycle de violence. La violence ferait partie intrinsèque du dispositif institutionnel, et ce, souvent à l'insu des différents protagonistes puisqu'elle se confond souvent avec le traitement. Cet aspect interactionnel de la violence a été bien identifié par Morrison. Elle a trouvé que les personnes psychiatisées apprenaient les comportements violents et agressifs et les utilisaient pour contrôler leur environnement. Quand les patients qui ont l'habitude de contrôler leur environnement par

l'agression et la violence sont placés dans une unité psychiatrique où l'équipe les détient involontairement, leur donne de la médication forcée et leur fixe des limites très sévères, il est raisonnable d'affirmer qu'un cycle de violence émergera de cette confrontation. Dans la perspective de Morrison, les infirmières sont encouragées à faire de la prévention, tout en englobant l'aspect de la crise, ce qui va plus loin que la formation Oméga. Elles sont aussi encouragées à demander aux patients ce qui est important à l'hôpital et leur donner lorsque c'est possible ; à faire des patients de vrais partenaires de leurs soins et leur enseigner des habiletés de négociation et collaboration ; à encourager l'implication dans des décisions prises en commun et leur démontrer du respect si les personnes sont capables d'agir de façon indépendante. Cette perspective, issue d'une meilleure compréhension de l'expérience vécue par les acteurs, met l'accent sur la rupture du cycle de violence grâce à un engagement ferme de l'institution d'agir sur l'ensemble des acteurs afin de réduire et d'éliminer les mesures d'isolement et de contention sans que les intervenants/es se sentent démunis/es quant à leur droit à un environnement sécuritaire. Il importe qu'il se mette en place une nouvelle démarche qui soit assez prégnante pour prévenir la violence physique et émotionnelle. Ce changement radical requiert une nouvelle façon de penser. Traditionnellement, la question posée est comment contrôler les personnes sans utiliser la contention ou l'isolement. Cette question place encore le contrôle du comportement en dehors de la personne et, une fois en dehors de l'institution, celle-ci n'a pas encore augmenté ses habiletés à se contrôler. Maintenant, il est suggéré de se demander ce que les personnes usagères, les intervenants et les intervenantes doivent apprendre et mettre en pratique afin de créer un environnement qui supporte les personnes recevant les services afin qu'elles soient capables de se créer une vie qu'elles trouvent significative. Pour ces intervenants/es, gestionnaires et personnes usagères, il s'agit donc de revenir à la juste intuition d'appréhender un lieu hospitalier comme une communauté faite de personnes usagères, d'intervenants/es, d'employés de soutien, de médecins et d'administrateurs. Quand les personnes vivent et travaillent dans un environnement restreint, toutes ces personnes doivent avoir les habiletés requises pour gérer la colère. Les personnes usagères doivent également développer des habiletés d'affirmation de soi, de communication et de résolution de conflits afin d'obtenir ce qu'elles veulent de manière civilisée. Toute personne a besoin d'individus en qui elle peut avoir confiance lors de situations difficiles. Le texte donne l'exemple d'un hôpital psychiatrique aux États-Unis qui a réussi à modifier de façon importante, grâce à un engagement des acteurs dans l'ensemble de l'institution, l'utilisation de la contention, qui a diminué de façon drastique. Cette deuxième perspective cible donc l'engagement des acteurs à l'intérieur de l'établissement.

### **Intégration des traumatismes antérieurs et concertation**

La troisième perspective est l'intégration des traumatismes antérieurs et la concertation. Des auteurs se sont intéressés au cycle de violence auquel contribuent les mesures de contrôle. Ils se sont situés en métaposition pour dépasser l'événement qui a entraîné des mesures de contrôle et pour poser un regard à la fois historique et social sur la trajectoire des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Cette perspective prend en compte l'histoire de sévices et d'abus d'un nombre de personnes hospitalisées en psychiatrie et plus spécifiquement des femmes. Elle permet, en sortant de l'univers de l'institution, une action intersectorielle en ciblant un facteur déterminant de la santé, le sexe. Le contexte d'émergence de cette perspective sera d'abord présenté, puis une synthèse des recherches démontrant qu'un nombre significatif de personnes ayant des problèmes de santé mentale, plus spécifiquement les femmes, ont des histoires de vulnérabilité. Le livre *Trauma and Recovery*, publié par Hermann en 1992, a fortement contribué au développement de cette perspective. Hermann synthétise les résultats de deux décennies de recherche et de travail clinique auprès des femmes victimes de sévices sexuels et de violence domestique. Selon l'auteure, une psychiatre, le système de santé mentale est rempli de survivantes de traumatismes prolongés survenus dans l'enfance. Le témoignage des patientes est éloquent quant à l'importance de la reconnaissance de la centralité du traumatisme dans le processus de rétablissement. Le traumatisme psychologique y est défini comme un sentiment de peur intense, d'impuissance, de perte de contrôle et une menace d'anéantissement. Porté par l'idéologie féministe, ce livre constitue maintenant une référence de base. Les pratiques de contention et d'isolement constituent donc des situations particulièrement propices au phénomène de victimisation secondaire. Selon un autre auteur, les personnes ayant vécu un traumatisme ont tendance à recevoir des traitements inadéquats dans les services de santé mentale et pourraient en fait être particulièrement vulnérables à des expériences traumatiques additionnelles qui pourraient avoir lieu régulièrement dans le milieu psychiatrique. Par exemple, une situation régulière d'isolement, de contention ou de menottes peut servir à récapituler des expériences traumatiques antérieures et, de cette façon, en exacerber les symptômes. Il est toutefois pertinent de noter et de réfléchir, comme le fait Rechtman (2002) dans un texte sur l'évolution psychiatrique, que la généralisation du diagnostic de stress post-traumatique témoigne d'une reconfiguration de la condition de victime fondée sur la clinique : « Dès lors que le PTSD avait fondé les caractéristiques propres et le régime de vérité de la condition de victime, la victimologie naissante pouvait s'écarter du carcan nord-américain, contester la catégorie elle-même, chercher à l'améliorer, voire à rapporter d'autres symptômes à une éventuelle origine traumatique, puisque cette dernière, quant à elle, était reconnue. Désormais, ce sont l'événement et le registre de l'énonciation victimaire portés par la clinique psychiatrique qui forment la condition de victime. » Dans l'optique de tenir compte des traumatismes

antérieurs, compte tenu de ce processus de victimisation secondaire, des pratiques innovantes qui tiennent compte de ce passé de traumatisme ont été systématisées par des organisations de service aux États-Unis et au Canada anglais. Nous pouvons distinguer deux grandes tendances, l'une visant à intégrer la dimension du traumatisme dans la dispensation des services de santé mentale (*trauma centered services* ou *trauma sensitive culture*), l'autre s'adressant à la question des femmes. Elles adhèrent toutes deux à l'idée que l'objectif fondamental du traitement est de prévenir le *sanctuary trauma*, défini comme « l'attente de trouver un environnement protecteur et d'y trouver seulement plus de traumatismes ». De plus, cette perspective s'applique autant en milieu hospitalier qu'en dehors de celui-ci. Aux États-Unis, l'Association nationale des directeurs de programmes de santé mentale a adopté une position de principe sur les services et le support s'adressant aux personnes survivantes de traumatismes. En 1996, le département de santé mentale du Massachusetts a adopté des procédures cliniques quant aux personnes ayant des problèmes de santé mentale dès l'admission dans un centre hospitalier; l'évaluation doit inclure l'identification des circonstances pouvant potentiellement provoquer un comportement de crise. Le sexe comme facteur déterminant de la santé mentale est intimement lié à l'approche visant la prise en compte du vécu de violence et de traumatisme chez les femmes. Comme les risques sont sexospécifiques, les réponses doivent donc être fondées sur l'analyse différenciée selon les sexes.

Par rapport à ces trois grandes perspectives (la première centrée sur l'agir violent en milieu hospitalier, la deuxième sur l'expérience vécue, la troisième fondée sur l'histoire de traumatismes des personnes ayant des problèmes de santé mentale), Cécile et moi avons entrepris une discussion. Les formations pour le personnel axées sur la gestion de l'agressivité des personnes hospitalisées ont indéniablement leur utilité, mais ils nous apparaissent faire porter sur les épaules des intervenants/es une responsabilité démesurée s'il n'y a pas un processus structurant au niveau de la culture organisationnelle. Par ailleurs, de telles formations peuvent coexister avec un haut niveau de violence institutionnelle. Ainsi, selon les dires mêmes d'un rapport interne issu du Comité sur l'utilisation de la contention d'un hôpital psychiatrique montréalais publié en octobre 1999, depuis plusieurs années l'utilisation des mesures de contention et d'isolement a fait l'objet de rapports, de comités d'étude, de discussions et même de conférences scientifiques. En 1996, les sessions de formations de l'approche préventive/intervention contrôlée (APIC) sont offertes régulièrement aux nouveaux employés, éducateurs, infirmiers/ères, au personnel des équipes volantes et des unités de soin, à Rivière des Prairies. Il leur a fallu l'intervention d'une tierce partie, soit le curateur public du Québec en janvier 1999, avec la divulgation d'un rapport spécial sur des pratiques thérapeutiques dans cet établissement hospitalier pour révéler des pratiques inadmissibles d'isolement et de contention. Lorsque l'approche sur l'agir violent réussit à appréhender la complexité grâce à une vision globale prenant en compte l'ensemble des acteurs et des facteurs en cause, les possibilités de transformation de l'institution deviennent vraiment palpables. Nous assistons alors à une convergence des techniques dites « exemplaires ». En ce sens, la personnalisation des soins semble l'avenue la plus prometteuse dans l'optique d'une communauté thérapeutique. Cette personnalisation comprend une meilleure connaissance des antécédents de la personne et un contrat de désescalade des comportements violents ou de colère. Ce contrat peut être considéré comme des directives anticipées (*advanced directives*), une approche fort populaire dans le monde anglo-saxon. Un meilleur ratio intervenant/patient apparaît aussi plus efficace dans la gestion des comportements dérangeants chez les personnes qui risquent de s'automutiler ou de blesser leurs pairs. Les coûts supplémentaires associés à des soins plus personnalisés sont largement compensés par de plus courtes durées d'hospitalisation. Ces soins impliquent également une meilleure communication et une stabilité dans l'équipe. Des modifications à l'environnement ont été aussi jugées fort utiles. Une étude américaine propose la disponibilité d'une chambre de confort ou d'objets réconfortants avec lesquels la personne peut être aidée. Ce processus de transformation doit s'accompagner aussi de procédures d'évaluation lors de l'utilisation de ces mesures de contrôle.

En Ontario, un organisme appelé le *Patient Protection Advocacy Office* composé d'ombudsmans dans les hôpitaux psychiatriques a fait une recherche sur l'utilisation des mesures d'isolement et de contention en 2000-2001. Dans ses recommandations, le PPAO cible des moments clés de ce processus : la validation de la mesure par un médecin, la durée maximale de la mesure, la fréquence d'entrée clinique, le support donné durant la mesure, la révision automatique après un certain nombre d'heures et des audits cliniques après un événement. Il importe d'éviter des automatismes comme les prescriptions PRN (au besoin), l'antithèse même d'une personnalisation des soins. Un milieu psychiatrique se transformera s'il y a un engagement ferme de la direction, une formation du personnel appropriée, un travail collectif d'intervention auquel les personnes usagères sont associées et des mécanismes d'amélioration continue de la qualité. Cette logique demeure cependant institutionnelle et nous paraît coupée d'une véritable synergie avec les acteurs situés hors de l'établissement hospitalier. Une perspective fondée sur le traumatisme et spécifiquement sur l'analyse différenciée selon les sexes en regard de la violence faite aux personnes ayant des troubles de santé mentale nous semble prometteuse. Nous l'apercevons comme une pratique d'intersectorialité, car historiquement, la santé mentale a toujours été un secteur à part ; l'intersectorialité est faire en sorte qu'il y ait une synergie entre la santé mentale et d'autres acteurs, par exemple le mouvement des femmes. Mettre en parallèle le réseau de services pour la santé des femmes avec le réseau de services de

santé mentale permet de décroiser les manières de faire et de penser propres à chaque secteur afin d'améliorer les conditions de vie des femmes. À ce titre, le Ministère devrait songer à arrimer les documents suivants : les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques), les objectifs ministériels et les stratégies d'action en santé et bien-être des femmes, la politique gouvernementale en matière d'agression sexuelle et le plan d'action sur la transformation des services de santé mentale. Constance Foisy et moi-même avons été sur le comité qui a travaillé sur les « Orientations... », et nous avons essayé de mettre de l'avant l'analyse différenciée selon les sexes, mais sans grands résultats. On réfère une fois à la question des traumatismes où l'on spécifie qu'en connaissant les caractéristiques, l'histoire, les traumatismes antérieurs, les ressources et l'environnement de la personne et en la prenant en compte, l'intervenant/e sera mieux outillé/e pour coordonner le plan de service et le plan d'intervention. C'est le seul endroit dans tout le document où l'on parle de la question du traumatisme ; il faut donc comprendre que malgré le colloque d'aujourd'hui, la question de la victimisation secondaire au Québec est un sujet novateur qui n'est pas encore pris en considération par les politiques ministérielles.

## Constance Foisy

*Madame Foisy est conseillère en défense des droits au Collectif de défense des droits de la Montérégie.*

## Propositions

Je parlerai de la façon d'arriver à une pratique fondée sur l'analyse différenciée selon les sexes dans les établissements hospitaliers afin d'éliminer l'isolement et la contention.

Je vous expliquerai d'abord notre rôle dans la région de la Montérégie. Nous avons fait parvenir une lettre aux différents établissements hospitaliers pour les rencontrer à propos des protocoles qu'ils doivent adopter en regard des Orientations ministérielles. À ce jour, quatre établissements ont été visités, dont un dans ma sous-région, le Centre hospitalier de Cowansville, qui n'a pas de département psychiatrique, mais plutôt une urgence psychiatrique où sont utilisés l'isolement et la contention. Le Centre hospitalier de Cowansville reconnaît qu'il utilise les substances chimiques comme mesure de contrôle et veut en diminuer l'usage. Par contre, l'hôpital de Châteauguay a nié toute utilisation de substances chimiques comme mesure de contrôle. Ceci prouve que les substances chimiques ne sont encore pas reconnues partout comme mesure de contrôle. Lorsque nous avons parcouru les divers protocoles d'isolement et de contention, nous avons remarqué qu'il y a avait beaucoup de mesures d'isolement planifiées, dont des plans de chambre, qui sont reconnus par le Ministère comme une mesure de contrôle. Nous avons donc averti les établissements que tout ce qui sert à obliger une personne à entrer dans une chambre sans son consentement est un isolement. Ce n'est pas accepté partout, mais nous travaillons à le faire accepter. À l'hôpital de Châteauguay, par exemple, l'isolement comme mesure planifié n'est pas discuté dans le protocole ; pour l'établissement, il s'agit véritablement d'une mesure très rare qui doit se négocier au cas par cas.

Nous travaillons en collaboration avec les personnes utilisatrices de services ayant vécu la psychiatisation et des mesures de contrôle. Nous avons toujours leur point de vue en tête et ces personnes nous accompagnent souvent dans ces rencontres. Je citerai un court texte pour mettre l'accent sur l'importance de travailler avec des personnes qui ont vécu ces mesures :

« Afin de faciliter le développement d'une nouvelle approche fondée sur l'élaboration d'alternatives efficaces, il est important d'utiliser les alternatives et préférences proposées par les personnes usagères elles-mêmes, ce processus s'inscrivant dans une politique d'appropriation de pouvoir. »

Lorsqu'on collabore au plan de soins et à la mise en place de mesures qui vont nous concerner, on ne se sent pas contrôlé et on est beaucoup plus sujet à participer de façon volontaire que si l'on se fait imposer ces mesures par d'autres.

## Situations déclenchant le stress

Nous demandons aux établissements que les démarches préventives soient le fruit d'un questionnement permanent sur leurs pratiques psychiatriques. Nous avons identifié sept situations qui déclenchent le stress chez les personnes usagères d'un département et qui peuvent amener une spirale de violence et de frustration menant à l'isolement et à la contention. Voici les sept situations qui peuvent déclencher le stress :

- **L'internement involontaire.** Les personnes gardées contre leur gré avec une ordonnance de la cour sont moins réceptives.<sup>1</sup>
- **Pratique des portes barrées.** Dans un hôpital, on circule généralement à notre gré. Or, les portes d'un département de psychiatrie sont souvent verrouillées, ce qui crée un sentiment de contrôle chez les personnes en hôpital, sentiment contraire à la liberté thérapeutique.
- **Période obligatoire de repos après les repas.** L'obligation de repos après un repas pour nombre d'hôpitaux nous semble infantilissante ; si les personnes pouvaient se retirer à leur convenance, elles se sentiraient plus respectées. Ceci diminuerait le stress et le sentiment de contrôle.
- **Consentement à une mesure de retrait.** Il n'est pas toujours clair si le consentement de la personne est libre et éclairé. La personne a-t-elle eu vraiment le choix, ou s'est-elle fait imposer le retrait de façon insidieuse ? Peut-être, le chantage entre-t-il aussi parfois dans cette dynamique ? Cela peut générer des situations d'escalade de violence. Amener la personne à réaliser la nécessité d'un retrait diminuerait les réactions négatives des personnes et le sentiment d'infantilisation; ceci ne se produit pas si la personne participe aux choix la concernant.
- **Cigarette.** La restriction contre le tabagisme est sévère et beaucoup de personnes ont rapporté qu'elles ont été en isolement ou en contention suite à une demande de cigarette qui a été rejetée par un intervenant. Cette situation crée souvent une escalade de violence qui peut finir en isolement ou en contention. Il faudrait que les personnes dans un département de psychiatrie aient un endroit pour fumer et qu'elles soient autorisées à fumer à leur guise.
- **Absence d'activité physique.** Il faudrait un réaménagement des milieux psychiatriques pour permettre l'activité physique qui sert à évacuer le stress, par exemple l'accès à un gymnase, une piscine ou même un ballon. Il faut pouvoir sortir des corridors des départements et ne pas limiter les activités à des activités d'ergothérapie.
- **Accès au téléphone.** Les personnes sont souvent limitées dans l'accès au téléphone pour contacter les proches, des organismes ou d'autres gens qui les comprennent. On leur interdit souvent l'utilisation du téléphone pendant de longues périodes.

Pour aider à l'élimination de l'isolement et de la contention, la personne doit être au centre de sa démarche et percevoir qu'elle peut proposer des solutions. Si elle n'est pas capable elle-même, il faudrait alors l'amener à trouver des solutions et pour certaines à lui apprendre à gérer sa colère. Comme démarche thérapeutique, nous proposons un formulaire de dépistage des traumatismes. Beaucoup de femmes (et d'hommes) qui arrivent au département de psychiatrie ont des antécédents de violence (dans l'enfance, conjugale, abus sexuels). Ces personnes revivent ces abus lors de certaines situations. Ce formulaire pousse très loin le questionnement sur le vécu de la personne. Il est rempli par la personne et seulement si elle le veut; cependant, il n'est pas toujours facile de parler de son historique. Souvent, les personnes qui visitent l'établissement pour la première fois ne rempliront pas le formulaire pour ne pas dévoiler d'un coup leur passé. Nous suggérons que la personne remplisse le formulaire avec une autre personne de son choix afin qu'elle se sente en confiance. Il faut ensuite que ce formulaire soit intégré au dossier.

## Recommandations du Collectif

Nous suggérons aussi, afin d'éliminer l'isolement et la contention, un formulaire de désamorçage de crise. Ce formulaire préconise des alternatives suggérées par nous ou par la personne elle-même ; ce peut être un temps de retrait volontaire, rester près du poste, appeler un ami, une thérapeute, prendre un bain, écouter de la musique, frapper un ballon, etc. Une

---

<sup>1</sup> Le Collectif a d'ailleurs conduit une étude qualitative sur ce sujet en interviewant 13 personnes qui avaient été hospitalisées contre leur gré. Certaines personnes qui ont été hospitalisées contre leur gré, après une certaine période, remercient le système de santé. Mais, des 13 personnes interviewées, environ la moitié avait été en isolement ou en contention. Celles-ci ont dit qu'ils ne retourneraient jamais dans le système de santé mentale. Ceci peut indiquer que lorsqu'on est dans le système de santé contre son gré, l'alliance thérapeutique est difficile à construire et l'isolement et la contention peuvent s'enclencher plus rapidement. La question de l'internement involontaire est donc un point névralgique à cibler.

variété d'alternatives peut être inscrite sur ce formulaire. Nous croyons aussi que les hôpitaux ont tendance à élaborer des protocoles d'isolement et de contention sans créer un plan d'action pour diminuer l'emploi de ces mesures. Or, il devrait toujours y avoir un tel plan d'action, contenant une panoplie d'alternatives préétablies pour que le personnel en place n'ait pas à se demander quelles alternatives utilisées lors d'une situation de crise. En effet, l'état de crise n'est pas le meilleur temps pour se poser des questions ; l'automatisme, c'est de mettre la personne en isolement ou en contention. Il faut donc amener, par un changement de culture, d'autres automatismes qui précéderaient la contention. On pourrait signer un contrat avec la personne à propos de ce qui pourrait être fait lors d'un état de crise pour éviter l'isolement et la contention. On devrait aussi demander si la personne a des antécédents d'isolement ou de contention. Finalement, on devrait demander à la personne comment rendre l'isolement ou la contention les moins contraignants possible s'il faut absolument les utiliser. Le formulaire de désamorçage de crise doit être inclus dans le dossier afin qu'il soit à la portée de la main ; ainsi, quand l'intervenant/e aura à agir, il/elle aura rapidement accès à ces suggestions d'alternatives et à ce que la personne désire. Il faut mentionner que ce formulaire doit aussi considérer le choix de l'intervenant. Si la personne est une femme qui a été abusée ou violentée et qu'elle demande à ne pas interagir avec un intervenant de sexe masculin, il faut respecter ce choix, car la présence d'un homme contribuerait à augmenter le traumatisme qu'elle a déjà vécu. Une femme ayant un historique d'abus qui se fait maîtriser par quatre infirmiers ne les perçoit pas que comme des infirmiers ; elle voit plutôt quatre abuseurs. Il est donc important de respecter les préférences de la personne quant au sexe des intervenants qui travailleront avec elle. Il est aussi important, si possible, de ne pas déshabiller la personne lors d'une période de crise. C'est une question de respect.

D'aucune façon, l'utilisation de substances chimiques à titre de mesures de contrôle, l'isolement et la contention mécanique ne doivent être considérées comme des alternatives. Même lors d'interventions planifiées d'isolement et de contention, il faut s'assurer que ce ne soit pas une façon, pour la personne qui le demande, de s'automutiler. En effet, certaines personnes ne connaissent aucune alternative à l'isolement ou à la contention, qui deviennent des moyens de s'automutiler, de se punir. Il faut s'assurer que ces mesures de contrôles ne deviennent pas punitives et ne sont pas employées pour effectuer un changement de comportement. En conclusion, il faut utiliser les mesures de contrôle comme la loi l'indique, c'est-à-dire dans des cas d'extrême urgence et seulement après avoir essayé toutes les alternatives possibles. Si l'on doit absolument appliquer des mesures de contrôle, il faut effectuer un suivi pour mettre un terme à la mesure de contrôle le plus tôt possible. Il est aussi important de faire un retour sur la mesure utilisée, auprès de l'intervenant et de la personne qui l'a subie. Ce retour peut être fait par une équipe de cliniciens qui n'ont pas été impliqués dans la mesure et qui vont inclure leur rapport dans le dossier de la personne. Cette équipe de cliniciens devrait être en lien avec un comité de gestion de risques.

Ce comité découle de nouveaux articles de la Loi sur les services de santé et services sociaux entrés en vigueur en décembre 2002 : les articles 183.1 et 183.2. Le premier se lit comme suit :

« Que le plan d'organisation de tout établissement doit prévoir la formation d'un comité de gestion de risques. »

Nous croyons que cette gestion de risques devrait s'appliquer aux mesures d'isolement et de contention ; il y a ce sont risques de blessures autant pour le personnel que pour les personnes qui le subissent. Ce comité de gestion de risques devrait évaluer les mesures d'isolement et de contention dans les établissements. Selon, l'article :

« Ce comité a pour fonction de rechercher, de développer et de promouvoir des services, des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation de services de santé et services sociaux. »

Depuis quelques années, il y a eu au moins 43 décès liés à la contention. Un comité de gestion des risques s'occupant des mesures de contrôle pourrait contribuer grandement à réduire les accidents et les décès liés à la contention. Ces accidents n'ont en fait aucune raison d'être, la contention devant servir à protéger la personne. Nous croyons qu'un programme de prévention et de réduction pour viser l'élimination des mesures de contrôle est nécessaire dans les plans d'action des hôpitaux. Le comité de gestion des risques devrait avoir accès aux documents de retour sur l'intervention remplis par l'intervenant et par la personne, desquels on a effacé le nom pour conserver la confidentialité. Il faudrait aussi donner de la formation au personnel à propos de sujets tels que les crises, l'appropriation du pouvoir et la problématique de la victimisation secondaire. Cette formation devrait être donnée selon l'analyse différenciée selon les sexes, notamment par des personnes utilisatrices de services. En impliquant les personnes dans le processus de soins, dans le changement de culture, dans le choix des alternatives et dans la formation, les vraies choses se diront et nous nous engagerons dans la bonne direction.

L'histoire de traumatismes de la personne devrait être prise en considération avant d'appliquer une mesure de contention. La contention ne doit pas être utilisée si la personne a un historique d'abus sexuels ou physiques. Les substances chimiques utilisées comme mesure de contrôle ne devraient pas être prescrites « au besoin », car ces substances ne devraient être utilisées que dans des situations d'extrême urgence comme solution de dernier recours. Une personne en contention est déjà sous contrôle ; des injections de substances chimiques seraient une autre mesure de contrôle qui ne ferait que s'ajouter à la première. Nous préconisons de parler avec la personne pendant la contention plutôt que lui injecter des substances chimiques. Enfin, si l'on réduit l'utilisation de la contention, il ne faudra surtout pas augmenter l'utilisation des substances chimiques.

## **Bibliographie**

Collectif de défense des droits de la Montégérie. *Réflexions et revendications en matière d'isolement, de contentions mécaniques, physiques et de substances chimiques lorsqu'utilisées en milieu psychiatrique*, Longueuil, 50 p.

Ministère de la santé et des services sociaux. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, Québec, 2002, 28 p.

Ministère de la santé et des services sociaux. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Québec, 2002, 62 p.

Ministère de la santé et des services sociaux, et autres. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, sous la responsabilité du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle*, Québec, Direction des communications, 2000, 90 p.

Ministère de la santé et des services sociaux, et autres. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, 1998.

Morin, P., Michaud, « C. Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination », *Santé mentale au Québec*, XXVII, I, 126-150, 2003.

Morin, P., Laplante, S., Robertson, C. *Les perceptions des personnes involontairement en Montérégie et la théorie du 'Thank you'*, 2002, 60 pages.

Morrison, E.F. « The tradition of toughness: Psychiatric nursing care by non-professionnal in institutional settings », *Image*, 20, 4, 222-243, 1990.

Rechtman, R. « Etre victime : généalogie d'une condition clinique », *Évolution psychiatrique*, 67, 775-795, 2002.

## LE DÉVELOPPEMENT DE MODÈLES DE SOINS DE SANTÉ MENTALE CENTRÉS SUR LES FEMMES

### Présentation des stratégies d'actions pour tenir compte de l'analyse différenciée selon les sexes lors d'interventions auprès de femmes ayant des problèmes de santé mentale

#### **Marina Morrow, Ph. D.**

*Marina Morrow travaille comme chercheure au BC Centre of Excellence for Women's Health et pour le Center for Research in Women's Studies and Gender Relations de la University of British Columbia de Vancouver. Elle a reçu son doctorat de l'Ontario Institute for Studies in Education à l'Université de Toronto, en Community Psychology. Dre Morrow concentre ses recherches sur l'impact des réformes en santé mentale sur les femmes. Elle est l'auteure d'une variété d'articles et de rapports sur les femmes, sur les services en santé mentale et sur la politique sociale, dont Hearing Voices: Mental Health Care for Women et Trauma and Violence in the Lives of Women with Serious Mental Illness : Current Practices in Service Provision in British Columbia.*

---

#### **Introduction**

Mon nom est Marina Morrow. Je travaille au British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, un organisme faisant de la recherche afin de guider les politiques provinciales. Le Centre est basé à l'hôpital pour femmes de la Colombie-Britannique, qui offre une diversité de programmes spécifiquement pour les femmes. Le Centre est une entité indépendante de l'hôpital, mais participe à la mise sur pied de nombreux programmes. J'enseigne aussi dans le département des *Women Studies* (études féministes) de la University of British Columbia. Grâce à une bourse de recherche, j'étudie présentement les réformes en santé mentale en Colombie Britannique, en Ontario et au Québec.

La journée d'hier nous a confirmé que le système de santé mentale ne répond pas encore adéquatement aux besoins des femmes. Je parlerai donc de ce qu'il est possible de faire et des modèles de traitement qui sont disponibles pour améliorer le système et offrir un meilleur soutien aux femmes. Je m'inspire grandement de certains ouvrages que le BC Centre of Excellence for Women's Health a publiés, mais je vais aussi communiquer avec vous, le public, pour recueillir votre sagesse et parler des programmes sur lesquels vous travaillez ou que vous connaissez. Le titre de mon atelier, *Le développement de modèles de soins de santé mentale centrés sur les femmes* reflète la terminologie utilisée en Colombie-Britannique pour décrire des modèles de soins qui sont adaptés aux femmes. Les modèles de soins centrés sur les femmes accordent de l'importance au développement de programmes basés sur l'expérience spécifique des femmes.

Je commencerai par vous donner une vue d'ensemble des recherches qui se sont faites dans le domaine de la santé axé sur les femmes. J'essaierai ensuite de parler brièvement du concept de soins axés sur les femmes, pour ensuite présenter quelques modèles de soins axés sur les femmes qui ont été développés en Colombie-Britannique. Je terminerai cet atelier par une discussion générale.

## Les femmes et les hommes dans le système de santé mentale

Ce que nous savons à propos de l'analyse différenciée en milieu psychiatrique est grandement limité par le genre de recherche qui a été faite et le genre de statistiques recueillies. Beaucoup de domaines n'ont pas encore été investigués, en particulier les abus physiques et sexuels chez les enfants de sexe masculin et la victimisation secondaire chez les hommes. Bien que certaines études sur ces phénomènes aient été publiées, il faudrait effectuer beaucoup plus de recherche pour connaître à fond le sujet.

Les femmes sont souvent surreprésentées dans les statistiques d'utilisation des services psychiatriques et de diagnostics de certaines maladies mentales. La raison de cette surreprésentation n'est pas connue. Peut-être leur statut social les rend-il plus vulnérables à certains troubles de santé mentale ; peut-être le système de santé mentale est-il profondément sexiste et est plus enclin à diagnostiquer les femmes comme malades que les hommes. Il est donc important de toujours garder en tête ces deux explications lorsque l'on analyse des statistiques afin de les contextualiser. De plus, plusieurs études ont montré que les femmes recherchant de l'aide ont plus de risques d'être perçues comme « malade » tandis que les hommes, adoptants d'autres comportements à cause d'une socialisation différente, ont plus de risques d'être criminalisés et de finir dans le système pénal plutôt que dans le système de santé mentale. Néanmoins, une femme qui réagit de façon non traditionnellement féminine aux stimuli ou à la maladie aura plus de chance d'être criminalisée. La criminalisation de personnes atteintes de troubles mentaux peut s'appliquer aux hommes et aux femmes.

Plusieurs études confirment que les femmes sont plus souvent diagnostiquées comme ayant certains troubles de santé que les hommes. J'utilise le terme « trouble » avec réserve : je ne tente pas de confirmer la validité de ces diagnostics, mais j'utilise le terme que la littérature scientifique emploie le plus souvent. En général, les femmes sont plus souvent diagnostiquées comme ayant des troubles affectifs, des troubles de la personnalité, du stress post-traumatique, tandis que les hommes reçoivent plus souvent des diagnostics de toxicomanies, d'alcoolisme et de comportements asociaux. On remarque aussi certaines différences dans l'évolution d'une maladie chez les femmes et chez les hommes. Par exemple, dans le cas de la schizophrénie, le début de la maladie est souvent différent chez les hommes et chez les femmes. En effet, la schizophrénie se manifeste plus tard chez les femmes que chez les hommes, et les femmes sont en général moins incommodées par la maladie. Ceci est peut-être dû à des causes biologiques, mais certainement aussi à des causes sociales. Il y a enfin une différence dans les formes de traitements donnés aux hommes et aux femmes et dans l'accès aux traitements.

Certaines études suggèrent que les femmes et les hommes ont des moyens différents pour faire face aux événements qui leur arrivent et signalent leur détresse différemment. Encore une fois, nous ne connaissons pas les causes de ces différences, mais je suis sûre que certains d'entre vous les ont remarquées dans votre travail. Il faut déduire de cette étude que les femmes et les hommes utilisent les services de santé mentale de façon différente ; les femmes recherchent certains types de services tandis que les hommes auront recours à d'autres. Les femmes ont souvent recours à des services hors de l'hôpital et les hommes, à des services à long terme à l'hôpital psychiatrique. À l'hôpital Riverview, par exemple, 60 % des patients sont des hommes. Une étude que j'ai dirigée montre que les femmes sont réticentes à utiliser certains types de service par souci de sécurité personnelle ; plusieurs femmes interviewées ont mentionné qu'elles ne fréquentaient pas les groupes communautaires et les centres de crise parce qu'ils sont en général dominés par des hommes.

---

*Commentaire* : je travaille à *Peggy's Place*, une maison de transition pour femmes avec troubles de santé mentale sous l'égide de l'organisme *The Kettle*. Cette dernière a récemment mis sur pied une salle de consultation entièrement féminine. C'était une nécessité, car lorsqu'une femme arrive à *The Kettle*, elle se fait souvent draguer par les hommes présents, ce qui peut être extrêmement terrifiant. Cette situation de harcèlement sexuel constant est une différence majeure entre l'expérience des femmes et des hommes.

*Réponse de madame Morrow* : Nous observons une situation similaire dans la partie est du centre-ville de Vancouver, une des régions les plus pauvres du Canada, où la population vit en grande partie dans des chambres payées à la journée ou à la semaine. Plusieurs femmes qui quittent le système psychiatrique se retrouvent dans ces habitations, où, encore une fois, elles ne se sentent pas en sécurité. De plus, elles sont réticentes à emmener leurs enfants avec elles à cause du haut taux de violence et de consommation de drogue de cette région.

---

J'aimerais maintenant parler de certaines barrières culturelles et linguistiques. Certaines études que j'ai conduites démontrent que le racisme ainsi que le processus d'immigration peuvent avoir un effet considérable sur la santé mentale. En fait, les gens qui ne sont pas de race blanche ont tendance à être hospitalisés contre leur gré et reçoivent généralement plus de diagnostics de pathologie que les personnes blanches. Pour les populations des Premières Nations, certains facteurs, tels les expériences de colonisation ou les pensionnats scolaires, ont des impacts considérables sur leurs santé mentale. Il ne faut jamais oublier, lorsque l'on parle d'analyse différenciée selon les sexes, qu'il existe au sein de chaque groupe une immense diversité de facteurs déterminants : pauvreté, homophobie, racisme, etc. Nous commençons seulement à comprendre comment certaines personnes vivent de la discrimination lorsqu'elles sortent du cadre rigide de l'identité sexuelle. Par exemple, nous savons que les gens qui s'identifient comme transsexuels vivent beaucoup de discrimination et de violence. Les études sur le sujet sont cependant très rares.

La maternité est une autre grande différence entre les sexes. La mère reste la principale responsable des enfants, mais est souvent aussi responsable de son conjoint ou de ses parents âgés. Les femmes font face à un type spécifique de stress relié à ces responsabilités. Or, le système de santé ne répond pas adéquatement aux femmes qui ont des enfants, et leur rôle de mère n'est souvent pas pris en considération lors de la planification de leur traitement. En fait, plusieurs femmes psychiatriquées perdent la garde de leurs enfants, et une étude à laquelle j'ai participé met en évidence le manque de soutien aux femmes psychiatriquées qui veulent garder contact avec leurs enfants. Les femmes en prison forment aussi un groupe marginalisé, et les troubles de santé mentale auxquels ils font face sont sous-étudiés. Heureusement, un certain changement est perceptible en Colombie-Britannique, et nous voyons apparaître quelques programmes innovateurs, dont des logements permanents pour mères avec troubles de santé mentale. Les femmes âgées forment aussi l'un des groupes les plus pauvres et les plus isolés au Canada. Certaines études ont aussi montré que ces femmes sont disproportionnellement traitées aux électrochocs. Quant aux jeunes, il faut se rappeler qu'ils ont des besoins différents des personnes plus âgées et peuvent se retrouver pris entre différents types de services. Par exemple, en Colombie-Britannique, un individu est sous la protection du ministère de l'Enfance et de la Famille jusqu'à l'âge de 19 ans, après quoi l'individu devient sous la protection du ministère de la Santé. Ce changement peut créer des problèmes de continuité des soins. Enfin, quelqu'un ici a mentionné les femmes avec des handicaps intellectuels ou de développement. Il est très important d'étudier ces femmes pour déterminer les problèmes auxquels elles font face. On développe en ce moment un projet en Colombie-Britannique pour les femmes avec handicap intellectuel qui semble très encourageant.

Nous savons que la violence dépasse toutes les barrières de classes et de race. Néanmoins, selon toutes les statistiques, les femmes subissent plus de violence que les hommes, et peuvent en être victimes à n'importe quel moment de leur vie.

---

*Commentaire :* Il est très difficile de consulter un bon psychologue au Québec si l'on n'a pas l'argent pour payer pour des consultations privées. Quand j'ai eu besoin de thérapie, je n'avais pas d'argent. Comme il est impossible d'avoir un bon thérapeute à l'hôpital, j'ai décidé de me joindre à un groupe d'entraide, Alcooliques Anonymes. C'était pour moi un endroit sécuritaire où je pouvais me ressourcer. Au début, mon apparence n'était pas très avenante : j'arborais le look punk. À mesure que je guérissais, je suis devenue plus attirante sexuellement, et le harcèlement sexuel par les membres masculins du groupe a commencé. J'ai tenté de contacter le bureau chef d'Alcooliques Anonymes pour suggérer des rencontres unisexes, mais j'ai eu beaucoup de difficulté à me faire entendre. En 2001, le bureau chef m'a répondu, me disant que si j'avais de la difficulté à évoluer dans un environnement mixte, le groupe Alcooliques Anonymes pourrait être une bonne façon de travailler sur ce problème. Cette réponse n'était pas professionnelle. Il est évident que lorsque l'on est instable émotivement, comme les membres de Alcooliques Anonymes peuvent l'être, on peut rechercher des stimuli sexuels et émotifs pour guérir certaines blessures ; certaines pulsions sont incontrôlables et il faut des barrières pour prévenir les réactions comme le harcèlement. Des groupes unisexes auraient pu être une solution, mais Alcooliques Anonymes ne voulait rien entendre de cette solution.

*Commentaire :* J'ai une question à propos du sujet de la maternité. Un livre a récemment été publié par l'association canadienne de la schizophrénie, appelé *Comprendre la schizophrénie : une lueur d'espoir*. J'ai commencé à le lire avant de le distribuer à mes intervenantes, et un chapitre parlait des mères schizophrènes. Ce chapitre peignait un portrait très négatif des mères schizophrènes, et semblait conclure que les femmes schizophrènes ne devraient jamais être mères. Malheureusement, les informations contenues dans ce chapitre ne semblaient pas s'appuyer sur des recherches sérieuses. Savez-vous s'il existe des études sur les mères schizophrènes?

*Réponse de madame Morrow :* Malheureusement, cela semble être l'opinion répandue depuis plusieurs années. La littérature psychologique et psychiatrique blâme souvent les mères, comme vous l'avez constaté dans le livre que vous avez lu. Cela dit, je crois quand même que certaines études progressistes ont été publiées, montrant que plusieurs femmes avec diagnostics de troubles de santé mentale sont en fait des mères tout à fait compétentes. Ceci dépend évidemment du genre de soutien psychologique et pécuniaire qu'elles reçoivent. Évidemment, même avec beaucoup de soutien, certains hommes et certaines femmes ne pourront jamais être de parents adéquats. Néanmoins, il faut toujours donner aux gens la chance d'être de bons parents.

*Commentaire:* Lorsque je suis entrée dans le système psychiatrique, j'ai eu l'impression que les femmes n'avaient pas droit à une vie sexuelle, encore moins à une vie de mère. J'ai trois enfants et je me suis battue pour les avoir et les garder. Je voudrais mentionner que la maternité est une force qui motive les femmes et crée un système de survie. De plus, je connais beaucoup de femmes ayant des troubles de santé mentale, et il me semble qu'elles sont très motivées à rechercher du soutien.

*Réponse de madame Morrow:* Effectivement, des études ont démontré que la maternité est un facteur important dans le maintien du bien-être chez la femme.

---

Nous avons parlé de l'effet des conditions sociales sur la santé mentale des femmes. Je veux maintenant mentionner que certaines études suggèrent que certaines différences biologiques soient un déterminant de la santé mentale. Une de ces différences est la façon dont le corps de la femme et de l'homme répond différemment aux médicaments psychotropes. En effet, les différences de masse corporelle et de masse musculaire font varier le taux d'absorption des médicaments. De plus, le taux métabolique varie selon le sexe. La recherche dans cette direction est récente, mais est à prendre en considération, particulièrement parce que plusieurs femmes vivent de la surmédication. Malheureusement, la plupart des études sont effectuées uniquement avec des hommes. Il serait primordial pour les chercheurs d'être conscients des différences biologiques entre les sexes. Il ne faut pas perdre de vue, par contre, que les différences entre les sexes ne sont certainement pas que biologiques : elles sont aussi sociales.

## **Soins de santé axés sur les femmes**

Je voudrais maintenant parler du concept de « soins de santé mentale axés sur les femmes » et des programmes mis sur pied comme alternatives au modèle biomédical. Je crois que la plupart du travail progressiste et alternatif est effectué dans le milieu communautaire, mais je sais que certains programmes, dont celui de Kathleen Whipp, peuvent aussi être progressistes et innovateurs.

Les modèles de soins axés sur les femmes viennent du mouvement pour la santé des femmes. Ces modèles ont été développés parce que les femmes ne trouvaient pas que le système médical répondait adéquatement à leurs besoins. Ils ont été conçus en demandant aux femmes ce dont elles avaient vraiment besoin et ce qui les aide vraiment. Voici quelques éléments qui sont ressortis de certains modèles axés sur les femmes :

- La reconnaissance du rôle de la femme comme experte à propos de sa propre vie. C'est l'élément primordial à considérer lorsque l'on développe un programme de soins pour les femmes.
- La reconnaissance de la complexité et la diversité de la vie des femmes. Il faut se rappeler que les femmes sont toutes différentes et qu'elles ont des besoins différents selon leur position sociale, leurs problèmes personnels, etc.
- Contextualiser la vie des femmes selon la situation sociale, politique et économique des femmes. Je crois que le terme *bio-psychosocial* oublie en fait les facteurs politiques et économiques, qui sont en fait très importants lors de la création de programmes; des circonstances comme la pauvreté sont primordiales pour la compréhension des femmes et pour prévenir les troubles de santé.

---

*Commentaire:* Je crois qu'il faut beaucoup travailler au niveau économique. J'ai connu une travailleuse sociale qui promettait cinq dollars à une patiente à chaque fois qu'elle viendrait pour une injection d'antipsychotiques, parce que la cliente

voulait arrêter son traitement. C'était un geste déplacé qui encourageait la dépendance au système, car bien que pour certains, cinq dollars ne soient pas beaucoup, pour la patiente, c'était une somme considérable.

*Commentaire* : J'ai lu dernièrement un document publié par la Commission gouvernementale pour la sécurité au travail, dans lequel on donne des conseils sur la façon de travailler avec des clients potentiellement dangereux, comme des délinquants juvéniles ou des pères voulant la garde de leurs enfants. Ces gens étaient dépeints comme des animaux dangereux. Je sais d'expérience que la pauvreté peut transformer complètement une personne au point de la faire ressembler à un animal. La pauvreté raccourcit considérablement la perspective d'une personne. De plus, la pauvreté est une situation extrêmement déstabilisante pour les enfants, qui souffrent d'être si différents de leurs pairs. Par contre, il est choquant de voir qu'une publication comme celle de la Commission gouvernementale pour la sécurité au travail n'offre pas de solutions pour ces « animaux » qui cherchent de l'aide.

---

## **Les modèles basés sur l'analyse différenciée selon les sexes**

Je voudrais maintenant parler de quatre projets novateurs en santé mentale, conçus spécifiquement pour les femmes qui ont des problèmes de santé mentale chroniques et persistants, dans quatre communautés différentes en Colombie-Britannique. Ces programmes ont été financés par une initiative spéciale du Ministère des Services de Santé de la Colombie-Britannique et ont été dirigés et évalués par le British Columbia Centre of Excellence for Women's Health de 2000 à 2002.

Deux des projets utilisaient le soutien par les pairs : l'un donnait aux femmes des options de traitement (incluant l'accès à des praticiens alternatifs) afin d'explorer le rôle du choix du traitement dans la guérison chez les femmes ; l'autre mettait en place une reconception d'un programme de soutien par les pairs traditionnel afin de mieux répondre aux besoins uniques des femmes. Ces deux projets ont été conçus et dirigés par des utilisateurs et chacun de ces projets explore les effets de la capacité créatrice des femmes et leur leadership, éléments considérés comme une partie intégrante de la réappropriation de pouvoir et du bien-être.

Les deux autres projets impliquaient des professionnels de la santé mentale dans la direction de programmes destinés à des groupes de femmes particulièrement marginalisés. Dans le premier cas, un groupe de thérapie unique a été conçu pour les femmes avec problèmes de santé mentale, handicaps et expériences d'abus. Dans le dernier projet, des femmes avec troubles de santé mentale qui sont mères de jeunes enfants ont fait partie d'un groupe appelé « Theraplay » (Thérapie-jeu), groupe qui fournissait un environnement sécuritaire et qui offrait du support afin que les femmes puissent explorer et améliorer la relation avec leurs enfants.

## **Modèles alternatifs de thérapie par le soutien par les pairs**

Un des projets a été mis sur pied dans la petite communauté rurale de William's Lake, et l'autre, à Vancouver. Le premier projet a été établi en collaboration avec le centre local pour les femmes et l'organisme pour les survivantes de traumatismes. Dans cette communauté, un nombre de groupes communautaires avaient été mis sur pied. Un modèle de groupe s'appelait *Bridges*. Les femmes qui l'avaient fréquenté avaient mentionné qu'il serait utile d'avoir un groupe pour femmes seulement pour parler de sujets spécifiques aux femmes. La subvention leur a donné l'opportunité de développer un tout nouveau groupe de support pour femmes. À travers un programme de collaboration avec les femmes de la communauté, elles ont déterminé ce que les femmes attendaient d'un tel programme et ce dont elles voulaient parler. Il était clair dès le départ que les femmes voulaient avoir accès à une certaine éducation touchant la médication, la violence et les ressources disponibles. Elles voulaient parler de leur expérience dans le système psychiatrique et de leurs expériences de victimisation secondaire. Dans ce projet, l'éducation était un point central ; elles voulaient de l'information à propos d'elles-mêmes et de leurs troubles de santé mentale, mais aussi à propos du système de santé mentale et de la façon dont elles pouvaient utiliser les ressources disponibles à bon escient. De plus, elles voulaient avoir accès à un endroit sécuritaire où elles pourraient recevoir du soutien. Finalement, elles désiraient avoir le choix parmi plus de types de soins de santé mentale. Ce dernier but n'a pas été complètement atteint, car son succès dépendait beaucoup des ressources disponibles dans leur milieu.

Le groupe a été créé et est administré par environ quinze femmes. William's Lake est une petite communauté, entourée de quelques petits villages. La région a le plus haut taux d'hospitalisations dues à des troubles de santé mentale en Colombie-Britannique : 10 par 1000 habitants, ce qui veut dire environ 400 hospitalisations par année. Dans certaines de ces communautés rurales, les services psychiatriques ne sont pas toujours disponibles ; nous connaissons quelques endroits où les patients en crise sont détenus dans des cellules de prison jusqu'à ce qu'ils puissent être transférés à un hôpital psychiatrique. Les groupes de soutien par les pairs ont donc un rôle crucial dans ces communautés isolées.

L'autre projet de soutien par les pairs s'appelait *Whole Women Project* et a été développé à Vancouver. C'était un projet similaire, mais qui était administré par un réseau de soutien, lui-même dirigé par des survivantes qui étaient très intéressés par les alternatives à la psychiatrie. Cet organisme offre beaucoup de soutien aux survivantes qui veulent utiliser la psychiatrie traditionnelle ainsi qu'à celles intéressées par les alternatives. Ce projet était unique parce qu'il donnait aux femmes la possibilité d'explorer des soins alternatifs pour déterminer s'ils étaient bénéfiques pour leur guérison. Un des plus importants problèmes du système de santé mentale est qu'il offre très peu de choix : il est encore fortement axé sur la psychiatrie sauf pour les gens qui possèdent l'argent nécessaire pour choisir des alternatives comme le counseling ou de la psychothérapie. Dans ce projet, les femmes avaient accès à diverses formes de psychothérapie ainsi qu'aux services d'une nutritionniste (ce que beaucoup de femmes avaient demandé), à la thérapie par le massage et à d'autres alternatives qui pourraient améliorer leur santé mentale. Des ateliers étaient donnés sur chacune de ces alternatives afin que les femmes puissent faire un choix éclairé.

Chacun de ces projets a été évalué, car nous croyions qu'il était primordial de créer un corpus d'études sur ces projets afin de démontrer leur efficacité (ou leur échec, le cas échéant) afin de bâtir des arguments pour encourager la subvention des projets qui fonctionnent. Notre étude n'est pas d'envergure à démontrer qu'ils aident réellement les femmes, mais elle a donné un point de départ pour de la recherche éventuelle et de la discussion.

### **Modèles assistés par des professionnels**

Les deux autres projets dont je voulais parler sont ce qu'on appelle des « modèles assistés par des professionnels ». Ces projets n'ont pas été pensés par des utilisatrices, mais par des professionnels de la santé mentale. Cependant, des utilisatrices ont été consultées et se sont impliquées activement dans le développement de ces projets. Le premier, *Improving mental health outcomes for women diagnosed with serious mental illness and developmental disabilities who have violence and trauma histories*, est très novateur. Les dirigeants de ce projet ont travaillé avec un groupe de femmes très marginalisées qui avaient un historique de traumatismes, mais qui n'en avaient jamais parlé et qui n'avaient jamais reçu de soutien. Ce projet comptait six femmes qui travaillaient de pair avec un thérapeute pour développer un modèle de soutien personnalisé. Ce n'était pas qu'un modèle pour les femmes, mais aussi pour la famille et les amis de ces femmes ; c'était donc un modèle thérapeutique et éducatif. Ils ont rassemblé toutes des ressources pour les professionnels travaillant dans le milieu communautaire et pour les membres de la famille. Ce modèle était respectueux des femmes et leur donnait le temps de trouver ce dont elles avaient vraiment besoin.

Le quatrième projet, *Theraplay for Mothers*, s'appuyait sur un modèle qui avait été développé sans jamais être appliqué. Le programme offrait aux mères avec troubles de santé mentale ayant des enfants sous l'âge de deux ans un espace où elles pourraient interagir avec leurs enfants dans un environnement sécuritaire et parler de leurs préoccupations personnelles, sociales et pécuniaires avec des professionnels. De dix à quinze femmes ont participé à ce projet.

### **Conclusion**

L'évaluation de chacun de ces projets suggère que les modèles, bien que limités dans leur capacité de répondre aux besoins à long terme des femmes, sont utiles pour tester et évaluer des programmes novateurs. De plus, ces modèles peuvent fournir des preuves quant aux types de programmes qui sont les plus utiles aux femmes avec troubles de santé mentale. À partir du *Demonstration Projects Initiative*, nous avons conclu que les programmes de soutien par les pairs spécifiques aux femmes peuvent fournir de l'information importante et du soutien social aux femmes ayant des problèmes de santé mentale, éléments qu'elles ne retrouvent pas dans les groupes mixtes. Nos données suggèrent que ces groupes ont un rôle significatif pour que les femmes comprennent mieux leurs troubles de santé mentale et pour leur capacité de naviguer dans le système de santé mentale, ce qui peut les aider à trouver les soins dont elles ont besoin. De plus, nous savons mieux quelles approches thérapeutiques sont utiles pour travailler avec des groupes qui sont généralement laissés

de côté dans le système de santé mentale – en particulier les mères avec problèmes de santé mentale et les femmes avec problèmes de santé mentale et avec un handicap qui vivent les effets de l’abus sexuel. Finalement, chacun de ces projets a révélé que la capacité créative et le leadership des utilisatrices et de la communauté sont des composantes importantes du développement efficace de programmes pour femmes.

## Commentaires et description d’autres programmes

*Commentaire* : J’ai participé à un programme appelé Chez Doris, qui est, je crois, le premier programme pour femmes à Montréal. Il n’y a pas assez de refuges pour femmes à Montréal, particulièrement dans la situation économique actuelle : il y a beaucoup de pauvreté et les appartements sont chers. Chez Doris est ouvert sept jours par semaine, et ils ont des étudiantes en droit qui offrent leur aide. Ils offrent aussi des activités sociales.

*Commentaire* : Mon CALACS local est une véritable force pour moi. J’y suis allée il y a trois ou quatre ans, et j’y ai reçu des services et du soutien avec une perspective féministe. Même maintenant, je peux y aller si je traverse une phase difficile. Les intervenants connaissent mon historique, et m’aident gratuitement. Je suis une militante à mon CALACS et j’ai beaucoup de respect pour eux.

*Commentaire* : Le Réseau des femmes des Laurentides est un regroupement de groupes de femmes, qui inclut des organismes communautaires, des syndicats, et d’autres organismes. Nous voulions une maison pour les femmes avec troubles de santé mentale; pendant deux ans, le Réseau a travaillé sur ce projet via un comité. Lorsque la planification a été terminée, nous sommes allés voir la Régie régionale de la santé et des services sociaux, qui nous a dit que notre projet n’était pas prioritaire. Tout notre travail est tombé à l’eau. Je sais maintenant que la barrière principale à de tels projets est l’argent. On nous dit que le gouvernement veut implanter des ressources utilisant l’analyse différenciée selon les sexes, mais en fait, le gouvernement ne prend aucune mesure.

*Commentaire de Kathleen Whipp* : Je suis étonné du nombre de communautés dans lequel les femmes se regroupent et crée des projets comme ceux qui ont été décrits; je l’ai remarqué à Vancouver, à Toronto, à Ottawa, et dans plusieurs autres villes. Peut-être ces groupes devraient-ils se rassembler et créer un mouvement national, car il est décourageant de voir tant de femmes revendiquer la même chose et ne pas être écoutées ou prises au sérieux.

*Commentaire* : Je crois que ce qui pourrait être utile aux femmes, plutôt que les réseaux de soutien, serait des réseaux d’éducation. Le soutien est seulement temporaire et ne règle pas le genre d’abus que l’on subit lorsque l’on vit dans la pauvreté. De mon côté, j’ai décidé d’entreprendre une thérapie avec des prêtres, qui offrent une thérapie transactionnelle très intéressante, exempte de religion. En même temps, ils offrent une bonne éducation, expliquant par exemple ce qu’est une névrose. Je n’ai pas trouvé ce genre d’éducation dans les CALACS.

## Bibliographie

British Columbia Ministry of Women’s Equality. *Gender Lens: A Guide to Gender-inclusive policy and program development*. Victoria: Ministry of Women’s equality, 1997.

British Columbia Ministry of Women’s Equality. *Women count: a statistical profile on women in British Columbia (3e édition)*. Victoria: Ministry of Women’s Equality, 1998.

Health Canada. *Health Canada’s Gender-based Analysis Policy*. Ottawa: Health Canada, 2000.

Health Canada. *Health Canada’s Women Health Strategy*. Ottawa: Health Canada, 1999.

Morrow, M. with M. Chappell. *Hearing Women’s voices: Mental health care for women*. Vancouver, The British Columbia Centre of Excellence for Women’s Health, 1999.

Morrow, Marina et al., *Sex, Gender and Mental Health in Canada: An Overview of Research and Policy*. Vancouver, British Columbia Centre of excellence for Woman’s health, 17 p.

Perderson, A., Groaves, L., Haskivsky, O., Morrow, M. (en cours d'impression). *Exploring Concepts of Gender and Health*. Ottawa: Health Canada.

Statistics Canada. *Women in Canada 2000: A gender-based statistical report*. Ottawa: Ministry of Industry, 2000.

Status of Women Canada. *Gender-based Analysis: A Guide for Policy-making*. Ottawa, Status of Women Canada, 1996.

Vancouver/Richmond Health Bond. *A Framework for Women-Centered Health*. 2001.

Jonikas, J., Bamberger, I., and A. Laris. *Having our say: Women mental health consumers/survivors identify their needs and strengths*. Chicago, University of Illinois. 1998.

## LA FORMATION DES INTERVENANTES

# Formations concernant les femmes et la santé mentale données auprès des organismes communautaires pour femmes

### Fernande Ménard, formatrice

*Fernande Ménard est formatrice en intervention féministe et en santé mentale des femmes.*

---

### Introduction

Je m'appelle Fernande Ménard et je travaille dans le domaine de la santé mentale des femmes depuis près de vingt ans. J'ai travaillé avec des femmes vivant des problèmes de santé mentale pendant huit ans. J'ai aussi préparé un rapport du comité de travail sur les services en santé mentale pour les femmes, appelé « Écoute-moi quand je parle ». Nous parlerons aujourd'hui de ce que l'on peut faire pour effectuer un changement de culture et faire tomber des barrières.

Je voudrais mentionner quelques petites choses avant de commencer. Les formations que je donne s'adressent nécessairement aux groupes communautaires. Je souhaite que les femmes qui travaillent dans le réseau de la santé mentale ne se sentent pas visées par ce que je dis, car c'est un contre discours au travail que vous faites, qui est d'ailleurs essentiel. Le point de vue que je présente est une autre façon d'aborder le travail avec les femmes vivant des troubles de santé mentale. Les formations que je donne s'adressent aux femmes qui ne travaillent pas spécifiquement en santé mentale, mais dont la clientèle a de plus en plus de problèmes. La formation sert donc à aider ces femmes à aider les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Après avoir fait le tour du Québec et après avoir donné beaucoup de formation, j'en suis venue à dire que la formation que je donne est une réflexion guidée. Je ne prétends pas détenir la vérité et je dois admettre que tout ce que j'ai appris sur la santé mentale des femmes, je l'ai appris des femmes elles-mêmes. J'ai côtoyé presque mille femmes ayant des problèmes de santé mentale et j'ai eu la chance de recueillir les connaissances qu'elles m'ont apportées. Je suis extrêmement reconnaissante envers ces femmes. Je n'ai donc pas de connaissances documentées ou littéraires, mais plutôt des connaissances venant du terrain.

Je commencerai par expliquer la démarche qui m'a menée à donner de la formation. J'ai travaillé huit ans dans la seule maison d'hébergement pour femmes en dépression au Québec. J'ai rencontré beaucoup de femmes, presque 850 à cette maison ; je les ai toutes interviewées et j'ai passé plusieurs heures avec chacune d'entre elles. J'ai acquis un bagage de connaissances inouï, que j'ai organisé lorsque j'ai commencé à travailler sur « Écoute-moi quand je parle ». Après la publication de ce document, on m'a demandé de donner de la formation. J'ai commencé à en donner dans une région du Québec, après quoi le Regroupement des centres de femmes m'a demandé de bâtir une formation de deux jours pour l'ensemble de ses membres. L'R de centres de femmes m'avait déjà demandé, pendant que je travaillais sur « Écoute-moi quand je parle », de recueillir ce que les intervenantes pensaient des problèmes qui se vivaient chez elles. Ce qui est ressorti, c'est qu'elles sentaient un besoin de formation urgent. Elles se sentaient incompetentes (bien qu'elles ne le soient pas) parce qu'elles n'avaient pas de diplôme, parce qu'elles n'avaient pas reçu de formation en santé mentale, parce qu'elles ne savaient rien sur les diagnostics et parce qu'elles n'étaient pas à la fine pointe de l'information sur la médication. J'ai donc bâti pour ces intervenantes une formation qui collait à la réalité des centres de femmes puisqu'ils ont participé à la monter. Après que j'ai donné la première formation, nous l'avons évaluée et corrigée. J'ai ensuite suggéré aux centres

de femmes en région de demander des subventions aux Régies régionales de la Santé et des Services sociaux, subventions qu'ils ont obtenues. Seulement deux régions ont refusé de financer la formation. J'ai donc réduit mes cachets pour ces régions, qui m'ont finalement reçue. En fin de compte, je suis allée dans toutes les régions du Québec. J'ai appris énormément et réalisé que les intervenantes ont des connaissances et des compétences que je ne possède pas ; c'est pour cette raison que ma formation est plutôt une réflexion dirigée. Des maisons d'hébergement et des CALACS m'ont ensuite sollicitée. Les formations que je donne sont toujours modelées sur les besoins spécifiques des groupes à qui je les donne ; je n'ai pas de formation prête à l'emploi. Par exemple, j'ai donné une formation à des groupes mixtes sur la condition des femmes et sur l'approche féministe, sujets que je n'ai généralement pas à aborder avec des intervenantes dans des centres de femmes. J'ai donc une banque de sujets et je demande toujours au groupe qui m'emploie de spécifier leurs besoins pressants, là où ils se sentent le plus inadéquats. Nous déterminons ensuite à partir de ma banque de sujets ce dont je vais parler. Il y a certains sujets que je n'aborde jamais, comme la nomenclature des diagnostics et des médicaments. Une grande partie de la formation pour les centres de femmes confrontait les principes d'intervention avec leurs pratiques ; une autre partie était une rencontre avec les ressources alternatives en santé mentale, qui a été un échec total. Ces formations ne s'adressent pas à des groupes dont la clientèle est d'abord sévère et persistante, ou psychotique, ou en délire. On ne peut donc pas comparer le type d'intervention que l'on pratique dans les centres de femmes ou dans les maisons d'hébergement avec ce qui se fait à l'hôpital. Les formations s'adressent à celles qui travaillent avec des femmes souffrantes psychologiquement, en détresse psychologique, mais qui ne sont surtout pas « malades mentales ».

## Contenu des formations

J'ai participé au travail sur l'approche différenciée selon les sexes du Ministère, et je me suis rendu compte qu'il est vrai que les problèmes de santé mentale chez les hommes et chez les femmes sont deux mondes complètement différents. Il est intéressant de le voir concrètement, car ça confirme notre droit d'avoir une approche féministe spécifique aux femmes.

Dans les centres de femmes et dans les maisons d'hébergement, de plus en plus de femmes arrivent avec des problèmes de santé mentale, en particulier des problèmes sévères. Malheureusement, les intervenantes ne savent pas quoi faire, face à ces problèmes. J'essaie donc de développer trois stratégies de travail qui conviennent bien aux femmes.

La première est l'écoute individuelle. Les centres de femmes ont en général une approche fondamentalement collective. Or, pour travailler avec des femmes ayant des problèmes de santé mentale, il faut mettre l'accent sur l'écoute individuelle. Il faut aussi que cette écoute individuelle soit dirigée. En effet, on dit souvent qu'il faut laisser les femmes parler de ce qu'elles veulent. Mais parfois, les intervenants ont besoin de savoir certaines choses, comme par exemple si la femme mange adéquatement ou si elle est logée. Il faut que cette écoute soit respectueuse, en particulier des silences. L'écoute doit croire la femme, ses délires et ses hallucinations ; il ne s'agit pas de croire aux délires eux-mêmes, mais il faut croire qu'ils sont réels pour la femme. Même si certaines femmes mentent, il faut se rappeler que tout, dans la vie, nous ment : les gens, la publicité, la médecine, les compagnies pharmaceutiques, etc. Croire les femmes est fondamental.

La deuxième stratégie est l'action. Je vous rappelle que la formation a été montée d'abord et avant tout pour les centres de femmes, qui font de l'action collective. Il est absolument essentiel lorsqu'on travaille avec des femmes en détresse psychologique de passer à l'action individuelle. De petites actions, surtout : il ne faut pas demander à une femme avec une estime d'elle à zéro d'aller manifester avec 25 000 personnes. Il faut, pour l'aider à retrouver son estime de soi, travailler par action individuelle. De plus, il ne faut pas attendre des femmes qu'elles s'impliquent nécessairement politiquement et socialement. Comme dans la population, certaines le feront et la plupart ne le feront pas.

La troisième stratégie est la question de la colère. Je ne vous cacherai pas le fait que les femmes ont peur de la colère. Le problème, c'est qu'il faut en discuter, car la non-expression de la colère chez les femmes avec troubles de santé mentale peut être beaucoup plus dommageable que son expression. Il faut que les intervenants voient que certaines expressions de colère sont acceptables, dans certains lieux spécifiques.

L'autre grand sujet abordé au cours de mes formations est la biopsychiatrie. La biopsychiatrie est divisée en deux : le diagnostic et la médication. Ce sont deux choses qui doivent être séparées. Dans la première partie de la formation, je démolis par tous les moyens le diagnostic. Le psychiatre ou le psychologue ont peut-être besoin d'un diagnostic, mais les gens qui travaillent dans le milieu communautaire n'en ont absolument pas besoin, d'abord parce qu'il est souvent erroné, ensuite parce qu'il catalogue les femmes. De plus, il est dangereux, entraînant la femme à s'identifier à son diagnostic, ce qui la limite dans ses démarches. C'est pourquoi, à mon avis, le diagnostic devrait être proscrit dans les groupes. Il est un

jugement extérieur à la femme, qui ne laisse pas de place à l'émotion ou au changement. L'alternative au diagnostic est la communication : lorsque l'on a réussi à établir une bonne communication avec une femme, le diagnostic devient inutile. Cette communication présente toujours le risque d'aborder des sujets difficiles pour la femme, sujets qui enclencheront des réactions vives. Or, si on l'écoute bien, on se rendra vite compte de ces sujets. Quand on parle aux femmes, ce n'est pas pour les évaluer : c'est pour évaluer notre propre capacité à les aider.

Il ne faut pas oublier que pour un psychiatre, un psychologue ou une travailleuse communautaire, certains états de détresse ne se guérissent pas. On peut essayer d'aider les femmes à vivre avec leur souffrance, à la diminuer, à trouver des outils pour mieux fonctionner et aller chercher du plaisir dans la vie, mais on ne peut guérir. Ce qui me pousse à agir depuis plusieurs années sont les dires d'un psychanalyste, selon lesquels la désorganisation (selon lui, un épisode psychotique est une désorganisation) reflétait l'impuissance de la personne. Il disait aussi que l'impuissance de la personne renvoyait à sa propre impuissance ; que c'est seulement au moment où l'on accepte notre propre impuissance que l'on peut être à l'écoute. Il faut donc oublier la performance, la nécessité d'avoir des résultats, et tous les concepts qui nous sont donnés dans notre travail, et c'est très difficile.

Ce que je trouve particulièrement intéressant dans la thérapie, c'est la capacité de faire des choix. Je crois que c'est difficile dans une institution, car faire des choix, c'est souvent aller à l'encontre des politiques. Dans notre approche, la capacité de faire des choix devient essentielle. Lorsque les femmes sont déprimées ou malades, elles ont l'impression qu'elles ne peuvent plus faire de choix. Quand elles vont à l'hôpital ou voir leur médecin, elles en sortent, souvent surmédicamentées. Le problème, c'est que l'on laisse ces femmes avec une surmédication. Je dois préciser que je ne suis pas contre la médication. Pour moi, le diagnostic et la médication sont deux choses différentes qu'il faut traiter différemment. Une intervenante communautaire n'a pas le droit d'empêcher les femmes de prendre leur médication. Il semble qu'à certains moments, la médication soit nécessaire ; pour surmonter une crise, par exemple. Je trouve par ailleurs essentiel d'essayer d'aider la femme à devenir critique face à sa médication. Dans les centres de femmes, dans les maisons d'hébergement et dans certains CALACS, certaines femmes dorment durant les activités ; on peut se douter qu'elles sont surmédicamentées. Mais personne n'a le droit de dire à une femme d'arrêter de prendre ses médicaments. Par ailleurs, une démarche appelée « La gestion autonome de la médication de l'âme », est proposée par les ressources alternatives en santé mentale en collaboration avec le médecin. La gestion autonome implique la connaissance du médicament, de son utilité et de ses effets, une réflexion personnelle sur la place de la médication dans sa vie et des outils pour aider, le cas échéant, à diminuer progressivement les médicaments. Il est probablement souhaitable que les femmes soient encadrées dans leur démarche. Les ressources alternatives en santé mentale sont disponibles pour encadrer les personnes qui veulent gérer leur médication ; elles reçoivent de la formation à ce sujet et s'organisent pour que le médecin soit d'accord avec cette gestion autonome. Je répète que les intervenantes dans une maison d'hébergement ou un centre de femmes ne peuvent pas couper la médication à quelqu'un. Si une personne est désorganisée, il faut la faire hospitaliser. C'est un problème, parce que lorsque les femmes arrivent en maison d'hébergement, elles se sentent en sécurité et décident d'arrêter toute médication. Il faudrait peut-être que les intervenantes en maison d'hébergement se renseignent sur les médicaments que les femmes prennent et donnent de l'information sur la gestion de la médication.

## **Conclusion**

Je vous invite à réfléchir sur la problématique de la médication et à faire appel à des intervenantes du milieu qui pourront vous aider à réfléchir et à revoir vos pratiques.

Toutes ces formations ont une base commune. Deux choses sont importantes. La première est que tout ce que l'on dit, fait ou offre doit être axé sur l'authenticité de l'intervenante, ce qui inclut être capable de fixer ses limites. La deuxième est le respect de soi et des autres. Si l'on a ces deux qualités, on ne peut pas se tromper.

Finalement, je crois que lorsqu'on travaille avec des personnes souffrantes émotivement, ce qui est le plus important au-delà de toutes les connaissances théoriques, c'est le travail que nous faisons sur nous-mêmes. Il est fondamental. Si l'on n'identifie pas ses forces, ses peurs, ses faiblesses, ses limites et ses valeurs, on ne peut pas faire un bon travail.

## LA FORMATION ET LA SENSIBILISATION DU PERSONNEL HOSPITALIER

### La sécurité des patientes avec historiques de traumatismes hospitalisés en psychiatrie

#### **Kathleen Whipp, MSW.**

*Kathleen Whipp est psychothérapeute et formatrice à Vancouver. Elle a fait une maîtrise en travail social à l'Université Carleton à Ottawa, a dirigé plusieurs ateliers de formation, notamment sur la sécurité des patients traumatisés à l'hôpital, les techniques de contention sécuritaires, ainsi que les parcours de survivantes d'inceste en milieu psychiatrique.*

---

L'atelier a présenté :

- Un aperçu du contenu de la formation pour tous les intervenants, « Seeking Solace and Safety » (Chercher réconfort et sécurité), offert à l'hôpital Riverview<sup>1</sup>.
- Des stratégies aidant à donner la formation à la totalité de l'organisme.

*« Le travail pour prévenir les traumatismes liés au système de santé mentale... Les gens, en particulier les femmes qui ont été agressées ou abusées dans le passé, mentionnent souvent que le système de santé réactivent le traumatisme d'origine. »*

— *Le rapport de l'Advocate en santé mentale de la Colombie-Britannique, 2000*

Une formation interdisciplinaire pour tout le personnel clinique, issue d'une collaboration, a été mise sur pied pour promouvoir le rétablissement sécuritaire et prévenir la retraumatisation des patients avec historique de traumatisme à l'hôpital (psychiatrique) Riverview. Ce programme a ensuite été appliqué dans deux salles et a été évalué par le British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Des formateurs à l'hôpital donnent en ce moment le cours à d'autres sections de l'hôpital.

#### **Contenu**

La formation intégrait des « best practices » (meilleures pratiques) pour le rétablissement d'un traumatisme lors du stade initial (ou *stade de sécurité*), pratiques qui permettent au personnel d'aider les survivantes à augmenter leur sécurité émotionnelle et physique. On a aussi donné au personnel des outils pour aider les patientes à apprendre à « contenir » leur matière traumatique gênante pour ne pas qu'elles soient submergées par les souvenirs et qu'elles deviennent incapables de gérer leurs émotions. On a enseigné au personnel à comprendre les effets d'un traumatisme<sup>2</sup> et à supporter les personnes, mais à ne pas encourager la recherche de souvenirs. Dans un hôpital, les patients ne sont en général pas prêts à se rappeler leur enfance parce qu'ils ou elles ne se sentent pas en sécurité. Une étude conduite en Oregon<sup>3</sup> a démontré que les personnes en psychiatrie veulent avant tout être écoutées, et qu'elles ne se sentent pas en sécurité lorsqu'elles se souviennent d'abus à l'hôpital, où elles manquent de contrôle. Les groupes communautaires sont plus appropriés pour ce type de travail.

---

<sup>1</sup> Whipp, Kathleen (2002) *Seeking Solace and Safety : A Mental Health Response to People With Trauma Histories*. Coordonnées pour recevoir de l'information sur l'adaptation de la formation à votre situation: courriel: [kwhipp@axion.net](mailto:kwhipp@axion.net), site Web: [www.kathleenwhipp.com](http://www.kathleenwhipp.com).

Le programme de 12 heures est divisé en deux parties :

1. La prévention de la retraumatisation
2. La sécurité et les stratégies d'adaptation pour les survivants de traumatismes

Bien que nous ayons donné la formation en deux jours, elle peut aussi être donnée en 4 modules de trois heures.

Un exercice tiré du programme a été présenté : les participants ont effectué un brainstorming pour déterminer quelles dynamiques de l'abus et du traumatismes peuvent être répliquées à l'hôpital, de la préadmission à la sortie du patient. Des approches alternatives ont été proposées.

## Développement de l'organisation

Les stratégies sont :

- La personnalisation de l'environnement par un comité interdisciplinaire incluant des utilisateurs et des représentants de la famille. À l'hôpital Riverview, la majorité des patients ont été amenés contre leur volonté, et le projet a été conduit après une plainte déposée au gouvernement provincial. Pour répondre à la plainte, le gouvernement a subventionné un projet de recherche pour identifier la prévalence des historiques d'abus dans la vie des patients. Une première subvention a permis l'addition de deux conseillers en matière d'abus sexuel. Le Justice Institute, en collaboration avec l'hôpital, a aussi développé un cours sur l'abus sexuel destiné aux membres du personnel intéressés. Seule une petite partie du personnel a pris ce cours, et une division à l'intérieur du personnel s'ensuivit dans plusieurs salles à cause d'une trop grande disparité des connaissances. Le comité interdisciplinaire a conclu que tout le personnel d'une unité doit être formé afin de prévenir la retraumatisation involontaire et la mise en marche des dynamiques de l'abus. Ceci permettrait aussi aux membres du personnel d'offrir du soutien aux clients pour qu'ils établissent une certaine sécurité dans leurs vie.
- Des approches en équipe mettant l'accent sur la collaboration, permettant la réappropriation de pouvoir chez les patients et prévenant les divisions au sein de l'équipe.
- La promotion de programme déjà existants, tels que la réhabilitation psychosociale, qui suggéraient déjà le slogan « safety, voice and choice »<sup>4</sup> (sécurité, droit au chapitre et choix).
- Des initiatives pour tout l'hôpital afin de familiariser le personnel et les familles avec la question de l'abus et d'autres traumatismes dans la vie des patients<sup>5</sup>, et avec des modèles de soutien pour les survivants ayant des problèmes graves de santé mentale.

## Évaluation du projet-pilote

- 85% des 70 membres du personnel interdisciplinaire formés dans le projet-pilote ont déclaré que la formation était « très utile » pour discuter de questions pertinentes dans leur travail.
- Les participants ont déclaré avoir beaucoup plus de confiance en leurs habiletés à travailler avec des patients ayant un historique de traumatisme sévère.

---

<sup>2</sup> Dans son livre *Trauma and Recovery*, docteure Judith Herman explique comment le diagnostic de personnalité borderline stigmatise les femmes qui sont des survivantes d'abus sévère à l'enfance et de négligence. En comparant les expériences de prisonniers de guerre à celle des femmes et des enfants vivant de l'abus physique et sexuel, elle a développé un diagnostic appelé « le stress post-traumatique complexe », qui inclut les stratégies d'adaptation et les effets graves du traumatisme. Le docteur Bessel van der Kolk et ses collègues, qui étudient les effets des traumatismes sur le corps et l'esprit, encouragent l'inclusion de ce diagnostic dans le DSM.

<sup>3</sup> State of Oregon Mental Health and Developmental Disability Services Division, Office of Mental Health Services (Fév. 1999) "Listening to High Utilizers of Mental Health Services: Recognizing, Responding to and Recovering from Trauma", (extraits).

Site Web: <http://ohms.mhd.hr.state.or.us/tram.htm#V>

<sup>4</sup> National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) (1998), "Responding to the Behavioural Healthcare Issues of Persons with Histories of Physical and Sexual Abuse: National Trauma Experts Meeting, Final Report", Alexandria VA: National Technical Assistance Centre for State Mental Health Planning (NTAC), ph. (703) 739-9333.

<sup>5</sup> Goodman et al (1997) "Physical and Sexual Assault History in Women with Serious Mental Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 23, No. 4.

## Outils de soins autonomes

La question des soins autonomes chez les membres du personnel a été aussi abordée, puisque le travail avec les survivants peut causer ce que l'on peut appeler de la « traumatisation indirecte ». Un exercice de relaxation mis au point par Yvonne Dolan, adapté pour les personnes ayant des difficultés à se concentrer, a été présenté aux membres du personnels afin qu'ils l'essaient et qu'ils l'enseignent aux clients ayant un historique de traumatisme.

## Bibliographie

Goodman et al (1997) « Physical and Sexual Assault History in Women with Serious Mental Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions », *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 23, No. 4.

National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) (1998), « Responding to the Behavioural Healthcare Issues of Persons with Histories of Physical and Sexual Abuse: National Trauma Experts Meeting, Final Report », Alexandria VA: National Technical Assistance Centre for State Mental Health Planning (NTAC), ph. (703) 739-9333.

State of Oregon Mental Health and Developmental Disability Services Division, Office of Mental Health Services (Fév. 1999) « Listening to High Utilizers of Mental Health Services: Recognizing, Responding to and Recovering from Trauma », (extraits). Site Web: <http://ohms.mhd.hr.state.or.us/tram.htm#V>

Whipp, Kathleen (2002) *Seeking Solace and Safety : A Mental Health Response to People With Trauma Histories*.

## QUAND L'ESPOIR RENAÎT

### Présentation d'un témoignage collectif de femmes québécoises « survivantes » de la victimisation secondaire causée par les pratiques psychiatriques

*Mon nom est Élisabeth Meunier. Je suis intervenante à la maison de transition l'Égide qui vient en aide aux femmes victimes de violence conjugale. Je fais également partie du comité organisateur de ce colloque. Cet atelier consiste essentiellement en trois témoignages de membres du Collectif de défense des droits de la Montérégie et survivantes de la psychiatrie. Chacune fera un témoignage d'environ vingt minutes. Suivra une période de questions qui se fera à main levée. Je vous présente les personnes qui témoigneront : Lucie Pivin, Pierrette Hue et Francine Bouchard.*

---

#### Lucie Pivin

Je suis une personne qui a vécu beaucoup d'abus, de contention et d'isolement. J'ai passé une grosse partie de ma vie à être hospitalisée, un nombre incalculable de fois. La première fois que j'ai été hospitalisée, j'avais 16 ans. Je viens d'une famille de huit enfants, complètement dysfonctionnelle. Toute mon enfance et mon adolescence sont cousues de traumatismes de toute sorte. Mon père a été dans l'armée pendant environ 25 ans, et dans l'armée, c'est très au pas ; mon père se conduisait donc de cette façon en famille. Il nous fallait être des cadres accrochés au mur. J'ai vécu avec un père complètement déséquilibré qui n'a jamais recherché d'aide. J'ai été battue et vécu beaucoup de cruauté mentale. Ce qui m'a traumatisé le plus, c'est cette cruauté mentale de toute sorte. Je vais vous donner un exemple parmi d'autres. J'avais cinq ans, c'était un dimanche de Pâques. Parce que mon père avait perdu un contenant de plastique qui renfermait ses pierres à briquet, il avait mis ses six enfants en pénitence pour que l'on cherche son contenant. Puisque j'avais besoin d'affection et j'aurais aimé que mon père me dise que j'étais bonne et fine, j'ai cherché assidûment et j'ai trouvé le contenant en arrière du réfrigérateur. Or, mon père a conclu que c'était moi qui l'avais caché ; il m'a donc mis à genoux et a fait sauter tous mes frères et sœurs sur moi ; j'ai reçu des coups de poing et des coups de pieds ; ma sœur m'a ouvert les bras avec ses ongles. J'ai donc vécu des situations comme celle-ci toute mon enfance. À quatre et cinq ans, j'ai été abusée sexuellement à deux reprises par deux hommes différents. Mon père et ma mère n'ont jamais pensé au bien de leur enfant.

À sept ans, j'ai arrêté de vivre. Nous sommes partis de Montréal et avons déménagé en campagne. Le dépanneur le plus proche était à quatre kilomètres. Un jour, je me suis assise sur le balcon. C'était l'automne. Je pleurais, je criais parce que je voyais que ma situation était pire qu'une prison. Je n'avais pas d'amis. Je n'ai jamais connu le cinéma. Les choses normalement accessibles aux gens m'étaient totalement inaccessibles. À sept ans, j'étais incapable d'aller chercher de l'aide pour me protéger contre mon père. Pendant toute mon adolescence, j'ai été tenue prisonnière en campagne, loin de tout. Mon père passait toutes ses frustrations sur moi, mes sœurs et mes frères.

J'ai été hospitalisée pour la première fois à l'âge de seize ans. Pendant que ma mère et mes sœurs travaillaient loin de la maison, j'étais prise seule avec mon père pendant une grosse partie de la journée. Il me battait et m'infligeait de la cruauté mentale toute la journée. Parce que j'avais décidé de mourir, j'ai passé cinq jours sans boire ni manger et l'on m'a transportée à l'hôpital. Ma mère a quand même attendu que je sois presque complètement déshydratée avant de faire quelque chose. Parce que nous avons vécu une grosse faillite, il fallait que ma mère travaille pour aider mon père. La deuxième fois que j'ai été hospitalisée en psychiatrie, j'avais dix-huit ans : c'était lorsque je suis partie de chez mes parents. J'étais en dépression profonde. J'ai été hospitalisée pendant plusieurs mois. Mes hospitalisations les plus fréquentes ont été à Saint-Jean-sur-Richelieu. En 1992, après l'accouchement de ma fille, j'ai fait une grosse dépression post-

partum. Or, au lieu d'aller au baptême de ma fille, il m'a fallu aller au salon mortuaire : mon frère s'était suicidé avec une douille de fusil de chasse. Je comprends son geste.

Les abus de contention et d'isolement ont commencé à l'hôpital de Saint-Jean-sur-Richelieu en 1992, tout de suite après mon accouchement. Mon bébé avait à peine 4 mois et demi. J'ai vécu énormément d'abus dans les salles d'isolement et par la contention physique et chimique. J'allais à l'hôpital de moi-même parce que je voulais mourir. J'ai toujours pensé que l'hôpital psychiatrique pouvait m'aider. La plupart du temps, quand j'étais mise en contention et en isolement, c'était parce que je criais très fort « Je veux mourir ! » ; je n'étais pas capable de verbaliser ou de m'exprimer autrement. Avec mes sœurs et mes frères, nous ne verbalisons pas, mais nous avons tous nos souffrances qui venaient des traumatismes que nous vivions. J'ai été presque quatre ans à entrer et sortir régulièrement du département de psychiatrie de Saint-Jean-sur-Richelieu. Ils m'ont fait essayer toutes les sortes de médicaments qui existaient. J'ai reçu deux séries de huit électrochocs, donc seize anesthésies qui ressemblent à celles données pour une opération à cœur ouvert. Mes électrochocs me faisaient du bien, car ils me faisaient oublier. Or deux mois et demi après les électrochocs, je retombais. Par la suite, mon psychiatre m'a demandé à deux reprises si je voulais continuer ce traitement et m'a demandé de signer un autre consentement. J'ai refusé, car les électrochocs étaient inutiles.

J'allais à l'hôpital pour me faire aider, mais je revivais mes traumatismes ou on m'en infligeait d'autres. J'étais certaine que l'on pouvait m'aider en hôpital, mais je sais maintenant que ce n'est pas là qu'on peut se faire aider.

---

*Question* : Ma question est au sujet de ton enfant. Est-il encore avec toi ? As-tu eu des problèmes avec la DPJ ?

*Réponse de madame Pivin* : Je suis une personne de nature très responsable et un enfant pour moi n'est pas une bouée. Je me suis séparée de mon mari et je lui ai donné la garde de mon enfant, car je ne voulais pas faire vivre mes souffrances à ma fille. Elle va avoir onze ans bientôt et n'a aucun traumatisme. J'ai toujours voulu la protéger de mes traumatismes.

---

Les vraies solutions sont les ressources alternatives comme la maison Jacques-Ferron, où j'ai demeuré pendant cinq ans. C'est une maison d'hébergement à long terme pour les personnes avec problèmes de santé mentale lourds et persistants, comme ceux avec lesquels j'étais aux prises. À chaque fois que je criais « Je veux mourir ! », je me sentais bien, car les intervenants m'invitaient à venir verbaliser avec eux. C'était avec eux que j'ai appris à verbaliser les très grandes souffrances que je vivais. Le cri était ma façon à moi de dire que j'avais besoin d'aide, mais ça faisait peur au personnel de la psychiatrie. Pour ma part, si quelqu'un criait cela, je n'aurais pas peur, mais j'irais écouter cette personne. On ne dit jamais ces mots pour rien ; ils laissent transparaître une grande souffrance. J'ai donc appris à verbaliser mes souffrances et mes traumatismes avec les intervenants à la maison Jacques-Ferron. Si je n'avais pas eu cette ressource, ça ferait bien des années que je serais décédée. Cette ressource est une maison de thérapie et d'insertion sociale à long terme. Chaque personne a un thérapeute et participe à de la thérapie individuelle. C'est par contre la seule ressource à long terme dans la région de Montréal; on aurait besoin de plus de ressources comme celle-là.

Un travailleur social m'a suivi depuis l'âge de 18 ans. Il travaille en psychiatrie à Saint-Jean-sur-Richelieu. Je lui ai raconté quelques traumatismes que j'ai vécus en isolement et en contention, et il m'a répondu qu'inconsciemment, on cache les personnes qui ne s'en sortent pas. Sa réponse m'a fait mal.

Un abus m'a affecté particulièrement, et je veux porter plainte. En 1992, au jour de l'an, mon mari est venu me voir accompagné de mon enfant de quatre mois et demi. À la porte, l'infirmière lui a dit qu'il n'avait pas le droit d'entrer avec mon bébé. J'avais le droit de voir ma fille à Noël, mais pas au jour de l'an. Ils ont dit à mon mari de ne pas me le dire. J'aurais aimé prendre ma fille dans mes bras pour le jour de l'an. J'ai passé une heure avec mon mari, et comme il ment très mal, je savais qu'il se passait quelque chose. Je l'ai suivi à la porte. Ils ont déverrouillé la porte et ont donné ma fille à mon mari. J'ai demandé à la prendre, mais ils ont refusé. Je me sentais comme une criminelle. Je vais maintenant porter plainte parce que cet abus me fait encore mal. Après cet incident, j'ai donné un coup de pied sur une chaise par frustration. Je me suis retrouvée en contention et en isolement pendant que tout le monde fêtait. L'infirmière qui a décidé de mon sort restera gravée dans ma mémoire. J'ai donc passé le jour de l'an dans une salle qui sentait l'urine, couchée sur des petits tapis, sans couverture, au froid, presque nue. De plus, tout le monde pouvait me voir grâce à une caméra qui me filmait en

tout temps. Quand les préposés m'ont déshabillée, j'ai senti qu'ils prenaient plaisir à me regarder nue. Ça m'a fait très mal.

Comme mot de la fin, je tiens à remercier le Collectif de défense des droits de la Montérégie. Depuis huit mois, je travaille pour eux dans le cadre du réseau intégré. J'ai aussi eu deux rôles dans la pièce de théâtre qui appartient au Collectif. J'ai une réplique que je considère très vraie : « C'est pas écrit dans le front ces choses-là. Seulement au Québec, une personne sur cinq souffrirait un jour de problèmes de santé mentale. » Je veux remercier monsieur monsieur Paul Morin, madame Énide Fillion, madame Monique Dubé, madame Stéphanie Gendron et madame Karine Desormeaux. Tous ces gens m'ont permis de regagner beaucoup d'estime de moi-même que j'avais perdue. Je termine en vous remerciant de m'avoir écoutée.

## Francine Bouchard

J'ai vécu des abus, de la violence conjugale, des agressions. J'ai aussi été témoin d'agressions. Mais jusqu'à l'âge de 42 ans, j'avais été capable de me faire une carapace et de survivre. Par contre, les derniers temps que j'ai passés avec mon ex-conjoint ont été passés en pleine dépression. La carapace est disparue. J'ai craqué après deux ans et je me suis ramassée en psychiatrie. Quand je suis entrée en psychiatrie, c'était avec le diagnostic de dépression majeure et de phase psychotique ; j'entendais des voix et j'avais des hallucinations. La première fois, j'ai eu un accueil acceptable. Jusqu'à ce que, médicaments aidant, je vive un high. C'était tout un high : je bougeais beaucoup, je dansais, je chantais, je virevoltais et j'énervais tout le monde. Au bout d'un certain temps, ils ont décidé que j'allais être mise en contention ou en isolement. Je n'avais pas peur, car je ne connaissais pas les conséquences. Quand est arrivé le moment où un des infirmiers a voulu me mettre en contention, j'ai décidé de signer un refus de traitement et je suis partie. La deuxième année, je suis retournée à quelques reprises. Je n'ai malheureusement pas eu le temps de signer le refus de traitement et j'ai vécu les mesures de contrôle. Un soir, je suis revenue de la boutique « Tout à un dollar » avec des sacs de cadeaux de Pâques. L'infirmière a d'ailleurs écrit dans mon dossier que j'avais fait des dépenses exagérées. J'ai mis tout cela sur mon lit, je me suis installée et j'ai commencé à fumer une cigarette.

C'est alors que j'ai connu ma première expérience de contention. Les préposés (l'équipe de football, comme Lucie a dit) sont arrivés. Je me débattais comme un diable dans l'eau bénite ; je ne voulais pas y aller. Je criais, j'injuriais. Non seulement ils m'ont mis en contention, mais ils ont vidé ma chambre et ont jeté des objets qui m'appartenaient. Le lendemain, j'étais en colère et j'ai signé un refus de traitement. Une autre année, j'avais besoin de soins, mais je ne suis pas allée à l'hôpital, car j'avais peur d'être attachée. L'année suivante, je n'ai pas eu le choix, l'ambulance est arrivée et ils m'ont internée. Le premier soir, les mesures de contrôle ont commencé; j'en ai eu pour deux semaines, jusqu'à ce que j'aie le réflexe de dire : « C'est assez ! J'appelle un avocat ou le Collectif, mais vous arrêtez ça ». Comme par hasard, ça a arrêté. Ça prenait un moyen comme celui-là pour mettre un terme aux traitements. Mais je les ai subis pendant deux semaines et je n'avais pas le réflexe d'appeler de l'aide, car j'étais trop désorientée. Il y a donc quelqu'un du Collectif qui est venu et j'ai porté plainte pour la première fois. La plainte n'a pas donné beaucoup de résultats. Je porte donc plainte à nouveau, en espérant qu'il y ait des résultats. Je m'attendais à un coup de main de l'hôpital, et j'ai réalisé que certains intervenants ont la « gâchette facile » face au côté dérangeant des patientes. Pourtant, nous ne sommes souvent pas dangereuses, mais dans le dossier, ils écrivent : « Danger pour elle-même et pour les autres ». Heureusement, les intervenants ne sont pas tous comme cela.

---

*Question:* Pourrais-tu décrire les conséquences que la contention a eues pour toi ?

*Réponse de madame Bouchard :* Avant la contention, j'étais combative, mais la contention m'a rendue encore plus combative. L'hôpital a toujours écrit dans mon dossier que j'étais contestataire et que je n'écoutais pas les règles. On aurait dit qu'à chaque fois qu'ils appliquaient sur moi une mesure de contrôle, ça augmentait ma combativité. Je n'avais, par contre, pas encore le réflexe de leur dire que c'en était assez. Mais après que je l'ai fait, j'ai eu un sentiment de soulagement. Je voyais que je n'étais plus toute seule, que d'autres connaissaient ma situation. La contention augmentait toujours ma colère. Je demandais aux infirmières le but de la contention puisque je n'étais pas dangereuse, et elles me répondaient que je ne les écoutais pas. Attachent-elles leurs enfants quand ils ne les écoutent pas ? Je crois donc que la contention est un abus de pouvoir.

*Question* : De quoi avais-tu besoin au moment où ils t'ont mis en contention ?

*Réponse de madame Bouchard* : J'avais besoin pendant tout mon séjour à l'hôpital d'être écoutée et d'exprimer tout ce que j'avais vécu, qui faisait en sorte que je n'étais plus capable de fonctionner. On ne règle pas les choses avec des mesures coercitives. Je ne suis pas violente de nature, mais les mesures de contrôles m'ont rendue violente. J'ai déjà dit à mon psychiatre qu'il était absurde qu'ils combattent toute la violence que l'on a vécue par leur violence.

*Question* : Tu as dis que la deuxième fois que tu as été hospitalisée, tu as été en contention pendant deux semaines. Quelle était la raison pour ça ?

*Réponse de madame Bouchard* : Les intervenants ont dit que je n'écoutais pas les règlements, que j'avais une « tête de cochon », que je n'avais pas d'autocritique, que j'embarquais les autres dans la contestation et que j'avais créé un comité de bénéficiaire. C'était noté dans mon dossier comme des éléments négatifs. Ils n'en pouvaient plus de cette situation. Un soir, nous écoutions un film et nous devions aller nous coucher à 10 heures, mais le film finissait à 11 heures. Je voulais que l'on puisse finir le film. J'ai donc contesté et invité les gens à rester. Aussi, un jour, je voulais sortir et j'ai donné un coup de pied dans la porte.

Je n'ai jamais été violente avec personne et je n'ai jamais voulu me suicider. Je ne crois donc pas que la contention était nécessaire. Enfin, un jour, j'ai voulu avoir la photo de mon garçon qui était gardée au poste. Quand l'infirmière a refusé, ça a déclenché ma révolte finale : j'ai appelé le Collectif.

*Question*: Merci de votre témoignage. Ma question porte sur les deux semaines pendant lesquelles vous avez vécu beaucoup de contention et d'isolement. Je me demandais à quelle fréquence vous avez subi ces mesures et quelle était la durée de ces mesures.

*Réponse de madame Bouchard*: Pendant ces deux semaines, ça a été des périodes d'une à trois heures. Ça dépendait peut-être de la gravité de la faute que j'avais commise. Je ne pourrais pas dire pourquoi. Un jour, j'ai fait une grimace à un préposé et j'ai été mise en contention. Il était écrit dans mon dossier que j'avais craché au visage d'un préposé. Par la suite, j'ai vraiment craché au visage d'une infirmière la pilule qu'elle me donnait et j'ai été mise en contention. De jour, ils ne m'ont jamais mis en contention. Le soir et la nuit étaient les moments idéaux, peut-être parce qu'il y a moins de personnel ou peut-être parce que l'on dérange plus.

---

## **Pierrette Hue**

Je m'appelle Pierrette Hue. Quand on m'a demandé de faire ce témoignage, je me suis dit que ça allait être facile. Ce n'est pas vrai. C'est plus compliqué que je ne le pensais.

J'ai 38 ans et j'ai une fille de 13 ans. Je viens d'une famille qui est complètement dysfonctionnelle dû au fait que nous étions six enfants de quatre pères différents. J'ai une vraie sœur et quatre demi-frères et demi-sœurs. J'ai vécu en grandissant de l'abus physique et mental, de l'inceste et du viol. J'ai fait face à la psychiatrie en 2000, alors que j'habitais le Manitoba. J'ai été violée à mon travail. On m'a transportée à l'hôpital et on m'a présenté un psychiatre, qui m'a suivie. L'aide de cet hôpital était incroyable. J'ai beaucoup apprécié. Mon enfer a commencé quand j'ai décidé d'aller en visite à Montréal. J'ai vécu trois tentatives d'atteinte à ma vie par des membres de ma famille ; la dernière est survenue l'année passée au mois de mars. Je me suis retrouvée à l'hôpital et j'ai vécu le cauchemar total. Ils m'ont gardé plus de 200 jours sans médication. Je ne pouvais pas sortir de l'étage ; j'ai été 47 jours en jaquette. Le médecin qui m'était attribué me traitait comme une enfant et me disait que j'avais une maladie mentale, ce que je ne comprenais pas. J'avais reçu au Manitoba le diagnostic de *post-traumatic stress syndrome* (syndrome de stress post-traumatique), donc je savais que j'avais un problème et que j'avais besoin d'aide. Je passais aussi à ce moment en cour au sujet de l'attentat à ma vie et j'avais plusieurs procès en cours avec mon ex-employeur. J'habitais, par contre, toujours le Manitoba ; je n'étais seulement qu'en visite au Québec. Or, je ne pouvais pas retourner chez moi. J'ai essayé de changer de médecin à plusieurs reprises avec l'aide du Collectif, ce qui a été impossible. Le psychiatre que je voyais me forçait à prendre des médicaments sous peine de rester à l'hôpital. Il m'a fait des menaces, selon lesquelles je ne verrais plus jamais ma fille. Je me suis mise en colère, mais ça n'a rien donné. On m'a

menacé aussi de rester jusqu'à 14 ans à l'hôpital si je ne prenais pas de médication. Des intervenants ont déclaré que certaines personnes étaient restées plus longtemps encore parce qu'elles refusaient de prendre de la médication.

La première fois que je suis passée en cour, le médecin a téléphoné à ma mère et ensemble, ils ont décidé de me placer sous curatelle pour me garder à l'hôpital. J'essayais de dire au médecin traitant qu'il n'y avait aucun lien thérapeutique entre moi et lui, car nous n'étions pas capables de nous parler ; en effet, au cours des 200 jours que j'ai passés à l'hôpital, j'ai vu le médecin moins de dix fois. Il refusait de venir me voir parce que je ne prenais pas les médicaments qu'il me prescrivait. Lorsqu'il venait me voir, c'était avec les dossiers de d'autres patients : il remplissait des prescriptions en me parlant. Il me disait qu'il ne me laisserait pas sortir si je ne prenais pas de médication. J'ai essayé de transférer d'hôpital, car mon adresse permanente était au Manitoba, mais sans succès. J'ai essayé d'aller à Kingston et à Toronto, encore sans succès.

Le 18 avril, il fallait que je quitte l'hôpital à 9 heures du matin pour aller en cour. Ce matin-là, je suis allée fumer une cigarette. Je tenais des sacs avec des documents qui prouvaient que je n'étais pas en psychose. En sortant, l'hôpital a refusé que j'amène mes papiers en cour. Quatre préposés m'ont empêché d'aller au procès, m'ont amené dans une autre salle, m'ont déshabillée, et un des préposés m'a insultée et injuriée. Même après un refus de traitement, je n'avais pas le droit de sortir ; j'étais emprisonnée dans l'unité psychiatrique. Aussi, après que je sois passée en cours plusieurs fois, le médecin a changé son diagnostic : il a déclaré que j'étais dangereuse pour moi-même et pour les autres. Pourtant, je n'étais pas dangereuse. J'étais seulement frustrée d'être là et de ne pas pouvoir me présenter en cour pour me défendre contre ma famille, qui a finalement eu le droit de m'incarcérer en hôpital.

---

*Question* : Pouvez-vous donner des précisions sur l'ordonnance de la cour ?

*Réponse de madame Hue* : Je suis présentement obligée de recevoir l'injection chaque mois jusqu'en septembre 2003. J'ai un avocat, et ensemble, nous essayons de faire lever l'injonction. L'ordonnance n'est que d'un an, mais le médecin en avait demandé trois. Je travaille encore pour changer de psychiatre, sans succès.

L'hôpital où j'étais fait effectivement de l'hôpital de jour et de soir, mais je n'y avais pas droit étant donné que je ne voulais pas prendre de médicaments. Je n'avais pas le droit non plus de participer à l'ergothérapie ou aux activités. Pendant les premiers 47 jours, je n'avais même pas le droit d'avoir de crayon !

*Question* : Je trouve votre cas scandaleux. Ma question est plutôt technique. Lorsqu'on n'a pas besoin de médication et qu'on se la fait imposer, comment est-ce que notre système réagit ?

*Réponse de madame Hue* : Il y a plusieurs effets secondaires à la médication qu'on me donne. Ça me rend très agitée, j'ai des brouillements de vue, j'ai le côté gauche de mon corps engourdi et mes menstruations ont arrêté. Pour régler ces effets secondaires, on veut me prescrire d'autres médicaments. Or ces médicaments ont aussi des effets secondaires. Je ne suis pas une adepte de la médication ; je préfère les produits naturels et j'essaie d'éliminer les effets secondaires de l'injection avec ces produits. D'ailleurs, la contre-expertise de la cour a déclaré que me donner des injections serait un échec, car je n'en avais pas besoin. Malheureusement, la cour ne s'est pas servie de cette contre-expertise.

*Question* : Pourquoi avez-vous protégé l'identité des psychiatres que vous avez vus ?

*Réponse de madame Hue* : Je ne crois pas nécessaire de mentionner des noms, car le problème ne se situe pas chez des médecins en particulier, mais au niveau des pratiques et de la culture.

*Commentaire* : Je travaille dans un hôpital et des histoires d'horreur comme vous avez décrites, je n'en ai jamais vu. Je ne dirais pas que tout le monde est à sa place en psychiatrie. Certaines personnes, des infirmières et des docteurs, ne sont pas assez humains pour être en psychiatrie. Par contre, il y a des bonnes personnes. Je suis solidaire et je suis d'avis qu'il faut que ça change. Je vais porter le message à mes collègues de travail et à mes patrons.

---

Après 200 jours, j'ai reçu une ordonnance de la cour pour recevoir un traitement : une injection une fois par mois.

L'injection est du Piportil, un médicament pour schizophrène. Je dois encore la recevoir. Je lutte présentement avec le Collectif, avec l'IVAC et avec les Droits de la personne contre le Collège des médecins et l'hôpital où j'ai été enfermée. Il est inhumain de mettre les gens en contention et de les traiter comme des enfants. J'ai vu des membres du personnel gifler une vieille dame parce qu'elle ne voulait pas manger. Ces comportements ne sont pas normaux. Si l'on ne se débat pas dans le système judiciaire, on devient victime. Et de la victimisation secondaire, on en vit chaque jour si l'on ne se bat pas. Il faut se défendre, aller vers les ressources pour nous aider. Le Collectif m'a aidé à trouver des ressources, IVAC et les Droits de la personne aussi. J'ai de beaucoup préféré les traitements que j'ai reçus au Manitoba à ceux que j'ai subis à Montréal, où le personnel m'a traitée de folle. Mon psychiatre m'a un jour demandé ce que je vivais. « L'enfer », lui ai-je répondu. Il a inscrit dans mon dossier que j'étais paranoïde sur un titre religieux parce que je parlais d'enfer. Il n'était pas capable de comprendre que c'était seulement une expression. À l'hôpital, les plaintes sont impossibles, car les patients sont considérés comme fous. Il faut attendre de sortir pour pouvoir faire les démarches.

J'ai passé sept mois sans médication. J'ai commencé à prendre mes médicaments quand ils m'ont relâché. De plus, je ne pouvais pas reprendre mon adresse au Manitoba ; je devais me louer un appartement à Montréal, car le personnel de l'hôpital ne croyait pas que j'avais vraiment une maison dans l'Ouest canadien. Ils croyaient que je délirais. Il faut dénoncer ces pratiques pour qu'un changement s'effectue dans les établissements hospitaliers. J'ai vécu beaucoup de traumatisme à l'hôpital où j'ai été enfermée. Même maintenant, je ne suis plus capable d'entrer dans cet hôpital.

---

*Commentaire* : Je suis horrifiée par les histoires que vous avez racontées. Ça me fait penser à de la torture, qui est interdite par les Droits de la personne à l'article 6. Je crois que c'est une histoire de famille. Depuis quelques années, j'ai des problèmes de santé mentale à cause de mon historique d'abus. Selon moi, c'est surtout une maladie sociale. Un jour, j'étais supposée aller à la chasse avec mon père. Je suis allée chez moi, et mon père m'a demandé si mon beau-frère pouvait venir avec nous : il ne se sentait pas bien parce qu'il avait été congédié pendant un an. Il travaillait dans un hôpital psychiatrique et avait perdu son emploi parce qu'il avait frappé un patient. À l'époque, je ne savais pas quoi faire. Je crois maintenant que je suis coupable. Je n'aime pas entendre les gens dire que ces cas sont des cas isolés; c'est comme de l'abus dans une famille : on le passe sous silence et on ne fait rien. J'espère que je vais maintenant réagir quand je vais entendre des histoires comme celles de mon beau-frère. Je n'aurai plus de pitié pour les gens qui ont des comportements comme ça.

*Réponse de madame Hue* : Je trouve important ce que vous venez de dire. Il est vrai que c'est une histoire de famille. J'ai passé une grosse partie de ma vie à vivre les traumatismes que j'avais vécus dans mon enfance et dans mon adolescence. Mais il faut faire arrêter cette souffrance et ces abus. C'est en se parlant que ça s'arrête.

*Commentaire* : Je suis d'accord que c'est une maladie sociale ; on parle d'un rapport de domination, des hommes sur les femmes, des parents sur les enfants, des experts professionnels sur les patients, ou des Blancs sur les Noirs. C'est ce rapport qu'il faut dénoncer.

*Commentaire* : J'ai remarqué dans la bio-psychiatrie que les femmes qui viennent d'ethnies différentes sont doublement discriminées. Elles vivent du racisme et sont exclues. Il est très déséquilibrant de vivre cela.

---

## Conclusion

Ce que l'on peut retenir des trois témoignages, c'est que les pratiques psychiatriques actuelles ne sont pas perçues comme étant aidantes par les usagères. Beaucoup de pratiques portent atteinte à la dignité, amènent des sentiments d'impuissance et causent des dommages importants. Je crois aussi qu'avec de l'information sur les droits et sur les recours, les usagères sont les mieux placées pour trouver les solutions qui les aideront. Les trois personnes qui ont témoigné aujourd'hui en sont des preuves. Elles ont beaucoup de courage d'être venues parler aujourd'hui. Je crois aussi qu'avec ces témoignages, nous avons commencé à nous questionner ; il est important de continuer ce questionnement pour amener des changements dans les pratiques actuelles.

## LES VOIES DU RÉTABLISSEMENT

### Synthèse des différentes approches cliniques auprès des femmes victimes de sévices et de violence

#### **Pamela Khan, Faculté de Nursing, Université de Toronto**

*Pamela Khan est infirmière depuis 1967 et détient une maîtrise en Nursing de l'Université McGill. Elle enseigne le Nursing à l'Université de Toronto et a pratiqué à Montréal et au Clark Institute of Psychiatry / Centre for Addiction and Mental Health de Toronto. Elle a fait partie de l'équipe de chercheuses de l'étude « The Experience of Restraint and Forced Medication in Psychiatric Settings for Women with Histories of Childhood Sexual Abuse » (Les expériences de contention et de médication forcée en milieu psychiatrique chez les femmes ayant un historique d'abus sexuel à l'enfance). Mme Ruth Gallop, chercheuse Ph. D. et professeure à la Faculté de Nursing de l'Université de Toronto, est la principale investigatrice de cette étude.*

---

#### **Les pièges du thérapeute**

J'aimerais commencer en vous décrivant quelques scénarios écrits par le docteur James Chu, qui vont nous donner une raison d'étudier ce dont je vais parler au cours de la prochaine heure. Le docteur Chu affirme qu'il peut être très difficile d'aider les gens qui ont un historique de traumatisme pendant l'enfance. Il parle de certains « pièges » dans lesquels un thérapeute peut tomber et je crois qu'il est important d'être conscient de nos réactions avec les survivantes afin de ne pas être pris dans une impasse lorsque l'on essaie de les aider.

#### **Confiance**

Le premier de ces pièges est la question de la confiance. Il dit :

« C'est le piège le plus courant pour les thérapeutes, et particulièrement pour ceux qui ne sont pas familiers avec le traitement des survivants/es de traumatismes. Souvent, le thérapeute présume qu'il y a confiance mutuelle – or ce n'est pas quelque chose que l'on peut présumer. Il est crucial de reconnaître que les patients qui ont un historique d'abus, de négligence et d'abandon ne connaissent pas la confiance dans les relations humaines. Le problème est particulièrement épineux, non seulement parce que le patient ne connaît pas la confiance, mais parce qu'il s'attend carrément à une trahison. »

Chu donne l'exemple d'une patiente dont le traitement allait très bien pendant les premiers six mois ; la fréquence de ses activités d'automutilation avait diminué de beaucoup après la création de contrats hebdomadaires conclus entre le thérapeute et la personne. Un jour, le thérapeute réalisa qu'il avait omis de renouveler ce contrat hebdomadaire, et décida qu'il n'était pas nécessaire puisque le traitement allait bien. Or la patiente déduisit que sans doute le thérapeute n'avait plus d'intérêt pour elle et ses problèmes, et prévoyait sûrement de mettre fin à la relation. Elle effectua une tentative de suicide, ce qui rendit le thérapeute colérique. Il crut que c'était là seulement une façon de recevoir de l'attention. Le problème ici vient du fait qu'il n'a pas compris combien il est difficile pour les survivantes de faire confiance aux gens, et que d'établir une relation peut prendre des mois ou des années. Éviter le piège de ne pas comprendre cette dynamique et d'attribuer un comportement à une autre cause est crucial.

#### **Distance**

À cause du piège précédent, les thérapeutes deviennent souvent distants lorsqu'ils voient que leurs patientes ne leur font pas confiance. Ils peuvent avoir envie de s'éloigner de leur patiente lorsque celle-ci leur demande constamment de l'attention et du réconfort. Quelques auteurs ont suggéré qu'avec les individus à haut risque, les bons thérapeutes qui font

preuve d'un très haut niveau d'empathie et de sincérité sont capables de ne pas oublier leurs limites et leurs propres besoins tout en s'investissant dans un vrai partage de l'expérience de la personne ; ce phénomène s'appelle l'« alliance existentielle ». Dans cette alliance, le thérapeute se doit d'être un participant et un observateur dans la relation afin qu'il y ait une connexion véritable qui fera avancer la relation. Chu donne l'exemple d'une femme qui avait été en thérapie la majeure partie de sa vie d'adulte. Elle avait un historique d'abus sexuel, mais n'en parlait pas pendant la thérapie, qui consistait en une session par semaine avec un thérapeute de sexe masculin. Celui-ci utilisant des méthodes extrêmement traditionnelles, chaque fois que la patiente tentait de se rapprocher de lui, il réagissait en devenant plus distant. La patiente se retrouva dans un état de dépression, d'anxiété et de rage, et eut des comportements automutilatoires. Elle se disputa avec le thérapeute à propos de l'heure de ses rendez-vous et à propos du fait qu'il répondait au téléphone pendant les rencontres. La fréquence des rendez-vous devint plus irrégulière, et le thérapeute continua à répondre au téléphone pendant les rencontres, ce qui accentua la distance entre les deux personnes. Un jour, à la fin d'une rencontre, la patiente essaya de mentionner qu'elle sentait parfois *physiquement* son père qui l'étranglait. Alors qu'elle tentait de trouver les mots pour décrire cette sensation horrible, il retourna sa chaise pour lui faire dos et déclara que la rencontre était terminée. La patiente mit fin à la thérapie. Chu mentionne que pour les personnes qui ont vécu l'abandon, ce type de comportement de la part du thérapeute peut faire revivre des expériences passées. Ceci peut aggraver l'état de la personne.

### **Responsabilité**

Le dernier exemple parle de la question de la responsabilité. Au cours d'une thérapie, il est important de bien distribuer les responsabilités. Le contrat initial entre la personne et le thérapeute, qu'il soit explicite ou tacite, est un accord mutuel pour poursuivre le traitement afin d'apporter quelque chose de positif à la personne. Or, lorsque la situation devient difficile, les thérapeutes ont souvent besoin de convaincre la personne de poursuivre le traitement ou de ne pas se faire de mal ou même s'enlever la vie. Cette situation insoutenable donne au thérapeute toute la responsabilité de la vie de la personne en traitement. Même si le thérapeute doit sympathiser avec le patient, il doit aussi fréquemment clarifier la nature de leur relation et partager les responsabilités, en signifiant que la thérapie s'appuie sur les forces du patient. Chu donne l'exemple d'une femme ayant été brutalement abusée dans son enfance qui en était à son sixième mois de thérapie. Elle éprouvait beaucoup de colère envers le thérapeute pour ce qu'elle avait pris pour une remarque déplacée. Lorsqu'elle tenta de mettre fin à la thérapie, le thérapeute l'encouragea plutôt à parler de ce qui était arrivé et à poursuivre les rencontres. Elle refusa de venir aux rencontres, ce qui poussa le thérapeute à l'appeler à la maison pour l'encourager à venir. Elle commença à le menacer de se tuer, disant qu'il ne pourrait pas l'empêcher de le faire. Le thérapeute, frustré et confus, se demandait ce qu'il pouvait faire pour aider la patiente. Il lui dit qu'il prendrait des mesures pour la garder en sécurité, si nécessaire, mais que rester en thérapie ou non était son choix. Après un certain temps, la patiente réussit à parler plus calmement et à expliquer qu'elle se sentait coincée dans la relation. Les deux personnes ont ensuite établi un plan d'action pour corriger la relation.

Dans son article, Chu mentionne plusieurs choses auxquelles il est important de faire attention avec les survivants/es d'abus afin d'établir une connexion qui permettra à la personne de parler de ses émotions.

---

Commentaire d'une participante : J'ai lu plusieurs livres à propos des survivants/es de l'abus sexuel, et leur vocabulaire est en général très différent de celui utilisé par Chu. Par exemple, je m'étonne que Chu affirme que la thérapie ou le processus de réconfort puissent être *painstakingly long* (effroyablement longs), ou que certaines personnes présentent une résistance à des liens de confiance. Je crois que cette résistance est une réaction saine et protectrice et que, bien des fois, cette résistance s'établit quand la personne n'a pas encore déterminé si le thérapeute est compétent et s'il arrivera à lui donner des outils efficaces.

Pamela Khan : Je crois que Chu tente d'expliquer à ses collègues qu'il est important d'avoir une bonne relation avec la personne, de la comprendre et d'être constamment disponible et attentif. Néanmoins, je suis d'accord avec vous que la langue utilisée ne provient pas d'une perspective féministe, mais plutôt d'une perspective médicale.

---

## Réactions du personnel en santé mentale

Je voudrais maintenant parler de la difficulté qu'ont les professionnels à écouter ce que les gens ont à dire et à réagir ou répondre adéquatement. Je crois qu'une des barrières principales est souvent la méconnaissance des autres. Il est important, pour les gens qui oeuvrent dans le système de santé mentale, de bien connaître ceux avec qui ils travaillent. Pour cela, il faut que les gens qui viennent chercher de l'aide soient conscients de leurs valeurs, de leurs croyances, de leurs préjugés sur leurs attentes en rapport avec la thérapie, et de la connaissance des problèmes lorsqu'ils arrivent en thérapie. Souvent, les professionnels de la santé mentale trouvent plus facile de ne pas connaître les personnes avec qui ils travaillent et de ne pas en connaître beaucoup sur leur historique d'abus. Ils orientent le travail sur des diagnostics et des traitements plus communs plutôt que sur l'expérience d'abus.

Une étude de 1995 démontre que 17 % des 300 professionnels interrogés avaient eux-mêmes vécu de l'abus. Certaines de ces personnes n'avaient pas encore travaillé sur leurs problèmes et n'étaient pas en position de répondre adéquatement à un/une survivant/e d'abus malgré le fait qu'ils/elles offraient leur aide. D'autres individus, qui n'ont pas vécu d'abus, ont aussi de la difficulté à réagir devant des émotions fortes. Il n'est pas facile de voir la souffrance, et certains professionnels sont absolument incapables d'y faire face, ce qui les pousse à se réfugier dans les diagnostics traditionnels de la psychiatrie qui, on le sait, ne peuvent pas aider tout le monde.

## Modèles de représentation de traumatismes

Je voudrais vous parler du modèle de traumatismes multidimensionnel, qui décrit les multiples aspects composant un traumatisme.

- Le premier est la nature de l'individu : le bagage génétique, la personnalité, la capacité d'adaptation ou la vulnérabilité, et la sensibilité.
- Le deuxième aspect est le contexte socioculturel : la culture d'où on vient, celle dans laquelle on vit; l'environnement social où, bien souvent, la violence est courante et banalisée.
- Le troisième aspect est l'étendue du bouleversement de la vie de l'individu vivant un traumatisme. Des études suggèrent que, chez certains individus, un traumatisme bouleverse complètement leur vie, tandis que chez d'autres, l'étendue est beaucoup moins grande. Ceci est dû à quelques facteurs : la fréquence de l'événement traumatique, le degré de violence de l'événement, l'étendue de la réaction biologique et les liens entre le traumatisme et les relations interpersonnelles.

Le modèle de traumatismes multidimensionnels met en relief la variété de réactions que les individus peuvent avoir face à un traumatisme.

Le système de santé mentale utilise une panoplie de diagnostics pour catégoriser les symptômes d'une personne afin de donner une orientation initiale au travail du thérapeute. Les professionnels de la santé mentale tente de relier les symptômes de l'individu à liste développée statistiquement, et, à partir du résultat de ce procédé, le diagnostic psychiatrique, l'individu est traité. Cette dynamique n'est pas compatible avec un modèle féministe faisant primer la connaissance de l'individu, mais guide encore la plupart du travail fait dans le système de santé mentale. Cette méthode diagnostique a comme effets d'assigner une multitude de diagnostics aux personnes dont le problème le plus important est qu'elles ont été victime d'abus. Elles reçoivent divers diagnostics : anxiété, dépression, personnalité borderline, troubles dissociatifs de l'identité, schizophrénie, et troubles bipolaires. Or, pour les patientes, il est souvent nécessaire, afin de recevoir de l'aide, de jouer le jeu du système de santé mentale et d'accepter un diagnostic.

Judith Herman (1992) a proposé une solution à ce problème. Elle suggère d'étendre le diagnostic de stress post-traumatique complexe (habituellement réservé aux individus revenant d'une guerre ou ayant vécu de la torture, par exemple) et l'appeler stress post-traumatique *complexe*, et ainsi englober tous les individus ayant vécu de la souffrance extrême. Ces individus ont vu leur développement arrêté par le traumatisme, et présentent des changements dans la façon dont ils perçoivent leur personne et les autres. Ces symptômes ne sont habituellement pas inclus dans le diagnostic de stress post-traumatique. Cette initiative de Judith Herman offre une place dans le système de santé mentale (un endroit où on ne voudrait pas nécessairement se retrouver) aux survivants et survivantes d'abus où ils ne seront pas étiquetés comme ayant un problème qui ne représente pas suffisamment leur expérience et leur situation. Sont inclus dans ce diagnostic des « symptômes » comme la propension aux comportements autodestructeurs, la vulnérabilité aux autres, la culpabilité, la honte, les changements dans les relations interpersonnelles, la vulnérabilité à la victimisation secondaire, l'activité sexuelle excessive ou non existante et les relations malheureuses. Les émotions extrêmes, les flashbacks, la dissociation, et le

sentiment de ne pas se sentir humain peuvent aussi être des symptômes. Les individus avec le diagnostic de stress post-traumatique ont aussi une façon différente de percevoir les autres. Ils peuvent se sentir isolés, avoir de la difficulté à faire confiance aux gens, être extrêmement vigilants ou facilement surpris (un élément auquel il faut faire attention lorsque l'on travaille avec des survivants/es de traumatismes) et réticents aux contacts physiques. Ils/elles ont souvent l'impression qu'il n'y a plus d'espoir, que le futur ne leur réserve rien. Judith Herman suggère qu'il est plus efficace de rassembler tous ces éléments sous un même diagnostic, le stress post-traumatique complexe, plutôt que de les analyser sous forme de liste.

Lorsque l'on travaille avec des survivants/es d'abus, il est important d'être conscient que la variété des réactions à l'abus sexuel est infinie, puisque chaque personne réagit différemment. On retrouve dans la littérature scientifique nombre de descriptions des impacts de l'abus sexuel sur la vie adulte, catégorisés en domaines critiques d'impact. Le premier est évidemment l'automutilation et les comportements autodestructeurs. Pour certains, cette réaction est une reconstitution du traumatisme. En effet, plusieurs comportements de modification corporelle sont liés au traumatisme : les perçages, les tatouages et certaines chirurgies esthétiques. D'autres comportements liés au traumatisme attaquent le corps de façon plus indirecte, comme la toxicomanie, l'alcoolisme et le refus de prendre soin de soi-même en état de crise. Ces comportements servent à maintenir une certaine stabilité émotionnelle et physiologique. Le suicide est un autre problème. Il peut parfois être commis par erreur, lors de comportements autodestructeurs. Certains voient le suicide comme le moyen final pour faire cesser la douleur, et gardent cette alternative pour le moment où, selon eux, il n'y aura plus d'autres options. Les gens ayant un historique d'abus sexuel ont un très haut risque de suicide. La phrase « je vais me tuer » est souvent entendue lorsque l'on travaille avec les survivants de traumatismes ; elle est liée à la peur de l'abandon. Il est important d'interpréter ces déclarations en tenant compte de l'état de la personne.

Un autre domaine d'impact est celui de la dissociation, qui opère lorsque le cerveau ne peut plus tolérer le stimulus qu'il reçoit, ce qui occasionne un retrait de la réalité. Les symptômes comme la perte la notion du temps, les oublis fréquents et l'hébétéude peuvent être dus à la dissociation et peuvent indiquer qu'une personne a vécu un traumatisme. D'autres symptômes, comme l'impression d'être séparé de son corps, ou la vision qui devient étroite jusqu'à devenir un tunnel, peuvent aussi être liés à la dissociation. La dissociation affecte aussi la façon dont la personne emmagasine les souvenirs : la mémoire perd alors son caractère linéaire, et bien que les souvenirs ne soient pas nécessairement oubliés, ils sont emmagasinés dans des compartiments plus ou moins fermés auxquels la personne ne peut accéder qu'à certains moments. Ce mécanisme de protection peut occasionner des flashbacks. Aussi, lorsque la formation du moi est interrompue, des personnalités secondaires peuvent apparaître dans les cas extrêmes. Putnam a décrit quatre catégories de personnalités : celle d'un enfant larmoyant ; celle d'un persécuteur, une représentation interne de l'abuseur ; celle d'un protecteur, quelqu'un qui est fort, mais souvent en colère ; enfin, celle d'un présentateur compétent, un bon porte-parole pour les autres. Les diverses personnalités peuvent parfois avoir des noms similaires, comme Marge, Margie et Marg.

Les gens réagissent aux situations de victimisation secondaire de différentes façons. Certains concluent que c'est simplement la façon dont le monde fonctionne : ils connaissent le monde seulement comme un endroit où tout échoue, où tout va de travers. Ils n'attendent rien de mieux du monde et l'analysent comme une continuité de l'environnement familial dans lequel ils ont grandi. Dans ce contexte, la reproduction du traumatisme peut se produire assez souvent, en fait dans toute situation qui met en scène un abuseur et un sauveur potentiel.

Souvent, même lorsque l'on croit que l'on est venu à bout de certains problèmes, d'autres peuvent surgir, sous forme de flashbacks ou d'autres réactions qui sont hors de notre contrôle. C'est un état très effrayant, comme une souffrance qui ne s'en va jamais. Plusieurs se demandent quoi faire lorsque cela arrive. Pour prévenir ces situations, il faut, le plus possible, établir autour de soi un climat de sécurité physique, émotionnelle et relationnelle, ce qui peut être très ardu pour des personnes qui ont de la difficulté à s'adapter à un système. Néanmoins, certaines personnes trouvent en elles des façons de garantir leur sécurité, sans l'aide d'un système établi.

---

*Commentaire* : il est important de créer des contacts avec les autres afin d'établir un environnement plus sécuritaire. Même si l'on n'a pas envie de parler à ceux qui nous entourent, parfois seulement les saluer peut ajouter à notre confiance et créer un appui de plus en période de crise.

---

Il est souvent difficile de créer des relations interpersonnelles. Certains seront incapables de téléphoner à quelqu'un seulement pour garder contact; elles sentent qu'elles ne valent rien ou qu'elles sont de mauvaises personnes. D'un autre côté, plusieurs personnes sont incapables d'interagir avec les gens qui sont dans une situation difficile ; ces personnes vont dire « a-t-elle fini d'en parler ? » ou « quel est le problème ? ». C'est pourquoi les travailleurs en santé mentale qui comprennent la situation peuvent être une ressource précieuse. Les gens avec historique d'abus n'ont souvent jamais développé des moyens pour assurer leur protection et sont ainsi plus sujets à subir certains comportements, comme le harcèlement sexuel ou même le viol. Le viol peut être extrêmement subtil, mais ses effets peuvent être immenses dans la vie d'une personne. Or le viol est très difficile à identifier si l'on ne se pose pas les questions « Que m'arrive-t-il ? Pourquoi est-ce que je ne me sens pas bien en ce moment ? ». Une étude affirme que 76 % des femmes dans le système de santé mentale qui ont été abusé pendant leur enfance laissent les autres leur faire des choses dont elles n'ont pas envie, ou laisse les autres les traiter de façon cruelle. Et ce n'est pas parce qu'elles désirent ces comportements, mais c'est la façon dont elles comprennent le monde. Il est important pour elles de briser ces comportements.

Une variété de caractéristiques physiques peut indiquer un historique d'abus : l'hypervigilance, la surveillance constante de son corps ou l'hypocondrie, les problèmes physiques vagues ou difficiles à diagnostiquer, ou un seuil de la douleur anormalement bas. Il faut être sensible aux personnes qui présentent ces comportements, et les professionnels de la santé devraient être formés pour écouter ces gens d'une façon appropriée. Certains survivants/es de traumatismes négligent complètement leur santé physique, ou négligent tout ce qui a rapport à la sexualité, ce sujet étant dur à aborder. D'autres deviennent des utilisateurs invétérés du système de santé, recherchant chez le personnel ce qu'ils considèrent comme de l'amour et des soins. Or ces gens ne reçoivent pas toujours l'attention qu'ils viennent chercher : le personnel peut ressentir de la frustration et refuser de les écouter. La toxicomanie et l'alcoolisme peuvent être des comportements bénéfiques à court terme, mais dommageables à long terme. Cependant, pour certaines personnes, les drogues ou l'alcool peuvent être la seule chose qui les aide ; ainsi, lorsqu'un thérapeute tente de remplacer ces substances par un autre mécanisme d'adaptation, il faut qu'il soit certain d'avoir la collaboration complète de la personne pour ne pas lui enlever la seule chose qui lui fait du bien.

## La guérison

Une des grandes questions que les thérapeutes se posent est comment trouver la minuscule lueur d'espoir qui aidera une personne à continuer. Le gros du travail de thérapie est de reconstruire une histoire personnelle qui a du sens afin de redonner à la personne une identité, une place dans notre monde, de l'espoir et des possibilités. Ceci peut être fait en groupe de soutien par les pairs ou avec un thérapeute.

D'un point de vue thérapeutique, la guérison repose toujours sur l'acquisition des principes de base de la communication et des relations personnelles. Pour cela, il est important pour le thérapeute d'établir une bonne relation dès le départ par les manifestations d'empathie, la compréhension de la situation, le respect mutuel et le respect des limites personnelles, la reconnaissance des qualités de la personne, la conviction en la valeur de chaque personne, le contact visuel et le langage corporel. Le travail devrait toujours venir du client et le thérapeute devrait toujours signifier sa disponibilité au client. Il est très important pour le thérapeute de rester lui-même ; or certains thérapeutes peuvent avoir l'impression que leur personne n'est pas assez bonne pour véritablement aider le client. Être soi-même ne veut pas dire ne pas se poser de questions ; un bon thérapeute se demandera toujours s'il a fait preuve d'assez d'empathie, ou si ce qu'il a dit a pu faire sentir la personne moins importante. Le thérapeute et le client doivent donc se remettre en question constamment ; ces attitudes contribuent à la guérison.

Certains documents parlent d'aider les gens à utiliser des « tactiques de libération ». Je crois que c'est une expression intéressante. Une de ces tactiques est l'éducation continue, qui permet à la personne de toujours savoir ce qui se passe, de connaître ses options et ses possibilités. Une autre tactique est l'enseignement de compétences, qui aide les gens à abandonner d'anciennes habitudes au profit de nouvelles, plus saines. C'est aussi aider les gens à chercher de l'aide, à trouver des moyens de parler de certains sujets de façon à ce qu'ils se sentent en position de pouvoir. Il faut évidemment toujours être optimiste, toujours affirmer qu'il y a de l'espoir. Une autre tactique est celle du choix : supporter les choix de la personne, mais aussi reconnaître la dignité du risque, donc qu'il y a possibilité d'erreur, mais aussi reconnaître qu'une erreur n'est pas nécessairement un gros problème. Une autre tactique est la discipline personnelle, ce qui veut dire être responsable de ses choix. L'expression « discipline personnelle » a, pour moi, une connotation négative ; mais l'idée ici est de bien considérer ses options, et d'analyser ses choix et les résultats. Cette compétence peut rendre une personne beaucoup plus forte en lui donnant la possibilité de réfléchir sur ses choix et de décider d'agir différemment dans le futur.

## **Bibliographie**

- Chu, J. (1998) *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post traumatic and dissociative disorders*. New York: John Wiley, 1998.
- Chu, J. *Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors*. Reprints: write James Chu, M.D., McLean Hospital, Belmont, MA 02178
- Everett, B. & Gallop, R. *The link between childhood trauma and mental illness; Effective interventions for health professionals*. London, Sage Publications, 2001.
- Everett, B. *A fragile revolution: Consumers and psychiatric survivors confront the power of the mental health system*. Waterloo, Canada. Wilfred Laurier Press, 2000.
- Gallop, R., Engels, S., Di Nunzio, R. & Napravnik, S. « Abused women's concerns about safety and the therapeutic environment during psychiatric hospitalization ». *Canadian Journal of Nursing Research*, 31(2), 53-70, 1999.
- Gallop, R., McCay, E, Guha, M. & Khan, P. « The experience of hospitalization and restraint for women with a history of childhood sexual abuse ». *Health Care for Women International*, 20, 401-416, 1999.
- Green, L. *Ordinary wonders: Living recovery from sexual abuse*. Toronto, Canada. Women's Press, 1992.
- Herman, J.L. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1992.
- Linehan, M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford
- Miller, D. *Women who hurt themselves: A book of hope and understanding*. New York, Basic Books, 1993.
- Pearlman, L.A. and Saakvitne, K. *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, Norton, 1995.
- Shapiro, F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York, Guilford, 1995.

## **DE LA DISCUSSION VERS DES SOLUTIONS**

### **Groupe de discussion portant sur l'adoption de stratégies d'actions**

**Le Regroupement des Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuels et l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec**

**Présentation de Michèle Roy et de Doris Provencher**

**Animation par Nicole Lacelle**

---

#### **Nicole Lacelle**

*Madame Lacelle est sociologue de formation. Elle anime et préside des assemblées à titre professionnel. Militante féministe depuis trente ans, elle est cofondatrice des Éditions du remue-ménage et auteure de deux livres d'entretiens publiés à ses mêmes éditions.*

Cet atelier a comme grand objectif de lancer des pistes de stratégies d'action à la plénière de la fin afin d'améliorer la situation, sinon radicalement la changer quant à la victimisation secondaire des femmes causée par les pratiques psychiatriques. Nos deux invités vous expliqueront le travail de leur organisme et ce qu'ils ont fait en font afin de contrer la problématique de la victimisation secondaire. À partir de là, nous discuterons ensemble pour dégager des pistes d'action qui nous semblent utiles et pertinentes.

#### **Michèle Roy**

*Madame Roy est coordonnatrice du Regroupement des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractères sexuels (C.A.L.A.C.S).*

#### **Introduction**

J'ai envie de commencer par une anecdote. En 1975, je suis allée visiter une amie hospitalisée à l'hôpital psychiatrique de Chicoutimi. Cette amie, qui avait été victime d'agressions sexuelles dans son enfance, à partir de l'âge de douze ans, avait décidé d'arrêter l'école. Quelqu'un a réalisé que ce n'était pas « normal » et l'avait référée en psychiatrie, où elle a reçu divers diagnostics et traitements. Elle a vu un psychiatre pendant plusieurs années sans jamais lui parler de son historique d'agression, en déviant le sujet. C'est en visitant cette amie que j'ai fait connaissance avec sa psychologue, qui m'a expliqué que l'hôpital avait mis en place une procédure : tous les patient/e/s qui venaient consulter à l'hôpital devaient

être vus par un/e psychiatre, qui émettait un diagnostic à partir duquel on réfèrait la personne à un/e autre professionnel/le. C'est elle aussi qui m'a raconté qu'il était bien connu, qu'à cet hôpital, selon le psychiatre que l'on voyait, on était étiqueté borderline, schizophrène ou autre ; chaque psychiatre avait une tendance, une perception sélective qui l'amenait à étiqueter quasi tous les patients qu'il-elle voyait avec le même diagnostic. À partir de ce moment, j'ai relativisé le concept des diagnostics ! Cette première expérience de vie, ce premier contact avec la psychiatrie officielle m'avait fait l'effet d'une douche froide. J'ai travaillé ensuite avec une revue progressiste dans cette région et nous avons publié un dossier sur la psychiatrie qui parlait des procédures et des pratiques en hôpital et qui avait provoqué beaucoup de vagues. Plusieurs, parmi vous, êtes membres de groupes qui travaillent en défense de droits en santé mentale, au sein de ressources alternatives ou à la promotion de pratiques différentes dans des groupes communautaires ou de femmes. D'autres sont membres du personnel médical des institutions. Je ne dirai pas que le regard critique que l'on peut porter sur la psychiatrie est porté uniquement par le monde communautaire ; je crois qu'il y a aussi des ressources critiques à l'interne, que ce soit dans des CLSC ou dans des hôpitaux. Des individus de tous les milieux portent des regards critiques sur la psychiatrie, *mais* la structure, les institutions et les organismes, eux, ne le font pas régulièrement ou facilement.

## Rôle des CALACS

Je vais maintenant vous présenter ce que nous faisons au Regroupement des CALACS. Les CALACS sont des « centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel ». Certains CALACS ont trente ans, certains sont plus récents, et il y a des centres dans chacune des régions du Québec. Nous rencontrons des adolescentes et des femmes adultes qui ont vécu des situations d'agressions ou de violence sexuelle. Plusieurs de ces femmes ont des difficultés à vivre avec ces situations d'agression et avec les conséquences, les répercussions qu'elles ressentent sur leur santé physique et mentale. Elles ont consulté une ressource : un psychiatre, un psychologue ou un thérapeute. Parfois, et même souvent, ces femmes là, comme mon amie, n'ont pas réussi à parler des violences subies, et les professionnels consultés n'ont rien déposé. Elles ont été traitées pour des problèmes de santé mentale sans qu'on voit la cause profonde de leur souffrance. Ou alors, elles en ont parlé, mais on a traité cela comme un élément mineur, sans lien avec leur état mental actuel. Lorsque les femmes viennent aux CALACS, elles ont souvent déjà reçu une étiquette dans les autres ressources qu'elles ont consultées. Parfois, elles ont un seul diagnostic, mais elles en ont souvent eu deux ou plus ; elles peuvent par exemple nous dire, « Un psychiatre m'a dit en 1979 que j'étais ainsi, j'ai pris des médicaments pendant x temps, puis j'en ai vu un autre qui m'a dit autre chose, etc. ». Il n'est pas rare que les femmes arrivent avec ces diagnostics et qu'elles endossent ces étiquettes. Je définis « étiquette » comme quelque chose que l'on porte, qui sert à définir une partie de ce que l'on est et qui entraîne toute une série de conséquences, de préjugés ou d'attitudes. Les étiquettes provoquent des réactions dans le milieu familial, au travail, dans des groupes d'entraide et même aussi dans les CALACS. En effet, nous ne sommes pas totalement insensibles ou étrangères à ces étiquettes ; il est important de le reconnaître. Les femmes viennent donc aux CALACS avec des diagnostics, de la médication et des traitements, et avec toute une charge de souffrance liée à la violence sexuelle qu'elles ont vécue. Elles vont aussi dans d'autres ressources (maisons d'hébergement, centres de femmes, etc.) pour rencontrer d'autres femmes, chercher de l'aide ou participer à des activités. Et toujours, elles traînent avec elles leur passé, mais aussi l'aide ou la non-aide qu'elles ont reçue.

En 2000, le Regroupement des CALACS a organisé un congrès d'orientation où se sont discutés les éléments communs qui définissent l'identité des CALACS. Il y a avait dans l'ancienne base d'unité du Regroupement (notre plate-forme politique commune) un article qui parlait du rejet des diagnostics. Cet article a suscité beaucoup de débats et de questionnement parmi les travailleuses et les membres des collectifs des CALACS. La question a nécessité des ateliers de travail et de discussion pour se re-questionner et décider si les CALACS rejetaient vraiment les diagnostics. Un compte-rendu d'atelier fait état des questionnements sur cette problématique. Je crois que ce qui a été réaffirmé, c'est la volonté de dire que l'on refuse d'orienter notre travail avec les femmes à partir des diagnostics. Nous n'allons pas, à la première rencontre avec une femme, ni même après, lui demander de nous parler de son histoire psychologique ou psychiatrique, car cette histoire ne fait pas partie des informations essentielles qui nous aideront à décider, avec elle, si l'on pourra travailler ensemble, si nous croyons pouvoir l'aider. Il arrive parfois que des femmes nous le disent d'emblée ou plus tard dans le processus, mais nous n'écrivons pas ces informations dans leurs dossiers. D'ailleurs, nous incluons un minimum d'information dans le dossier des femmes avec qui l'on travaille. En effet, quand les femmes portent plainte pour agression sexuelle, la défense fait souvent des recherches sur ces femmes pour découvrir, par exemple, ce qu'elles ont dit en thérapie ; c'est pourquoi nous tenons les dossiers au minimum et nous ne colligeons pas cette information. Tout ceci ne veut pas dire que nous ne tenons pas du tout compte du diagnostic. Par exemple, nous ne dirons jamais à une femme sous médication de jeter ses médicaments. Mais nous travaillons toujours à partir des besoins de la femme plutôt qu'à partir de son diagnostic, et nous travaillerons avec elle la question du diagnostic et du « stigma » qui y est attaché. Bien souvent,

les femmes ont endossé l'étiquette qui leur a été donnée, avec tout ce qui s'y rattache, préjugés et limites. Les femmes croient souvent ce que le psychiatre leur a dit à propos de leur diagnostic, car elles font confiance à l'expertise médicale du docteur. Nous travaillons donc avec la femme pour déterminer ce qu'elle pense de son diagnostic et des effets de l'étiquetage ; nous voulons désamorcer la violence qu'elle a subie à travers la psychiatrisation. En effet, le processus de psychiatrisation inflige bien souvent à la femme une nouvelle forme de victimisation, par des mesures extrêmes telles que la contention ou par des pratiques moins extrêmes, mais aussi dommageables. Le processus est souvent violent et dépossède les femmes, qui n'ont pas pu décider de leur traitement, n'ont pas été associées aux démarches, n'ont pas compris le traitement que le médecin prescrivait ou n'ont pas eu le pouvoir de le refuser. Nous travaillons donc à contrecarrer les effets négatifs de la psychiatrisation et à redonner aux femmes le pouvoir qu'elles ont perdu pendant ce processus. Finalement, nous nous questionnons sur la façon dont nos propres pratiques passent des messages aux femmes. Par exemple, certains centres, par manque de ressources, sont forcés de dire aux femmes qu'ils ne peuvent pas travailler sur une base individuelle pendant plus de quelques semaines, et qu'il faudra que la femme passe au travail de groupe après ces quelques semaines. Or, il faut faire comprendre à la femme que le problème ne vient pas d'elle, de sa lenteur, son incompetence, mais bien des difficultés financières du centre. Sinon les femmes pourraient penser qu'elles n'arrivent pas assez rapidement à évacuer, résoudre leurs expériences d'agressions sexuelles et à « guérir ». Les limites ne sont pas celles de la femme, mais celles du centre, limites financières, de disponibilités, etc. Il faut donc toujours se questionner sur nos pratiques et sur les valeurs qui sont transmises à travers ces pratiques. Nous travaillons aussi en ce moment sur le rapport égalitaire entre nos travailleuses et les femmes.

## Doris Provencher

*Madame Provencher est coordonnatrice de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).*

Je travaille pour l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. Cette association regroupe les organismes qui font de la promotion et de la défense de droits pour les gens qui vivent un problème de santé mentale. Le Collectif de défense des droits de la Montérégie en est un membre important. Je voudrais souligner le fait que le Collectif a organisé ce colloque pour parler de ce thème qui n'est pas tout à fait nouveau, mais dont on parle de plus en plus. À l'AGIDD, nous travaillons avec la problématique de la victimisation secondaire sans la nommer comme telle. L'AGIDD a d'ailleurs organisé un colloque international sur l'isolement et la contention ; cette violence institutionnelle fait donc partie intrinsèque de la promotion et de la défense de droits en santé mentale. Les personnes qui vivent un problème de santé mentale sont souvent désinformées, par exemple sur la médication : elles prennent des médicaments sans savoir leur nature ou leur fonction. Ainsi, en 1995, L'AGIDD, en collaboration avec David Cohen, a publié le *Guide critique des médicaments de l'âme*. Ce guide a été conçu pour les personnes qui prennent des médicaments de l'âme. Nous utilisons le terme « de l'âme » parce que le mot *psychiatre* vient de deux racines grecques qui ensemble veulent dire « médecin de l'âme ». Nous disons donc que les médicaments prescrits en psychiatrie sont des médicaments pour l'âme. Une formation, appelée « l'autre côté de la pilule » a été mise sur pied après la publication de ce guide. Cette formation sera donnée à l'AGIDD et dans les groupes régionaux de promotion et de défense des droits par des personnes qui ont vécu des problèmes de santé mentale. Une partie du guide traitait du sevrage ; nous parlons maintenant de la *gestion autonome de la médication*, car le mot *sevrage* faisait souvent peur et ne décrivait pas adéquatement l'information que l'on voulait transmettre. Nous avons publié à l'automne 2002 un guide personnel, un outil pour les personnes qui se questionnent sur leur médication et qui veulent entreprendre une démarche, pas nécessairement en vue de cesser la médication, mais pour se réapproprier le pouvoir sur leur vie et sur leur médication.

Il faut aussi étudier la question de la sensibilisation, car il faudrait sensibiliser l'ensemble du mouvement communautaire, des femmes et de tous les organismes, du secteur public (car il est extrêmement important) et du public en général. Qu'en pensez-vous ? Quelles pistes d'action suggérez-vous ?

---

*Commentaire* : Je travaille dans un centre pour les femmes. Nous avons un groupe appelé « Les dames de cœur » depuis quatorze ans. Au commencement, c'était un groupe d'entraide pour tous. Après la régionalisation, les femmes ont perdu les

services de thérapie dans les CLSC et se sont retrouvées chez nous. Nous avons eu l'idée de transformer ces services d'entraide en groupes d'aide en santé mentale. Dans un premier temps, nous avons tenté de démystifier la santé mentale avec les femmes qui venaient au centre. Nous avons remarqué avec les femmes que l'impression de ne plus exister était très répandue. Plusieurs femmes avaient l'impression de ne pas se reconnaître à travers l'étiquette qui leur était apposée. C'était très difficile pour nous d'essayer de les amener ailleurs que dans ces groupes d'entraide. Ces vols d'identité et de pouvoir étaient la première chose que nous avons remarquée. À ceci s'est ajoutée la pauvreté. Beaucoup de femmes sont pauvres et elles s'appauvrissent à tous les niveaux. C'est une sorte de violence que l'on n'a pas assez décrite. Nous avons monté une minipièce de théâtre sur ce sujet à la fin des années 1990. Il est intéressant de noter que ces femmes déclaraient qu'on avait tu leur souffrance et leur colère. Elles parlaient des diagnostics et des médicaments. Beaucoup de femmes disent qu'elles prennent certains médicaments pour gérer leurs émotions. Mais il n'y a pas d'endroits où ces femmes peuvent échanger ; de plus, on ne reconnaît leur souffrance nulle part ailleurs. Notre gros défi, c'est celui de redonner du pouvoir à ces femmes et de faire en sorte qu'elles se prennent en charge, que cette inertie devienne une colère qui les amènera ailleurs. Notre groupe est ouvert. Nous avons des thèmes, mais les femmes ne sont pas obligées de les suivre si elles ne le veulent pas. Il a été très difficile d'implanter cela dans un centre comme le mien. Pardonnez ma critique, mais il est très nord-américain de fonctionner avec des horaires et des thèmes. N'étant pas nord-américaine moi-même, j'ai souvent adapté des horaires et des thèmes selon la volonté des femmes, et je crois que cette flexibilité a eu des répercussions très positives. Beaucoup de femmes, qui au début, ne parlaient pas, ont commencé à prendre la parole dans des assemblées publiques du quartier. Elles ont pris confiance en elles. Pour en arriver à cela, elles ont fait ce qu'on pourrait appeler un coup d'État dans le centre, parce que l'ensemble de nos activités ne correspondait pas à leurs besoins. Les thèmes avaient été choisis par les intervenantes, ce qui ne devrait pas être. Au commencement, j'étais très fière d'elles. Elles étaient allées interpeller des regroupements de femmes et d'autres instances pour demander un centre de femmes à leur image. Nous avons donc fait des compromis avec elles et le résultat a été très sain. Maintenant, notre grand défi est le nombre croissant de femmes. Je n'ai jamais vu autant de femmes souffrantes que depuis les cinq dernières années. Elles sont souffrantes au point qu'elles dérangent énormément et beaucoup d'intervenantes, qui étaient très ouvertes et qui se sentaient à l'aise, ont de la difficulté à intervenir avec ces femmes, parce qu'elles ont l'impression de ne pas connaître suffisamment la santé mentale. Nous nous sommes dotées de formation sur mesure, mais, à mon avis, ça n'a pas été assez. Il y a énormément de préjugés à l'intérieur de notre réseau et parmi nos intervenantes. C'est pour cette raison que je suis sceptique face à l'idée de sensibiliser la population : je crois qu'il y a d'abord énormément de travail à faire dans nos rangs. L'autre gros problème est le financement, qui va davantage aux services qu'à la défense des droits. Je trouve que l'on se conforme beaucoup. Il y avait auparavant beaucoup d'intervenantes qui travaillaient parce que la cause des femmes leur tenait à cœur. Plusieurs travaillent maintenant seulement parce qu'elles avaient besoin d'un emploi et n'ont plus la flamme qui les poussait auparavant à changer les choses. Les intervenantes refusent même maintenant d'aller à certaines manifestations sous prétexte qu'elles n'ont pas le temps. Je crois que la défense des droits et les actions collectives sont nécessaires, tout comme avoir une vision globale de la condition des femmes. J'aimerais discuter aujourd'hui des façons de faire pour changer les mentalités à l'intérieur de nos rangs.

*Commentaire :* Mon commentaire porte sur la victimisation secondaire. Une psychiatre disait hier que pour bien comprendre cet enjeu, il faudrait recueillir, en plus des témoignages des femmes, l'autre côté de la médaille, c'est-à-dire le témoignage des psychiatres. Il faudrait donc aussi travailler avec les psychiatres pour qu'ils ne se basent pas complètement sur le diagnostic, pour qu'ils fassent un usage intelligent de la médication et qu'ils n'assignent pas d'étiquettes. À mon avis, nous ne pourrions rien changer à moins de changer leur mentalité, car le processus de recherche d'aide commence toujours chez un psychiatre et non chez des ressources alternatives. Il faudrait donc élaborer des stratégies pour leur signifier que leurs pratiques n'aident pas nécessairement, et même qu'elles nuisent souvent. Il est bien d'informer les femmes sur leurs droits, mais si le psychiatre continue à soigner comme il le fait en ce moment, nous n'arriverons à rien. Peut-être pouvons-nous nous inspirer des pratiques ailleurs dans le monde pour limiter les dommages actuellement faits par l'imposition d'un diagnostic rigide sur ces femmes.

*Commentaire :* Au centre où je travaille, l'Alternative en santé mentale l'Autre-Versant, nous avons mis sur pied depuis six ans des groupes de croissance. Au début, ces groupes avaient des thèmes. Depuis trois ans, nous avons abandonné l'utilisation des thèmes et ce sont les gens qui décident selon leurs besoins ce dont ils veulent parler. Ces groupes font vraiment un travail pour que les gens se réapproprient le pouvoir, ce qui a comme effet qu'ils n'ont plus la même attitude lorsqu'ils rencontrent le psychiatre. Je crois que ces groupes sont un élément très puissant, car ils offrent des outils de connaissance et d'affirmation de soi. Certains groupes dits fermés commencent en septembre et finissent en juin ; tout un processus thérapeutique et une entraide étonnante s'établissent à l'intérieur de ce groupe. Nous offrons aussi un groupe ouvert pour ceux qui sont plus réticents à s'engager pour plusieurs mois. Ce groupe sans thème donne aux participants la chance d'appivoiser les autres. L'absence de thème permet de se centrer sur les besoins réels des participants. Les résultats sont extrêmement concluants. Peut-être ne travaillons-nous pas directement sur la mentalité psychiatrique, mais nous changeons

des attitudes pour permettre aux gens de s'affirmer devant leur psychiatre.

*Commentaire* : Je travaille dans une unité psychiatrique où je reçois les gens en crise. Ces gens sont des deux sexes et arrivent avec des problématiques différentes. Dans l'unité, une équipe s'est formée pour protéger le personnel. Je ne serais pas capable de travailler dans ce milieu si je n'avais pas cette équipe. Or, je crois que les femmes qui nous arrivent en crise ne devraient pas être confrontées à un milieu comme celui-là. L'urgence est un milieu complètement fou; pour une personne désorganisée, le monde désorganisé de l'urgence ajoute à la tempête intérieure ; c'est insensé. Certaines situations de crise que les femmes vivent pourraient être désamorçées dans un autre milieu. À côté de tout ce qu'il se fait dans les CALACS et autres centres pour les femmes, il manque quelque chose pour effectuer la transition de l'hôpital. Car l'approche envers les femmes est infiniment différente à l'urgence de l'hôpital et dans les centres de femmes. Je crois que l'on devrait mettre sur pied des lieux où les femmes en crise pourraient aller, mais où les soins seraient plus personnalisés et adaptés qu'à l'urgence d'un hôpital. Ce lieu serait à mi-chemin entre les pratiques de l'hôpital et celles des ressources alternatives. D'ailleurs, il a été très difficile pour nous de changer les pratiques de l'hôpital. Nous avons présenté, il y a quelque temps, un plan d'action à la Régie régionale de la santé et des services sociaux, qui était basé sur l'analyse différenciée selon les sexes. Or la Régie nous a dit que nous étions en retard, car la cause des femmes est maintenant moins importante que celle des enfants.

*Commentaire* : Je m'appelle Lucie Morin et je viens de Saint George de Beauce. Je travaille dans un organisme, Le Voilier, où les gens peuvent aller se parler, prendre un café ou un dîner. J'ai obtenu cet emploi par l'entremise d'une amie. Je travaille dans cet organisme comme préposée au ménage et je rencontre plusieurs personnes qui viennent chercher des conseils, qui sont malades, qui ne savent pas où aller, ou qui ont des problèmes. Le Voilier est un endroit où les gens qui ont des troubles de santé mentale peuvent aller travailler. Il y a présentement 150 personnes employées par l'atelier. La compagnie Johnson & Johnson est propriétaire de cet atelier qui fabrique une variété d'objets usuels. Un autre atelier est utilisé pour offrir des dîners à 1 \$ ; enfin, un dernier est offert aux gens qui veulent créer des choses de leurs mains. Ces ateliers sont tranquilles et plaisants.

*Commentaire* : Mon nom est Chantal Thibault et je travaille dans une maison d'hébergement pour les jeunes filles en difficulté. Je suis revenue il y a un an de la Colombie-Britannique, où j'ai habité dix ans, sur l'île de Vancouver. Je compare souvent les pratiques du Québec à celles de la Colombie-Britannique. Là-bas, il s'est produit une démystification publique de la santé mentale. Certaines publicités dans les médias affirmaient par exemple qu'une personne sur cinq ou sur six est susceptible de vivre des troubles de santé mentale pendant sa vie ; ceci contribuait à démystifier la santé mentale. La terminologie est aussi très différente en Colombie-Britannique : on n'utilise plus le terme « maladie mentale », tandis qu'ici, ce terme est plus commun. Je suis d'ailleurs allée dernièrement dans un colloque où un psychiatre utilisait ce terme régulièrement, chose qu'on ne verrait jamais en Colombie-Britannique. Au Québec, il y a beaucoup de résistance au changement, de mythes et de tabous entourant la santé mentale. J'ai une famille très nombreuse et certains des membres de ma famille vivent avec des troubles de santé mentale. Nous en parlons beaucoup au sein de la famille, mais j'ai récemment remarqué quelque chose : il y a quarante ou cinquante ans, la santé mentale n'était pas autant dichotomisée et je crois qu'il n'y avait pas autant d'étiquetage pour une personne qui vivait une période difficile dans sa vie. De nos jours, on précipite les gens vers les institutions. Je crois aussi qu'il y a une peur de confronter les professionnels. J'ai remarqué dernièrement qu'il y a beaucoup de fraternalisme entre les psychiatres. Le système médical encourage cette camaraderie entre professionnels, ce qui a comme conséquence qu'un professionnel ne questionnera jamais un diagnostic posé par un autre professionnel. Je suis récemment allée dans une institution avec une personne en état de crise. J'ai dit à la réception que cette personne n'était pas à l'aise avec le psychiatre qu'elle voyait depuis trois ans ; j'ai donc demandé de changer de psychiatre. Le psychiatre qui m'accueillait a tout de suite opposé une résistance à cette demande de changement et même à me dire comment faire une demande de changement. Or, l'information concernant une demande de changement de psychiatre devrait être accessible à tous. Je suis donc mécontente de ce fraternalisme. D'ailleurs, l'association des médecins de l'Ontario commence à mettre sur pied une procédure pour contester un diagnostic ou pour dénoncer une erreur médicale. Je veux aussi mentionner que l'on ne peut pas s'engager seule dans une lutte contre le système. Par contre, avec des coalitions, il est possible d'effectuer certains changements. Je veux aussi parler d'un livre appelé *The Story of Jane Doe*, l'histoire d'une femme qui a été victime d'agression sexuelle et qui a été revictimisée par le système judiciaire. Elle a lutté pendant douze ans avant de gagner sa cause dans les tribunaux provinciaux. Il a fallu qu'elle conserve son anonymat, car son histoire était encore taboue ; elle ne voulait pas se faire identifier à une violée. Cela démontre qu'il y a encore des barrières : l'agression sexuelle est encore taboue. Par exemple, chaque fois que je dis que je suis survivante d'abus sexuel, je me fais regarder bizarrement. Enfin, pour en revenir à la lutte et aux coalitions, je crois qu'il y a un surplus d'information qui déroutent les gens.

*Commentaire :* Je crois que nous sommes toutes aux prises avec un dilemme entre le travail de soutien avec la souffrance et tout le reste de notre travail. Une femme a mentionné que les femmes sont de plus en plus souffrantes. Je crois que ceci est lié à la situation sociopolitique et économique. Des phénomènes comme la pauvreté ou la crise du logement ont une incidence énorme sur la souffrance des gens. Très souvent, nous sommes orientés vers le soutien, car beaucoup de gens viennent en chercher, mais nous oublions un peu la défense de droits collectifs ou de la promotion des droits axés sur l'ensemble des droits qui peuvent être affectés par une agression sexuelle.

---

On ne parle pratiquement jamais publiquement des effets de la contention sur les gens. Ce n'est pas un sujet connu de la population en général. Je crois donc que, comme organisation, notre mandat est de faire connaître cet enjeu. Nous devons porter des dossiers au niveau politique. Par exemple, en ce moment, les Régies régionales ont comme priorité les enfants et non les femmes. Il faut donc revendiquer certaines choses du gouvernement. Tout ceci doit être fait en plus des mécanismes d'aide individuelle que nous mettons en place pour les gens qui en ont besoin. Or ces mécanismes ne sont pas suffisants ; ce qui va changer véritablement la vie des gens, ce sont des changements politiques et sociaux, telles une réduction de la pauvreté ou une accessibilité au travail.

---

*Commentaire :* Je voudrais faire remarquer que, dans les orientations ministérielles présentées hier, l'élimination de la contention n'était pas un des buts. Le Ministère parle bien de la réduction de la contention, mais son élimination n'est même pas considérée. Ces orientations sont donc des balises pour l'amélioration du système, mais ne sont pas dirigées vers l'élimination de la contention.

L'AGIDD a travaillé très fort pour que soit incluse l'élimination des mesures de contrôles dans les orientations ministérielles. Or, le plan d'action ne reflète pas nécessairement tout le travail des orientations ministérielles. Cette situation est arrivée aussi au cours de l'élaboration du plan d'action en santé mentale. La question de la défense des droits, qui devait être soulignée, ne s'est pas retrouvée explicitement dans le plan final.

*Commentaire :* Je m'appelle Jean-Luc Pinard et je suis responsable d'un des quinze groupes en défense des droits membres de L'AGIDD-SMQ. Nous sommes situés à Rouyn-Noranda, en Abitibi-Témiscamingue. Nous constatons dans notre pratique quotidienne combien il est difficile pour les gens de vivre l'expérience de la psychiatrie et comment les orientations ministérielles ne sont pas appliquées dans les milieux de la santé. Nous nous battons souvent pour l'amélioration des politiques sociales et des pratiques et nous travaillons très fort pour que de nouveaux objectifs soient consignés dans un document. Or, les gens en ont assez d'écrire leurs idées dans un document et de voir que ces idées ne se traduisent pas par des actions concrètes. Mais je crois que ces documents sont importants et qu'il est important que les orientations soient bien faites. Éventuellement, nous allons nous baser sur ces documents pour mobiliser nos actions, mais encore faut-il que les gens participent. Je crois qu'une des approches qui peuvent apporter des solutions est le témoignage, comme ceux de Véronique ou de Paula. Il faudrait recueillir des témoignages et les rassembler en un document qui nous donnerait un certain appui. À notre centre, une personne qui s'appelle Lilianne Saint-Amand est, selon nous, décédée de son expérience en psychiatrie. En effet, après son expérience, lorsqu'elle a demandé son congé, elle avait déjà sa corde dans son sac à main et s'est pendue quelques jours plus tard. Nous avons demandé une enquête publique et un rapport sera probablement produit au cours des prochaines semaines. Nous trouvons extrêmement important que l'expérience d'une personne et le courage de ses proches puissent être utilisés comme levier pour empêcher que des expériences comme celle-ci se produisent à nouveau. Il y a trois semaines, nous avons aidé une femme à se sortir d'une situation similaire. Cette femme était devenue extrêmement psychotique : elle voyait des personnages qui la menaçaient partout. Elle passait des nuits d'enfer après son retour chez elle. Elle s'est remise de cet état (qu'elle n'avait jamais vécu avant, d'ailleurs) après plusieurs jours. Cet état s'est donc déclaré après une hospitalisation pendant laquelle elle était enfermée 22 heures sur 24. Je crois qu'il n'y a pas d'autres solutions jusqu'à maintenant que de miser sur les personnes qui ont le plus de courage, c'est-à-dire celui de parler de leur expérience. Nous devons par contre être prêts à supporter ces personnes, car il faut qu'elles sentent que quelqu'un les soutient. Ce peut être quelqu'un d'un organisme de défense des droits, quelqu'un d'un milieu institutionnel ou une tout autre personne. Je voudrais mentionner que trop rarement, on entend les gens du milieu institutionnel parler. Nous avons la capacité politique de parler sur la place publique, mais il est beaucoup plus difficile pour eux de le faire ; ils sont coincés. Beaucoup d'intervenants de bonne foi trouvent difficile de vivre dans le milieu qu'on leur impose. Il serait donc très important que ces gens commencent à parler et à s'exprimer, sans toutefois se mettre en danger ; il est très dangereux de parler lorsqu'on travaille en équipe. Il faudrait toutefois encourager les intervenants à assister à des colloques comme

celui-ci et à parler ouvertement, tout en leur assurant que leurs contraintes seront respectées.

*Madame Provencher* : Il est frappant de constater qu'il n'y a pas, à ce colloque, une participation très forte du secteur public et du secteur institutionnel. Il faudra certainement encourager leur participation à l'avenir, car leur présence est nécessaire pour effectuer un bon échange et une mise à niveau, et pour qu'il y ait un meilleur respect des rôles différents.

*Commentaire* : Un des objectifs principaux de ce colloque était de rejoindre le milieu institutionnel. Malheureusement, il a peu répondu. Pourtant, nous avons contacté toutes les Régies régionales du Québec et tous les établissements de santé. Leur présence est nécessaire, car ils sont directement concernés. Ils nous ont donné une variété de raisons pour lesquelles ils ne pouvaient pas assister au colloque. Certains disaient que ce colloque coïncidait avec d'autres actions, d'autres engagements ; certains ont déclaré que leurs préoccupations étaient tout à fait différentes, que le sujet du colloque n'était pas pour eux une priorité ; certains n'étaient pas conscients de l'importance de la question de la victimisation secondaire.

*Commentaire* : Si la psychiatrie était originellement la médecine de l'âme, le système a perdu sa compassion pour l'âme. Le médecin peut parfois en avoir, mais le système en est définitivement dépourvu. Nous sommes dans une ère où la population vieillit, et nous remarquons une surprescription de la médication de l'âme chez les femmes qui vieillissent. Des médicaments comme le Prozac ou le Zoloft sont prescrits par la plupart des médecins de famille. Si nous continuons dans cette direction, plusieurs personnes perdront leur droit de parole ou n'auront plus envie d'avoir un droit de parole, et parce que ces personnes seront dans un âge avancé, elles ne seront plus entendues ou seront endormies par la médication. De plus, on surmédimente les enfants avec des médicaments pour l'hyperactivité ou même avec des antidépresseurs. On distribue donc la médication de l'âme à l'ensemble de la population. Il faut donc faire attention à ne pas se retrouver avec une population qui dort, ce qui rendrait la lutte contre le système difficile.

*Madame Provencher* : Ce que vous dites suggère qu'il y a une résurgence d'anciennes pratiques et une nouvelle crédibilité du pouvoir médical face à la santé mentale en général et face à celle des femmes en particulier, pratiques qui étaient combattues il y a trente ans. Il faudrait recommencer cette lutte. Or, il faut se poser la question : sommes-nous équipées pour nous battre ? Je remarque souvent dans les groupes un étonnement : nous ne réalisons pas encore qu'il faut agir et que l'on doit reprendre la croix et la bannière. Ce n'est pas une chose facile à faire lorsque l'on a combattu si longtemps en espérant et en faisant de grands progrès. D'année en année, on a pu remarquer les petits progrès qui sont devenus de grands progrès. Mais nous sommes arrivés à une époque où l'on a plafonné, et où la situation a basculé pour donner plus de pouvoir à ce que l'on combattait. C'est un nouveau paradigme.

*Commentaire* : Il y a effectivement un renversement, mais il y a aussi de nouveaux enjeux. On ne se bat pas seulement contre le système, mais aussi contre l'industrie, qui est un de nos ennemis dans la vague de la commercialisation, du FMI, de la Banque Mondiale, de la mondialisation et de la ZLÉA. Nous pouvons peut-être convaincre les psychiatres, et nous l'avons fait il y a trente ans, mais nous nous battons maintenant contre des gens qui sont insensibles au monde médical, les industries et les gens d'affaires. L'industrie pharmaceutique est une des trois industries les plus lucratives à travers le monde. J'ai vu les documents produits par l'AGIDD sur la gestion personnelle de la médication, et je les trouve extraordinaires. En même temps, je suis un peu plus radicale ; j'essaie de voir où sont les lieux de lutte radicale contre la médication. Chaque document que j'ai lu se garde de remettre en question les pratiques. Or, je crois qu'il faudrait une aile radicale à ce mouvement afin de dénoncer l'anesthésie générale que l'on pratique sur la population et sur les femmes en particulier. Une de mes amies dit que si l'on arrêta de prescrire tous ces neuroleptiques, on aurait déjà fait la révolution.

*Madame Provencher* : Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que, pendant l'élaboration du guide sur la gestion autonome de la médication, ce sont les personnes qui nous ont montré le chemin. Même si on a une opinion sur les médicaments, nous ne sommes pas à la place des gens qui en prennent. Les jugements que l'on peut porter n'aideront pas les personnes qui sont sous médication. Cette approche transparait dans le guide. Par contre, il est vrai qu'il n'y a pas de lieux de lutte radicale. Les compagnies pharmaceutiques se font énormément d'argent, et on psychiatrise de plus en plus la vie en général : la tristesse, la frustration, etc. J'ai même entendu que l'on avait commencé à prescrire du Prozac contre la timidité.

*Commentaire* : Vous parliez d'un retour en arrière par rapport à ce que l'on faisait il y a trente ans. Il me semble que ça fait trente ans que des organismes se forment pour lutter contre l'aspect pervers de ce qui se fait en société et je trouve qu'ils sont essentiels, mais je me demande s'ils ont une grande efficacité. Par contre, je ne voudrais surtout pas réduire la valeur du travail que l'on fait. Dans notre société, il n'y a plus de citoyens. Il n'y a que des individus isolés qui essaient de se regrouper en petits organismes pour se faire entendre. Par contre, je crois qu'en région urbaine, on commence de plus en plus à parler de la place du citoyen et je crois que si l'on vivait plus en tant que citoyen avec une place publique sans avoir

à toujours passer par des groupes, façons un peu isolées de fonctionner, nous pourrions mieux contrecarrer ce pouvoir financier.

Nous parlions tantôt de la difficulté de rejoindre le milieu hospitalier. Je trouve que les perceptions sont extrêmement différentes entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire, et même si je crois qu'il faudrait abolir la contention, je ne crois pas que ce soit possible. Par exemple, si quelqu'un arrive à l'hôpital complètement drogué, saoul et peut-être psychiatrisé, les intervenants n'auront pas le choix d'utiliser un moyen de contrôle, car ne pas en utiliser serait accepter de subir de la violence, au risque d'en mourir. Je crois donc que le milieu communautaire et le milieu hospitalier sont deux mondes différents. Je crois par contre qu'il y a un déséquilibre : un côté vit énormément d'impuissance, jusqu'à la passivité, et l'autre côté fait face à de l'agressivité. Ce sont en fait deux pôles qui se touchent. Je crois que si le citoyen avait plus de place en société, il y aurait plus de solidarité sociale et la médication serait moins nécessaire. Le problème se trouve aussi au niveau de la formation des médecins. On a beau les sensibiliser à ces questions, leur formation est centrée sur les neurones, les neurotransmetteurs et sur ce que les compagnies pharmaceutiques leur disent. Ils ne peuvent donc pas être proches de ce que les gens vivent.

*Commentaire* : Je crois que l'on revient en effet à une surmédicalisation, des femmes en particulier. Je parle pour le mouvement contre le viol et l'inceste. Je suis avec ce mouvement depuis vingt ans et je vois à quel point il y a eu une augmentation de la médicalisation des femmes. Dès qu'une femme se retrouve en crise à cause d'une résurgence des conséquences de l'inceste et qu'elle consulte un médecin, la première chose que l'on fait c'est de la médicaliser. Après cela, il est difficile de travailler, car les émotions sont gelées. La médicalisation transmet le message, qu'il est inadmissible de vivre ces émotions ou de vivre la crise ou la révolte. Au lieu d'attacher les femmes sur un lit d'hôpital, on les attache maintenant avec des médicaments, ce qui fait qu'elles ne peuvent pas vivre leur deuil, leur souffrance, leur détresse, qui sont nécessaires pour pouvoir continuer leur vie. D'une part, il faut qu'il y ait une sensibilisation auprès des médecins pour empêcher cette médicalisation. D'autre part, il devrait y avoir des lieux de résidence pour les femmes pour qu'elles puissent vivre leur deuil et leur « guérison » afin de pouvoir passer à autre chose. Il y a très peu d'hébergement où les femmes peuvent prendre leur temps. Même dans les centres pour les femmes, il y a des plans d'intervention et il faut qu'elles commencent à se trouver des activités et du travail. Selon moi, la santé mentale n'est pas un ensemble de diagnostics. D'ailleurs, les femmes arrivent souvent avec des diagnostics, mais nous ne travaillons pas avec ceux-ci. Nous travaillons avec la souffrance et avec ce qu'elles ont vécu. Il devrait y avoir des lieux pour prendre son temps. Il devrait aussi y avoir des centres de crise pour femmes seulement, parce que les femmes qui ont vécu de l'inceste ou de la violence se retrouvent dans des centres de crise mixtes qui infligent une revictimisation additionnelle.

*Commentaire* : Je voudrais que l'on examine aussi l'état des intervenantes, en particulier l'état d'épuisement ou de conformisme. Il serait aussi intéressant de parler du fait que l'on croit de moins en moins en notre pouvoir de groupe et en notre force. Enfin, je crois qu'il faut étudier les expériences qui se passent ailleurs dans le monde. Je suis allé en Belgique en octobre dans un congrès sur la psychiatrie et les femmes, et il était intéressant de voir que la plupart des ressources qui travaillent avec les gens sont financées par les pharmacies. Aucune n'était financée par le gouvernement. Je n'avais jamais vu ça. Les enjeux que l'on vit ici étaient inconnus là-bas ; ils n'étaient pas sur la place publique, et personne ne critiquait par exemple les compagnies pharmaceutiques. Je me suis dit qu'il ne faudrait pas qu'une telle situation arrive ici.

*Commentaire* : Nous vivons dans une société individualiste dans laquelle on ne veut pas toujours entendre parler des maux de l'autre, et dans laquelle les médicaments nous apportent un soulagement instantané et facile. Je remarque que plusieurs personnes élèvent les médecins au rang de dieux. Il y a encore toutes ces idées préconçues selon lesquelles le médecin a un pouvoir absolu sur la vie. Il faudrait démystifier ça. On n'entend pas souvent parler des erreurs médicales : les médecins n'avouent pas leurs erreurs, mais disent plutôt qu'ils ont fait du mieux qu'ils le pouvaient. Je crois qu'il faut questionner le pouvoir des médecins et des psychiatres et en faire des partenaires.

## Synthèse et recommandations

### Pratiques

- Signaler aux femmes avec qui l'on travaille que les limites que l'on a sont celles d'un organisme et non celles des femmes.
- Faire attention à l'intégration d'un vocabulaire qui n'est pas le nôtre, qui ferait en sorte que l'on effectuerait une distinction entre les femmes que l'on suit et celles que l'on inviterait à des actions militantes.

- Redéfinir le contenu de la santé mentale pour faire en sorte que le diagnostic ne soit pas un vol d'identité, comme il l'est de plus en plus.
- Remettre de l'avant à l'intérieur des pratiques l'importance de la violence et de la pauvreté, et tout ce que les personnes subissent et qui n'a rien à voir avec la santé mentale.
- User de souplesse, par exemple dans les expériences de groupe où on laisse tomber les thèmes pour parler de ce que les femmes veulent aborder.
- Développer la notion que la reprise de pouvoir, qui se fait dans les groupes, fait en sorte que l'attitude de la personne est différente quand elle va chez le psychiatre ou dans le système institutionnel.
- Développer d'autres lieux que l'urgence et les groupes alternatifs, car entre les deux, il n'y a, à peu près rien.
- Le système public ne doit pas oublier l'importance de l'analyse différenciée selon les sexes, d'autant plus que maintenant, les femmes ne sont plus la priorité dans le système de santé. Il y a un grand défi, car le nombre de femmes souffrantes augmente de façon inouïe dans la population en général et dans celle qui viennent cogner aux portes des groupes de femmes ou des ressources alternatives, et il y a un grand travail de sensibilisation à faire à l'interne, car les intervenants/es ne sont pas toujours équipés/es pour faire face à cela, d'autant plus (et c'est une chose à remettre à l'ordre du jour) que le financement est surtout disponible pour les services et non pour la défense de droits, et que la situation concrète demanderait l'équivalence de subvention.
- Avoir des lieux de résidence pour femmes et des centres de crise uniquement pour femmes, car les centres de crise mixtes sont des lieux de revictimisation.

### **Sensibilisation**

- Faire savoir par tous les moyens que les femmes ont des choix et peuvent changer de psychiatre. C'est un élément d'information à répandre dans le grand public.
- Démystifier la maladie mentale dans l'opinion publique, par exemple par de la publicité comme il y a eu il y a quelques années ici et en Colombie-Britannique.
- Faire attention à ne pas se faire happer par les médias, et se remettre en tête l'importance de la lutte pour les droits. Pour cela, il faut que les groupes luttent à l'interne contre leur propre épuisement et contre la tendance à la démobilitation et au conformisme. Il faut parler de la question de la contention dans l'opinion publique.
- Se servir des témoignages et de l'expérience des gens de nos groupes pour faire avancer les choses, miser sur leur courage et les soutenir; inviter à parler les intervenants/es qui travaillent dans les institutions, dont le travail peut être compromis par leur témoignage.
- Trouver des stratégies nouvelles pour rejoindre le secteur public. Se brancher sur les nouveaux enjeux, par exemple l'importance croissante de la pharmacologie dans le système industriel.
- Identifier des lieux de lutte radicale contre la médication, qui anesthésie l'ensemble de la population et les femmes en particulier, afin de trouver une zone de lutte plus citoyenne.
- Faire une analyse de la contention qui tienne compte aussi de la sécurité des travailleurs et des travailleuses dans les institutions; il faut qu'il y ait un dialogue pour que le point de vue de ces gens soit pris en compte.

## **DE LA DISCUSSION VERS DES SOLUTIONS**

### **Groupe de discussion portant sur l'adoption de stratégies d'action**

**L'Association des hôpitaux du Québec et le Réseau québécois d'action pour la santé mentale des femmes**

**Présentation par Jacques Gagnon et Fernande Ménard**

**Animation par Nicole Lacelle**

---

#### **Nicole Lacelle**

*Madame Lacelle est sociologue de formation. Elle anime et préside des assemblées à titre professionnel. Militante féministe depuis trente ans, elle est cofondatrice des Éditions du remue-ménage et auteure de deux livres d'entretiens publiés à ses mêmes éditions.*

Cet atelier a comme grand objectif de lancer des pistes de stratégies d'action à la plénière pour améliorer la situation, sinon radicalement la changer quant à la victimisation secondaire. Nos deux invités vous expliqueront le travail de leur organisme et ce qu'ils font contre la victimisation secondaire. À partir de là, nous discuterons ensemble pour dégager des pistes d'action qui nous semblent utiles et pertinentes.

#### **Jacques Gagnon**

*Monsieur Gagnon est conseiller en santé mentale et en toxicomanie à l'Association des hôpitaux du Québec depuis 1997.*

Je veux dans un premier temps vous dire pourquoi j'ai accepté de participer à ce colloque. Je présume que plusieurs connaissent l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), mais il se peut que certains ne la connaissent pas. Je voudrais aussi brosser un bref aperçu des actions menées par l'AHQ, qui sont liées à ce colloque. Je veux enfin apporter ma contribution au niveau de la recherche des moyens pour prévenir les situations dont il est question dans ce colloque et participer à la recherche de solutions et de stratégies d'action.

Je veux remercier Karine Desormeaux pour l'invitation de participer à ce colloque. Vous n'êtes pas sans savoir que, lorsqu'on parle d'un réseau institutionnel et d'une association qui regroupe des membres de ce réseau, d'une part, et d'autre part de regroupements d'organismes pour la défense des droits, un malaise est souvent ressenti. Ce n'est pas le premier colloque auquel je participe et ce n'est pas la première fois que j'échange avec des gens du Collectif ou de l'AGIDD, mais je dirais que je suis toujours sensible à ces événements et à ces rencontres. Il y a eu une évolution dans ma propre expérience d'échange et de contact avec les groupes communautaires. On ressent parfois une certaine peur, quand on va rencontrer des gens qui ont une appartenance à un autre organisme que le sien, et je crois que cette peur s'explique

par les différences et par les préjugés que l'on entretient de part et d'autre, et enfin le plus souvent par la méconnaissance des uns et des autres. J'éprouve moi-même à l'occasion des malaises dans les échanges, mais malgré cela, et considérant l'importance de la problématique qui est soulevée durant le colloque, il est de la responsabilité de l'Association et de ma responsabilité personnelle de contribuer à rechercher des solutions pour réduire les possibilités de victimisation secondaire chez les femmes qui ont eu par le passé des problèmes de violence. On considère la victimisation secondaire comme causée par des pratiques cliniques et professionnelles que nous situons très souvent à l'intérieur du milieu hospitalier, dans les services de psychiatrie. J'ai beaucoup appris, hier et aujourd'hui, car c'est la première fois qu'un tel événement se tient. Je suis davantage dans une situation d'apprenant que de celui qui apportera des réponses ou qui a les réponses à tout.

## **Rôle et structure de l'Association des hôpitaux du Québec**

Je veux rapidement vous parler de l'Association des hôpitaux du Québec. Pour qu'il n'y ait pas de malentendu, la mission première de l'Association des hôpitaux du Québec est de représenter et de promouvoir les intérêts de ses membres et de leur fournir une gamme de services qui répondent à leurs besoins. Autrement dit, l'intérêt des membres, ce n'est pas l'intérêt des autres ; l'AHQ travaille à faire valoir les droits de ses membres. C'est donc un groupe d'influence considéré comme ayant une influence politique importante. Fondée en 1966, l'AHQ regroupe 120 établissements membres actifs : des hôpitaux, mais aussi des CHSLD et des centres de santé multivocationnels. Il y a également, comme membres actifs de l'Association, des établissements qui ont une vocation en réadaptation physique. Il y a également des membres corporatifs, mais ce n'est pas la majorité. Au plan organisationnel, l'AHQ, comme plusieurs organisations, a un conseil d'administration qui représente l'ensemble des régions administratives du Québec. On y compte 24 membres actuellement. Il y a aussi au sein de l'Association des instances qui sont en appui au conseil d'administration et en appui aux membres. De ce point de vue, il y a des conférences régionales qui tiennent compte d'une réalité régionale, toujours dans une perspective de représentation de ses membres. Il y a des comités consultatifs par direction, qui regroupent notamment les directeurs de soins infirmiers ou de services professionnels. Il y a aussi des commissions de programmes clientèles. Actuellement, il y a deux commissions axées sur les réalités des personnes : la Commission de la personne âgée et la Commission de la santé mentale. Depuis 1997, je suis responsable à l'AHQ de la Commission de la santé mentale. Je suis conseiller auprès des établissements en matière de santé mentale et de toxicomanie. Il y a également d'autres commissions par catégories d'établissements et il y a des comités de travail formés au besoin, en tenant compte des problématiques qui sont étudiées.

## **Le cadre de référence de l'AHQ sur la contention et l'isolement**

Des orientations stratégiques définissent les priorités de l'Association. Pour celles-ci, une préoccupation importante pour les questions de nature clinique a été mise de l'avant il y a deux ans. Autrement dit, si, par le passé, la vie associative était souvent associée aux budgets, aux ressources humaines et donc à des intérêts d'une autre nature que celle des soins et des services à la clientèle, elle se soucie davantage maintenant de la mission première de l'hôpital, qui est d'offrir des soins et des services. Il y a donc une volonté exprimée, et c'est en accord avec ceci qu'il y a des commissions de programmes clientèles. Au niveau du fonctionnement interne, chaque année, en accord avec les orientations stratégiques et en tenant compte des enjeux politiques, une programmation annuelle des activités est adoptée par le CA. Une volonté très nette de travailler en collaboration avec les partenaires du réseau est également présente. Sur le plan des actions menées par l'AHQ spécifiquement en santé mentale et qui sont liées à la problématique de ce colloque, une action a été menée en juin 2000, soit celle d'élaborer un cadre de référence intitulé « L'utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée ». Ce travail était nécessaire, les établissements ayant l'obligation de réviser les protocoles, ou les politiques et procédures, liés à l'article 118.1 de la loi. Il s'est traduit par la mise en place d'un groupe de travail composé de 12 praticiens et gestionnaires qui œuvrent auprès des personnes âgées et des personnes avec troubles de santé mentale. Le plus souvent, c'est la législation qui instaure le changement : il faut garder en mémoire cette idée. Ça s'est traduit chez le comité de travail par une volonté de changer des pratiques. En plus de rechercher le strict niveau de conformité à la loi, le groupe a travaillé à élaborer des balises pour une application judicieuse et sécuritaire de ces mesures de contrôle. Ceci précédait les orientations ministérielles qui sont parues en décembre 2002, mais suivait le colloque organisé par l'AGIDD à Valleyfield. Ma participation à cet événement a été le déclencheur de cette volonté d'impliquer nos établissements membres et la permanence de l'AHQ et de modifier nos pratiques au sein des établissements. On n'est jamais seul dans le système : il y a toujours une interinfluence. Le colloque de l'AGIDD a eu un effet très bénéfique sur ma personne et sur

mon organisation, qui a fait de cette problématique une priorité. Depuis cette époque, c'est toujours d'actualité. Nous avons donc travaillé très fort sur cette problématique.

À la suite de l'élaboration du cadre de référence, nous avons organisé des sessions de formation qui s'adressaient aux cliniciens et aux gestionnaires en milieu psychiatrique. Le programme de formation s'intitule « L'utilisation judicieuse et sécuritaire de la contention et de l'isolement en milieu psychiatrique ». La conceptrice de cette formation est Diane Larose, une infirmière clinicienne très engagée au niveau des changements de pratiques et engagée personnellement et professionnellement pour le respect et pour faire en sorte que les personnes soient traitées avec dignité. Cette formation a été donnée, à Québec et à Montréal, en 2002. Nous avons aussi procédé très récemment à un sondage auprès de nos établissements à la suite des orientations ministérielles et du plan d'action qui avait été mis de l'avant. Comme il se passait peu de choses au ministère et que l'on avait notre plan d'action, nous avons fait notre cheminement, comme d'autres organismes l'on fait. Quand le ministère a décidé de chapeauter ce dossier d'une façon dynamique, nous nous sommes ajustés et nous avons pris la décision de contribuer de façon la plus étroite possible avec l'équipe ministérielle. Certains de nos membres représentent l'Association au sein de comités ministériels, notamment le comité qui vise la normalisation du matériel de contention. Il y avait une nécessité, et nous sommes intervenus auprès du ministère pour qu'il réglemente l'utilisation du matériel de contention. La seule obligation d'un établissement en matière d'utilisation du matériel de contention est actuellement de s'assurer qu'il respecte les normes du fabricant. C'est donc peu rigoureux. L'idée n'était pas d'en faire une utilisation plus stricte, mais de faire un inventaire et de réduire tout le matériel utilisé. Le ministère a donc créé un comité de travail qui fait partie du plan d'action.

Pour soutenir nos actions, nous avons dans chaque établissement une personne, une intervenante pivot, qui est responsable de l'application des mesures de contrôle. Nous avons au sein de l'AHQ le comité consultatif, dont j'ai parlé précédemment. Il y a aussi l'équipe de soins et de services (dont je fais partie), formée d'un médecin-conseil, d'une directrice des soins et d'une infirmière. Il y a enfin la Commission de la santé mentale qui joue un rôle consultatif. Cette commission donne des avis au conseil d'administration sur toute matière de nature clinique qui pourrait servir à la représentation ou au soutien aux établissements. Elle est aussi partie prenante de la détermination de la programmation annuelle des activités.

Le cadre de référence de l'AHQ n'est pas une réponse à la problématique qui est soulevée durant ce colloque. C'est plutôt celui-ci qui a suscité l'interrogation. J'ai donc relu le cadre de référence et je me suis dit : « Au regard de la problématique qui est là, sommes-nous bien alignés ? Le cadre de référence pour nos établissements est-il un outil valable et auxquels les gens peuvent se référer ? » À la relecture, j'ai identifié deux aspects importants. Avant d'utiliser une mesure de contrôle, un processus décisionnel doit être fait. Dans la description qui est faite du processus décisionnel, je me suis rendu compte que des éléments importants s'y trouvent, notamment si la mesure est justifiée ou si l'on a considéré tous les critères qui prévalent à son utilisation. Il y a donc une réflexion, tout un processus qui doit être entrepris. Essentiellement, ce qui m'a frappé, c'est que la première étape du processus décisionnel comprend l'évaluation de la situation clinique de la personne. Je relis ce que j'entendais hier dans les discussions : comment intervenir si l'on ne connaît pas la personne, si l'on n'a pas une vision globale de ses besoins ? De ce point de vue, on insiste sur l'analyse attentive des causes du problème et de l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Comme instrument pour aider les intervenants à changer les pratiques, le cadre de référence donne des réponses. Encore faut-il se l'approprier et agir conformément à des principes ou à ce modèle de référence. J'insiste sur le fait que l'on trouve des éléments de réponse dans le cadre de référence, du moins si l'on se concentre sur l'évaluation et l'analyse de la condition de la personne, comme il est prévu dans le processus décisionnel. Il y a, d'autre part, des mesures alternatives que le cadre de référence mentionne. C'est là une source très utile, mais encore faut-il s'approprier le contenu. On vise par les mesures alternatives à éviter les mesures de contrôle.

## Fernande Ménard

*Madame Ménard est présidente du conseil d'administration du Réseau québécois d'action pour la santé mentale des femmes*

Je vous amène maintenant dans un autre monde complètement : le monde communautaire des femmes. Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes est un organisme provincial multidisciplinaire qui a comme préoccupation première la santé des femmes et ses déterminants. Sa mission est de travailler solidairement dans une perspective féministe à l'amélioration de la santé des femmes. Qui peut être membre de ce réseau ? Tout individu qui s'intéresse à la santé des femmes ; des groupes locaux ou nationaux de femmes ou qui sont majoritairement des femmes dont la préoccupation est la santé des femmes ; enfin, les conditions féminines des syndicats. Comme vous pouvez le constater, nous n'avons pas une seule préoccupation spécifique en santé des femmes. Nous travaillons sur des préoccupations sorties de notre cadre de référence.

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes a pour origine le Regroupement des centres de santé de femmes du Québec. Ces centres ont été actifs sur la question de la maternité et de l'avortement et les femmes qui en faisaient partie voulaient avoir une association qui répondrait à davantage de problématiques. Nous donnons de la formation et de l'information et nous faisons de l'action sociale et politique. Nos stratégies sont de documenter de façon critique les différents enjeux en santé des femmes, diffuser largement cette analyse avec des moyens réduits, réseauter l'action stratégique au sein du mouvement des femmes et promouvoir notre analyse auprès des instances gouvernementales.

Le malaise que j'ai aujourd'hui, c'est que je ne suis pas capable de vous dire que le réseau travaille directement sur la victimisation secondaire. Par ailleurs, nous travaillons par exemple sur la question du cancer du sein. Nous avons eu comme mandat de travailler sur un programme visant à diminuer l'angoisse au moment de l'attente de diagnostic. Les femmes qui doivent subir des tests supplémentaires vivent une période d'angoisse très grande. Nous voyons donc à mettre en place des moyens pour diminuer cette angoisse. Si on l'analysait, on pourrait y voir un phénomène de victimisation secondaire possible. Les femmes vivent cette angoisse, mais elle n'est pas vraiment reconnue ; elles sont donc seules à vivre cela et sont très isolées. Nous avons préparé de la formation à donner aux intervenantes communautaires pour être davantage aptes à accueillir les femmes en attente de diagnostic. Il y a aussi eu du travail fait sur des « clientèles » plus difficiles : les femmes qui ont des troubles de santé mentale et qui attendent un diagnostic en cancer du sein. C'est un exemple de la façon dont on veut travailler. Dans tous nos dossiers, je crois qu'il y a toujours un aspect santé mentale. La ménopause est un autre de nos dossiers importants. Les problèmes de la ménopause sont souvent reliés à notre santé mentale, qui est malmenée. Le seul fait de se faire dire que l'on est en ménopause, que l'on n'est plus jeune, plus belle, plus mince, etc. nous affecte. Aussi, nous venons de terminer une recherche chez les femmes lesbiennes ; il se dégage de cette étude que les lesbiennes ont des problèmes particuliers de santé mentale, dont le fait qu'on ne les reconnaît pas comme lesbiennes ou que l'on cache certaines réalités qu'elles vivent. Nous abordons donc la santé mentale par nos dossiers. Nous ne travaillons pas directement avec la victimisation secondaire, mais je crois que ce qui se dit au cours de ce colloque apportera beaucoup à notre travail. Je m'engage à réfléchir sur ce sujet.

---

*Question* : Ma question s'adresse à monsieur Gagnon. J'ai pris connaissance de votre document de formation et je trouve que vous avez fait un effort pour changer la culture. Par contre, je ne suis pas en accord avec le titre de votre document, « utilisation judicieuse de la contention ». Je ne crois pas qu'il y ait une façon judicieuse d'utiliser la contention. Je crois qu'elle ne devrait pas être utilisée du tout. Aussi, ce qui me préoccupe, c'est que votre formation a été élaborée en même temps que les orientations ministérielles. Je sais qu'il y avait quelqu'un de l'AHQ sur le comité. Dans ce document, on ne retrouve pas les définitions des orientations des orientations ministérielles, mais vos définitions. Pourquoi n'avez-vous pas inclus les nouvelles définitions et changé le document pour dire que le ministère vise l'élimination des mesures de contrôle ? Aussi, on ne parle que très peu des alternatives, et aucune n'est nommée. Je crois que vous devriez inclure des stratégies alternatives pour que les gens se les approprient et qu'ils aient des mesures alternatives à portée de main. Enfin, il serait intéressant que l'AHQ prenne le pouls des personnes qui vivent les mesures de contrôle lorsqu'elle élabore des documents comme celui-ci. Elle trouverait ainsi des bonnes solutions. Il faudrait que l'AHQ amène ces gens sur ces comités et qu'elle s'en serve pour diffuser l'information. Une pièce de théâtre comme celle de ce matin serait utile.

*Réponse de monsieur Gagnon :* Vous demandez pourquoi avoir élaboré le cadre de référence et le programme de formation avant les orientations ministérielles. Les orientations ministérielles devaient être élaborées il y a plusieurs années, au moment où la loi 118 a été modifiée. On se souvient que j'étais au colloque de l'AGIDD à ce moment, et le sous-ministre avait dit qu'il allait le faire. Or, quand on attend des choses du Ministère, ça prend parfois plusieurs années. Nous avons considéré qu'il y avait urgence d'agir. Nous recevions des appels de nos établissements membres nous demandant si l'AHQ allait réviser les protocoles, parce que le curateur les pressait d'être conformes à la loi 118. Nous avons donc pris la décision d'agir avant de savoir quand seraient publiées les orientations.

Les orientations ministérielles donnent un cadre général. Au niveau des stratégies et des mesures alternatives, nous considérons qu'il était important de maintenir le momentum par rapport au cadre référence et à la révision des protocoles, pour faire en sorte que les hôpitaux, étant déjà dans un mouvement de changement et d'appropriation du cadre de référence, favorisent la formation. Il y avait deux volets. D'abord le volet de sensibilisation à l'importance de le faire, et celui d'inciter nos gens à trouver les mesures alternatives. Le grand défi que l'on a, c'est de trouver l'alternative et d'être créatif. Il est certain que l'AHQ doit développer son plan d'action. Nous anticipions même au mois de mars, après la sortie des orientations ministérielles, d'autres journées de formation sur les mesures alternatives. Nous avons décidé de suspendre cela pour s'arrimer sur le plan d'action ministérielle, car nous ne fonctionnions donc pas en synchronisme avec le Ministère. Nous participons en ce moment à des comités de travail, mais nous ne sommes pas très sollicités par le Ministère. Aussi, des éléments dans le programme de formation font référence à une approche différenciée en fonction de sexes ou du vécu des personnes, notamment des femmes. Or nous ne sommes pas rendus assez loin pour nous approprier cela. C'est dans la revue de littérature (nous faisons référence à Ruth Galopp, par exemple), mais si nous ne travaillons pas dans cette voie de façon continue, nous risquons de travailler sur un autre problème qui deviendra l'enjeu de l'heure. Nous ne pouvons pas arrêter de travailler sur les mesures de contrôle et sur une intervention plus humaine. Il est tentant dans un contexte politique de changer de priorité ; d'où notre effort continu. Mais vous avez raison, nous ne nous sommes pas encore arrimés avec les groupes communautaire ; c'est la partie difficile, mais nécessaire. Il est par contre difficile de le faire d'une façon formelle, car les gens ont tendance à se regrouper par affinité.

*Question :* D'après ce que je peux comprendre, les organismes sont tenus d'établir des protocoles et des politiques d'intervention, et la communication intersectorielle ne se fait pas. Le momentum ne se partage donc pas dans l'élaboration des outils d'intervention qui pourraient être appropriés pour les besoins des femmes. Pourquoi la communication intersectorielle ne se fait-elle pas ? Et comment pourrait-elle se faire afin de garder le momentum ?

*Réponse de madame Ménard :* Les regroupements de groupes de femmes en font beaucoup. Nous nous parlons beaucoup, mais nous ne nous marchons pas sur les pieds. Par exemple, au Réseau, nous ne nous occuperons pas de contentions parce que l'AGIDD et d'autres organismes s'en occupent déjà ; nous essayons, en nous concertant beaucoup, de profiter de nos expertises mutuelles. Je suis interpellée par la question de l'analyse différenciée. Nous la retrouvons dans tous les documents gouvernementaux. Or, je suis allée à la réunion organisée par le Secrétariat à la condition féminine et, même si l'analyse différenciée est présente, on dit que l'on va élaborer des chiffres, sortir des documents pour déterminer la différence entre les hommes et les femmes. Si on prend ce chemin, on se fourvoie complètement. C'est assez inquiétant et nous devons demeurer vigilantes.

## RETOUR SYNTHÈSE EN PLÉNIÈRE : STRATÉGIES D' ACTIONS ABORDÉES

### Nicole Lacelle

*Madame Lacelle est sociologue de formation. Elle anime et préside des assemblées à titre professionnel. Militante féministe depuis trente ans, elle est cofondatrice des Éditions du remue-ménage et auteure de deux livres d'entretiens publiés à ses mêmes éditions.*

---

À partir des pistes d'action, qui, nous l'espérons, deviendront des stratégies, nous avons remarqué que se dégagent deux grands objectifs. Le premier est de faire connaître et reconnaître le problème de la victimisation secondaire à l'intérieur de nos organismes comme à l'extérieur. Le deuxième est de développer des moyens de concertation pour l'éliminer.

Nous avons divisé nos recommandations en deux catégories : celles qui se rapportent aux pratiques et celles qui se rapportent à la diffusion de l'information et à la sensibilisation.

### Les pratiques

- Dans les groupes de femmes, les groupes communautaires et les groupes alternatifs, il faut éviter de mettre sur pied des programmes au rythme trop rapide qui ne respectent pas le rythme des femmes. Il est important de signaler aux femmes qui sont victimisées ou revictimisées qu'à cause de problèmes de financement, ces groupes sont forcés de mettre sur pied des programmes qui reflètent d'avantage les limites de l'organisme et de son financement que celles des femmes.
- Il est important de faire attention au vocabulaire employé et à ne pas intégrer un vocabulaire qui n'est pas le nôtre. Les directives ministérielles utilisent souvent un vocabulaire qui indique un désintérêt ou un retrait d'une certaine problématique. Par exemple, le terme *violence faite aux femmes* est devenu *violence conjugale*, qui est maintenant devenu *le traumatisme non-intentionnel*. Il faut se garder d'utiliser ce langage qui déforme la réalité en la réduisant à un certain nombre de catégories bureaucratiques qui ne correspondent pas au vécu des femmes.
- Il faut redéfinir pour soi-même (et pour les groupes) ce qu'est la santé mentale, car souvent, le diagnostic agit comme un vol d'identité.
- Il faut remettre de l'avant, à l'intérieur de nos organismes, l'importance de la violence qu'exerce la pauvreté contre les femmes. Les conséquences de cette violence sur les problèmes que les femmes vivent ne peuvent pas être sous-estimées.
- Il faut être souple et prêt à laisser tomber des thèmes ou des façons de travailler qui ne correspondent pas aux besoins de femmes qui viennent chercher de l'aide et de l'entraide. Il est par contre important de continuer tout le travail de réappropriation de pouvoir (empowerment) parce que cette reprise de pouvoir change l'attitude des personnes même quand elles doivent voir un psychiatre ou avoir recours à des ressources institutionnelles.
- Un fait a été souligné : le nombre grandissant de femmes souffrantes et la plus grande souffrance des femmes. Ceci fut un constat unanime parmi les praticiennes de terrain. Ceci pose un problème pour les femmes qui travaillent dans les groupes de femmes et les groupes alternatifs. Ces travailleuses devraient avoir accès à de la formation additionnelle qui mettrait à jour leurs compétences et leur donnerait de la confiance. Ainsi, elles ne réfèreraient pas les femmes aux hôpitaux.
- Il faut être extrêmement vigilant envers le financement des groupes. On sait qu'en général, ce sont les services qui sont financés et non la défense de droits. Dû au nombre grandissant de femmes souffrantes, nous commençons à croire que le niveau des services a plafonné et qu'il faut concentrer notre énergie sur la défense de droits.

- On constate une absence de lieux, comme des résidences ou des centres de crise pour femmes, qui permettraient aux femmes en crise d'avoir un lieu sécuritaire pour se ressaisir.
- Les gens du secteur public ont exprimé leurs inquiétudes par rapport au manque d'intermédiaires entre l'urgence et les groupes alternatifs. Si par exemple une femme est en crise la nuit, elle doit aller à l'urgence ; aucune autre ressource ne lui est disponible.
- Les institutions doivent appliquer l'analyse différenciée selon les sexes et l'analyse différenciée selon le vécu. La popularité de la question des femmes dans les institutions a récemment baissé dramatiquement. Si l'on ne fait pas attention, il n'y aura pas de réponses apportées aux besoins spécifiques des femmes.
- Il faut pousser plus loin ce que les institutions ont produit jusqu'à maintenant (plan d'action ministériel, cadre de référence de l'Association des hôpitaux du Québec) et les faire connaître par de la formation. Il faut aussi que ces institutions incluent dans leurs documents l'élimination de la contention et de l'isolement.

## Sensibilisation

- S'il y a un point de convergence entre les organismes communautaires, alternatifs et groupes de femmes et les institutions, c'est sans doute la question de la contention. Non seulement les femmes qui ont vécu la contention devraient participer à l'élaboration de formations données dans le milieu communautaire et dans le milieu public, mais elles devraient aussi oeuvrer avec les travailleuses et travailleurs du secteur public à trouver de véritables alternatives pour la sécurité non pas seulement des femmes avec troubles de santé mentale ou en crise, mais aussi des gens qui travaillent dans les institutions. Il existe des alternatives à la contention qui sont sécuritaires pour les femmes et pour les travailleuses et travailleurs. Il faudrait connaître ces moyens, les préciser et donner de la formation pour les promouvoir.
- Il faut réclamer l'augmentation du financement à tous les niveaux pour éliminer la victimisation secondaire. Si l'on trouve que l'analyse différenciée selon les sexes est inapplicable, il faudrait trouver une alternative pour la remplacer.
- On doit trouver des stratégies nouvelles pour rejoindre le secteur public, c'est-à-dire qu'il faut se concerter.
- Les organismes communautaires doivent ne pas se faire happer par l'urgence d'aider les femmes qui vivent de la souffrance et doivent se rappeler l'importance de la défense de droits. Il faut faire attention à l'épuisement des travailleuses et travailleurs.
- Les organismes communautaires doivent se servir des témoignages et de l'expérience des personnes de nos groupes qui ont vécu ces situations pour faire avancer les choses. Nous avons souligné le courage des femmes qui ont parlé durant ce colloque, et la valeur de leurs témoignages, qui ont donné énormément d'informations et de formations aux personnes présentes. Il faut miser sur ce courage pour aider à éliminer la contention.
- Concernant le grand public, il faut démystifier la maladie mentale dans les médias. Il y a eu, il y a plusieurs années, un certain nombre de campagnes visant cet objectif. Cette démystification contribue à ne pas stigmatiser les personnes qui sont atteintes (souvent temporairement) de troubles de santé mentale. Il faut aussi parler de contention dans le public. Nous croyons que l'isolement et la contention sont méconnus du grand public, en particulier la contention.

## Réactions

*Paula Maundcote* : En tant que victime qui a été retraumatisée plusieurs fois, je quitte ce Colloque avec le sentiment d'être purifiée et légitimée. J'ai beaucoup appris et j'ai échangé avec plusieurs femmes. Ce fut une expérience merveilleuse pour moi. Par hasard, je me suis assise avec une infirmière pour faire un exercice sur les situations qui nous rendent impuissantes. J'ai pris l'initiative et j'ai commencé à expliquer ce que c'est que de se sentir impuissante dans le milieu hospitalier. On m'a dit: « Vous ne savez pas de quoi vous parlez ! Tout cela a changé ! » Je voulais partager cela avec vous.

*Véronique Fantetti* : J'étais trop prise par mes émotions hier pour conclure mon récit. Je veux maintenant préciser que ma vie n'est pas seulement un drame. Je veux aussi mentionner que malgré que je me donne le titre de survivante, j'ai passé l'étape de survivante. Je me considère maintenant vivante. J'ai déjà dit à ma mère que je ne l'appelais pas « maman » parce que je ne croyais pas que c'était en mettant un enfant au monde que l'on devient sa mère. J'ai réalisé que grâce à des interventions très subtiles et très humaines, je me suis remise de ce que j'ai vécu. C'était une bataille à chaque jour, et j'ai maintenant beaucoup de séquelles physiques. Malgré que les professionnels de la santé que je consulte maintenant ne soient pas formés en post-trauma, je peux quand même les appeler lorsque je suis en crise et je sais qu'il m'accueilleront de façon très humaine. Voir un médecin était autrefois pour moi une phobie. Or maintenant, mes traitements physiques

font aussi office de thérapie psychologique. Je remercie le Collectif pour leur support dans ma démarche d'empowerment. Ils m'ont appris mes droits, ce qui m'a redonné un certain pouvoir. De plus, me donner la chance de faire partie des changements qui vont avoir lieu me donne du pouvoir, beaucoup de confiance en moi et de la dignité. Être bien accueillie par vous, même quand j'étais complètement bouleversée, m'a beaucoup touchée. Merci pour toutes vos paroles encourageantes et touchantes.

*Commentaire* : Le rôle important du théâtre a été mentionné dans notre atelier. Le théâtre aide à passer des messages, et établit la relation entre professionnel et non-professionnel. Nous continuerons donc à écrire des pièces de théâtre pour communiquer des messages. Merci à Stéphanie Gendron et à l'auteure de la pièce, Karine Desormeaux..

*Commentaire* : Je viens de témoigner, et j'ai oublié de mentionner qu'une personne qui passe des années dans un état de non-retour doit préserver son réseau social et des filets de sécurité. C'est très important.

*Commentaire* : Je travaille pour l'AGGID en Abitibi-Témiscamingue. À l'AGIDD, nous avons commencé à utiliser le matériel produit par le Collectif dans des situations précises où nous avons eu à intervenir publiquement pour dénoncer des phénomènes de victimisation secondaire. Merci au Collectif et félicitations.