



Mémoire remis dans le cadre des consultations nationales sur les prochaines orientations en matière de santé mentale, itinérance et dépendance

Présenté par ReprésentACTION santé mentale Québec

Mémoire présenté au Ministère de la Santé et des Services sociaux

6 juin 2026

Rédaction :

Claudia Barabé, ReprésentACTION santé mentale Québec

Steven Collin-Basquill, AGIDD-SMQ

Caroline Horrell, Pro-Def Estrie

Benjamin Reynolds, Représent'Action Montérégie

Grâce à la participation de :

Karyne Boudreau, ReprésentACTION santé mentale Gaspésie

Elizabeth Dehoux, ReprésentACTION santé mentale Laval

Isabelle Fournier, ReprésentACTION santé mentale Chaudière-Appalaches

Julie-Ann Guay, ReprésentACTION santé mentale Saguenay-Lac-St-Jean

Nancy-Sophie Lavoie, Regroupement et Implication des personnes utilisatrices du Bas St-Laurent

Jessica Lechasseur, ReprésentACTION santé mentale Côte-Nord

Julie Senécal, ReprésentACTION santé mentale Outaouais

Ce mémoire est appuyé par l'AGIDD-SMQ.

Nous tenons à remercier toutes les personnes utilisatrices de services en santé mentale à travers le Québec qui ont participé, de près ou de loin, aux activités de ReprésentACTION ayant permis de réaliser ce mémoire.

Table des matières

1. Qu'est-ce que ReprésentACTION santé mentale Québec?	4
1.1. Le fonctionnement	4
1.2. Le rôle du volet national	5
1.3. Nos revendications	5
2. Le contexte	6
3. La stigmatisation	6
3.1. La stigmatisation : une lourde charge sur les épaules des personnes premières concernées	7
3.2. Le masquage diagnostique ou l'institutionnalisation de la discrimination	7
4. Les déterminants sociaux de la santé	9
4.1. Le logement	10
4.2. Hausse du coût de la vie	11
4.3. Accès aux services	12
5. L'intersectionnalité	12
5.1. Femmes : stéréotypes, crédibilité et médicalisation	14
5.2. Âge : réponses différenciées selon le moment de vie	14
5.3. Handicap : complexité des besoins et fatigue d'adaptation	15
5.4. Personnes racisées et autochtones : stigmatisation et cumul d'enjeux	15
5.5. LGBTQ+ : invisibilisation et incompréhension	16
5.6. Réalités régionales : isolement, précarité et effets amplifiés	16
6. Synthèse	17

1. Qu'est-ce que ReprésentACTION santé mentale Québec?

ReprésentACTION santé mentale Québec est une structure provinciale qui soutient, à l'échelle régionale, la participation active des personnes utilisatrices de services en santé mentale, en préconisant une prise de parole collective issue d'un processus démocratique. Cette structure est soutenue par l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).

Cette initiative permet aux personnes de se rencontrer et de s'exprimer sur ce qu'elles vivent dans les services en santé mentale, sur les améliorations qu'elles souhaitent et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, tout en favorisant la création de liens et le partage de vécus. Ce modèle permet aussi d'établir un rapport de force entre le savoir expérientiel des personnes ayant été psychiatisées et l'expertise académique ou professionnelle de celles gravitant dans les services en santé mentale. Effectivement, ReprésentACTION favorise la reconnaissance de la participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en santé mentale, les plaçant au centre des enjeux qui les touchent. L'AGIDD-SMQ propose ce modèle de participation citoyenne depuis 2006.

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

1.1. Le fonctionnement

Des rencontres rassemblant les personnes utilisatrices de services en santé mentale sont organisées de quatre à six fois par année dans chaque région. C'est là que se forme la parole collective. Actuellement, dix régions du Québec sont représentées par ReprésentACTION. Ces rencontres visent trois objectifs :

- **Donner de l'information**, grâce à un.e invité.e qui viendra parler d'une thématique (par exemple : le logement, les services en santé mentale, la stigmatisation, les droits, etc.);
- **Discuter et débattre** de ce que les participant.es vivent et souhaitent en ce qui concerne les services et les ressources en santé mentale, ainsi que du développement des travaux effectués par les instances décisionnelles ;
- **Élire** les personnes déléguées.

1.2. Le rôle du volet national

Le volet national de ReprésentACTION santé mentale Québec est assumé par l'AGIDD-SMQ. Ses principaux rôles sont :

- **Rôle de soutien** : Les volets régionaux sont soutenus grâce à de la formation pour les personnes déléguées ou chargées de projet, du soutien personnalisé et des rencontres d'équipe. Du soutien est également offert aux organisations intéressées à implanter ReprésentACTION sur leur territoire.
- **Rôle de coordination** : Des activités qui mobilisent tous les volets régionaux sont organisées, comme des tournées de consultations sur divers sujets, le Mois de la parole collective ou encore les rencontres nationales.
- **Rôle de développement et promotion** : Nous poursuivons nos efforts pour faire connaître le projet, informer les personnes concernées et promouvoir la parole collective.
- **Rôle de porte-parolat** : Les personnes déléguées nationales élues par leurs pairs lors de rencontres nationales organisées aux deux ans consolident et portent la parole collective de l'ensemble des régions sur des instances nationales.

1.3. Nos revendications

Lors de la 6e rencontre nationale de ReprésentACTION qui a eu lieu au printemps 2023, quatre revendications ont été formulées par les personnes qui prenaient part au projet (personnes déléguées, chargées de projet et fiduciaires), à la suite d'un atelier de parole collective. Ainsi, ces priorités brossent un portrait des enjeux chers à ReprésentACTION et établissent un cadre au sein duquel l'équipe à la permanence de ReprésentACTION smQ planifie ses actions. Ces revendications sont les suivantes :

- **Le respect des droits** : Présenter une vision critique de la « folie » et du modèle biomédical, respectueuse des droits fondamentaux de tout.e citoyen.ne, tout en dénonçant les abus de la psychiatrie ;
- **Le financement** : Revendiquer un financement récurrent à la mission des groupes fiduciaires, afin que chaque projet ReprésentACTION régional puisse porter une parole collective sans craindre la précarité ;
- **L'accessibilité** : Avoir accès à des ressources représentatives des besoins des personnes. Cette aide doit être porteuse des valeurs d'entraide et d'écoute, et permettre de briser l'isolement et d'accompagner les personnes à leur rythme ;
- **La lutte contre la stigmatisation** : Déconstruire les stigmas associés aux personnes psychiatisées, qui ont des conséquences négatives entre autres sur le masquage diagnostique¹, le logement, de l'emploi ainsi que dans différents contextes familiaux.

¹ « Le masquage diagnostique se définit comme l'attribution de symptômes de maladie physique à un trouble de santé mentale déjà diagnostiqué. La personne se retrouve alors avec un diagnostic de maladie physique ou un traitement qui, s'il correspond au problème, arrivera souvent trop tard. »

2. Le contexte

Lors de la 7^e rencontre nationale de ReprésentACTION smQ ayant eu lieu au printemps 2025, les personnes présentes ont énoncé de nombreuses préoccupations qui devaient être abordées dans le prochain Plan d'action en santé mentale, selon elles. Dans un deuxième temps, les déléguées nationales, élues par leurs pair-es, ont choisi trois priorités parmi ces préoccupations :

- La stigmatisation ;
- Les déterminants sociaux de la santé ;
- L'intersectionnalité.

Ces trois thématiques représentent ainsi le cadre d'analyse à partir duquel la parole collective des différentes régions du Québec représentées par ReprésentACTION sera analysée. De plus, cette analyse est basée sur la consolidation d'une parole collective de centaines de personnes utilisatrices de services en santé mentale (PUS), recueillie lors de rencontres régionales ayant eu lieu entre 2022 et 2026, soit la période du dernier Plan d'action interministériel en santé mentale. Ainsi, les témoignages qui sont rapportés dans le présent document proviennent de PUS qui ont pris la parole lors de ces événements.

De surcroît, il est important de souligner que, malgré la généralisation des enjeux concernant les services en santé mentale abordés dans ce mémoire, toutes les régions du Québec conservent leur unicité par rapport à certaines caractéristiques, comme la grandeur du territoire, la densité de population, la présence ou non de grandes villes, la collaboration avec les communautés autochtones, anglophones ou autres, l'accessibilité aux transports en commun, à des ressources volontaires et communautaires, etc. De sorte que nous devons mentionner l'importance que les services soient adaptés selon les réalités régionales.

3. La stigmatisation

La stigmatisation fait partie du quotidien des PUS. Elle se manifeste par des croyances et des attitudes négatives dirigées envers elles.

La santé mentale prend de plus en plus de place dans l'espace public et ses enjeux sont abordés avec ouverture sur toutes les tribunes. Pourtant, les préjugés persistent et leurs impacts négatifs affectent toutes les sphères de la vie des PUS, notamment au niveau de l'accès et du maintien en logement, de l'insertion professionnelle et du maintien en emploi et de leur parcours au sein du réseau de la santé.

La stigmatisation est largement répandue et souvent amplifiée par les médias. Toutefois, la stigmatisation ne se limite pas à l'espace public et professionnel. Elle peut aussi provenir de l'entourage et affecter les relations personnelles. Certaines PUS

vivent alors un sentiment de rejet et d'exclusion causé par l'incompréhension de leurs proches face à la détresse ou par la honte.

3.1. La stigmatisation : une lourde charge sur les épaules des personnes premières concernées

Les PUS rappellent combien il est souffrant de se sentir incompris-es, de se faire intimider et rejeter. Ainsi, la stigmatisation mène souvent à l'isolement. Elle affecte les relations personnelles, sociales et professionnelles, en plus de miner la confiance en soi. De plus, certaines personnes mentionnent avoir de la difficulté à s'intégrer à un groupe de peur d'être exclues ou jugées.

« Au travail, mes compétences étaient questionnées, sans rapport avec les tâches que j'effectuais, juste à cause de mon diagnostic. »

C'est parfois, et trop souvent, le début d'une marginalisation qui émane de la personne elle-même. En effet, ces expériences traumatisantes laissent des traces durables qui renforcent le sentiment d'être perçu-e comme un problème à gérer plutôt que comme une personne à accompagner.

« Je me sens mal de déranger mes proches avec ma santé mentale. C'est lourd pour eux et ils ne savent pas quoi faire. »

3.2. Le masquage diagnostique ou l'institutionnalisation de la discrimination

Le masquage diagnostique est un phénomène où des symptômes physiques sont ignorés ou attribués à tort à un diagnostic de santé mentale. Conséquemment, certaines personnes ne sont ni écoutées ni prises au sérieux quand elles consultent pour un malaise physique ou une agression. La situation engendre une discrimination médicale qui compromet la santé physique et le bien-être. Dans certains cas, elle peut également avoir de lourdes conséquences.

« Je disais que j'avais mal au ventre. On me répondait que c'était dans ma tête. »

« On m'a dit que c'était dans ma tête... jusqu'à l'éclatement de mon intestin. »

L'une des principales conséquences du masquage diagnostique concerne la détérioration de l'état de santé. Une étude en cours, menée par l'équipe de Marie-Claude Jacques, professeure en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke, identifie les conséquences sur la santé du masquage diagnostique :

- Des délais d'accès aux examens, au diagnostic et au traitement ;
- La hausse de la médication ;

- L'aggravation de la santé physique et mentale ;
- Le décès.²

Le masquage diagnostique entraîne également une perte de confiance envers les professionnel·les de la santé. Plusieurs personnes soutiennent que leur parole est mise en doute en raison de leur diagnostic.

« Après ça, tu hésites à retourner consulter. »

« À force d'être ignorée, on finit par banaliser ses propres douleurs. »

D'autres mentionnent que leurs réactions sont interprétées à travers le prisme des problèmes de santé mentale.

« En insistant et en demandant mon dossier médical, j'ai découvert qu'on m'avait étiqueté "délire paranoïde", ce qui expliquait tout. Ma douleur et mes symptômes n'étaient pas réels, selon les médecins. À force de ne pas être pris au sérieux, on finit par douter de soi-même. »

« La moindre émotion est exagérée. J'ai le droit d'avoir de la peine sans que ça devienne un problème de santé mentale. »

S'installe alors la peur d'être réduite à une problématique de santé mentale.

« Je n'osais même plus parler de mes problèmes à mon médecin. Je gardais des choses pour moi, parce que j'avais l'impression que cela était inutile. »

Dans certains cas, la personne qui souhaite consulter pour un problème de santé physique est contrainte de rencontrer son ou sa psychiatre avant qu'une véritable investigation physique ne soit initiée. D'autres se sentent ignorées par les intervenant·es du réseau de la santé.

« On fait mine de ne pas te voir. T'es ignoré, pas écouté, pas entendu. Tu te sens comme un moins que rien. »

Certaines personnes ont l'impression d'être rabaissées à une simple étiquette.

« As-tu pris tes pilules ? Ça c'est la phrase qui tue quand j'ose exprimer mon opinion ou poser trop de questions à mon médecin. »

Au fil du temps, impuissantes devant le sentiment de ne pas être prises au sérieux, elles hésitent à consulter.

² « J'ai mal et on ne me croit pas » : co-production et mobilisation des connaissances sur le phénomène d'ombrage diagnostique en santé mentale. Recherche en cours menée par Marie-Claude Jacques, Magaly Brodeur et Pierre Pariseau-Legault.

Selon Marie-Claude Jacques³, la stigmatisation en santé mentale et les enjeux organisationnels du réseau de la santé (liste d'attente, pénuries de personnel, manque de médecins de famille, etc.) sont un terreau fertile au masquage diagnostique.

Pour leur part, les PUS identifient une lacune importante au niveau de la formation du personnel hospitalier. En outre, elles réclament le droit fondamental d'être traitées avec respect et dignité.

« Un dossier psychiatrique ne m'enlève pas le droit d'avoir un problème de santé physique et d'être examinée, écoutée et soignée. »

« Je veux être traitée comme une patiente à part entière. »

4. Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont « l'ensemble dynamique des éléments personnels, sociaux, économiques, environnementaux ou politiques qui influencent la santé et qui déterminent l'espérance de vie en bonne santé des individus et des populations »⁴. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux regroupe l'ensemble des déterminants de la santé en quatre catégories distinctes, mais interconnectées : 1) les caractéristiques individuelles; 2) les milieux de vie; 3) les systèmes et 4) le contexte global⁵. Il faut voir chacune de ces catégories comme des cercles concentriques, partant de l'individu vers le contexte global dans lequel ce dernier évolue. Ainsi, l'individu a des caractéristiques personnelles (certaines choisies, d'autres non) comme son genre, la couleur de sa peau, sa religion et ses compétences personnelles et sociales. Ce même individu évoluera dans des milieux de vie tels que son milieu familial, son quartier, son milieu scolaire, son milieu de travail, etc. Son évolution dans ces milieux est alors influencée par une panoplie de systèmes mis en place par l'État, qu'il s'agisse de l'éducation, du système de santé ou de l'aménagement du territoire. Finalement, le contexte politique et législatif, économique, démographique ainsi que social et culturel englobe et influence l'ensemble des éléments nommés précédemment. Chacun de ces niveaux de déterminants forme ensemble un écosystème complexe dans lequel l'individu se retrouve. Or, puisque certains milieux de vie sont meilleurs que d'autres, que certains systèmes sont défectueux et que le contexte global ne permet pas une distribution équitable des ressources dans la population, beaucoup de personnes se retrouvent avec un état de santé moins bon et une espérance de vie diminuée. Cet état de santé moins bon n'est

³ Ibid.

⁴ MSSS. (2025). Pour un Québec en santé, équitable et résilient – Programme national de santé publique 2025-2035.

⁵ Ancil, H. et Bédard, L. (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

pas le résultat de choix personnels, mais bien d'une interaction entre les déterminants de la santé évoqués précédemment, tous hors du contrôle de la personne. Ces différences entre la santé des personnes causées par les déterminants de la santé se nomment inégalités sociales de santé (ISS)⁶. On utilise le terme « inégalité » puisque ces différences de santé dans la population sont injustes et surtout, évitables.

Une large partie du corpus de données amassé dans le cadre du programme ReprésentACTION renforce l'idée que les déterminants sociaux de la santé affectent grandement la santé mentale des PUS. Ces impacts ont été regroupés en trois catégories, soit le logement, le coût de la vie et l'accès aux services.

4.1. Le logement

Le logement est une préoccupation majeure pour les personnes vivant ou ayant vécu un enjeu de santé mentale. Selon les PUS, l'instabilité qu'occasionne la présente crise du logement représente une source de stress importante pour elles, qui nuit à leur rétablissement et crée un sentiment d'insécurité. Puisque le marché locatif est devenu inabordable pour bon nombre de personnes, beaucoup d'entre elles doivent composer avec un milieu résidentiel imposé par les contraintes financières plutôt que choisi. Les loyers élevés font en sorte que les personnes doivent couper davantage dans les activités qui leur font du bien. Les logements que les personnes peuvent se permettre sont souvent loin des ressources qu'elles fréquentent, ce qui accentue leur sentiment d'isolement. Les personnes déclarent vivre de la stigmatisation de la part des propriétaires qui seraient moins enclins à louer leur logement à une personne vivant avec un enjeu de santé mentale sous prétexte que celle-ci pourrait déranger les autres locataires ou ne serait pas en mesure de payer son loyer.

« Quand on reçoit une augmentation de loyer qui nous oblige à déménager parce qu'on ne pourra pas l'assumer, c'est clair que ça joue dans notre santé mentale! »

Les enjeux soulevés par les PUS sont soutenus par la science. Selon l'Observatoire québécois des inégalités⁷, vivre dans un logement de mauvaise qualité augmenterait le risque de se déclarer en mauvaise santé mentale de 52%. Toujours selon l'Observatoire québécois des inégalités, le coût global associé aux logements inadéquats représenterait environ 2 milliards de dollars par année en services de santé.

⁶ Institut national de santé publique du Québec. (2025, novembre 6). Inégalités sociales de santé (ISS) | INSPQ. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/inegalites-sociales-de-sante>

⁷ Observatoire québécois des inégalités. (2025). Le manque de logements adéquats nuit à la santé. Observatoire québécois des inégalités.

Il est clair que la crise du logement est un enjeu de santé publique. Les orientations en santé mentale du MSSS doivent refléter cette réalité en reconnaissant l'impact du logement sur la santé mentale des personnes.

4.2. Hausse du coût de la vie

Pour les PUS, la précarité financière se vit à de multiples niveaux. Pour une large proportion de ces dernières, l'insécurité causée par la pauvreté n'a rien de nouveau. Cependant, la hausse du coût de la vie à laquelle nous avons assisté dans les dernières années affecte leur santé mentale de manière alarmante en alourdissant considérablement les difficultés qu'elles vivent au quotidien. Certaines PUS doivent réduire la qualité et la quantité de nourriture qu'elles ingèrent chaque jour. D'autres mentionnent devoir couper dans leurs activités de loisirs, se soldant souvent en davantage d'isolement. Le temps passé à devoir courir les organismes afin de pallier les manques résultants devient une charge mentale de plus qui réduit encore plus le peu d'énergie qu'elles ont et qui serait autrement dédié à leur rétablissement.

Les PUS nous témoignent également que la pauvreté vient avec son lot de stigmatisation. Par exemple, certaines personnes vivant en milieu rural ont mentionné le sentiment de honte qui les habite lorsqu'elles fréquentent des organismes d'aide alimentaire :

« Il y a une honte liée au fait de demander de l'aide. Faut être mal pris en maudit pour se convaincre d'aller à la banque alimentaire quand tout le monde se connaît. »

D'autres mentionnent éviter certaines activités de groupe parce qu'elles craignent que leur apparence témoigne de leur précarité financière.

Il n'y a rien d'étonnant dans ce que les PUS nous témoignent. En effet, selon l'INSPQ, le fait de vivre en situation de pauvreté rend les personnes plus susceptibles de vivre du stress chronique et de présenter une moins bonne santé mentale⁸. Toujours selon l'INSPQ, avoir un enjeu de santé mentale engendrerait, à son tour, de la discrimination, une diminution de la capacité à travailler et une diminution du contrôle des personnes sur leur vie.

Étant donné l'impact sérieux et grandissant de la pauvreté sur les personnes vivant avec un enjeu de santé mentale, il est primordial que le MSSS lutte activement contre l'appauvrissement des citoyen·nes en concevant ce problème comme un enjeu de santé publique.

⁸ Institut national de santé publique du Québec. (2024, juin 26). Facteurs qui influencent la santé mentale | INSPQ. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/facteurs>

4.3. Accès aux services

Les PUS mentionnent également de nombreuses difficultés d'accès aux services de l'État. Sans surprise, les délais d'attente sont une source récurrente de frustration et d'anxiété pour les personnes. Ces dernières voient parfois leur état de santé se détériorer pendant l'attente et vivent parfois des pertes de motivation à aller chercher de l'aide. Dans certains cas, cela peut même mener à l'abandon des démarches entamées. Celles qui parviennent à voir un·e professionnel·le de la santé témoignent d'une faible disponibilité de ces dernier·ères, qui disposent en général de temps limité pour les rencontrer ou doivent réduire leurs interventions au strict minimum. Il est souvent rapporté que les rencontres avec un·e médecin ou un·e psychiatre ne dépassent jamais les 15 minutes et que les personnes doivent prioriser ce qu'elles veulent communiquer, ce qui est parfois très difficile à faire pour elles.

Les PUS sont susceptibles d'être judiciairisées, que cela soit dû à des demandes de garde en établissement ou des autorisations judiciaires de soins, par exemple. Pourtant, elles témoignent souvent d'un accès à la justice très limité. Les délais, la rareté des ressources et la complexité liés aux démarches juridiques créent un sentiment d'impuissance face au système. Souvent, les personnes doivent se représenter seules, bien que leur état mental les rende peu disposées à le faire. Pour elles, c'est un stress de plus avec lequel elles doivent composer.

Le MSSS doit s'engager à améliorer l'accès aux services en santé mentale, et cela pour l'ensemble du continuum de soins. Il doit également s'assurer que les personnes judiciairisées dans le contexte de leurs enjeux de santé mentale disposent d'un accès à la justice solide et fiable.

5. L'intersectionnalité

L'intersectionnalité est un concept social développé par Kimberlé Crenshaw en 1998 et qui met en lumière la pensée dominante qu'une discrimination serait un désavantage ne prenant place que sur un seul axe. Faisant partie de ce système unilatéral, une personne à l'intersection de plusieurs axes se retrouve non représentée dans les luttes sociales. En d'autres termes, en invisibilisant les personnes qui cumulent des facteurs de discrimination, cela entraîne une augmentation de leur marginalisation⁹. De ce fait, « [la] discrimination, la stigmatisation sociale et le stress résultant de l'appartenance réelle ou supposée à un groupe minoritaire »¹⁰ auraient une influence sur la santé mentale des personnes qui les vivent, selon la théorie du

⁹ Crenshaw, K.-W. (2021). Démarginaliser l'intersection de la race et du sexe. *Droit et société*, 108(2), 465–487. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.3917/drs1.108.0465>

¹⁰ Doucet, S. & Chamberland, L. (2022). Impacts du soutien social sur le bien-être de jeunes adultes non binaires. *Service social*, 68(1), 147–158.

stress minoritaire. Plusieurs études démontrent d'ailleurs que les personnes opprimées ont plus de chances de vivre de la détresse psychologique, en plus d'être exposées à de l'automutilation et des idées suicidaires¹¹. De cette manière, il est intéressant de se questionner à savoir si les services en santé mentale psychiatriques sont efficaces pour répondre à des problèmes qui ne seraient le résultat que d'une dite « maladie ». McGibbon et McPherson expliquent que « [...] le modèle biomédical psychiatrique [canadien], ayant une capacité limitée à incorporer les origines spirituelles, économiques et politiques aux difficultés en santé mentale, a rendu le développement d'un système en santé mentale qui répond efficacement au stress relié aux déterminants sociaux de la santé presque impossible. »¹² [Traduction libre]

Les contributions recueillies mettent en évidence que les expériences en santé mentale ne peuvent être comprises de manière uniforme. Elles sont profondément influencées par les positions sociales, les identités et les conditions de vie des personnes. Ainsi, les PUS — déjà positionnées comme constituant un groupe marginalisé — voient leurs voix peu entendues et souvent mal ciblées, une réalité qui tend à se complexifier lorsqu'elles se situent à l'intersection de plusieurs formes de vulnérabilité.

Une grande disparité subsiste entre les services offerts et les besoins réels. Le manque de concertation entre les différents départements contribue à une offre de services qui ne correspond pas aux réalités vécues, particulièrement pour les personnes dont le parcours est marqué par des expériences multiples (pauvreté, discrimination, isolement, handicap, etc.). Cette inadéquation se manifeste non seulement dans les services eux-mêmes, mais aussi dans la manière dont les personnes sont accueillies et considérées.

Plusieurs témoignages illustrent des atteintes importantes à la dignité et au respect :

« J'ai été rabaissée au plus bas niveau. »

« J'ai tellement vu de gens se faire humilier et rabaisser par le personnel médical. »

« Trop entendu de blagues déplacées de la part du personnel envers les patients. »

Ces expériences ne sont pas anodines. Elles traduisent des rapports de pouvoir inégaux qui peuvent être encore plus marqués pour les personnes appartenant à des groupes minorisés. Le fait que certaines personnes rapportent une accumulation d'expériences négatives (« *Plus on fait des séjours à l'urgence, plus le personnel devient désagréable* ») révèle également une dégradation des relations dans le temps, qui peut affecter davantage celles et ceux qui ont recours aux services de manière récurrente.

¹¹ McGibbon, E. & McPherson, C. (2013). Stress, Oppression & Women's Mental Health: A Discussion of the Health Consequences of Injustice. *Women's Health and Urban Life*, 12(2), 63-81.

¹² *Ibid.*

Par ailleurs, certaines pratiques institutionnelles témoignent d'une approche uniformisante qui ne tient pas compte des réalités différenciées :

« On traite tout le monde de la même façon. Accueil peu chaleureux : vide tes poches, tu vas être pogné ici. »

Cette logique d'uniformité, bien qu'elle puisse sembler égalitaire en apparence, contribue en réalité à invisibiliser les besoins spécifiques et à reproduire des inégalités, notamment pour les personnes dont les réalités exigent des ajustements particuliers.

5.1. Femmes : stéréotypes, crédibilité et médicalisation

Les témoignages en lien avec les femmes montrent que les inégalités ne se situent pas uniquement dans l'accès aux services, mais aussi dans la manière dont les comportements sont interprétés. Il est mentionné que *« les femmes vivent de la discrimination »* et que certaines expériences sont rapidement médicalisées plutôt que comprises dans leur contexte.

Des comportements comme la colère, l'opposition ou l'expression intense d'émotions sont moins tolérés chez les femmes en contexte institutionnel. Une femme en détresse peut être perçue comme « instable » ou « excessive », ce qui influence directement les interventions. À l'inverse, certaines manifestations de souffrance peuvent être banalisées comme étant « émotionnelles ».

Le refus de traitement illustre aussi ces dynamiques : lorsqu'une femme remet en question une décision, son autonomie peut être perçue comme un manque de collaboration. Cela met en lumière un enjeu central d'intersectionnalité : la crédibilité accordée à la parole varie selon le genre.

5.2. Âge : réponses différenciées selon le moment de vie

Les réalités des jeunes et des personnes âgées montrent comment l'âge influence les réponses du système.

Chez les jeunes, plusieurs observations concernent une tendance à la médicalisation rapide : des diagnostics et de la médication peuvent être proposés après peu de rencontres, notamment en raison du manque de ressources psychosociales ou des listes d'attente. Bien que la médication puisse être pertinente, les témoignages soulignent le manque d'une approche globale intégrant le contexte familial, scolaire, social ou les traumatismes.

Un besoin d'adaptation spécifique est également exprimé :

« Une unité en psychiatrie pour les jeunes adultes serait bien, car on n'est pas des enfants, mais on n'a pas la même maturité que des adultes de 45 ans. »

Du côté des personnes âgées, les enjeux prennent une autre forme. Les problèmes de santé mentale peuvent être banalisés ou interprétés comme « *normaux avec l'âge* ». Les personnes peuvent aussi être infantilisées, avec des décisions prises davantage avec la famille qu'avec elles-mêmes. Ces pratiques soulèvent des enjeux importants en matière de respect de l'autonomie et de la dignité.

5.3. Handicap : complexité des besoins et fatigue d'adaptation

Les personnes vivant avec un handicap physique en plus d'un problème de santé mentale se retrouvent souvent dans des situations où leurs besoins ne sont que partiellement pris en compte. Les réponses obtenues sont parfois minimales ou inadéquates :

« Si ça fait mal, ils nous disent de prendre des Tylenol. »

Ces personnes doivent fréquemment rappeler leur condition pour obtenir des adaptations, ce qui peut être épuisant. Cette réalité met en évidence une difficulté du système à reconnaître les besoins complexes et imbriqués, et à offrir des réponses réellement adaptées. Finalement, certaines se voient parfois refuser l'accès à leurs outils de soutien, comme leurs lunettes spécialisées ou leur canne. Ce genre d'interventions brutales déclenchent ou exacerbent l'état de détresse chez les PUS.

5.4. Personnes racisées et autochtones : stigmatisation et cumul d'enjeux

Les témoignages identifient explicitement que les autochtones sont particulièrement stigmatisé·es dans leur parcours en santé mentale. À cette réalité s'ajoutent des conditions structurelles importantes, notamment dans des communautés comme à Maniwaki en Outaouais:

- très peu de services spécialisés;
- enjeux majeurs de transport;
- manque de logements accessibles;
- expropriations et instabilité résidentielle;
- déracinement et manque d'ancrages sociaux.

Ces éléments ne sont pas isolés : ils s'additionnent et créent un cumul de désavantages, où les conditions sociales, économiques et territoriales viennent amplifier les effets de la marginalisation.

5.5. LGBTQ+ : invisibilisation et incompréhension

Les personnes issues des communautés LGBTQ2iAS+ rapportent que leurs réalités sont souvent mal comprises ou invalidées dans les services généraux. Elles doivent fréquemment expliquer leur identité ou justifier leurs besoins spécifiques à leur réalité, ce qui n'est pas demandé aux personnes cisgenres ou hétérosexuelles.

Le manque de ressources spécialisées et de formation des intervenant·es contribue à cette situation. L'expérience dépend alors beaucoup de la sensibilité individuelle des professionnel·les, ce qui crée des inégalités importantes dans la qualité du soutien reçu.

Ces réalités s'inscrivent dans un contexte plus large où ces personnes vivent davantage de discrimination, notamment lors de la révélation de leur orientation ou identité, ce qui a des impacts directs sur leur santé mentale.

5.6. Réalités régionales : isolement, précarité et effets amplifiés

Les réalités régionales jouent un rôle structurant dans l'expérience intersectionnelle. Dans plusieurs régions, les personnes doivent composer avec :

- de longs délais;
- un manque de professionnel·les;
- peu de services spécialisés;
- de grandes distances à parcourir;
- des enjeux de transport importants.

Dans certains cas, des services essentiels sont absents, comme les centres de crise de proximité. Cette situation peut accentuer la détresse lorsque l'état se détériore, puisque les réponses ne sont pas disponibles au moment opportun.

L'isolement est également un enjeu majeur, particulièrement dans les milieux ruraux où les réseaux de soutien sont limités. Ces réalités affectent davantage les personnes en situation de pauvreté ou ayant moins de mobilité.

Cependant, certains services dans la communauté jouent un rôle clé. Partout au Québec, des organismes communautaires permettent aux personnes de reprendre du pouvoir sur leur vie, de développer des compétences et de briser l'isolement. Cela montre l'importance des ressources de proximité dans la réduction des inégalités.

6. Synthèse

Le présent mémoire met en évidence une généralisation de divers enjeux entourant la santé mentale au Québec, à partir de l'analyse de la parole collective de personnes utilisatrices de services. Les éléments abordés, soit la stigmatisation, les déterminants sociaux de la santé et l'intersectionnalité, apparaissent étroitement liés et contribuent à façonner les réalités vécues ainsi que les parcours de services.

Les constats présentés illustrent que la stigmatisation demeure omniprésente dans différents contextes, tant au sein du réseau de la santé que dans l'environnement des personnes concernées et qu'elle peut influencer la qualité des interventions, la reconnaissance des besoins et la relation de confiance entre les personnes et les professionnel·les. Par ailleurs, les déterminants sociaux, tels que le logement, la situation financière et l'accès aux services, jouent un rôle structurant dans l'état de santé mentale.

L'analyse met également en lumière l'importance de considérer les situations dans une perspective intersectionnelle, puisque plusieurs personnes vivent une combinaison de facteurs de marginalisation qui peuvent accentuer les inégalités et rendre les réponses actuelles peu adaptées à leurs besoins, voire qui amplifie les problèmes initiaux. Ces réalités s'inscrivent dans des contextes variés, notamment en fonction des régions, ce qui souligne l'importance d'une approche différenciée et sensible aux particularités locales.

Dans ce contexte, les éléments soulevés dans ce mémoire invitent à une réflexion sur l'adaptation des services en santé mentale, tant sur le plan de leur accessibilité que de leur capacité à tenir compte des réalités sociales et des expériences vécues. Le renforcement d'approches globales, intégrées et respectueuses de la diversité des parcours apparaît comme un levier important pour soutenir une offre de services plus équitable et mieux adaptée aux besoins de la population. Enfin, à la lumière de ce mémoire, nous croyons que ces types d'intervention ne peuvent se faire dans un contexte hospitalocentriste et biomédical et que des réponses psychosociales, volontaires, encrées dans la communauté et respectueuses des droits doivent être soutenues.



4837 rue Boyer #210,
Montreal, Qc H2J 3E6

514 523-3443, poste 4

parolecollective@agidd.org