

ACTES DU COLLOQUE

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

AGIDD-SMQ

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

Sous la
présidence
d'honneur de

**DAVID
COHEN**

« La vision critique
en santé mentale :
réalités
et espoirs »

GUY MOREAU

« La vision
critique
et moi ! »

**JEAN-CLAUDE
ST-ONGE**

« Tous fous ?
L'influence
de l'industrie
pharmaceutique
sur la psychiatrie »

JOËL MONZÉE

« Les
neurosciences
au service
de la santé
mentale ? »

Animé par

LORRAINE GUAY

TENU LE 29 MAI 2013
CENTRE SAINT-PIERRE, MONTRÉAL

Rédaction des comptes-rendus des conférences et de la synthèse du panel :
Olivier René

Révision du contenu :

David Cohen, Joël Monzée, Guy Moreau et Jean-Claude St-Onge pour le compte-rendu de leur conférence respective ainsi que Gorette Linhares, de l'équipe de l'AGIDD-SMQ, pour l'ensemble des actes.

Mise en page :

Olivier René et Gorette Linhares

Produit par

l'Association des groupes d'intervention en défense des droits
en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)
4837, rue Boyer, bureau 210
Montréal (Québec) H2J 3E6

Téléphone : (514) 523-3443

Télécopieur : (514) 523-0797

Courriel : info@agidd.org

Site Internet : www.agidd.org

Page Facebook : <https://www.facebook.com/agidd.smq>

Les actes vidéo et douze capsules Web présentant certains passages clés du colloque sont accessibles à partir du site Internet de l'Association.

Mars 2014

L'AGIDD-SMQ permet, sans autorisation particulière, et même incite toute personne intéressée à utiliser le contenu du présent document à des fins personnelles, éducatives et non commerciales à la condition d'en indiquer la source. Toute utilisation ou reproduction, sous quelque forme que ce soit, à des fins publiques ou commerciales est interdite à moins d'avoir obtenu l'autorisation écrite préalable de l'AGIDD-SMQ.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Table des matières

Avant-propos et remerciements	iii
Mot de bienvenue	
<i>Andrée Morneau</i>	1
Conférence d'ouverture	
<i>La vision critique et moi</i>	
<i>Guy Moreau</i>	4
Conférence du président d'honneur	
<i>La vision critique en santé mentale : réalités et espoirs</i>	
<i>David Cohen</i>	7
Conférences	
<i>Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie</i>	
<i>Jean-Claude St-Onge</i>	16
<i>Les neurosciences au service de la santé mentale</i>	
<i>Joël Monzée</i>	25
Photos souvenirs	35
Panel	
<i>Synthèse du panel d'échanges</i>	38
Mot de fermeture	
<i>Stéphane Duranleau</i>	46

Annexe 1 - Programme complet de la journée colloque

Annexe 2 - Biographie des présentateurs et présentatrices

Annexe 3 - AGIDD-SMQ

**L'animation de la journée colloque a été assurée par madame Lorraine Guay.*

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Avant-propos et remerciements

L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) présente les actes de son colloque 2013 portant sur la vision critique en santé mentale. Tenu le 29 mai, cet événement a rassemblé plus de 160 personnes provenant, entre autres, des milieux communautaires, universitaires et du réseau public. Bon nombre d'entre elles vivent ou ont vécu un problème de santé mentale.

C'est avec l'intention de questionner l'approche biomédicale prédominante dans le milieu psychiatrique, mais aussi, et surtout dans le but d'offrir un espace de liberté pour réfléchir et échanger de manière critique sur différents phénomènes liés à la santé mentale que l'AGIDD-SMQ a organisé ce colloque.

La vision critique constitue un outil indispensable permettant de consolider le jugement et l'esprit critique face aux idées préconçues et aux généralisations abusives, principales sources de stigmatisation et de non-respect des droits.

L'AGIDD-SMQ tient à remercier les conférenciers, messieurs Guy Moreau, Jean-Claude St-Onge et Joël Monzée et plus particulièrement le président d'honneur du colloque, monsieur David Cohen, pour avoir livré, chacun à leur manière, un discours empreint, à la fois, de réalités et d'espoirs.

Merci également à madame Lorraine Guay, animatrice de la journée, qui, comme toujours, représente une source d'inspiration pour tous ceux et celles qui désirent améliorer le monde et cultiver le vivre ensemble.

Merci à madame Andrée Morneau ainsi qu'à monsieur Stéphane Duranleau, respectivement présidente et vice-président du conseil d'administration de l'AGIDD-SMQ pour les mots d'ouverture et de fermeture du colloque.

Merci à messieurs Laurent Roy et Jean-Marc E. Roy pour la captation vidéo du colloque et à Jean-Marc E. Roy pour la production des montages vidéo.

Merci à toutes les personnes ayant pris la parole lors des moments d'échanges ainsi qu'à toutes les personnes qui ont participé à cette journée colloque.

L'équipe de l'AGIDD-SMQ

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Mot de bienvenue

Andrée Morneau, présidente de l'AGIDD-SMQ

Bonjour à toutes et à tous,

Au nom de mes collègues du conseil d'administration et des membres de l'équipe de travail de l'AGIDD-SMQ, je désire vous souhaiter la bienvenue à notre colloque *La vision critique en santé mentale : réalités et espoirs*.

La réalité.

La réalité est que ce colloque a longtemps été rêvé.

Nous rêvions d'accueillir à nouveau Monsieur David Cohen à titre de conférencier. Plusieurs d'entre vous nous disaient d'ailleurs : «On s'ennuie de David! »

Il faut dire que l'histoire d'amour entre M. Cohen et l'AGIDD-SMQ remonte au début des années 1990 et a connu son point culminant en 1995 alors que M. Cohen, Mme Suzanne Cailloux-Cohen et l'AGIDD-SMQ publiaient un ouvrage novateur : *Le Guide critique des médicaments de l'âme*. C'est d'ailleurs ce guide qui a permis à l'Association de mettre en place une formation sur les psychotropes, formation ayant été suivie par des milliers de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Depuis cette époque où il était professeur à l'Université de Montréal, jusqu'à nos jours, à titre d'enseignant à l'École de travail social de l'université internationale de Miami, David Cohen n'a cessé d'approfondir ses travaux critiques.

Lorsque nous pensons à lui, c'est l'expression «pro-personne» qui nous vient en tête.

C'est avec enthousiasme que M. Cohen a accepté d'être le président d'honneur de notre colloque et de nous entretenir sur la vision critique en santé mentale ainsi que sur ses réalités et espoirs.

Mais pourquoi avons-nous retenu ce thème pour l'édition 2013 de notre colloque annuel ?

Il y a deux ans, les membres de l'AGIDD-SMQ se sont réunis en congrès d'orientation. Tous s'entendaient sur la nécessité et l'importance de maintenir une analyse et un discours critiques face à la psychiatrie et à la médicalisation des problèmes sociaux.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Mais une fois cela dit, il fallait mieux s'outiller, mieux soutenir notre vision critique. Mais tout d'abord, c'est quoi la vision critique ? D'où vient-elle ? Qu'est-ce qu'elle donne ? Quel est son avenir ?

Vous comprendrez qu'avec de telles questions, nous avons l'occasion rêvée, c'est le cas de le dire, de réaliser notre rêve de voir David Cohen venir faire son tour au Québec !

En ce qui concerne nos autres conférenciers invités, cela s'est avéré un choix tout aussi naturel !

En effet, il nous a semblé tout naturel de contacter Monsieur Jean-Claude St-Onge, qui, comme M. Cohen, a déjà remporté un prix Orange de notre Association. Nous savions que M. St-Onge était en préparation de son ouvrage : *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Et nous savions aussi qu'il n'a pas la langue dans sa poche quand vient le temps de s'indigner. Parfait pour nous !

Concernant M. Joël Monzée, voilà des années que nous l'entendions réagir dans les médias et tenter de défaire bien des idées préconçues, notamment concernant la médicalisation de l'enfance et le thème de la performance. Après avoir eu le plaisir de l'écouter à titre de conférencier, nous avons su que ses propos complèteraient bien la journée, d'autant plus qu'il pourra éclairer notre vision critique en tant que docteur en neurosciences et psychothérapeute.

Bien sûr, nous voulions ouvrir la journée avec la conférence d'une personne vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Qui pourrait bien nous parler de son parcours vers la vision critique ?

Nous nous sommes tournés vers un collaborateur précieux de l'Association, M. Guy Moreau, lequel a bien souvent exercé sa vision critique lors de son passage à titre d'administrateur de l'Association !

Guy Moreau, Joël Monzée, Jean-Claude St-Onge, David Cohen...

Mmmm ? Si je peux me permettre, mais où sont les femmes ?

Ne vous inquiétez pas, pour pallier ce manque, nous avons demandé à une femme d'exception - qui en vaut bien quatre à elle seule - d'animer notre journée. Mme Lorraine Guay est plus qu'une animatrice à nos yeux.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Alliée, militante, source d'inspiration, elle possède une très vaste expérience des milieux sociaux et communautaires, notamment dans le domaine de la santé mentale. Entre autres, elle a coordonné pendant six ans le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ).

C'est un plaisir, un privilège et un honneur de l'avoir avec nous.

Maintenant que je vous ai parlé de nos conférenciers et de notre animatrice, je vais vous parler de vous. Nous fracassons un nouveau record d'assistance de 165 personnes.

En quelques jours à peine vous avez été nombreux à vous inscrire à notre colloque. Du jamais vu ! Votre intérêt nous démontre à quel point il est crucial de parler de la vision critique, mais surtout de l'exercer. Afin de prolonger le succès de cette journée, le conseil d'administration a donc choisi de produire des actes vidéo.

Je souhaite la bienvenue aux membres de notre Association qui ont si bien mobilisé leurs propres membres.

Bienvenue aux membres du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, regroupement avec lequel nous nous sommes engagés à maintenir un discours critique en adoptant, l'an dernier, une déclaration commune intitulée *Pour un mouvement social alternatif en santé mentale*.

Nous tenons aussi à souligner la forte participation des Auberges du cœur. Bienvenue.

Bienvenue aussi aux personnes issues du milieu de la recherche, milieu universitaire et du réseau de la santé et des services sociaux.

Je tiens à souligner la présence de Mme Louise Latulippe, de la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Enfin, permettez-moi de dédier ce colloque à toutes les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale pour qu'elles exercent leur vision critique, mais aussi pour que la vision critique contamine les milieux de la santé, de l'éducation, juridique et communautaire, et qu'ainsi on puisse réellement parler de primauté de la personne.

Merci et bon colloque !

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Conférence d'ouverture

La vision critique et moi

Guy Moreau

C'est avec beaucoup de sagesse que Monsieur Moreau présente ses réflexions sur son parcours vers la vision critique. Il exprime son propos de façon à la fois solide et inspirante. Après avoir offert quelques pistes d'explications éclairantes à la question : « Qu'est-ce que la vision critique? », il aborde les applications de la vision critique dans les fondements de la psychiatrie biomédicale et face aux dérives du contrôle social biochimique. Avec comme trame de fond les étapes de son propre parcours expérientiel dans une démarche critique, il expose trois types de connaissances qui permettent d'approfondir une pensée critique, soit le *oui-dire et les croyances*, la *raison et la connaissance déductive* et la *connaissance claire et exacte*. Sa conférence d'ouverture positionne les idées importantes concernant la vision critique et la santé mentale et introduit la réflexion pour l'ensemble du colloque.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Compte-rendu de la conférence de Guy Moreau

Dans sa conférence, M. Moreau situe la vision critique en relief avec son expérience personnelle. Livrant son propos de façon éditoriale et utilisant un discours imagé, il partage ses réflexions et points de vue sur son cheminement dans la vision critique.

Qu'est-ce que la vision critique?

D'entrée de jeu, M. Moreau propose de définir ce qu'est la vision critique. Il avance un certain nombre d'éléments pour la qualifier dont le fait qu'elle se caractérise comme : « *une démarche de remise en question des opinions ainsi que de leurs arguments, du vocabulaire utilisé, de la présentation du réel et finalement, de la source émettrice (personne, média, institution, expert, organisme, etc.)* ». Elle nécessite jugement et honnêteté intellectuelle et permet de prendre du recul par rapport à ses propres croyances et convictions.

Selon M. Moreau, aborder la psychiatrie biomédicale dans une vision critique implique de bien cibler l'objet de cette spécialité médicale soit *l'âme humaine*, comme le laisse entendre la racine étymologique du terme psychiatrie (*psyche* qui signifie âme et *iatros* qui signifie médecin). Devant un objet d'étude aussi abstrait que l'âme humaine, M. Moreau s'interroge donc sur le caractère scientifique de la psychiatrie biomédicale.

« Nous avons une idée assez précise de ce qu'est la médecine. Par exemple, elle sait réduire les fractures et résorber les virus à l'aide d'antibiotiques. Pour ce qui concerne l'âme et ses synonymes : « psyché », « esprit », « conscience », « mental », c'est beaucoup moins évident ! »

(Guy Moreau, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Il pose ensuite un regard critique sur une discipline intimement liée à l'industrie pharmaceutique et rappelle que la médicalisation des problèmes sociaux, la surconsommation de substances chimiques et le contrôle social par la médication représentent des dérives importantes et préoccupantes de la psychiatrie.

« Gérer les problèmes de la condition humaine au cas par cas avec des substances chimiques au lieu d'en adresser les causes systémiques ou sociales peut sembler pratique à court terme, mais tant sur le plan individuel que collectif, on n'en adressera jamais plus que les symptômes. »

(Guy Moreau, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Les différentes étapes d'un parcours dans la vision critique

M. Moreau expose trois types de connaissances permettant d'approfondir la vision critique et les situe en relation avec son propre parcours de vie. Le premier type de

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

connaissance réfère **aux ouï-dire et aux croyances**. Selon lui, la psychiatrie repose sur un ensemble d'hypothèses et de croyances qui n'ont pas, à ce jour, trouvé de fondements scientifiques valides. Parce qu'il croyait que la psychiatrie pourrait l'aider, M. Moreau avoue s'être livré, durant de nombreuses années, au rituel des visites de 15 minutes chez son médecin pour en ressortir, à chaque fois, avec une prescription médicale. De son expérience personnelle, ni sa santé mentale ni ses conditions de vie ne s'en sont trouvées améliorées pour autant.

Le deuxième type de connaissance est représenté par **la raison ou la connaissance déductive** qui consiste à établir des relations entre les choses par la logique. Ainsi, de la même façon qu'un antibiotique peut guérir un virus, la psychiatrie biomédicale devrait guérir la « maladie mentale ». Cependant, le mieux qu'elle puisse faire est de cibler des symptômes et de proposer (ou d'imposer) une médication en vue de supprimer ces symptômes. M. Moreau avance que, dans son cas, c'est davantage une démarche personnelle et le fait de prendre connaissance de sources d'informations alternatives qui lui ont permis d'améliorer sa condition. Il indique aussi que l'exercice de la vision critique, bien qu'il nécessite des efforts, constitue un bon outil d'appropriation de pouvoir personnel et collectif. L'approfondissement par la connaissance déductive permet de bousculer certaines croyances et de questionner des idées courantes afin d'aller un peu plus loin dans le raisonnement.

Le troisième type de connaissance prend la forme de **la connaissance claire et exacte** qui s'intéresse à l'essence des choses via l'expérience et l'intuition. Selon M. Moreau, c'est par l'expérience humaine singulière que l'on peut connaître l'essence des choses et ainsi en développer une connaissance claire et exacte pour soi-même. C'est dans cette optique que le mouvement de défense des droits et le mouvement alternatif en santé mentale affirment que la personne est experte de sa propre vie. La psychiatrie s'inscrit donc à contre sens de la recherche d'une connaissance claire et exacte, car elle n'accorde pas assez d'importance à la parole et au vécu intérieur des personnes.

*« (...) ma démarche dans la vision critique a le mérite de m'acheminer vers un constat plus holistique et moins mystificateur que le postulat biochimique et le voici : l'âme humaine, il n'y aura jamais que la qualité des rapports humains qui puisse vraiment la toucher. Et ça... j'estime qu'il s'agit d'une proposition fondée dans la connaissance claire et exacte ! »
(Guy Moreau, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

À l'issue de sa propre démarche critique, M. Moreau compare la discipline psychiatrique à un navire à la dérive qui entraîne ses patients dans sa propre psychose. En terminant, il insiste sur le fait que pour changer la manière d'aborder les problèmes existentiels de la condition humaine, il faut miser sur une conscience collective éclairée - ce que la vision critique permet - plutôt que sur la consommation systématisée de psychotropes légaux.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Conférence du président d'honneur

La vision critique en santé mentale : réalités et espoirs

David Cohen

Ayant grandement contribué, par ses travaux, ses analyses, ses points de vue et ses publications, au développement et au renforcement des idées critiques en santé mentale au Québec et ailleurs, Monsieur Cohen partage avec conviction un discours fondamental sur la vision critique en santé mentale. En première partie, il expose les origines de la pensée critique en santé mentale à travers la présentation de trois perspectives ayant remis en question les fondements de la psychiatrie traditionnelle. En deuxième partie, il présente quelques idées et réflexions autour de notions essentielles à la vision critique en santé mentale, dont la remise en question de la coercition psychiatrique et le mythe de la « maladie mentale ». Sa conférence examine en profondeur les contours du pouvoir psychiatrique et rappelle la nécessité de maintenir une position critique face aux idées conventionnelles de la psychiatrie.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Compte-rendu de la conférence de David Cohen

La conférence de M. Cohen s'est déroulée en deux parties. Tout d'abord, il introduit la vision critique en rappelant les trois grandes perspectives qui ont nourri l'ensemble du mouvement d'interrogation critique de la psychiatrie traditionnelle depuis les années 1960 en Amérique et en Europe. Ensuite, il présente une réflexion autour de quelques notions fondamentales qui forment, selon lui, les éléments centraux d'une vision critique en santé mentale, soit la coercition, le pouvoir et le savoir psychiatrique ainsi que la question du mythe de la « maladie mentale ».

Première partie

Les prototypes de la vision critique en santé mentale

En première partie de conférence, M. Cohen propose un retour aux racines de la vision critique en santé mentale en exposant trois prototypes de cette vision. Ces trois perspectives abordent les grands courants de pensées critiques face à la psychiatrie traditionnelle (critique du pouvoir psychiatrique, critique des pratiques cliniques, critique institutionnelle et sociale, etc.). Chacun de ces trois prototypes est associé à un psychiatre ayant été en quelque sorte le porteur des idées et des postulats de bases de sa perspective critique.

Thomas Szasz ou le mythe de la « maladie mentale »

D'entrée de jeu, M. Cohen positionne cette perspective comme étant la critique originelle du modèle médical en psychiatrie, car la notion même de « maladie mentale » y est non seulement remise en question, mais aussi farouchement contestée. L'expression « maladie mentale » est considérée comme une simple expression voire une métaphore ou une allégorie pour aborder un phénomène complexe lié à l'être humain soit les difficultés de l'existence. M. Cohen présente quelques éléments pour résumer la pensée de Szasz autour de la question du mythe de la « maladie mentale ».

Selon Szasz, la vie humaine est difficile et exigeante pour tous. Parfois, certains problèmes de la vie - qualifiés de difficultés existentielles de la condition humaine plutôt que de pathologies du cerveau - deviennent extrêmement envahissants et souffrants pour la personne. Cependant, les traces laissées par ces difficultés existentielles font partie du développement *normal* d'un être humain évoluant dans un environnement (physique et relationnel) qui lui est propre. Szasz maintient également que les difficultés de la vie découlent d'une multitude de choix faits par les individus qui, dans la majorité des cas, prennent des décisions alors qu'ils sont en santé. Ce sont donc les aléas et les contingents de la vie bien davantage qu'une quelconque « maladie mentale » qui expliqueraient les souffrances de l'existence humaine.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

« (les personnes) ne sont affligées d'aucune plaie, d'aucune lésion, d'aucun dérangement du corps. Possiblement leur corps garde des traces de leurs privations, de leurs sévices, de leurs malheurs, de leurs pensées moroses ou obsessionnelles. Mais ce sont les traces du développement normal, c'est-à-dire du développement d'un être dans son environnement unique avec son histoire unique. Bien que des milliers de différentes maladies font partie de notre lot d'êtres en chair, il n'y a pas de maladie dans le sens strict du terme dans la souffrance de l'existence. »

(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Toujours d'après Szasz, une des plus grandes erreurs de la psychiatrie revient à attribuer un statut ontologique particulier (celui de « malade mental ») à un être humain simplement parce qu'il souffre ou fait souffrir d'autres personnes. À l'intérieur de cette perspective critique, Szasz dénonce un ensemble de conséquences négatives liées à la conception médicale de l'individu « malade » (lois spéciales de « protection » du malade mental, suspension de droits, enfermement, isolement et mesures de contention, contrôle social, médicalisation des problèmes du quotidien, etc.) et questionne, sur les plans moral et éthique, le fait de permettre au corps médical de classer les individus contre leur gré et de décider comment les prendre en charge pour le compte de la société. Cela ayant pour effet de priver l'individu « malade » de ses droits et de ses responsabilités en société.

Ronald D. Laing ou les pratiques alternatives

M. Cohen décrit cette perspective critique comme étant celle qui se rapproche le plus des différentes visions développées dans le milieu alternatif en santé mentale. L'idée centrale de Laing (et de ses collaborateurs) repose sur l'idée de base que la personne qui souffre ou qui fait souffrir les autres posséderait une « authenticité spéciale ». L'attribution de cette authenticité confère une légitimité particulière à la folie, qui nécessite donc d'être accompagnée (comme dans un voyage) plutôt que d'être traitée (comme une maladie du corps). Cette perspective critique a eu une grande influence sur la manière d'accueillir la souffrance et dans la reconnaissance de l'importance du vécu intérieur des personnes ainsi que des liens entre leur vécu et leur environnement. Les travaux de Laing, issus eux-mêmes d'une perspective existentielle, interpersonnelle et systémique en psychiatrie, ont contribué au développement des modèles de communautés thérapeutiques.

« Il (Laing) s'est senti attiré par la souffrance de ses patients, de ses détenus étiquetés de schizophrénie. Il s'est intéressé à mieux comprendre le vécu intérieur de personnes qui se retiraient du monde ordinaire, qui arrêtaient de jouer les rôles sociaux habituels, qui provoquaient leur entourage, qui manifestaient des comportements quasiment incompréhensibles et offensants. »

(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Laing proposait donc une manière moins invalidante et incapacitante de traiter la folie et la souffrance humaine que la psychiatrie traditionnelle. Il voulait enlever les étiquettes habituelles que la société pose sur la folie et même parfois inverser les catégories du *normal* et du *pathologique*. Malgré la grande influence de cette perspective sur les pratiques alternatives en santé mentale d'aujourd'hui, M. Cohen soulève une limite politique importante à la vision de Laing. Malgré la nature « caritative » de cette approche critique, ses tenants exigent le soutien de l'État et doivent donc se plier à la légitimité et la rationalité des organismes de « soins » de santé et de services sociaux.

Franco Basaglia ou la psychiatrie communautaire

Selon M. Cohen, la perspective critique de Basaglia s'est fondée, entre autres, sur la remise en question fondamentale de la structure de l'asile psychiatrique perçu comme un lieu et un espace d'oppression pour les « malades mentaux ». Basaglia a dénoncé la contradiction entre le rôle de contrôle social de l'hôpital et son mandat curatif. Il a contesté le fait que l'hospitalisation et l'enfermement représentent les principales réponses de la société devant la souffrance humaine et prônait le démantèlement des asiles. Ses critiques ont permis le développement d'une manière de penser les traitements et les soins dans la communauté.

*« En séparant de manière conceptuelle et spatiale les patients psychiatriques des autres citoyens, l'hôpital perpétuait l'idée, erronée selon Basaglia, que ces deux groupes avaient des besoins différents. Or selon lui, tous étaient des sujets opprimés dans une société capitaliste. Ils vivaient les contradictions profondes du capitalisme. »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

Les idées de Basaglia ont fortement influencé le paradigme des soins de santé mentale dans les sociétés avancées. M. Cohen indique que, selon lui, si Basaglia a eu une aussi grande influence, c'est en partie parce qu'il n'a jamais lui-même cherché à diminuer son propre pouvoir et son propre rôle en tant que psychiatre et chef de service d'un hôpital, mais aussi parce qu'il n'a pas formellement contesté la notion de « maladie mentale ».

En conclusion à cette première partie sur l'exposition brève de trois lignes de pensée critique en santé mentale, M. Cohen ajoute une distinction importante quant à la visée fondamentale de ces visions critiques. Il rappelle que deux des trois perspectives, soit celle des pratiques alternatives de Laing et celle de la psychiatrie sociale et communautaire de Basaglia, étaient des projets visant à *réformer* le système psychiatrique alors que la perspective de Thomas Szasz était une vision *abolitionniste* du système psychiatrique coercitif.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Deuxième partie

La coercition psychiatrique doit mourir

*« Le pouvoir psychiatrique permet l'exercice d'une violence justifiée par un mythe. »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

M. Cohen débute la deuxième partie de sa conférence en positionnant deux éléments primordiaux en regard de la vision critique en santé mentale soit la question de la nature fondée ou non de la « maladie mentale » (en référence au mythe abordé par Thomas Szasz) et la question de l'utilisation de la coercition en psychiatrie. Il expose différentes formes de pratiques coercitives exercées par la psychiatrie (p. ex. : diagnostic, hospitalisation et traitement sous contraintes) et indique que ces formes de violence à l'égard des personnes qui dérangent et qui perturbent l'ordre social ne sont justifiées que par la croyance à l'égard du mythe de la « maladie mentale ».

Au cours des 30 dernières années, un très grand nombre de travaux critiques ont démontré le manque de fondements objectifs et scientifiques du savoir psychiatrique. Selon M. Cohen, si la psychiatrie réussit à survivre et à prospérer malgré toutes ces critiques, c'est surtout grâce à l'acceptation sociale des pratiques coercitives envers celles et ceux qui dérangent.

*« Sans la coercition, une pratique sociale et juridique supportée par l'immense majorité des gens, les théories psychiatriques et leur "evidence base" auraient à se défendre toutes seules. Il me semble acquis qu'elles ne pourraient survivre même pas deux minutes à un assaut critique des sciences humaines et sociales. Sans parler [d'un assaut] des sciences médicales qui n'ont absolument rien en commun avec le savoir psychiatrique. Sans la coercition (...) il est très difficile d'imaginer comment ces idées et ces pratiques psychiatriques pourraient survivre dans leur forme actuelle. »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

Il considère donc la coercition comme le pilier central du pouvoir psychiatrique et propose une prise de position claire sur la remise en question ce type de pratiques.

Cependant, M. Cohen souligne que remettre en cause la coercition psychiatrique est très difficile de l'intérieur du système de santé mentale, car lorsqu'on entre dans son orbite on vient à en dépendre économiquement (salaires, fonds de recherche, etc.). Les critiques qui proviennent des personnes vivant du système public de santé mentale et dénonçant le pouvoir coercitif des professionnels de santé mentale sont très rares.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Le pouvoir psychiatrique et le savoir psychiatrique

M. Cohen articule ensuite une réflexion autour des notions de pouvoir et de savoir liées à la psychiatrie. Certains psychiatres britanniques adoptant une perspective critique, Patrick Bracken et Philip Thomas, affirment que les professionnels de la santé peuvent choisir de participer ou non au contrôle social coercitif de la psychiatrie. Selon eux, c'est le savoir psychiatrique qui soutient le pouvoir psychiatrique et, de ce fait, les médecins et psychiatres pourraient, soit renoncer au pouvoir d'hospitaliser par la force soit confier ce pouvoir à d'autres professionnels de la santé.

Du point de vue de M. Cohen, cette proposition, bien qu'elle semble intéressante, est erronée. Pour lui, comme la psychiatrie manque de preuves et d'évidences scientifiques pour appuyer ses théories, c'est plutôt le pouvoir psychiatrique qui soutient le savoir psychiatrique.

« Alors si on critique le savoir psychiatrique sans critiquer le pouvoir psychiatrique, cela n'engage aucune différence. Le savoir psychiatrique est en fait le chaînon le plus faible de la discipline. Rendons-nous à l'évidence ! Le manque complet d'évidences scientifiques pour appuyer les théories biopsychiatriques sur les déséquilibres biochimiques, des dérèglements de circuits électriques et neuronaux, le rôle prépondérant des gènes dans les conduites déviantes, etc., ne fait aucune différence en bout de ligne. (...) Tandis que les pratiques psychiatriques coercitives, elles, sont bien plus solides. Elles sont imbriquées dans le tissu social et dans le quotidien des actions même si elles semblent relativement minoritaires. »

(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

M. Cohen affirme que la psychiatrie s'est adaptée à toutes les critiques qui ne remettaient pas en cause le pouvoir coercitif et le mythe de la « maladie mentale ». De même, elle a « recyclé » toutes ces disqualifications à son avantage. La psychiatrie se renforce de la critique, d'une part, en marginalisant ceux qui contestent le pouvoir psychiatrique, et d'autre part, en développant constamment de nouvelles « maladies » et de nouvelles extensions de la coercition même jusque dans la communauté.

Il n'y a pas de « maladies mentales », il n'y a que des problèmes existentiels

M. Cohen avance que les campagnes de santé publique et le discours des autorités professionnelles et gouvernementales en matière de santé mentale ne font que renforcer le vocabulaire et la représentation d'un modèle de la « maladie mentale » justifiant le recours aux diagnostics et à la médication.

« L'image qui se dégage de ces campagnes de santé publique, c'est un peu comme si les humains marchent sur la terre et les maladies mentales les frappent. Boom ! Elles s'installent en eux d'une manière sournoise et elles transforment les êtres humains en

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

hôtes impuissants de ces entités pathogènes. Malheureusement nous ne possédons aucun test pour dépister ces maladies, mais on peut les diagnostiquer et les traiter, on a le DSM et on a les médicaments. (...) C'est essentiellement ça le savoir psychiatrique d'aujourd'hui. »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Au-delà des conceptions trompeuses et fictives sur la « maladie mentale », M. Cohen invite à conserver une vigilance devant les tendances au dépistage médical des troubles mentaux auprès de populations entières, des nouveau-nés jusqu'aux personnes mourantes. En rappelant la puissance de l'industrie pharmaceutique et les innombrables conflits d'intérêts qu'elle crée au niveau des acteurs et des organismes, il affirme que les diagnostics psychiatriques ont désormais plus de valeur pour l'industrie du médicament que pour les praticiens comme tel. Les méthodes pour inventer des « maladies » et faire approuver des médicaments pour ces mêmes « maladies » dépendent maintenant de l'existence d'un système de diagnostic malléable, comme le DSM. Cependant, il ne croit pas que tout peut être mis sur le dos de l'industrie pharmaceutique.

Et cela a, en principe, très peu à voir avec le fait que ceux qui participent aux groupes de travail du DSM ont des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique. [Après tout,] le diagnostic psychiatrique a précédé l'existence de l'industrie pharmaceutique. »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

M. Cohen affirme qu'une des déconstructions les plus évidentes de la psychiatrie, bien qu'elle soit extrêmement difficile à faire reconnaître, concerne son rapport à l'objectivité. Selon lui, les jugements diagnostiques psychiatriques relèvent davantage d'une appréciation morale, esthétique et légale que d'une appréciation scientifique ou médicale.

Quelques suggestions pour l'avenir de la vision critique

À partir de l'ensemble des idées et réflexions transmises lors de sa conférence, M. Cohen propose quelques pistes pour aller plus loin dans l'appropriation de la vision critique en santé mentale. Il rappelle tout d'abord que le travail investi pour établir des relations humaines de qualité dans l'intervention devrait toujours précéder la recherche des moyens les plus efficaces (*best practices*) d'intervenir avec les personnes qui vivent des difficultés existentielles.

« (...) toute intervention qui offre à une personne en crise un espoir de rétablissement grâce à l'enthousiasme et à la sincérité de ses praticiens et la crédibilité sociale de ses méthodes, toute intervention a une très bonne chance de réussite! Toute intervention de ce type peut aider. (...) Donc l'idée de la recherche d'efficacité, cette recherche pour montrer quelle est systématiquement la méthode la plus efficace, c'est un leurre, une distraction monumentale... »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Ensuite, il invite les adhérents à la vision critique à faire un effort systématique et collectif de déconstruction en regard de la définition de la « maladie mentale ». Les différents phénomènes et problèmes sociaux qui gravitent autour de la question de la santé mentale (processus du diagnostic, surdiagnostic, médicalisation de la vie, surprescription, surtraitement, coercition, suicide, etc.) doivent être abordés à la racine, c'est-à-dire dans la justification même de ce qu'est la « maladie mentale ».

*« Aujourd'hui, le combat de visionnaires critiques, à mon humble avis, devrait d'abord et avant tout être sur le front définitionnel. Non pas seulement de dénoncer l'avancée de la pensée médicalisée sur un domaine toujours croissant de l'activité humaine, mais de défier les justifications même de la médicalisation qui se trouvent dans les catégories de maladie mentale et de ses variantes linguistiques : trouble mental, désordre mental, etc. »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

Puis, tout en gardant à l'esprit la question de la définition des « maladies mentales », il suggère d'arrêter d'investir des énergies et du temps dans la seule critique du savoir psychiatrique. Selon lui, cette critique ne peut rivaliser avec la capacité institutionnelle de la psychiatrie de proposer de nouvelles « maladies » et de nouvelles interventions et de prétendre que ces interventions sont sécuritaires, efficaces et adaptées aux « maladies ».

*« Je pense qu'il faut arrêter les critiques. Il faut simplement étiqueter le savoir psychiatrique pour ce qu'il est, c'est-à-dire de la pure propagande. Et ensuite d'identifier qui en tire profit. »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

Enfin, il réaffirme la nécessité de remettre en question le pouvoir psychiatrique - plutôt que de simplement critiquer le savoir psychiatrique - en dénonçant notamment l'ensemble des pratiques et actions coercitives de la psychiatrie.

*« La coercition psychiatrique est toujours justifiée par le mythe de la maladie mentale et se débarrasser de l'un signifie se débarrasser des deux. »
(David Cohen, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Voici une liste - non exhaustive - des références (livres et sites Internet) mentionnées par M. Cohen lors de sa conférence.

Livres :

- David Cohen, Suzanne Cailloux-Cohen et l'AGIDD-SMQ, *Guide critique des médicaments de l'âme*, Éditions de l'Homme, 1995
- Richard Hunter et Ida MacAlpine, *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*, Londres, Oxford University Press, 1963
- Stuart A. Kirk, Tomi Gomory et David Cohen, *Mad Science: Psychiatric Coercion, Diagnosis, and Drugs*, Transaction Publishers, 2013
- Mark Micale et Roy Porter, *Discovering the History of Psychiatry*, Londres, Oxford University Press, 1994
- Morse Peckham, *Explanation and Power: The Control of Human Behavior*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 1979/1988
- Thomas Szasz, *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*, Transaction Publishers, 2007

Sites Internet :

Un curriculum critique sur les médicaments psychotropes : www.criticalthinkrx.org

Le réseau de la psychiatrie critique britannique : www.criticalpsychiatry.co.uk

L'association fondée par Ronald D. Laing : www.philadelphia-association.org.uk

Un espace contemporain de réflexion critique en santé mentale : www.madinamerica.com

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Conférence

Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie

Jean-Claude St-Onge

Connu et reconnu pour ses publications sur les dessous et les dérives de l'industrie du médicament, Monsieur St-Onge expose les failles et met en lumière les nombreux abus de l'industrie pharmaceutique tout en critiquant ses liens d'influence avec la psychiatrie. Dans sa conférence, il détaille clairement les mécanismes de la fabrication d'une épidémie de « maladies mentales », puis il démontre comment les phénomènes de surprescription, de surdiagnostic et de surtraitement sont largement accentués par la logique marchande et la recherche de profits des compagnies pharmaceutiques. De plus, en deuxième partie de sa conférence, il expose les nombreuses limitations des essais cliniques et remet en question la validité et la fiabilité scientifiques des résultats de ces études sur les médicaments. Ses propos sont appuyés par plusieurs études, statistiques et citations qui tendent à déconstruire les connaissances acquises sur les « maladies mentales » et les traitements pharmacologiques.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Compte-rendu de la conférence de Jean-Claude St-Onge

M. St-Onge débute sa conférence autour du thème de la médicalisation de la détresse psychologique et de son rôle dans la création d'une épidémie de surdiagnostic et de surtraitement. Il aborde, entre autres, l'ampleur de l'utilisation des psychotropes et des antidépresseurs au Canada, aux États-Unis et au Québec avec quelques statistiques démontrant la croissance phénoménale des prescriptions pour ces médicaments.

« (...) les enfants sont devenus un nouvel eldorado pour les pharmaceutiques. On peut voir par exemple la croissance absolument faramineuse de neuroleptiques qui ont été prescrits hors indication aux enfants pour toutes sortes d'états comme par exemple le TDAH, la bipolarité, la dépression, l'anxiété, etc. »

(Jean-Claude St-Onge, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Comment fabrique-t-on une épidémie de « maladie mentale »?

Appuyé par plusieurs exemples, statistiques et résultats d'études, M. St-Onge expose six (6) pistes explicatives et quelques autres facteurs démontrant comment se fabrique une épidémie de « maladies mentales ».

Premièrement, il indique qu'en **élargissant le périmètre de ce qui constitue une « maladie »** ou en réduisant le nombre de critères pour établir un diagnostic, comme ce fut le cas pour le TDAH dans le DSM-IV, il en résulte nécessairement une augmentation du nombre de cas répertoriés.

Deuxièmement, **en redéfinissant une « maladie » pour étendre le marché**. Outre la modification des critères ou des seuils, M. St-Onge explique que certains diagnostics, comme ce fut le cas pour la dépression, ont été redéfinis plus largement sans distinction aux différentes formes qu'elle pouvait prendre (dépression endogène et dépression exogène ou situationnelle). Ce faisant, en les regroupant sous la même terminologie générale, la dépression majeure, toute forme de dépression devient admissible à un traitement pharmacologique.

Troisièmement, **en transformant les phases normales de la vie en « maladie mentale »**. M. St-Onge explique que ce qui est appelé la « maladie mentale » tend à se rapprocher de plus en plus des phases ou événements de la vie normale. À titre d'exemple, il évoque deux nouveaux « troubles mentaux » admis dans le DSM-V dans lesquels il se reconnaît lui-même, car les symptômes qui les décrivent reflètent des comportements tout à fait normaux de la vie quotidienne.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Quatrièmement, M. St-Onge avance qu'**en inscrivant de nouvelles entrées dans le DSM** on observe malheureusement une inflation sinon une hyperinflation de diagnostics. Ce fut notamment le cas pour le syndrome d'Asperger lors de son inscription dans le DSM-IV.

« (...) les membres du comité du DSM-IV croyaient que le syndrome d'Asperger était un type de comportement rare. En l'inscrivant au manuel, on a assisté à une augmentation de 2000% des diagnostics. »

(Jean-Claude St-Onge, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Cinquièmement, **en inventant de nouvelles « maladies »**. M. St-Onge décrit le processus utilisé par l'APA (*American Psychiatric Association*) et le fabricant GSK (*GlaxoSmithKline*) pour transformer la timidité en phobie sociale. La stratégie consiste à vendre la « maladie » avant de commercialiser le médicament et à le promouvoir de préférence par la bouche d'un tiers, dans ce cas l'association *Freedom from fear*, une organisation de façade financée par GSK. M. St-Onge avance de plus que le volet *marketing* et promotionnel représente une étape primordiale dans l'invention d'une « maladie mentale ». Il mentionne quelques moyens utilisés par l'industrie pharmaceutique pour démontrer qu'un problème est largement répandu et sous-diagnostiqué. À titre d'exemple, certains questionnaires servants à établir des diagnostics pour dysfonctions sexuelles chez les femmes comportent des questions ciblées uniquement sur les symptômes sans considérer le contexte de vie pouvant influencer le désir sexuel.

Sixièmement, M. St-Onge aborde la question de **la fabrication de la bipolarité** en exposant le fait qu'un traitement pharmacologique par antidépresseurs peut induire des épisodes de manie ou de psychose associées à la médication. À cet effet, il relate une étude démontrant que 8,1% des admissions à l'unité psychiatrique d'un hôpital du Connecticut étaient enregistrées pour manie et psychose liées à l'utilisation d'antidépresseurs.

M. St-Onge énonce quelques **autres facteurs** qui permettent de fabriquer une épidémie, notamment que plusieurs médicaments peuvent induire des symptômes apparentés à la « maladie mentale » et que plusieurs problèmes de santé physique se confondent avec les manifestations des problèmes de santé mentale pouvant faire l'objet de faux diagnostics.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Quelques indices de surprescription, surdiagnostic et surtraitement

« La puissance du marketing des sociétés pharmaceutiques, de l'Internet et des organisations de patients ont engendré un nombre de fausses épidémies et de modes en matière de diagnostics psychiatriques ».

(Allen Frances, président des travaux du DSM-IV cité par Jean-Claude St-Onge, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

« Nous avons évalué la prévalence des troubles mentaux les plus répandus en nous appuyant sur leur description, sans considérer qu'ils pouvaient être des réactions normales et non de véritables troubles. Voilà le problème ».

(Robert Spitzer, président des travaux du DSM-III cité par Jean-Claude St-Onge, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Suite à la présentation de ces quelques citations - qualifiées de confessions - M. St-Onge présente une série d'études et de statistiques démontrant les phénomènes de surprescription, de surdiagnostic et de surtraitement principalement pour le TDAH et la dépression.

Il dénonce entre autres le fait que certains neuroleptiques atypiques soient promus et prescrits illégalement pour des états pour lesquels ils n'ont jamais été approuvés. Il soutient que cette tendance aux prescriptions hors indication serait en cause dans l'augmentation du taux de mortalité des résidents des maisons de retraite présentant des signes de démence.

La sortie controversée du DSM-5 a mis en lumière le rôle prépondérant de ce manuel et son utilisation comme contribuant aux phénomènes de surprescription, de surdiagnostic et de surtraitement. M. St-Onge indique que l'objectif initial du DSM-5 était de mettre en place un nouveau paradigme explicatif des troubles mentaux basé exclusivement sur les gènes et la biologie, et ce, au détriment d'autres déterminants en matière de santé comme les structures sociales, les habitudes de vie, la situation de pauvreté, etc. Il fait état de quelques critiques disqualifiant le DSM-5 dont celle stipulant que le DSM ne peut être utilisé comme outil diagnostique fiable en raison notamment de son manque de validité, critique qui a notamment été formulée par Thomas Insel, directeur du National Institute of Mental Health (NIMH) aux États-Unis.

« La croyance en la toute puissante organicité a transformé la misère sociale et les réactions normales face aux difficultés de l'existence en déséquilibres chimiques, théories qui n'ont jamais été validées. Ce qu'a fait la biopsychiatrie, c'est qu'elle a naturalisé la détresse émotionnelle et réduit l'être humain à sa dimension physiologique, reléguant aux oubliettes ses dimensions sociales et psychiques. »

(Jean-Claude St-Onge, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

M. St-Onge expose ensuite les taux de profits des compagnies pharmaceutiques démontrant leur extrême rentabilité et explique les liens financiers étroits qui existent entre l'industrie pharmaceutique et certains médecins, chercheurs et professionnels de la santé, qualifiés de *leaders d'opinion*, qui ont, notamment travaillé sur le DSM.

Les essais cliniques constituent-ils des fondements fiables?

La conférence s'est poursuivie avec la présentation d'une dizaine de biais (d'information, de répartition, de sélection, d'évaluation, de méthodologie, etc.) en regard des essais cliniques sur les médicaments à usage psychiatrique. M. St-Onge affirme que les fondements de la cure chimique ne reposent absolument pas sur des preuves fiables et décrit comment les essais cliniques sont biaisés et pourquoi la plupart sont invalides.

Premièrement, parce que **les essais sont le plus souvent favorables aux compagnies commanditaires**. Les essais cliniques seraient, la plupart du temps, commandés par l'industrie pharmaceutique et de trois (3) à quatre (4) fois plus susceptibles de fournir des résultats positifs aux produits testés que les essais indépendants.

Deuxièmement, parce que **certains résultats gênants seraient supprimés**. Dans les essais cliniques où le médicament est évalué moins efficace que le placebo ou encore lorsque le médicament testé provoque certains types d'effets secondaires graves (p. ex. : pensées et comportements suicidaires), les compagnies suppriment les résultats et/ou modifient volontairement certains des critères d'évaluation afin d'obtenir de nouveaux résultats plus concluants. Ce fut le cas lorsque la compagnie GSK a testé le Paxil pour la dépression chez les jeunes.

Troisièmement, parce que **les comparaisons de médicaments sont souvent inadéquates**. Par exemple, en comparant deux neuroleptiques lors d'un essai clinique, un des deux médicaments était administré en dose plus élevée que la dose recommandée. Ceci avait pour effet d'accentuer les effets indésirables d'un des médicaments et de le discréditer par rapport à l'autre produit.

Quatrièmement, parce qu'il y a **parfois rétention de données** masquant ainsi les résultats des essais cliniques. Ce phénomène s'observe plus particulièrement en ce qui concerne les effets indésirables graves (p.ex. : diabète, parkinson, dyskinésie tardive ou encore suicide) liés à la prise de neuroleptiques atypiques. Les données de ces résultats ne sont pas communiquées aux autorités sanitaires ni aux médecins prescripteurs et encore moins aux patients.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Cinquièmement, parce que **le biais de sélection dope l'efficacité**. Autrement dit, lorsqu'une étude est soumise pour approbation auprès des autorités en matière de santé, les études négatives ne sont pratiquement jamais publiées ni comptabilisées en regard de l'efficacité globale du produit pharmaceutique.

Sixièmement, parce qu'**il peut y avoir une répartition biaisée des patients** dans les essais. Dans le but de bien faire paraître un médicament et ainsi de discréditer d'autres méthodes de traitement, comme la thérapie cognitivo-comportementale, les patients jugés les plus sévèrement « atteints » sont assignés à d'autres traitements que le médicament faisant l'objet de la comparaison.

Septièmement, parce qu'**il y a un manque de représentativité important**. Les participants aux essais cliniques sont le plus souvent triés sur le volet. Ils sont peu représentatifs de la population de sorte qu'il est impossible de généraliser les résultats à l'ensemble des utilisateurs potentiels.

Huitièmement, parce qu'**il y a écrémage des résultats**. Par exemple, afin d'obtenir des données plus favorables au médicament par rapport au placebo, un essai clinique sur le Prozac réunissant 245 patients se contentait de rapporter les résultats de 27 d'entre eux.

Neuvièmement, parce qu'**il y aurait trop souvent la levée du double insu**. Le double insu est un protocole utilisé lors d'essais cliniques voulant que tant les patients que les médecins soient maintenus dans l'ignorance par rapport à qui prend la substance active et qui prend le placebo. Une étude démontre que la très grande majorité des patients et des médecins peuvent clairement identifier qui prend la substance active et qui reçoit le placebo. Ce qui, d'une certaine façon, vient invalider le protocole en ajoutant d'importants biais subjectifs.

Et dixièmement, parce que **l'évaluation des résultats par omission des effets indésirables est biaisée**. Les différents questionnaires visant à évaluer les effets indésirables des médicaments omettent volontairement plusieurs questions importantes concernant des effets secondaires graves (p. ex. : hallucinations, baisse de libido, pensées suicidaires, effets hépatiques, coma). En outre, les dépliants destinés aux patients disponibles dans les pharmacies ne présentent que les effets indésirables les plus banals.

M. St-Onge présente ensuite brièvement quelques autres limitations des essais cliniques, dont la **durée limitée des essais cliniques**, les **effets de prise en charge** sur les patients et la **comparabilité des groupes** ayant un impact certain sur la validité et la généralisation des résultats.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Quelques alternatives au traitement pharmacologique

M. St-Onge indique que les approches qui mettent l'accent sur le psychosocial, celles qui misent sur la volonté des personnes d'améliorer leur situation ainsi que celles qui valorisent les démarches entreprises par les personnes elles-mêmes se présentent comme des alternatives intéressantes à la médication. Il reprend, à titre d'exemple, le projet Open Dialogue entrepris au Nord de la Finlande (région de Laponie) où on mise sur une approche fondée sur les visites à domicile, la mobilisation de l'entourage et sur l'utilisation prudente, sélective et parcimonieuse des neuroleptiques avec des taux liés à la réduction de prise de médication très significatifs.

L'initiative *Awakenings* au Minnesota mise sur l'aromathérapie, la musique, les jeux, les massages, les relations humaines, etc. afin de réduire la consommation de neuroleptiques et d'antidépresseurs chez les personnes âgées. De même, l'expérience des maisons de retraite au Danemark et le projet P.I.E.C.E.S en Ontario où on vise à promouvoir la qualité de vie des personnes âgées par différents moyens autres que la médication représentent des alternatives intéressantes.

Parmi les alternatives aux antidépresseurs, M. St-Onge avance que l'activité physique et la thérapie lumineuse fonctionnent aussi bien que les antidépresseurs pour la dépression légère et modérée. De plus, les psychothérapies sont considérées autant sinon plus efficaces que les antidépresseurs puisqu'elles préviennent davantage les rechutes. La couverture de l'assurance maladie devrait inclure les psychothérapies ce qui permettrait de protéger et d'aider ceux et celles qui vivent de la détresse psychologique. À long terme, cette solution serait beaucoup plus économique et profitable pour la société.

Et la palme d'or de l'industrie la plus corrompue est décernée à...

M. St-Onge termine sa conférence en listant quelques-unes des condamnations dont ont fait l'objet les compagnies pharmaceutiques dans les dernières années et pour lesquelles elles ont dû verser des milliards de dollars en amendes (fraude, corruption, *racketeering*, promotion illégale de médicaments, corruption de médecins en vue de les encourager à prescrire leurs produits - souvent hors indication -, surfacturation de programmes gouvernementaux d'assurances, etc.). Elles auraient de plus été condamnées à déboursier des milliards de dollars en indemnités à des patients et leurs familles notamment parce qu'elles n'avaient pas correctement informé le public des effets indésirables de certains médicaments alors qu'elles en connaissaient les dangers.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

*« On parle beaucoup de l'industrie de la construction, des firmes de génie-conseil et on dit que c'est pourri, et c'est vrai que c'est pourri et c'est vrai que ça ne marche pas. Mais ce n'est rien à côté de ce qui se passe aux États-Unis avec l'industrie pharmaceutique. C'est la palme d'or de l'industrie la plus corrompue ! »
(Jean-Claude St-Onge, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

Il semble clair maintenant que les phénomènes de surprescription, de surdiagnostic et de surtraitement découlent d'un marché mondial du médicament qui repose sur la rentabilité financière bien avant la préoccupation de l'état de santé des personnes et des populations.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Voici une liste - non exhaustive - des références (livres, sites Internet et articles) mentionnées par M. St-Onge lors de sa conférence.

Livres :

- Jean-Claude St-Onge, *Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, Éditions Écosociété, 2013
- Susannah Cahalan, *Brain on Fire: My Month of Madness*, Kindle Edition, 2012
- Sharna Olfman and Brent Dean Robbins, *Drugging Our Children. How Profiteers Are Pushing Antipsychotics on Our Youngest and What We Can Do to Stop It*, Editors, 2012
- Bernard Debré et Philippe Even, *Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*, Paris, Le Cherche Midi, 2012

Sites Internet :

ACS publications : www.pubs.acs.org

Worst pills, best pills (WPBP) : www.worstpills.org

Librapharm : www.librapharm.com

Medline plus : www.nlm.nih.gov/medlineplus

National Institute of Mental Health (NIMH) : www.nimh.nih.gov/index.shtml

Alliance for Human Research Protection (AHRP) : www.ahrp.org

Journal of the American Medical Association (JAMA) : www.jama.jamanetwork.com

Project Awakenings : www.ecumen.org/resources/faq-ecumen-awakenings-initiative

Projet Open Dialogue : www.wildtruth.net/dvd/opendialogue

Articles :

À propos d'une étude longitudinale auprès de patients psychotiques

Harrow M. and T.H. Jobe, « Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study », *Journal of Nervous & Mental Disease*, 2007, 195 (5) : 406-414

À propos des surdiagnostics et surtraitements de la dépression

Mojtabai R., « Clinician-Identified Depression in Community Settings: Concordance with Structured-Interview Diagnoses », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2013, 82 (3) : 161-169

À propos de l'étude CATIE

Lieberman J.A. et al., Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia, *New England Journal of Medicine*, 2005, 353 (12) : 09-23

À propos de l'étude CUTLASS

Jones P.B., et al., « Randomised controlled trial of effect on quality of life of second- vs first generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic drugs in Schizophrenia Study (CUTLASS 1) », *Archives of General Psychiatry*, 2006, 63 (10) : 79-87

À propos des résultats du projet OPEN DIALOGUE

Seikkula J. et al., « Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies », *Psychotherapy Research*, 2006, 16 (2) : 214-22

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Conférence

Les neurosciences au service de la santé mentale

Joël Monzée

Alliant son expérience de psychothérapeute et ses connaissances en tant que chercheur, le Docteur Joël Monzée utilise les savoirs et les découvertes en neurosciences pour poser un regard différent sur la santé mentale. Proposant une incursion dans l'univers des neurosciences, ses propos enrichissent la vision critique, principalement dans le domaine de l'éthique médicale. Au cours de sa présentation, il démontre comment les découvertes en neurosciences invalident régulièrement l'usage de critères diagnostiques de l'axe 1 du DSM et offrent des pistes d'explications alternatives quant à l'interprétation de symptômes liés à plusieurs « troubles » comme le TDAH, la dépression, la bipolarité et l'anxiété. Sa conférence aborde le développement de la personne à travers un processus d'adaptation en considérant que tout être humain est d'abord et avant tout un être de relation qui prend du temps à grandir et à s'épanouir.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Compte-rendu de la conférence de Joël Monzée

Dr Monzée débute sa conférence en invitant les gens à réfléchir à la question de l'utilisation des médicaments d'un point de vue éthique tout en évitant de s'inscrire dans une perspective pour ou contre la médication. La chaîne complète entre le moment où un médicament est créé et le moment où une personne va éventuellement le consommer est très complexe et implique un grand nombre d'acteurs. Selon lui, bien que chaque acteur porte ses propres intérêts, qu'ils soient officiels ou cachés, l'intention de la plupart d'entre eux est de contribuer à améliorer les interventions dans le but d'aider au quotidien les personnes en souffrance.

Utiliser un médicament par confort ou par nécessité ?

Dr Monzée aborde ensuite la notion de handicap à l'intérieur d'un modèle conceptuel¹ qui prend en compte un certain nombre de *facteurs de risque*, de *causes*, de *facteurs personnels* (système organique et aptitudes), de *facteurs environnementaux* et d'*habitudes de vie* dans l'explication de la condition globale d'une personne. Partant de ce modèle, il démontre que si une personne développe par exemple une incapacité motrice suite à un accident, elle ne sera handicapée qu'à partir du moment où l'environnement n'est plus adapté à sa situation. Autrement dit, lorsque cette même personne se retrouve dans un environnement adapté à ses capacités et à ses besoins elle n'est plus considérée handicapée bien qu'elle présente tout de même une incapacité motrice.

Il dénonce le fait qu'en santé mentale, la pratique psychiatrique actuelle tend à vouloir effacer les symptômes, à normaliser les comportements, et ce, indépendamment du contexte dans lequel évolue la personne. En effet, dès qu'une personne vit de la souffrance émotionnelle ou qu'elle éprouve des difficultés dans sa vie relationnelle, un *focus* énorme est mis sur un présumé dysfonctionnement de son système organique, sans prendre en considération l'ensemble des facteurs qui pourraient expliquer ses comportements.

La direction thérapeutique considère prioritairement une intervention sur le « trouble », c'est-à-dire le handicap, peu importe le contexte ou l'environnement de la personne. Dans cette logique, il semble presque normal voire nécessaire de prescrire un médicament en vue de modifier le système organique puisque la personne est considérée handicapée.

¹ Modèle conceptuel inspiré de Fougeyrollas, 1996

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Les psychotropes chez les enfants

Après avoir décrit les mécanismes d'action des médicaments psychotropes sur les neurones et le cerveau en général, Dr Monzée expose le phénomène de la consommation de psychotropes chez les enfants au Canada et au Québec. Il indique notamment qu'entre 20 et 30% des enfants consommeraient des psychostimulants (Ritalin, Concerta, Strattera, etc.) dans les écoles au Québec. Il fait également état du phénomène de surdiagnostic en mentionnant, entre autres, que les évaluations dépendent énormément des personnes qui les effectuent et que la plupart des outils diagnostiques se centrent trop sur les symptômes.

*« Globalement, chez un enfant ou un adulte qui est soumis à beaucoup de stimulus, le médicament va faire en sorte que toute une série de stimulus seront « effacés ». Plutôt que l'enfant apprenne de lui-même à faire la part des choses entre le stimulus qui est important et les autres (...) le médicament va forcer la réponse pour que l'enfant se comporte comme on s'attend de lui. Le seul problème c'est que la plupart des psychotropes n'ont pas d'effet guérissant, ils ne font que normaliser le comportement pour ne plus que la personne dérange. Cependant, tous ont des effets secondaires à long terme qui sont problématiques. »
(Joël Monzée, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)*

Les mots choisis pour décrire les « maladies » et faire la promotion des médicaments sont très importants et influencent la manière de concevoir les traitements. À titre d'exemple, Dr Monzée mentionne que le « syndrome » d'hyperactivité est devenu un « désordre » et que le « trouble » de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité est maintenant décrit comme un « état », ce qui sous-entend une dimension permanente et donc un traitement pharmacologique sur le long terme.

Il relève, sur ce point, les effets négatifs d'une consommation de psychostimulants à long terme sur les neurones. En effet, outre les effets secondaires perturbant directement les organes et les fonctions physiologiques de la personne qui les consomme, les psychotropes ont un effet désastreux sur la santé des neurones dont le fonctionnement finit par être détérioré par l'utilisation de la médication. Plusieurs études ont montré, à une exception, que l'efficacité des neurones est altérée lors de la prise de psychotropes et que le risque de « rechute » ou de « maladie dégénérative » augmente, ce qui impose une consommation de divers médicaments sur de longues périodes². De plus, il est clairement démontré qu'un usage inadéquat des antidépresseurs augmente le risque de dépression subséquente et que l'usage de somnifères et d'anxiolytiques favorise le développement des symptômes de la maladie d'Alzheimer.

² Joël Monzée, *Médicaments et performance humaine*, 2010.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Neurosciences et explications alternatives

Dr Monzée invite à reconnaître le fait que certains enfants éprouvent des difficultés de concentration et d'agitation et que leur situation nécessite une forme d'intervention. Cependant, afin de démontrer que cette problématique est plus complexe que ne laisse croire la médecine psychiatrique, il présente un ensemble d'explications alternatives au TDAH éclairé par les recherches en neurosciences. Il mentionne, entre autres, que la maturation des voies dopaminergiques peut être plus lente chez certains enfants et que le langage, surtout chez les garçons, s'exprime principalement par les pulsions motrices jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans, voire jusqu'à 11 ou 12 ans si l'enfant vit dans un milieu dysfonctionnel.

Au plan environnemental, les enfants doivent constamment s'adapter à une multitude de stressors et d'ambiances anxiogènes (famille, école, société en général, etc.) et manquent bien souvent de repères cohérents (encadrement, autorité, modèles, etc.). Les habitudes alimentaires basées, entre autres, sur le sucre raffiné et autres types de colorants, le manque de sommeil, les logiques d'enseignement inappropriées dans les écoles (contenus, rythme, matières enseignées, etc.) ainsi qu'un usage inadéquat de la télévision et des jeux vidéos seraient également des pistes pour expliquer l'apparition ou la présence des symptômes liés au TDAH.

Dr Monzée avance aussi un ensemble d'explications alternatives à la dépression. D'après les neurosciences, l'expression des mêmes symptômes dépressifs pourrait provenir de sept (7) ou huit (8) zones différentes dans le cerveau impliquant, par le fait même, des circuits neuronaux différents. Dans cette optique, il semble inadéquat de prescrire des antidépresseurs qui vont agir sur certaines zones précises du cerveau alors que l'activité neuronale possiblement liée aux symptômes dépressifs se situe dans une toute autre zone.

Il fait aussi état des enfants qui vivent ou qui ont vécu avec un parent qui présentait des symptômes dépressifs en indiquant que ces enfants développent des gabarits émotionnels par le fait naturel de modéliser leurs parents. Toujours selon l'apport des neurosciences, une personne bénéficiant d'une plus forte activité dans l'hémisphère droit du cerveau - l'hémisphère affectif - serait davantage portée à dramatiser la réalité. Donc, une plus grande activité dans le préfrontal droit jumelée à une activité moins grande dans le préfrontal gauche et à quelques autres facteurs personnels comme la possibilité de prendre du recul ou la capacité de jugement peuvent produire le même genre de comportement que les symptômes de la dépression.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Pour expliquer - et relativiser - certains comportements psychopathologiques violents, Dr Monzée indique que les neurosciences offrent l'hypothèse explicative des bascules psychiques et aborde le rôle essentiel des amygdales cérébrales dans le déclenchement de comportement de survie et des mécanismes de défense³.

Repenser le développement humain

Les découvertes en neurosciences permettent de repenser le développement humain dans une perspective d'adaptation et de reconsidérer la notion temporelle liée au développement.

Dr Monzée explique que le cerveau se développe au moins jusqu'à l'âge de 40 - 45 ans et que même dépassé cet âge, dans de bonnes conditions, les réseaux de neurones continuent de se reconfigurer constamment. Ce qui implique que le cerveau prend du temps à atteindre sa maturation et qu'il continue de se développer au-delà des traumatismes de l'enfance, des conditions de vie difficiles et du processus normal de mortalité cellulaire.

« Si on donne de bonnes conditions aux personnes, le cerveau se reconfigure. C'est un peu comme dans une forêt, vous avez deux ou trois arbres qui sont tombés l'hiver dernier, mais ce n'est pas grave, car ils laissent de la place aux autres arbres. Et ceux qui restent vont développer de nouvelles branches pour pouvoir se refaire et refermer, si vous voulez, le beau toit de feuilles que nous pouvons voir quand on se promène dans les bois. Notre cerveau va agir de la même façon si on lui donne de bonnes conditions. »

(Joël Monzée, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Dans la perspective où les individus doivent constamment s'adapter à différents contextes de vie, Dr Monzée présente un ensemble d'éléments jouant un rôle dans le développement personnel et collectif. Il indique que l'éducation, les valeurs, les activités intellectuelles, la méditation, la gestion du stress, la présence d'un bon réseau de relations, le maintien d'une attitude positive face à la vie ainsi que le fait de donner un sens à sa vie (quête spirituelle) représentent des ressources importantes liées à la santé mentale.

« Une autre chose que les neurosciences nous racontent et qui est très intéressant c'est que lorsqu'on compare les cerveaux chez les personnes qui font de la méditation. On voit que certaines zones sont beaucoup plus actives entre autres dans les zones (...) qui impliquent notre capacité à raisonner avec l'émotion de l'autre, notre capacité d'aimer de manière inconditionnelle, notre capacité de regarder la société et de vouloir faire le bien au quotidien. Donc, la méditation va encourager l'activité dans ces zones-là. Et quand on regarde l'épaisseur du cortex de ces différentes zones, on voit que les personnes qui méditent,

³ Joël Monzée (dir.), *Ce que le cerveau a dans la tête*, 2011 et Joël Monzée (dir.), *Dire oui à la vie*, 2013.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

premièrement elles vont avoir une augmentation de l'épaisseur de leur cortex ce qui leur donne plus de ressource (...) et les personnes qui apprennent à méditer vont maintenir une capacité de faire et de voir les choses beaucoup plus adéquates parce qu'elles auront développé de bonnes habitudes de vie. »

(Joël Monzée, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Il mentionne également l'importance de développer un équilibre entre deux besoins fondamentaux soit *le besoin de lien et de contact* qui permet de se sentir en sécurité et en harmonie avec notre environnement et *le besoin de séparation* qui permet de se réaliser à part entière. La plupart des difficultés relationnelles vécues par les personnes découlent d'une double contrainte où la personne se sent tiraillée entre ces deux besoins et vit alors des blessures d'abandon ou d'envahissement auxquelles elle réagit parfois maladroitement⁴.

Repenser l'intervention psychosociale

Autant chez les enfants que chez les adultes, Dr Monzée invite à interpréter certaines manifestations comportementales maladroites (difficulté à se concentrer, besoin de bouger, réaction émotionnelle forte, etc.) comme résultant d'un processus d'adaptation à un environnement malsain (anxiogène, hostile, etc.) plutôt que comme des pathologies s'expliquant par un déséquilibre biochimique.

À titre d'exemple, il indique que l'anxiété vécue par les enfants est mal comprise dans les milieux de la santé et de l'éducation. En effet, de par les structures neurologiques prédominantes dans le cerveau en développement des enfants, ces derniers sont très sensibles aux ambiances. Face à un contexte insécurisant, une relation ou une situation anxiogène, les enfants réagissent fortement pour se protéger. Si la réaction est un comportement potentiellement dérangerant pour l'entourage, Dr Monzée soutient que c'est avant tout une tentative maladroite de l'enfant de se protéger ou de recevoir une attention pouvant éventuellement le sécuriser.

De plus, lorsqu'un enfant est anxieux ou préoccupé, sa capacité à contenir une émotion peut facilement être dépassée. Les neurosciences apportent des explications quant aux effets des ambiances anxiogènes sur le cerveau des enfants et invitent à concevoir l'anxiété vécue comme une réponse du cerveau à un contexte anxiogène.

⁴ Joël Monzée (dir.), *Dire oui à la vie*, 2013.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

« Heureusement, plus le cerveau se développe et plus les zones préfrontales vont se développer, mais les zones préfrontales demandent plus de 10 ans pour être « disponibles⁵ » et vont demander encore près de 25 ans pour pouvoir être « opérationnelles⁶ ». (...) Les petits garçons et les petites filles sont encore trop en développement quand ils sont en classe. Ces manifestations comportementales traduisent de l'anxiété bien plus qu'une éventuelle pathologie. »

(Joël Monzée, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

Selon Dr Monzée, l'intervention psychosociale doit viser à outiller les personnes à développer leurs propres ressources (habiletés sociales, résilience, sagesse, etc.) et à mieux gérer les difficultés dans leur quotidien (solutions gagnantes, coopération, implication, etc.) Elle doit également permettre, au plan personnel et collectif, le développement d'un sentiment de sécurité ainsi que de multiples possibilités de réalisation. Enfin, l'intervention psychosociale doit permettre aux adultes significatifs dans la vie des enfants (parents, éducateurs, professeurs, etc.) d'apprendre à offrir des conditions sécurisantes (bienveillance, présence, dédramatisation, etc.)

Les neurosciences démontrent également que la qualité de la relation entre un patient et son thérapeute dans une psychothérapie représente un gage important de développement du cerveau⁷. La technique employée par le thérapeute est secondaire, elle rassure ce dernier (sentiment de compétence) et répond à la forme d'intervention privilégiée par la personne en cheminement⁸.

Repenser la recherche et les conceptions du cerveau

Pour terminer, Dr Monzée exprime que les neurosciences ont permis de reconsidérer complètement la manière dont s'effectuent les recherches sur le cerveau depuis plusieurs années. Plutôt que de rechercher constamment des mesures quantitatives et des effets vérifiables ou encore d'appliquer des protocoles de recherche avec un groupe contrôle et un groupe expérimental, il faut maintenant considérer que le développement du cerveau et le développement humain s'inscrivent à l'intérieur de dynamiques en constante évolution.

⁵ Temps nécessaire à la myéline pour entourer les neurones des aires préfrontales de manière à leur permettre de transmettre efficacement l'information biochimique et de tempérer les excès d'émotion ou les pulsions.

⁶ Temps nécessaire à la création des synapses, c'est-à-dire les contacts entre les neurones pour que le contrôle des pulsions et la tempérance des excès d'émotion soient pleinement efficaces.

⁷ Joël Monzée (dir.), *Neurosciences et psychothérapie*, 2009

⁸ Joël Monzée (dir.), *Devenir Soi*, 2011

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Les neurosciences ont clairement démontré que le cerveau de chaque personne fonctionne de manière différente. L'objectif est donc de voir comment il est possible de potentialiser le développement de ce cerveau de façon individuelle plutôt que de chercher à le rendre « normal ».

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Voici une liste - non exhaustive - des références (livres, site Internet et articles) mentionnées par Dr Monzée lors de sa conférence.

Livres :

- Marc Jeannerod, *Le Cerveau volontaire*, Paris, Éditions Odile Jacob, 2009
- Sonia Lupien, *Par amour du stress*, Éditions au Carré, 2010
- Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique: Histoire des traitements des maladies mentales au xx^e siècle*, Presses universitaires de France, 2006
- Joël Monzée (dir.), *Neurosciences et psychothérapie*, Éditions Liber, 2009
- Joël Monzée, *Médicaments et performance humaine: thérapie ou dopage?*, Éditions Liber, 2010
- Joël Monzée (dir.), *Ce que le cerveau a dans la tête*, Éditions Liber, 2010
- Joël Monzée (dir.), *Devenir Soi*, Éditions du Dauphin blanc, 2011
- Joël Monzée (dir.), *Dire oui à la vie! Ma vie, ma santé, mon autonomie*, Éditions du Dauphin blanc, 2013
- Robert Rigal, *Motricité humaine T.2*, Presses de l'Université du Québec, 2003

Site Internet :

Institut du développement de l'enfant et de la famille (Joël Monzée) : www.institutdef.ca

Réseau international sur le processus de production du handicap : www.ripqh.qc.ca

Society for Neurosciences (SFN) : www.sfn.org

Articles :

À propos de la notion de handicap

Fougeyrollas Patrick et Kathia Roy, « Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap », *Service social*, 1996, Vol. 45 (3) : 31-54

À propos des effets de la méditation sur le cerveau

Lazar et al., « Meditation experience is associated with increased cortical thickness », *Neuroreport*, 2005, vol. 16, (17) : 1893-1897

À propos du processus d'adaptation physiologique du cerveau au stress

Porges SW., « Le tonus vagal : indicateur du stress et de la vulnérabilité au stress chez l'enfant », *Médecine & Enfance*, 1994, 14 : 494-503

Porges SW., « The Polyvagal Theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system », *International Journal of Psychophysiology*, 2001, 42 : 123-146

Porges SW., « The Polyvagal Theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system », *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2009, 76 : 86-90

Monzée J., « Évolution des connaissances biotechnologiques et pratiques psychothérapeutiques », *Revue québécoise de psychologie*, 2012, vol.33 (2) : 97-122

Monzée J., « L'échec façonne notre identité et notre personnalité », *Philo & Cie*, 2012, no 2 : 33-37

Monzée J., « Les bascules de l'esprit », *NéoSanté*, mai 2013 : 14-17

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Monzée J., « Santé mentale et médication: interventions thérapeutiques ou dopage social ? », *L'autre Espace. La revue du RRASMQ*, 2011, Vol. 3 (1): 18-22

À propos de la confidentialité des dossiers médicaux

Maumaha Nouné R. et J. Monzée, « Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé », *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 2010, vol.11 (2), p. 147-166

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Photos souvenirs



*Andrée Morneau, présidente de l'AGIDD-SMQ
Lorraine Guay, animatrice
Guy Moreau, conférencier*



La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**



*Jean-Claude Saint-Onge,
David Cohen,
Joël Monzée,
conférenciers*

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**



*Ci-dessus, Stéphane Duranleau, vice-président de l'AGIDD-SMQ
À gauche, Joël Monzée et Jean-Claude St-Onge.*

Ci-dessous, Guy Moreau et Lorraine Guay, ainsi que David Cohen.



La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Synthèse panel d'échanges

animé par Lorraine Guay

« (...) même si on ne voit pas le bout du chemin ce n'est pas grave, car l'important, c'est de marcher. »

(Lorraine Guay, colloque AGIDD-SMQ, mai 2013)

L'ensemble des propos exprimés et des idées soulevées lors de ce colloque, tant par les conférenciers que par les personnes participantes dans la salle, rappelle la dominance du pouvoir psychiatrique et la puissance de l'industrie pharmaceutique sur les manières de penser l'aide, les soins et les traitements en santé mentale. De là, l'absolue nécessité de développer et de consolider la vision critique en santé mentale comme point d'ancrage pour générer du changement.

Par ce colloque, où la liberté de penser autrement est non seulement permise, mais aussi fortement valorisée, l'AGIDD-SMQ voulait stimuler une réflexion collective sur la vision critique et proposer un échange entre toutes les personnes présentes. C'est dans cet esprit que, lors du panel, les conférenciers et les personnes participantes ont tenté de répondre à ces quelques questions :

- *Quelles sont les pistes pour l'avenir de la vision critique?*
- *Comment faire naître l'espoir?*
- *Comment se donner une vision partagée du chemin à prendre?*
- *Comment mettre en œuvre des pistes de travail, des chantiers de réflexions et d'actions?*

Les réponses ont été regroupées sous trois grands thèmes : les **enjeux**, les **pistes pour l'avenir** (pistes de travail et/ou de réflexion) et les **suites pour l'AGIDD-SMQ**.

Enjeux

Plusieurs enjeux importants ont été nommés par les personnes participantes et les conférenciers afin de dresser un portrait concernant les réalités liées à la vision critique en santé mentale. Ces enjeux dépassent largement le champ d'action investi par les mouvements de défense de droits et des alternatives en santé mentale au Québec. Ils décrivent des réalités complexes qui font bien souvent obstacles au développement et au renforcement d'une perspective critique en santé mentale.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Tolérer le système psychiatrique ou s'en libérer

Un des enjeux majeurs ayant été relevé plusieurs fois pendant la journée concerne l'ambivalence des adhérents à la vision critique face à une *vision révolutionnaire* ou à une *vision réformiste* du système psychiatrique. Plusieurs personnes ou organisations peuvent penser à réformer le système, à l'améliorer, à le rendre plus accessible et plus confortable, cependant peu sont en mesure de développer un positionnement critique qui s'attaque réellement au pouvoir psychiatrique, à la définition des « maladies mentales » et aux mesures de coercition. Cet enjeu invite également à regarder plus en profondeur la place qui est occupée par la *perspective abolitionniste* du pouvoir psychiatrique au Québec.

L'acceptation sociale de la médication comme mesures de coercition

La négation d'une grande partie de la population par rapport au fait que les psychotropes sont utilisés comme moyen de contention chimique et d'isolement rend très difficile toute attaque formelle contre le pouvoir psychiatrique. Comme le mentionnait un des conférenciers, l'acceptation sociale de la médication à des fins coercitives par une majorité de gens nuit grandement à la vision critique.

La nécessité du diagnostic dans le système de soins et de services

Le diagnostic est devenu en quelque sorte la clé pour obtenir des services publics en santé et services sociaux, mais aussi dans les milieux de l'éducation du préscolaire au collégial. La coercition est donc très subtile, car la propension aux diagnostics s'accroît et renforce la conception d'une maladie biologique et organique aux symptômes comportementaux. Cette tendance lourde à la catégorisation diagnostique masque plusieurs explications liées aux conditions de vie et aux aspects sociaux provenant des sciences humaines et sociales.

La stigmatisation qui accompagne le diagnostic

Considérant que le diagnostic est la porte d'entrée pour l'accès à des soins et services publics, une personne demande où elle peut aller ou encore où elle peut référer quelqu'un qui a besoin d'aide, mais qui ne veut pas être étiqueté dès son entrée dans le système de soins. La stigmatisation est lourde de conséquences et porte atteinte à l'intégrité physique et psychologique des personnes. De plus, l'informatisation des dossiers comporte malheureusement des lacunes importantes quant à l'interprétation humaine des dossiers et à la permanence des informations.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Le savoir universitaire et le diagnostic

En lien avec l'importance et la place grandissante accordée aux diagnostics, une personne relève que les étudiants universitaires notamment dans les cours en travail social cherchent de plus en plus à démontrer leurs connaissances sur la santé mentale en référant aux diagnostics psychiatriques. Autrement dit, il devient encore une fois difficile de développer et transmettre une vision critique lorsque des étudiants en formation appuient leurs connaissances sur le savoir psychiatrique et qu'ils considèrent ces catégorisations comme des savoirs cliniques nécessaires et absolus.

Des asiles devenus Instituts universitaires

Il est questionnable qu'au Québec les asiles d'une certaine époque soient maintenant devenus des Instituts universitaires en santé mentale avec des mandats de recherche et de formation. Les orientations de la recherche, de l'enseignement et du transfert de connaissances sont nécessairement influencées par une culture institutionnelle d'héritage asilaire et rendent difficile le développement d'une vision critique de la santé mentale.

Reprendre confiance en l'intervention psychosociale

Un des conférenciers a soulevé un enjeu important lié à l'illusion de la professionnalisation en indiquant qu'environ 80 % des interventions sont dites universelles. Certaines interventions demandent une adaptation (p.ex. : selon le genre), mais la grande majorité repose toujours sur les mêmes ingrédients (écoute, respect, création d'un lien, confiance, etc.). La vision critique des fondements de l'intervention psychosociale en santé mentale devrait amener les professionnels à développer une certaine humilité, à ne pas s'attendre à des résultats précis et mesurables et à croire qu'il est possible d'aider même lorsque les interventions ne reposent pas sur les « meilleures pratiques » en vogue.

La légitimité de la critique du système par les organismes

Les organismes communautaires en santé mentale étant majoritairement financés par le gouvernement, une personne soulève la question à savoir quelle est la place réservée à la critique et à la dénonciation pour des organismes qui se trouvent (parfois malgré eux) à l'intérieur du système. Une autre personne énonce le « jeu d'équilibriste » dont plusieurs organismes doivent faire preuve dans leur partenariat avec le réseau public, mais aussi avec d'autres organismes communautaires qui ne sont pas sensibilisés à la vision critique. Être critique sans donner l'impression d'être constamment dans un mode de conflit n'est pas toujours chose facile.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

La confusion ambiante due au langage commun avec le réseau

Dans le même ordre d'idées, une personne dénonce le fait que le langage utilisé avec le réseau public soit devenu un langage commun créant beaucoup de confusion pour les personnes et les organisations. Pour les personnes qui sont plus éloignées d'une culture d'action communautaire autonome, l'utilisation parfois dénaturée de certains termes comme « empowerment », « citoyenneté » et « participation citoyenne » par le réseau public constitue un enjeu important à l'établissement d'une vision critique.

Le public cible du discours critique

Plusieurs personnes ont relevé le fait que le contenu de la journée colloque, bien que stimulant et ressourçant, était partagé entre des personnes déjà sensibilisées à l'importance de la vision critique. La question n'est donc pas de savoir si le fait de « prêcher entre convertis » est une bonne ou une mauvaise chose, mais plutôt de prendre conscience qu'en plus de se rappeler les raisons qui justifient l'indignation collective, il est primordial de s'ouvrir, d'aller vers de nouvelles personnes et de leur expliquer ce qui est à l'origine de cette indignation. À cet effet, une personne rappelle que ce n'est pas la faute du système ni la faute de la psychiatrie si certains ont l'impression d'être « entre convertis ». C'est plutôt la faute des « convertis » eux-mêmes, car il est de leur responsabilité d'aller chercher des alliés et de leur faire valoir l'importance de la vision critique.

Pistes pour l'avenir

Les différentes pistes de travail et/ou de réflexion énoncées par les personnes présentes confirment la nécessité de **croire**, de **s'informer**, de **se regrouper**, de **s'outiller** et également de **promouvoir** la vision critique.

Croire et espérer

On relève l'importance de vivre de l'espoir à travers un événement comme le colloque de l'AGIDD-SMQ. Pour développer la vision critique en santé mentale, les pistes d'actions doivent d'abord émerger de chaque personne, car tout changement débute avec soi-même. Il faut, tous et chacun, croire en soi, reconnaître ses forces personnelles et orienter ses énergies vers ce qui semble juste et bon. Le changement plus global viendra du rassemblement des désirs individuels et de la croyance partagée qu'il est possible de changer le monde.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

On mentionne aussi l'importance de croire et de valoriser le rôle primordial des personnes « usagères » dans la vision critique, de reconnaître leurs connaissances expérientielles et de leur offrir de l'espoir en regard de l'amélioration de la situation globale des personnes en santé mentale. En ce sens, la vision critique est porteuse d'espoir.

S'informer et s'inspirer

On fait état de l'importance de bien se documenter lorsqu'on cherche à développer une vision critique sur un sujet ou un phénomène. Un des conférenciers indique avec justesse que « la connaissance protège et l'ignorance fragilise ». Être informé, demeurer vigilant quant aux sources d'information et vérifier la « véracité » et la validité des informations permet d'éviter plusieurs pièges.

On aborde aussi la possibilité de s'inspirer d'éléments historiques concernant les grandes luttes de libération (p. ex. : l'esclavagisme, mouvement de libération des Noirs, mouvement des femmes), d'apprendre des approches écologiques et structurelles (p. ex. : approches anti-oppressives) et de consolider la base militante des organismes communautaires par la voie de l'éducation populaire.

Il est important de croire que provoquer des changements dans des structures comme les partis politiques, les hôpitaux, le collège des médecins, les ordres professionnels, etc. est possible même si ces structures semblent parfois rigides et impénétrables. La conscientisation à la vision critique et le fait de proposer des outils concrets permettent aux personnes de mieux comprendre leur situation et leurs droits, d'élargir leurs horizons, de percevoir les leurres et les failles du système, de les nommer et de les identifier dans le quotidien.

Se regrouper et s'unir

Plusieurs personnes ont exprimé l'idée de se regrouper et de s'unir dans un projet commun en santé mentale au Québec. L'idée soulevée est de trouver, malgré certaines divergences idéologiques entre les groupes qui œuvrent en santé mentale quant à la place de la vision critique, des points de rassemblements et de dépasser les intérêts particuliers de chacun pour mettre en place quelque chose qui appartient aux personnes et qui reflète une cause commune.

Plusieurs personnes ont également manifesté la grande importance de s'allier à d'autres acteurs du milieu communautaire même si leur champ d'action n'est pas directement la santé mentale. Les groupes d'action communautaire autonome sont déjà sensibilisés à l'importance de la réflexion critique et de la remise en question. Il faut donc réapprendre à critiquer collectivement et se réapproprier le caractère révolutionnaire des mouvements

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

sociaux. L'appui de personnes ressources crédibles reconnues (comme des professeurs, chercheurs, personnalités connues, gestionnaires, députés, etc.) favorable à la cause est aussi mentionné comme un atout.

Outiller et informer

Parmi les pistes d'action nommées afin de développer la vision critique, on retrouve le fait d'offrir des outils et des moyens concrets aux gens qui ont le goût de réfléchir et de se questionner de façon critique et créative. On note certains outils très pertinents déjà existants comme les formations *L'Autre côté de la pilule* et la *Gestion Autonome de la Médication (GAM)* de même que le *Cadre de partenariat pour la mise en place des Rencontres régionales de personnes utilisatrices de services en santé mentale*.

On mentionne également la nécessité de produire un outil d'information commun - un peu comme un journal tabloïd - qui présenterait des statistiques récentes, des résumés de recherches, des informations pratiques sur les droits, etc. Un tel outil permettrait d'informer sur les mythes et réalités de la psychiatrie et faciliterait la contestation du pouvoir psychiatrique.

Une personne parle également de l'importance d'investir la production de connaissances en santé mentale dans une perspective critique et principalement la formation collégiale et universitaire dans les domaines reliés à la santé et aux sciences humaines et sociales. Il serait profitable de travailler à développer des alliances différentes en regard de la production des connaissances pour sensibiliser les futurs professionnels.

Promouvoir et sensibiliser

Plusieurs personnes ont exprimé l'urgence d'interpeler la population face à l'emprise du pouvoir psychiatrique (p.ex. : violence, coercition et abus) et de sensibiliser la société civile des magouilles impliquant les compagnies pharmaceutiques afin que ce ne soit plus cautionné ou accepté moralement.

Il semble impératif de contrer la désinformation et pour cela il importe de faire connaître davantage le discours critique à l'extérieur du mouvement de défense des droits et du mouvement alternatif en santé mentale. La promotion et la sensibilisation ne reposent pas seulement sur les organisations et les regroupements, mais aussi, et surtout, sur l'implication de toutes les personnes qui croient en l'importance du partage des idées critiques en santé mentale.

Le partage d'une vision critique doit passer, selon certains, par la démonstration que les visions alternatives de la santé mentale, des facteurs explicatifs des problèmes existentiels

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

jusqu'aux traitements dans la communauté, ont leur pertinence et leur place dans la société.

Autres pistes globales pour penser le changement

- Critiquer directement et ouvertement les mesures coercitives et le contrôle social afin de rendre le phénomène davantage visible.
- Agrandir l'espace d'expression de la position abolitionniste du pouvoir psychiatrique dans la société afin qu'elle gagne en crédibilité et puisse être étudiée.
- S'interroger sur ses propres pratiques et éliminer ce qui est coercitif ou pouvant être perçu coercitif par les personnes « utilisatrices ».
- Monter l'exemple en changeant le langage (p. ex. : ne plus utiliser l'expression « maladie mentale » et ses variantes linguistiques comme troubles mentaux) et en modifiant ses comportements.
- Travailler pour le respect des droits fondamentaux des personnes.
- Voir les difficultés des gens comme des forces et trouver des moyens d'aider « la part de génie » de chacun à s'exprimer.
- Multiplier les pratiques (façons de faire) et les langages (façons de dire) afin de pouvoir offrir des possibilités de choix pour les personnes.
- Renforcer les liens entre la communauté et la personne, car se sont les composantes importantes de la participation citoyenne.
- Établir des ponts et vulgariser les connaissances de la science vers le terrain et des expériences de terrain vers la connaissance scientifique.

Suites à donner pour l'AGIDD-SMQ

Que l'AGIDD-SMQ diffuse des clips sur le contenu de la journée, donne des suites écrites et offre des outils afin de permettre à la vision critique d'aller plus loin.

Que l'AGIDD-SMQ se fasse rassembleuse auprès de différentes organisations en santé mentale afin de s'unir dans des dossiers communs.

Que l'AGIDD-SMQ et ses membres et alliés dénoncent la connivence et le trafic d'influence entre les compagnies pharmaceutiques et le monde médical, principalement en psychiatrie.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Que l'AGIDD-SMQ et ses membres et alliés contestent la « contention chimique » au même titre que la contention physique.

Que l'AGIDD-SMQ travaille au niveau politique afin de développer un espace pour renforcer la vision critique en santé mentale et reconnaître l'importance de la participation citoyenne.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Mot de fermeture

Stéphane Duranleau, vice-président de l'AGIDD-SMQ

Bonjour à toutes et à tous,

À titre de vice-président, on m'a demandé de prononcer le mot de fermeture du colloque *La vision critique en santé mentale : réalités et espoirs*.

Au début, j'étais heureux d'avoir cet honneur, mais je vous avoue que je pense avoir ici un rôle un peu ingrat.

La vérité, c'est que je ne souhaite pas, ne veux pas que ce colloque ait une fin.

Je souhaite que ce colloque soit un début.

Et après avoir entendu vos commentaires tout au long de la journée, je crois que vous aussi, n'est-ce pas?

Je dois dire par contre que ce mot de fermeture me permet de m'acquitter d'une tâche fort agréable : les remerciements.

Du fond du cœur, merci à M. David Cohen d'avoir partagé avec tant de générosité son savoir et ses analyses.

Merci à Monsieur Jean-Claude St-Onge de nous avoir si bien détaillé comment on fabrique une épidémie de diagnostics, mais aussi pour nous avoir parlé d'alternatives.

Merci à Monsieur Joël Monzée pour cette incursion dans l'univers des neurosciences faite avec humanisme et humour. C'est très rafraîchissant!

M. Cohen, M. St-Onge, M. Monzée, surtout, continuez à questionner, à expliquer, à vous indigner. Nous en avons tant besoin!

J'espère que nous aurons d'autres occasions de collaborer ensemble dans un avenir pas si lointain!

Un merci tout particulier à mon ex-collègue du conseil d'administration, Monsieur Guy Moreau, qui a relevé le défi de nous parler de son parcours vers la vision critique. Guy, c'est un privilège de t'avoir avec nous.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Merci à Louise Latulippe, de la Direction de la Santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bien sûr, merci aux membres de l'équipe de travail de l'Association et du conseil d'administration, ainsi qu'à toutes celles et tous ceux qui se sont impliqués dans l'organisation de cette journée.

Merci, et le mot est faible, à Mme Lorraine Guay pour avoir animé à la perfection notre colloque.

Pour la production des actes de la journée, merci et bonne continuation à Monsieur Jean-Marc E. Roy et Monsieur Laurent Roy, ainsi qu'à Monsieur Olivier René.

Et bien sûr, merci à vous tous, et avec un grand plaisir, je vous dis « À la prochaine fois ».

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Annexe 1 - Programme complet de la journée colloque

8h30 • Accueil

9h00 • Mot d'ouverture Lorraine Guay, animatrice

9h15 • Mot de bienvenue d'Andrée Morneau, présidente de l'AGIDD-SMQ

9h25 • Conférence d'ouverture de Guy Moreau

La vision critique et moi !

suivie d'une période de questions

9h45 • Conférence du président d'honneur, David Cohen

La vision critique en santé mentale : réalités et espoirs (1^{re} partie)

suivie d'une période de questions

10h30 • Pause

10h45 • Suite de la conférence du président d'honneur, David Cohen (2^e partie)

suivie d'une période de questions

Diner

13h15 • Conférence de Jean-Claude St-Onge

Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie

suivie d'une période de questions

14h15 • Conférence de Joël Monzée

Les neurosciences au service de la santé mentale

suivie d'une période de questions

15h15 • Pause

15h30 • Panel d'échanges

16h45 • Mot de fermeture de Stéphane Duranleau, vice-président de l'AGIDD-SMQ

17h00 • Remise des prix Orange et Citron de l'AGIDD-SMQ

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Annexe 2 - Biographie des présentateurs et présentatrices

David Cohen est professeur à la *Luskin School of Public Affairs* de l'*University of California-Los Angeles* (UCLA) et titulaire de la Majoris Crump Chair in Social Welfair depuis l'été 2013. Auparavant, il a enseigné la psychopathologie et la psychopharmacologie à l'École de travail social de la *Florida International University* (2000 à 2013) à Miami et fut également professeur à l'Université de Montréal (1988 à 2000). Ses travaux élaborent des lignes de pensée et d'interventions critiques comme alternatives aux conceptions biopsychiatriques de la détresse psychique et du mauvais comportement et aux idées conventionnelles sur la sécurité et l'efficacité des médicaments psychiatriques. Il a reçu plusieurs prix pour ses travaux, dont le prix Orange décerné par l'AGIDD-SMQ en 1998. Il est coauteur de 13 livres, dont *Le Guide critique des médicaments de l'âme* et prochainement, *Mad Science: Psychiatric Coercion, Diagnosis, and Drugs* ainsi que *Ethical Psychopharmacology*.

Stéphane Duranleau est avocat au cabinet Duranleau légal inc. Il est administrateur au Collectif de défense des droits de la Montérégie depuis plus de trois ans et en occupe cette année la présidence. De plus, il a été élu au conseil d'administration de l'AGIDD-SMQ en juin 2011 et en est présentement le vice-président.

Lorraine Guay possède une vaste expérience des milieux sociaux et communautaires, notamment dans le domaine de la santé mentale. Elle a milité sur plusieurs fronts : de 1990 à 1996, coordination du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) pour contester le pouvoir psychiatrique et accueillir « ailleurs et autrement » la souffrance émotionnelle ; lutte pour la reconnaissance de l'autonomie et du financement des groupes communautaires autonomes de 1990 à 2000 ; collaboration à la rédaction de l'avis du Comité de la santé mentale du Québec sur les liens entre pauvreté et santé mentale en 1994 et à celui de 2004 sur la qualité des services de santé mentale dans la communauté. Elle est active dans la lutte contre la privatisation du système de santé et des services sociaux au Québec et s'implique dans divers mouvements de solidarité internationale (marche mondiale des femmes, Amérique centrale, Palestine).

Joël Monzée, docteur en neurosciences et psychothérapeute, est directeur-fondateur de l'Institut du développement de l'enfant et de la famille et chercheur au Laboratoire Santé Éducation et Situation de handicap de l'université de Montpellier. Depuis 20 ans, il tente de créer des ponts entre la science et la pratique clinique, ainsi que le développement personnel. Il est l'auteur du livre *Médicaments et performance humaine : thérapie ou dopage?* paru aux Éditions Liber en 2010. Toujours chez Liber, il a dirigé les collectifs

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Neurosciences et psychothérapie (2009), *Ce que le cerveau a dans la tête* (2011) et un troisième volume s'adressant au développement de l'enfant (à paraître). Aux Éditions du Dauphin Blanc, il a dirigé les collectifs *Devenir Soi* (2011) et *Dire oui à la vie* (2013).

Guy Moreau est ébéniste et travailleur de la construction. Son parcours en santé mentale l'a conduit pendant une dizaine d'années à expérimenter les services réguliers de la psychiatrie. Depuis l'an 2000, il poursuit sa démarche dans le milieu alternatif en santé mentale, plus particulièrement en défense des droits. En tant qu'administrateur, il a effectué deux mandats à l'AGIDD-SMQ. Il est présentement administrateur au groupe de promotion et de défense des droits Pro-Def Estrie. De plus, il est formateur agréé depuis cinq ans pour la formation *L'Autre côté de la pilule* de l'AGIDD-SMQ.

Andrée Morneau est administratrice de l'AGIDD-SMQ depuis trois ans et en occupe la présidence depuis deux ans. Elle est également sur le conseil d'administration du groupe de promotion-vigilance La Bonne Étoile situé à Joliette dont elle est la présidente depuis 2006. Très impliquée dans la région de Lanaudière, elle représente ses pairs dans différents milieux de concertation du réseau de la santé et des services sociaux.

Jean-Claude St-Onge a fait des études de philosophie à Montréal, Edmonton et Aix-en-Provence. Il a obtenu un doctorat en socioéconomie de l'Université de Paris. Après avoir enseigné l'histoire économique à l'UQAM, il a milité au sein des organisations de gauche avant de retourner à l'enseignement de l'économie et de la philosophie au Cégep Lionel-Groulx. Il est maintenant à la « retraite ». Il a prononcé de nombreuses conférences, notamment au Brésil à l'invitation du Conseil des ministres de la santé et a fait paraître plusieurs articles et études. Auteur de neuf livres, il a publié *La condition humaine* (1997), qui en est rendue à sa quatrième édition (Prix du ministre de l'Éducation), *L'imposture néolibérale* (2000), *L'envers de la pilule* en 2004 et sous une nouvelle édition augmentée en 2008 (Prix Orange de l'AGIDD-SMQ), *Les dérives de l'industrie de la santé* (2006). Son dernier ouvrage, *Tous Fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie* est sortie en janvier 2013.

La **vision critique** en **santé mentale** : **RÉALITÉS** et **ESPOIRS**

Annexe 3 - AGIDD-SMQ

Fondée en 1990, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) lutte en faveur de la reconnaissance et de l'exercice des droits pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des droits de tout citoyen, toute citoyenne, soit les droits fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité.

L'Association regroupe, à titre de membre actif, des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale et des groupes d'entraide ayant un mandat de promotion-vigilance des droits en santé mentale. Elle rejoint également, à titre de membre sympathisant, tout organisme ou comité d'usagers qui adhère à sa mission.

L'Association contribue à ce que les personnes reprennent du pouvoir sur leur propre vie en rendant accessible toute information sur leurs droits et sur la médication.

L'AGIDD-SMQ a développé, depuis sa fondation, une expertise unique et reconnue dans plusieurs milieux concernant les droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières.

Son action s'articule autour de différents axes :

- Prises de position publiques et politiques.
- Diffusion de formations aux personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ainsi qu'aux intervenants, intervenantes des milieux communautaires et du réseau de la santé.
- Diffusion de publications sur les droits en santé mentale.
- Organisation de colloques sur les droits en santé mentale.

La volonté de l'Association a toujours été de transmettre son expertise afin de sensibiliser un nombre croissant de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, aux enjeux liés à leurs droits. Ces enjeux concernent notamment le consentement libre et éclairé aux soins ainsi que la confidentialité du dossier médical des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.