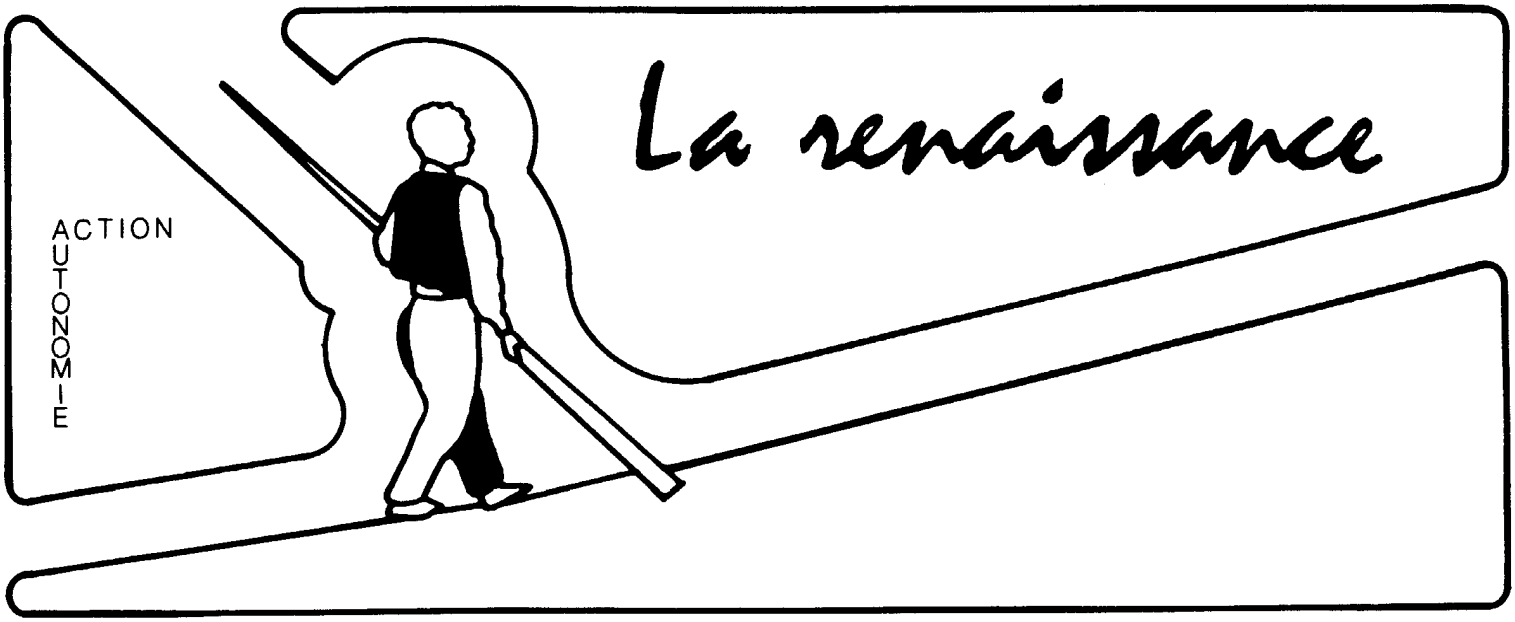


Volume 10 avril 2003 Numéro 1

SECTORISATION

Dossier médicament
Une maladie une pilule?
Le Prozac de 7 à 77 ans
Demande d'enquête publique

Garde d'enfants
Un colloque pour mieux connaître ses droits

Lutte à la pauvreté
Pour un revenu de citoyenneté

Confidentialité
Décision importante de la commission d'accès à l'information

Attention!

Les électrochocs sont *ENCORE* de retour

La Renaissance

La Renaissance est le bulletin d'information d'Action Autonomie, le Collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal. La Renaissance est un bulletin trimestriel. Il se veut un outil d'information sur les droits et recours en santé mentale ainsi que sur les activités, les recherches et les actions menées par Action Autonomie. Les opinions émises dans le bulletin n'engagent que leurs auteurs. Toute reproduction de texte est encouragée à la condition d'en mentionner la source.

Comité journal

Ghyslain Ferland *Lisette Gagnon*
Ghislain Goulet *Frédéric Maillot*

Collaborateurs, collaboratrices

Louise Baron *Roger Boisvert*
Sylvain Chartrand *Nicole Cloutier*
Martin Lauzon *Chantal Provencher*

Production

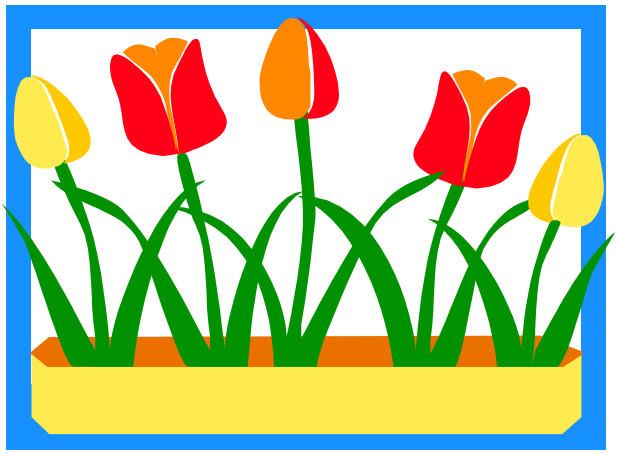
Action Autonomie, le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

Pour plus d'informations communiquer avec:

Action Autonomie
"La Renaissance"
1260 Sainte-Catherine Est #208
Montréal, Qc. H2L 2H2
Téléphone: 525-5060
Télécopieur: 525-5580

Dépot légal - Bibliothèque nationale du Québec, deuxième trimestre, 2003

L'équipe d'Action Autonomie vous souhaite un beau printemps!



Vous voulez participer à La Renaissance

Prochaine parution: octobre 2003
Date de tombée
pour les articles: septembre 2003

Le Billet doux

Une chronique pour vous. Vous voulez commenter l'actualité, vous voulez en rire, vous voulez tourner en dérision nos dirigeants? Cette chronique est pour vous. Faites-nous parvenir vos ***BILLETS*** et on se fera un plaisir de les publier.

Sommaire

Dossier garde d'enfants
Informations sur la garde d'enfants Page 3-4-5

Médicaments
Le Prozac, de 7 à 77 ans pages 6-7
Un problème= une maladie= une pilule? pages 20 à 22
Demande d'enquête publique sur les pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques page 15

Confidentialité
Peut-on être assuré du respect de la confidentialité de nos renseignements personnels dans un hôpital? page 8

Sectorisation
Un sectorisé tanné page 9

Droits et recours
La loi sur le Protecteur des usagers: 1 an plus tard page 10

Témoignage
L'injustice que je vis page 11 à 13

Action Communautaire
Déclaration Commune page 14-15

Électrochocs
Attention! Les électrochocs sont encore de retour pages 16-17

Lutte à la pauvreté
Pour un revenu de citoyenneté pages 18-19

Chroniques:
Témoignage pages 11 à 13
Caricature page 15
Poème page 22

vol 9 no 2, décembre 2002

Informations sur la garde d'enfants

Le Comité des femmes de l'AGIDD a organisé un colloque concernant la garde des enfants et les femmes le 5 mars dernier. Le comité a publié un document sur ce sujet et en voici quelques extraits:

QUELQUES NOTIONS TRÈS IMPORTANTES À CONNAÎTRE ET À DISTINGUER CONCERNANT LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

D'abord la Loi

- Comme son nom l'indique, la Loi sur la protection de la jeunesse est une loi qui **protège** les enfants. Les enfants sont reconnus comme sujets de sont **compromis**.
- Retenir qu'il faut des éléments de gravité et d'urgence pour intervenir.
- Les décisions du Centre Jeunesse doivent tendre à maintenir l'enfant dans son milieu de vie parental.
- C'est l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse qui définit les différents éléments de compromission, il s'énonce comme suit :

Tel que définit par la loi :

*«**Art. 38** Aux fins de la présente Loi, la **sécurité** ou le **développement** d'un enfant est considéré comme compromis :*

a) si des parents ne vivent plus ou n'en assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation;

b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents;

c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés;

d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde;

e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique;

f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge;

g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence;

h) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de leur enfant ou n'y parviennent pas.

À quoi fait-on référence lorsqu'on parle de sécurité et de développement compromis?

La **sécurité** d'un enfant est compromise lorsque son ou ses parents se conduisent de façons inacceptables.

Exemple : Sortir fréquemment le soir en laissant son enfant de deux ans seul à la maison jusqu'aux petites heures du matin.

Le **développement** d'un enfant est compromis lorsque son ou ses parents limitent de façon importante l'actualisation de ses capacités, autant sur le plan affectif qu'intellectuel.

Exemple : *Un parent qui aurait demandé à plusieurs reprises que son enfant de deux ans soit placé en famille d'accueil de répit parce qu'il n'est plus capable d'en assumer les soins et l'entretien quotidien. Jumelé au fait que lorsque ce parent est en présence de l'enfant, il n'est pas capable de s'investir auprès de lui pour lui donner un encadrement, du support affectif ou de le stimuler. Le lien d'attachement et de stabilité sont en péril.*

Quels critères doit-on retrouver pour dire que la situation est compromise?

1. *La gravité des gestes commis envers l'enfant*
2. *La vulnérabilité de l'enfant (son âge par exemple)*
3. *La nature du geste*
4. *La durée du ou des gestes*
5. *La fréquence du ou des gestes*

Deux notions à distinguer :
Capacité parentale et aptitude parentale

☞ **À quoi fait-on référence quand on parle de capacité parentale?**

La capacité parentale, c'est le **potentiel** du parent à développer ses compétences parentales.

On se projette donc dans l'avenir. En d'autres termes : le parent sera-t-il capable éventuellement de jouer son rôle parental adéquatement?

☞ **À quoi fait-on référence quand on parle d'aptitude parentale?**

C'est la capacité **actuelle** du parent à jouer son rôle parental. On regarde donc dans le présent les forces et les limites de la personne. En d'autres termes : le parent est-il capable maintenant de jouer son rôle parental adéquatement?

Deux notions à distinguer :
Mesure volontaire, mesure judiciaire

☞ **Qu'est-ce qu'on entend par mesure volontaire?**

Une mesure volontaire est un engagement que le parent prend face au Centre Jeunesse et ce, de façon volontaire, afin d'amener des correctifs dans sa situation présente.

Pour proposer une mesure volontaire, le Centre Jeunesse doit s'assurer que le parent:

1. reconnaît l'existence du problème;
2. qu'il a la motivation suffisante pour collaborer et coopérer à ce qu'on lui propose;
3. qu'il a les capacités pour changer la situation.

☞ **Qu'est-ce qu'une mesure judiciaire**

Une mesure judiciaire est un processus qui mène la personne devant la Cour, plus particulièrement devant un juge de la Chambre de la jeunesse. Suite au jugement rendu, la personne est tenue de s'y conformer. Elle a cependant un droit de révision.

Famille d'accueil Banque mixte… ça vous dit quelque chose?

☞ **À quoi réfère cette appellation?**

Une famille d'accueil **banque mixte** est une famille d'accueil qui reçoit des enfants dans une **perspective d'adoption.**

L'objectif poursuivi est de permettre à des enfants à haut risque d'abandon ou dont les parents sont incapables de répondre à leurs besoins, d'être placés, le plus tôt possible dans une famille stable et prête à les adopter, le cas échéant.

C'est la stabilité de l'enfant qui est ici visée par un projet de vie à long terme.

Source: AGIDD-SMQ

LES DROITS DU PARENT

1 DROIT D'ÊTRE TRAITÉE AVEC DIGNITÉ, RESPECT ET ÉQUITÉ

2 DROIT À DES SERVICES ADÉQUATS, INDIVIDUALISÉS, ADAPTÉS À VOS BESOINS, ET À VOTRE SITUATION

3. DROIT D'ÊTRE INFORMÉE, ENTENDUE ET CONSULTÉE, CE QUI IMPLIQUE VOTRE PARTICIPATION À TOUTES LES ÉTAPES DU PROCESSUS D'INTERVENTION ET VOTRE PRÉSENCE ACTIVE LORSQUE DES DÉCISIONS VOUS CONCERNANT SONT PRISES.

4 DROIT D'ACCEPTER LES MESURES VOLONTAIRES OU DE LES REFUSER.

5 DROIT DÊTRE REPRÉSENTÉE PAR UN AVOCAT DEVANT LE TRIBUUNAL DE LA JEUNESSE.

6 DROIT DE COMMUNIQUER EN TOUTE CONFIDENTIALITÉ ET DROIT À LA CONFIDENTIALITÉ.

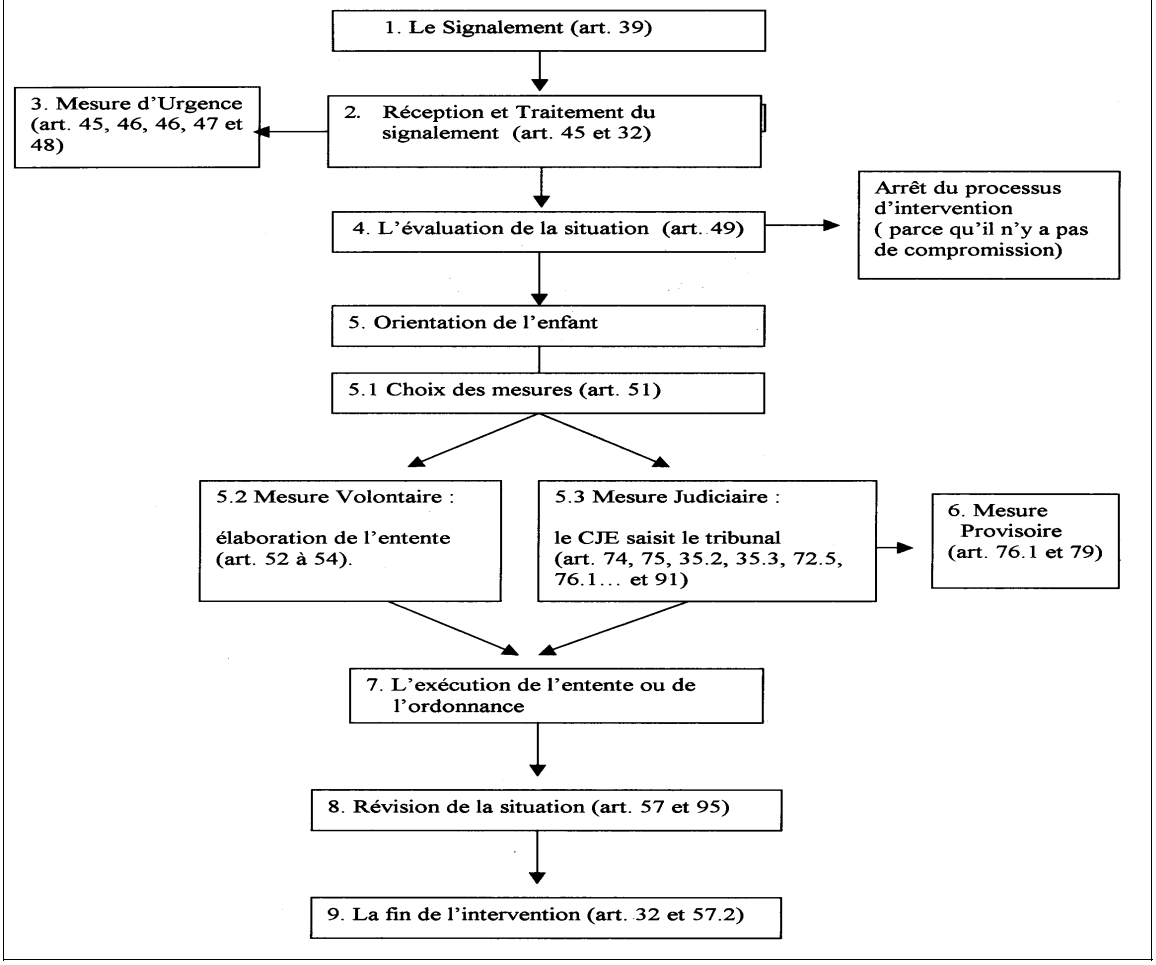
7 DROIT DE CONSULTER ET DE RECTIFIER LES INFORMATIONS DE VOTRE DOSSIER VOUS CONCERNANT ET CE, EN CONFORMITÉ AVEC LES DISPOSITIONS DE LA LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

8 DROIT DE PORTER PLAINTE SUR LES SERVICES QUE VOUS RECEVEZ, AVEZ REÇUS OU AURIEZ DÛ RECEVOIR.

9 DROIT D'ETRE ACCOMPAGNÉE ET ASSISTÉE DANS VOS DIFFÉRENTES DÉMARCHES.

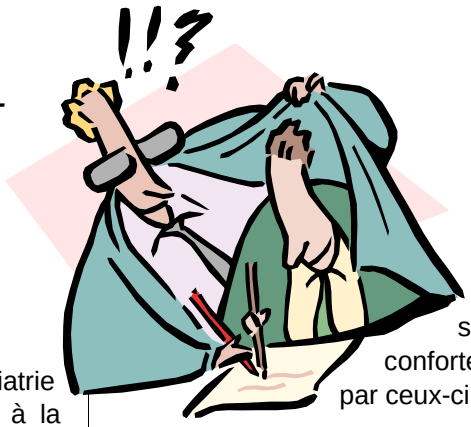
Pour informations: Louise Baron, Action Autonomie

Le processus d'intervention de la Loi sur la protection de la jeunesse



Confidentialité

PEUT-ON ÊTRE ASSURÉ DU RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ DE NOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS UN HÔPITAL?



Les personnes qui consultent en psychiatrie sont souvent inquiètes en ce qui à trait à la confidentialité des informations contenues dans leur dossier médical psychiatrique. En l'occurrence, si je consulte pour une hernie discale, le médecin qui me traite saura-t-il que j'ai déjà été diagnostiquée bipolaire?

Deux personnes ont décidé de porter plainte contre un centre hospitalier montréalais au sujet d'un transfert d'information contenue dans leur dossier psychiatrique vers leur dossier de médecine physique, ce dernier étant accessible à d'autres praticiens. Cette pratique a été réalisée sans le consentement des personnes plaignantes.

La commission d'accès à l'information (CAI) a accepté d'entendre cette plainte. Après examen de la plainte, la commission a été convaincue du fait que la divulgation et la circulation, à son insu, de renseignements personnels concernant la plaignante, avaient créé de l'inconfort chez elle. La commission a rappelé l'importance du respect des droits à la sauvegarde de sa dignité et au respect de sa vie privée, inscrits dans la Charte québécoise des droits de la personne.

La Commission a exprimé l'opinion :

- Qu'il est préférable et souhaitable que les personnes traitées en psychiatrie soient informées que les renseignements divulgués peuvent se retrouver entre les mains d'un autre clinicien que celui en psychiatrie.

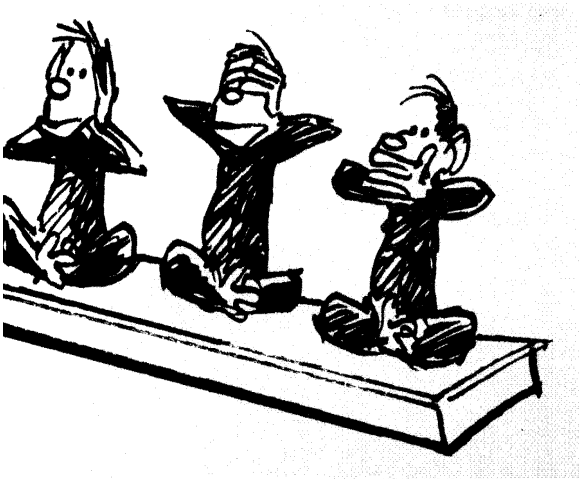
- Qu'elle demeure toujours préoccupée par la circulation de renseignements sensibles comme ceux ayant fait l'objet de la présente plainte. Elle évalue que la protection liée à la circulation de ces renseignements doit être entourée de mesures permettant de conforter la personne visée par ceux-ci.

En conséquence, la Commission d'accès à l'information a recommandé :

- D'obtenir, à l'avenir, le consentement écrit de ses patients, lors du transfert des renseignements d'une chemise à l'autre d'un dossier médical;
- D'informer le patient, dès le premier contact avec lui, qu'il a une occasion valable de refuser que certains renseignements soient versés ou conservés dans une autre chemise que celle relevant du département où il est alors traité.

On ne peut que se réjouir d'une telle décision qui va dans le sens d'un respect de la volonté de la personne traitée pour des problèmes de santé mentale. Nous suivrons attentivement les conséquences de cette décision sur les pratiques médicales actuelles.

Sylvain Chartrand



vol 10 no 1, mai 2003

vol 10 no 1, mai 2003

Le Prozac, de 7 à 77 ans

La Food and Drug Administration (FDA) américaine a approuvé cette semaine la prescription de Prozac à des enfants dépressifs de 7 ans et plus. Déjà bien lancé par le Ritalin, le débat sur les enfants sur-médicamentés risque bien de reprendre de plus belle. Préfère-t-on de plus en plus les prescriptions vite faites bien faites à la recherche de solutions de fond?

Aussi taboue soit-elle, la dépression majeure, biologique, chez l'enfant n'est pas une vue de l'esprit. Elle existe et doit être traitée, au même titre que toute autre maladie. Elle est cependant rare, très rare. Les pédopychiatres l'admettent d'emblée: l'enfant triste, désespéré est bien plus souvent négligé ou très mal pris que purement dépressif. Il semblerait même que deux petites journées d'hospitalisation, deux petites journées de congé hors d'un milieu de vie malsain, donnent souvent lieu à des guérisons miraculeuses chez des enfants que l'on croyait à première vue atteints de maladies affectives.

Hélas! l'approbation du Prozac par la Food and Drug Administration, dont les décisions inspirent souvent celles de Santé Canada, risque de répandre certains réflexes non souhaitables chez les médecins.

Au Canada comme aux États-Unis, les pédopsychiatres prescrivent en toute légalité à leurs patients nombre de médicaments approuvés pour les adultes, mais non approuvés par Santé Canada ou la FDA pour le traitement des enfants. C'est que ces organismes de contrôle peuvent mettre des années avant d'approuver un médicament, particulièrement en pédopsychiatrie. Pourquoi? Essentiellement parce qu'il est particulièrement délicat de prendre des enfants pour cobayes et que les études portant directement sur eux, sur les effets que peuvent avoir sur eux certains médicaments, sont encore rares.

Ceci étant, le cerveau d'un enfant ou d'un adolescent, le cerveau en développement, quoi, demeure un mystère, davantage encore que le cerveau adulte en soi déjà encore très énigmatique.

C'est donc sur la pointe des pieds que la FDA a approuvé le Prozac pour les enfants, en précisant bien que faute d'études vraiment blindées, la dose recommandée ne devrait pas être quotidienne, comme chez les adultes, mais hebdomadaire.

N'empêche, la porte est ouverte, bien ouverte, avec le risque que cela comporte en dérives médicales. Car dès lors qu'un médicament perd son aura «expérimental», les médecins sont beaucoup moins réticents à le prescrire.

Or, avant même la bénédiction de la FDA, le nombre de prescriptions de Prozac suit déjà une inquiétante courbe. Au Québec, selon des données de la Régie de l'assurance-maladie, le nombre d'antidépresseurs prescrits aux 6 à 12 ans a augmenté de 142% entre 1998 et 2002, et de 136% chez les 13 à 18 ans pendant la même période.

De ce nombre, il y a bien sûr quelques troubles obsessifs-compulsifs, assez évidents à diagnostiquer. Mais, pour le reste, autant d'enfants en dépression, vraiment? Oui, certains enfants souffrent d'une dépression majeure, sans que leur environnement ne soit en cause. Pour tous les autres, dont l'univers a de quoi rendre fou, ce sera comme pour les Tintin? De 7 à 77 ans, à ne jamais se remettre d'une enfance volée?

Source:
Louise Leduc La Presse

Suite à la page 8

COMMENTAIRES CRITIQUES

Les inquiétudes soulevées par la journaliste Louise Leduc nous apparaissent fort justifiées. Comment une telle association (la FDA) peut-elle prendre un risque tel que d'autoriser un traitement dont l'innocuité n'a pas été établie? Difficile d'y voir ici autre chose que les résultats du lobby pharmaceutique.

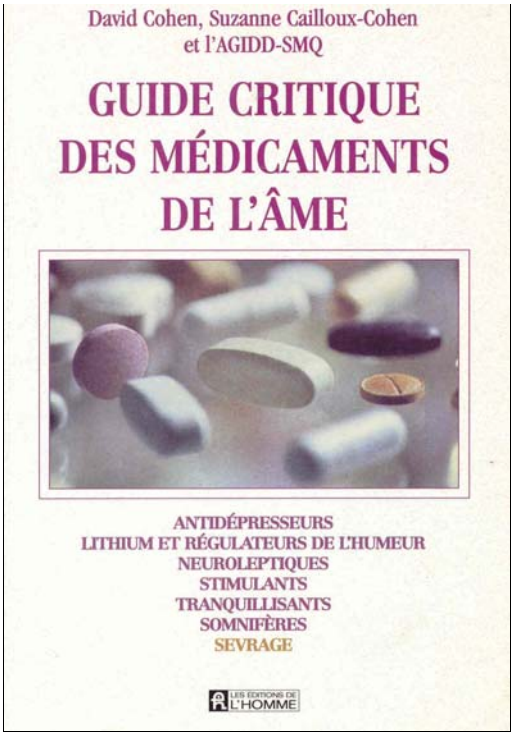
Beaucoup d'études démontrent les résultats mitigés des antidépresseurs en général, ce qui fait dire à certains que c'est pour cette raison qu'on assiste à une recrudescence des séances d'électrochocs actuellement au Québec. Et on se propose d'élargir les prescriptions aux 7 ans et plus? Vraiment? Le Ritalin n'a pas assez été décrié?

La recherche de solutions pharmacologiques aux problèmes existentiels, à la détresse psychologique et aux problèmes de santé mentale semble irrémédiablement être la voie à suivre par les décideurs publics. Et ce, bien malheureusement, indépendamment de ses nombreux insuccès et effets secondaires graves notoires. À quand des approches novatrices?

Par Sylvain Chartrand

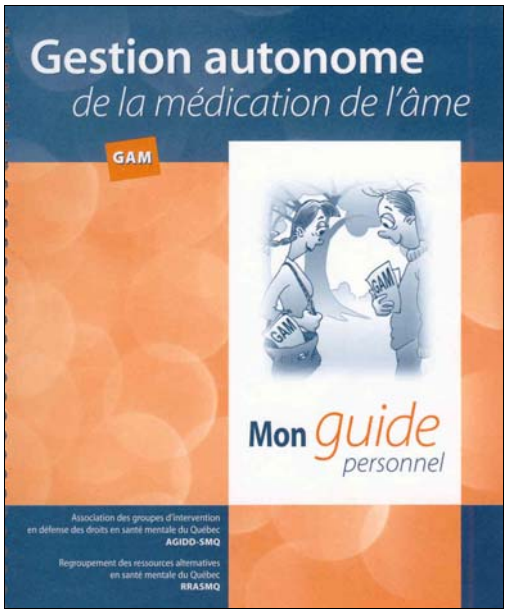
vol 10 no 1, mai 2003

Pour en savoir plus sur les médicaments de l'âme



Pour information:
525-5060

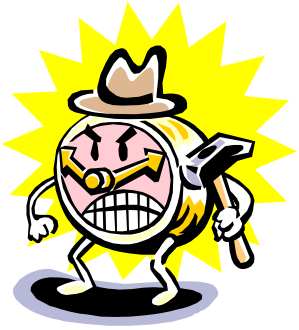
Guide personnel sur la gestion autonome de la médication



Pour information:
525-5060

Un sectorisé *tanné.*

Par Raymond



J'écris pour vous dire les atrocités qui se passent toujours en Psychiatrie. J'ai fait une dépression suite à deux accidents, que je vis complètement seul. Je suis obligé de me battre avec la C.S.S. T. et la S.A.A.Q, en plus des hôpitaux et j'en passe beaucoup. Le point où je veux en venir est celui-ci: j'ai fait une demande pour voir un psychiatre à l'hôpital Fleury, devinez ce qu'on m'a dit. on m'a demandé mon *CODE POSTAL.* Je trouvais cela bizarre un peu. L'hôpital de mon secteur, comme ils aiment si bien le dire, est *MAISONNEUVE-ROSEMONT.* De deux minutes à pied de l'hôpital Fleury, je suis obligé de prendre trois autobus pour aller à Maisonneuve-Rosemont. Je prends ma pilule (j'en prends déjà pas mal) et je vais là-bas, mais les services sont si mauvais (et je pèse mes mots) qu'il ne peuvent rien pour moi (je ne note aucune amélioration). Je décide donc de faire un changement d'hôpital et d'aller à la clinique *ALBERT PREVOST,* un pavillon de l'hôpital Sacré-Coeur, mais comble de malheurs, on me fait encore le coup de la *SECTORISATION.* Là, je décide que c'est trop. Je porte plainte au- près de la commissaire à la qualité des services et lui explique mon cas, mais sans succès. Ensuite, je porte plainte au Protecteur des usagers qui juge bon de faire valoir ma plainte, après des mois d'attente, de coup sournois et d'hypocrisie. J'ai finalement eu accès à leurs services. Pourtant, si je m'étais cassé une jambe au *MONT TREMBLANT* et que j'habitais la Gaspésie, est-ce que je serais obligé d'aller me faire soigner en Gaspésie? Pourtant, l'article 6 de la L.S.S.S. stipule que toute personne a le droit de choisir l'établissement où elle désire recevoir des services de santé et des services sociaux, ceci veut dire:

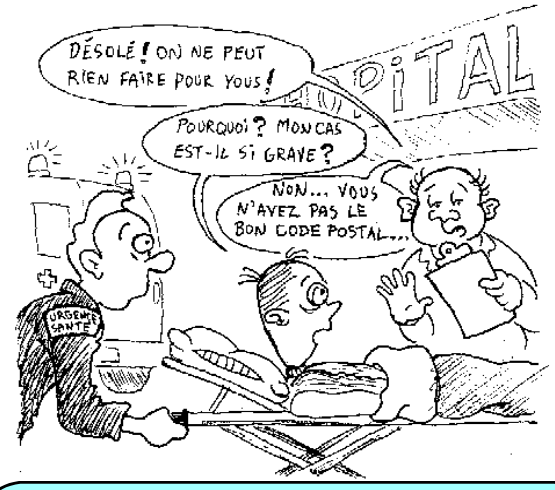
-que le choix de l'établissement doit être respecté, même si la personne n'a pas de dossier dans cet établissement,
-que le choix doit être respecté malgré la *SECTORISATION* des services,
-qu'une personne ne peut être transférée d'un établissement à l'autre sans son consentement.

En santé mentale, ce droit n'est pas respecté, les établissements justifient le non respect des droits des personnes par la *SECTORISATION.* Or, la *SECTORISATION:*

-est une mesure administrative (la loi doit prévaloir)
-oblige les établissements à donner des services aux personnes de leur secteur (et non pas à exclure les personnes provenant d'autres secteurs).

Donc, la *SECTORISATION* ne devrait aucunement empêcher les personnes de recevoir des services par l'établissement de leurs choix et ce peu importe les raisons pour lesquelles elles choisissent un établissement plutôt qu'un autre.

Donc, même aujourd'hui, je suis toujours en mode attente d'un suivi en psychiatrie.



Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire obtenir des services.

Ref: article 6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Pas de code postal pour la santé mentale

vol 10 no 1, mai 2003

La loi sur le Protecteur des usagers : 1 an plus tard

Par Chantal Provencher

Voilà bientôt un an que la Loi sur le Protecteur des usagers entrait en vigueur. Cette loi venait modifier le processus de plainte et devait veiller au respect des droits des usagers du système de santé et des services sociaux.

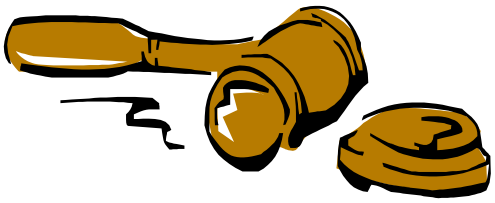
En tant que conseillère, je ne vois pas en quoi cette loi veille au respect des droits des personnes de par sa façon même de traiter les plaintes. En effet, le Protecteur des usagers traite les plaintes sur un mode non-contradictoire. En d'autres termes, lorsqu'il examine une plainte et que les deux versions, soit celle de la personne et celle de l'établissement sont contradictoires, ce qui vous l'imaginez est souvent le cas, le Protecteur ne se prononce pas! Les réponses reçues par les personnes sont incidemment plutôt tièdes de même que les quelques recommandations faites aux établissement. Elles ne nous permettent pas d'espérer que des changements se concrétisent au sein des établissements. Voici deux exemples illustrant en quoi cette loi ne permet pas un plus grand respect du droit des usagers.

Un jour j'accompagnais une personne, qui avait vécu des abus lors d'une garde en établissement, à une rencontre avec la Commissaire locale à la qualité des services (un grand titre pour dire finalement la personne responsable des plaintes!). En sortant de cette rencontre la personne m'a dit « On se croirait au service à la clientèle chez Sears ». Effectivement c'est à peu près l'impression que ça donne sauf qu'on ne nous rembourse pas et on ne s'excuse pas! On nous écoute, on va même jusqu'à nous remercier d'avoir pris la peine de formuler une plainte sous prétexte que cela va permettre à l'établissement de faire les ajustements nécessaires. Ceci dit, dans les semaines et les mois qui suivent les conseillères reçoivent à nouveau des appels de personnes vivant les mêmes abus dans les mêmes établissements!

Toujours en vertu de cette nouvelle loi, une personne que je supporte dans ses démarches porte plainte au médecin examinateur concernant les attitudes d'un médecin. Le médecin examinateur s'avère être le médecin contre qui s'adresse la plainte! Le gros bon sens nous permet d'imaginer que celui-ci n'a pas traité la plainte mais l'a plutôt référé à une autre personne. Hé bien non! Il semblerait que le gros bon sens n'a pas sa place en psychiatrie. Le médecin a traité la plainte le concernant! Ai-je besoin de vous dire qu'il considérait que les faits reprochés étaient non fondés? Qui plus est, il n'a pas eu la décence d'aviser la personne des autres recours qui s'offraient à elle tel que prévu à la Loi.

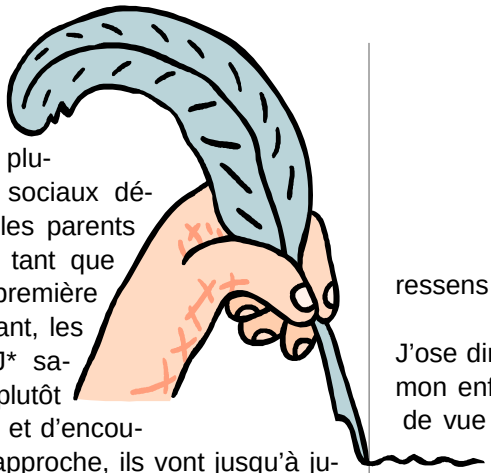
Quelle est donc la finalité du processus de plainte? Est-ce réellement de veiller au respect des droits des personnes et à l'amélioration de la qualité des services? Ne serait-ce pas plutôt une façon d'éteindre la colère des personnes qui ont vécu des abus en leur laissant croire que l'on corrigera la situation? Ou encore, comme nous le démontre l'exemple ci-dessus, de laisser entendre aux personnes que rien ne peut être fait quand on se bat contre un psychiatre!

Malgré le pessimisme de ces propos, je crois qu'il est important de porter plainte face au non respect de nos droits. Ceci dit, si nous n'agissons pas simultanément collectivement sur le plan politique, les choses ne changeront pas.



vol 10 no 1, mai 2003

L'INJUSTICE QUE JE VIS



Je suis outrée de constater que plusieurs travailleurs sociaux découragent et dénigrent les parents naturels. Pourtant, en tant que parent biologique et première défenseure de mon enfant, les intervenants de la DPJ* savent très bien que j'ai plutôt besoin de soutien moral et d'encouragements. Dans leur approche, ils vont jusqu'à juger ma façon de vivre, mon mode de vie et ma manière d'agir selon les valeurs que je mets moi-même en pratique quotidiennement.

Cela arrive régulièrement que les intervenants sociaux de la DPJ manquent énormément de professionnalisme. Ils vont jusqu'à fouiller dans ma vie privée, à savoir mon horaire ainsi que mes activités quotidiennes. Si je ne réponds pas à leurs questions sous prétexte que ma vie privée est confidentielle, les intervenants vont inscrire au dossier que je ne veux pas bien collaborer. Ils me scrutent à la loupe pour savoir qui je suis vraiment. J'ai expérimenté à plusieurs reprises que la DPJ est trop interventionniste. Elle ne fait pas de demi-mesures ni de cas par cas. Elle met tout le monde qu'elle supervise dans le même panier.

Dans la salle d'attente du bureau de ma travailleuse sociale, un grand « poster » est affiché sur le mur et il y est écrit que : « Le plus beau verbe après aimer, c'est celui d'aider. » La DPJ est-elle vraiment là pour m'aider ou bien est-elle là pour mieux me contrôler et ainsi mieux me surveiller en faisant la police? Souvent, les intervenants de la DPJ emploient, dans leur approche clinique avec les gens, un ton plutôt sec, glacial et impersonnel. C'est une manière d'agir qui est déplorable. La DPJ emploie à mon égard une approche anti-communication. J'ose affirmer cela parce que je l'ai vécu souvent et c'est bien ce que je ressens à l'intérieur de moi-même.

J'ose dire également que la situation que je vis avec mon enfant est inhumaine et traumatisante au point de vue émotionnel. Il s'agit ici d'une épreuve bien difficile à vivre et à cicatriser à long terme. Avec leur vision, la DPJ a parasité la relation entre moi et mon enfant. À ce moment-là, comment est-il possible d'harmoniser cette relation et de pouvoir ainsi renouer avec mon enfant? J'espère de tout cœur que ce sera possible pour moi et lui, dans un jour rapproché.

C'est contre la loi naturelle de séparer une mère de son bébé. Surtout lorsque celle-ci a allaité son petit nourrisson et qu'il s'est développé un lien d'attachement très fort entre eux. Et c'est dans ce sens-là que je dis que l'approche qu'emploie la DPJ dans ma situation et dans bien d'autres n'est pas du tout éthique au point de vue moral. C'est une situation malsaine qu'on m'impose avec mon fils.

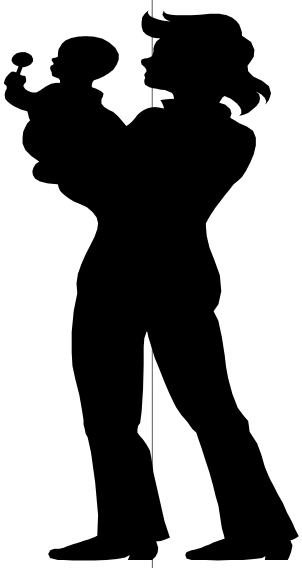
Si mon fils aurait été plus en âge de comprendre que je suis sa mère, cela aurait été beaucoup plus difficile de le faire familiariser et attacher à une famille d'accueil. Mais étant donné que mon garçon est un jeune bébé et que la famille d'accueil fait partie de la banque mixte, il est possible que la famille d'accueil fasse des pressions pour pouvoir adopter mon enfant en douce et ce, sans que je voie moi-même le processus se faire. Vous direz peut-être que je me fais des peurs mais c'est ce que je ressens au fond de moi-même. Dans l'attitude de la DPJ, je sens qu'ils veulent me prendre mon enfant définitivement. Il n'y a pas beaucoup de familles d'accueil qui ont adopté un jeune bébé. Si la famille d'accueil de

→

vol 10 no 1, mai 2003

mon enfant veut justement avoir un jeune bébé, ce serait probablement une occasion rêvée d'adopter mon enfant dans ce sens-là. C'est ce que je pressens et c'est ce que je redoute. Car c'est depuis le début qu'on dispose de mon enfant sans me mettre au courant. Tout de même, je me sens discriminée étant donné que la DPJ ne favorise pas beaucoup les communications entre moi, mon enfant et la famille d'accueil. Est-ce parce que je suis monoparentale, sur l'aide sociale et que j'ai des problèmes de santé mentale, causés en partie par l'approche anti-communication favorisée par la DPJ? Je sens depuis le début que mes droits de mère et de parent naturel ne sont pas respectés selon les chartes québécoises et canadiennes.

J'ai remarqué que la DPJ a beaucoup plus d'intérêts sur les enfants de familles pauvres que sur les enfants de familles riches. Pourquoi cela? C'est de la discrimination et c'est du favoritisme. À quand la dignité humaine de respecter autant les familles pauvres que les familles riches? Il s'agit ici de la déportation d'enfants de familles pauvres vers les familles riches qui ne peuvent avoir d'enfants mais qui rêvent d'avoir des enfants qui feraient leur bonheur. Cette pratique est de plus en plus courante à la DPJ étant donné que le taux de natalité au Québec est fortement en baisse. Est-ce là une bonne façon de préserver la jeunesse de demain? Est-ce là une bonne manière d'éradiquer les familles pauvres au Québec? J'en doute.



Avec toutes les misères qu'on me fait subir, je suis devenue amère et arrogante à l'égard de la DPJ tellement je suis scandalisée par la situation présente que je vis étant donné le fait que je ne suis pas vraiment favorisée dans mes rapports et mes contacts avec mon enfant et la famille d'accueil. Mon but ici est de pouvoir faire des contacts avec une communication de plus en plus harmonieuse et durable. Je ne veux pas confronter aucune personne mais je veux mettre les choses au clair. On m'autorise à amener des amis avec moi mais ils doivent demeurer en retrait et ne pas s'impliquer dans les rencontres avec moi et mon enfant. C'est complètement inhumain et impersonnel. C'est cela l'anti-communication que je vis jusqu'à présent avec la DPJ et c'est intolérable à supporter.

Selon l'avis de la DPJ, elle est là pour m'aider. Je sens plutôt que la travailleuse sociale est là pour faire la police, mieux me surveiller et mieux me contrôler comme si j'étais une petite fille. On ne me donne aucune chance de pouvoir progresser avec mon enfant. C'est frustrant et décourageant. Comment alors puis-je démontrer que je suis une bonne maman pour mon fils? C'est impossible dans ces conditions et ce n'est pas supportable en ce qui me concerne.

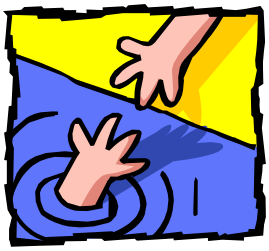
Je ne me sens pas du tout autonome avec la DPJ. On ne me laisse pas le loisir d'exprimer ce que je ressens à l'intérieur de moi-même. Même certains sujets que j'aimerais parler avec ma travailleuse sociale sont censurés durant les rencontres avec mon enfant puisqu'elle ne me permet pas d'en parler avec elle et la mère d'accueil en présence de mon ami. Par exemple, lorsque je raconte ce que certaines familles vivent avec la DPJ à propos de leurs enfants, elle ne veut rien entendre parce que ma situation est différente des autres familles et ne se compare pas. Je sais très bien cela mais si j'en parle, c'est que je prends le droit de vérifier certaines choses, surtout lorsque d'autres familles vivent des choses semblables à moi avec la DPJ. De toute façon, les avocats se réfèrent à d'autres cas similaires aux situations de leurs clients afin de préparer leur défense. C'est ce que j'ai moi-même essayé de faire avec mon intervenante. Sans succès. Par conséquent, je demande que des changements majeurs soient faits dans la mesure du possible avant que la situation ne s'envenime encore plus.

Je commence à en avoir lourd sur le cœur en ce qui concerne la DPJ. Pourquoi fait-on tant de zèle envers moi? La DPJ est dans la peur et non dans l'***amour***. Si elle serait dans l'***amour***, on me ferait véritablement confiance en ce qui concerne mon enfant. Pourquoi cherche-t-on les failles et les défauts problématiques que j'ai ou que je « pourrais peut-être avoir »? Pourquoi ne travaille-t-on pas plutôt sur mes forces et mes qualités? Cela me fortifierait, me redonnerait confiance et m'encouragerait.

Mais au lieu de cela, je reçois des critiques négatives.

Le mode d'emploi pour être un bon parent ne vient pas nécessairement à la naissance du bébé et j'ai besoin d'apprendre de mon enfant. Je ne suis pas une mère parfaite tout comme la DPJ n'est pas parfaite. J'aimerais que l'on tienne compte de cela. L'erreur est souvent très humaine. Je connais des mères pour qui la DPJ est au dossier et lorsque vient le moment d'aller devant le juge au Tribunal, la mère et le juge rient ensemble et s'entendent très bien sur beaucoup de choses. C'est satisfaisant et même encourageant pour les deux parties. L'énergie passe beaucoup mieux dans des situations comme celles-là, ce que je n'ai jamais vécu, bien au contraire.

D'autre part, il se trouve également que plusieurs mères ont des étiquettes psychiatriques comme moi et arrivent quand même à bien s'entendre avec le juge. Pourquoi avec moi, cela ne pourrait pas être comme ça? Pourquoi compliquer les choses alors qu'elles pourraient être tellement plus simples pour moi, mon fils et tout le monde? Le fait que j'aie des étiquettes psychiatriques ne justifie pas que l'on exerce autant de zèle envers moi, sous prétexte que je pourrais être potentiellement dangereuse pour mon fils.



La DPJ ne fait pas de discernement ni de nuances. On dit que je n'exerce pas un bon jugement. Je pourrais dire la même chose en ce qui concerne la DPJ : elle-même n'exerce pas un bon jugement et à plusieurs reprises, il y a eu absence d'autocritique. Cela arrive aussi que lorsque l'autocritique est présente, elle est mitigée, inappropriée et inadéquate, puisqu'il y a beaucoup trop d'interventions de la part de la DPJ. On a tendance à me juger trop rapidement sans que ce soit motivé. J'ai remarqué cela pace que mon intervenante aurait probablement rencontré d'autres parents encore pires que moi et elle se fie sûrement d'après les mauvaises expériences qu'elle a eues avec eux. Comme si au départ, elle me juge et que je n'ai pas de chances de vraiment progresser avec elle. Ma travailleuse sociale m'a dit que je suis une mauvaise mère qui a mal aimé son fils. Alors, sans me faire juger à tort, aucune communication ne peut être possible avec elle et ce, dans un lien de confiance absolue.

Ma travailleuse sociale a lu mes dossiers et elle s'est faite une idée sur moi. Je trouve cependant qu'elle me juge beaucoup sans raison valable et en plus, elle est négative. Elle me catalogue en me mettant avec les autres parents qu'elle généralise tous en même temps au lieu de vraiment sentir la personne que je suis. N'importe quelle mère qui serait dans une situation semblable à la mienne réagirait sûrement et probablement de la même façon que moi puisque ce n'est pas naturel de séparer une mère de son bébé. Donc, les sentiments et les émotions que je ressens sont tout à fait normaux, bien fondés, ne sont pas exagérés comme on pourrait le croire et je les exprime calmement.

J'aime énormément mon enfant et je tiens à lui comme à la prunelle de mes yeux. Je suis certaine que personne au monde n'apprécierait qu'on place contre son gré, pour une durée indéterminée, son propre enfant dans une famille d'accueil confidentielle et ce, même si au départ, le parent naturel en question aurait lui-même décidé de placer son enfant pour cause de santé mentale. Sincèrement, je trouve que la DPJ a agit en ayant une attitude « Cow-boy », « Far West » et cavalière envers moi-même et mon enfant. Ce qui s'est produit n'a rien à voir avec une justice égalitaire. Sans vouloir me justifier, on ne me laisse aucune liberté avec mon fils. Sans aucune explication valable, on met un grand zèle à me séparer de mon fils que j'aime tant. En conclusion, je me permets de dire que même si à leurs yeux, je suis considérée comme une personne fragile, je ne suis pas un individu ayant des problèmes de santé mentale mais ***une âme*** tout simplement. C'est plutôt la structure de la DPJ qui est elle-même dans la *peur*. La cause de ma fragilité serait due aux agissements de la DPJ elle-même, c'est-à-dire me séparer de mon enfant.

Sylva

DPJ: direction de la protection de la jeunesse

Pour le respect de l'autonomie des organismes d'action communautaire

Les organismes participants à la démarche « En toute confidence » ont entériné la déclaration suivante. Cette démarche était organisé par le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, le Regroupement des organismes communautaire de Québec ainsi que l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec

Déclaration Commune

Considérant que la politique gouvernementale de l'action communautaire prévoit, que «*la conclusion d'une entente de services s'avère l'outil approprié lorsque les ministères et organismes gouvernementaux veulent confier aux organismes communautaires la réalisation de mandats pour des services complémentaires aux services publics* …» ;

Considérant que la politique gouvernementale de l'action communautaire précise que «les ententes (…) ont surtout pour but de soutenir la réalisation de mandats provenant du gouvernement en réponse à des besoins déterminés par celui-ci» ;

Considérant que la politique gouvernementale de l'action communautaire précise que «l'entente de services est un contrat de collaboration qui … comprend notamment les modalités de référence et de suivi, les systèmes informatiques à être utilisés pour la transmission des données concernant des usagers, etc.» ;

Considérant que le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille actuellement à harmoniser le programme de soutien aux organismes communautaires à la Politique gouvernementale de l'action communautaire ;

Considérant que le Comité de travail sur les orientations ministérielles MSSS est à «*réfléchir à une approche de services intégrés (ententes de collaboration) afin de bien situer le rôle des organismes communautaires dans la gamme de services à la population» ;*

Considérant que seul l'État est tenu de fournir des services à l'ensemble des citoyennes et des citoyens ;

Considérant que les populations rejointes par les groupes seraient les premières perdantes de tout recul (exemples : déshumanisation des soins, perte de confidentialité des données du dossier, etc.) dans les services publics ;

Considérant que dans le contexte du réseau de la santé et des services sociaux, les ententes de services peuvent prendre les formes suivantes : «les activités spécifiques reliées aux priorités régionales, des mesures prévues au plan d'organisation de services (lire les réseaux intégrés), le développement de réseaux intégrés, les activités découlant de mandats ou d'ententes de services avec la Régie régionale, les activités liées à des programmes particuliers ou les activités reliées au développement des mesures d'accès» ;

Considérant que le transfert d'informations envisagé par le gouvernement lors des ententes de services mettrait potentiellement les groupes en situation d'illégalité ;

Considérant que les organisations communautaires appartiennent d'abord et avant tout aux populations qui les ont créées ;

Considérant que les organismes communautaires sont des espaces de citoyenneté ;

Considérant que les organismes communautaires ont un fonctionnement démocratique ;

Considérant que le transfert d'informations crée une rupture dans le *contrat social* que les groupes établissent avec les citoyennes et les citoyens qui s'adressent à eux;

vol 10 no 1, mai 2003

Nous, signataires, nous engageons à refuser de signer toute entente de services ou toute entente de collaboration qui, notamment, :

- **ne respecterait pas les assises de l'action communautaire autonome : le rapport volontaire, le parti-pris en faveur des population et l'approche globale ;**
- **exigerait comme condition *sine qua non* le transfert de renseignements personnels sur les citoyens et les citoyennes qui fréquentent nos organismes ;**
- **imposerait des solutions en réponse aux besoins et difficultés autres que celles identifiées par les membres et les instances démocratiques des organismes.**

ET NOUS SIGNONS :

Action Autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

Le coin caricature

Médicaments

On réclame une enquête publique sur les pratiques commerciales de l'industrie pharmaceutique

Les pratiques commerciales douteuses de l'industrie pharmaceutique ne sont pas un secret. Tous les acteurs du réseau de la santé sont susceptibles de recevoir des gratifications de toute sorte ou de faire l'objet de pressions de cette puissance industrie : médecins, pharmaciens, chercheurs, décideurs cliniques et décideurs politiques.

Ces pratiques ont été documentées par de nombreux articles dans les journaux et revues québécois. Il est connu que les compagnies pharmaceutiques investissent deux fois plus en marketing qu'en recherche et que leur surenchère commerciale se fait de plus en plus envahissante. Or, la facture de cette surenchère est directement refilée aux consommateurs. Depuis cinq ans, c'est près d'un milliard supplémentaire que le Québec a dû ajouter à ses dépenses annuelles en médicaments.

Les exemples de manquements à l'éthique sont légion :

§ les compagnies pharmaceutiques exercent des pressions indues sur les membres du Conseil pharmacologie du Québec de l'aveu même de l'ex-président de cet organisme gouvernemental;

§ elles échangent avec les élus politiques, contre des promesses d'investissements, l'introduction de leurs médicaments dans la liste générale de la Régie de l'assurance-maladie (le Singulair et l'Oméprazole, notamment);

§ elles paient des repas, des voyages, de nombreuses activités sociales aux médecins;

§ leurs généreuses contributions aux recherches universitaires ont surtout pour cibles des produits potentiellement lucratifs et des chercheurs plus critiques sont ignorés;

§ elles offrent des bons d'achat à la SAQ aux pharmaciens pour faire augmenter artificiellement les prix de détail de certains médicaments ;

§ elles contribuent aux caisses électorales et dîners bénéfices des partis politiques fédéraux et des ministres du Québec y ont participé à de nombreuses reprises.

Encore les électrochocs

La première partie du texte qui suit est un extrait d'un article rédigé par Alexandre Sirois et publié dans le journal La Presse du 20 février dernier.

Au Québec, le nombre d'électrochocs a plus que doublé depuis la fin des années 80. « *Et c,est tant mieux, indique un organisme conseil du gouvernement du Québec.* »

L'agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a publié un rapport sur l'utilisation des électrochocs au Québec qui conclut que ce traitement controversé a « une efficacité démontrée pour certaines indications ».

Au milieu des années 60, l'utilisation de ce traitement choc a fortement diminué. Or, l'agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a révélé qu'entre 1998 et 2001, le nombre de séances d'électrochocs est passé de 0.47 à une séance par 1000 personnes au Québec.

Selon cette agence le traitement par électrochoc qui consiste à provoquer une convulsion chez les patients à l'aide d'un courant électrique au cerveau est plus recommandable aujourd'hui qu'il a été modifié: Il est maintenant administré sous anesthésie. L'on prétend aussi qu'on les risques de troubles de mémoire suite au traitement par électrochoc serait maintenant moins grand grâce à de nouvelles méthodes d'applications des électrodes sur la tête des patients.

Plus ça change plus c'est pareil

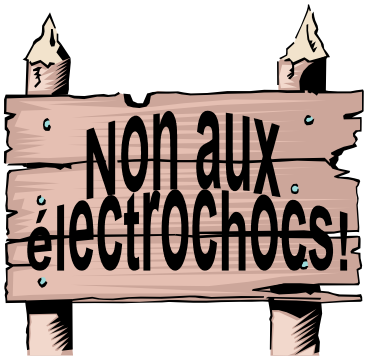
Cependant, malgré tout, l'agence recommande au ministère de la Santé du Québec et aux autres intervenants concernés du réseau de la santé de poursuivre la recherche sur les électrochocs, d'accroître l'information au public et, surtout, de mieux encadrer l'utilisation de ce traitement.

Comble de précaution, l'agence recommande la création d'équipes, dans les hôpitaux qui offrent le traitement, pour s'assurer qu'ils est conforme à certains standards. L'agence souhaite aussi l'établissement d'un registre d'utilisation des électrochocs en province.

DES RÉACTIONS

Devant ces affirmations peu crédibles et contradictoires, les organismes de défenses des droits en santé mentale ainsi que les organismes alternatifs ont vivement réagi. Voici le communiqué qu'ils ont fait parvenir aux médias ainsi qu'aux diverses associations qui se préoccupent des services de santé mentale.

Toute la vérité sur les électrochocs…et ce n'est rien de glorieux !



Hélène Grandbois, avocate ; Doris Provencher, coordonnatrice de l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) ; Alain Roberge, coordonnateur du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)

Nous, qui représentons et regroupons des milliers de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, nous indignons du message qui fut présenté à la population du Québec lors de la sortie du rapport «L'utilisation des électrochocs au Québec» la semaine dernière.

En effet, ce rapport, publié par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), n'énonce qu'une partie de la vérité et passe rapidement sur certaines informations essentielles concernant ce traitement dangereux. On y explique entre autres la supposée efficacité de ce traitement pour certaines indications. À la lecture du rapport, on se rend bien compte que cette position est très nuancée par des «il semble», des «probablement» et autres «peut-être». Donc,

vol 10 no 1, mai 2003

aucune certitude ne semble exister quant à l'efficacité de ce traitement archaïque. On peut d'ailleurs lire à la page X du résumé du rapport : «Les incertitudes quant à l'efficacité et aux risques de l'ECT (électroconvulsivothérapie ou électrochocs) demeurent importants.»

On y écrit même «qu'aucune preuve scientifique n'étaie l'efficacité des traitements de consolidation et d'entretien, c'est-à-dire des séances régulières d'ECT sur des périodes prolongées» (page VIII du résumé du rapport) et ce, pour la dépression où on parle d'une supposée efficacité maximale pour ce traitement. Peut-on parler d'une telle efficacité si plusieurs séances sont nécessaires et qu'un traitement pharmacologique doit se poursuivre, selon les professionnels de la santé, suite à des traitements à l'électrochoc ? Le problème de santé mentale n'est nullement réglé avec un tel traitement, car on agit sur les symptômes et non sur les causes profondes du problème. Un choc électrique au cerveau pour peut-être quatre semaines de répit suivi d'une rechute : est-ce vraiment ce que la science a de mieux à proposer ?

«Le risque de mortalité se situe autour d'un décès par 80 000 séances de traitement et d'un décès par 10 000 patients» (page VIII du résumé du rapport) et ce, sans compter le décès de personnes âgées qui ont reçu des électrochocs et pour qui on n'associe pas nécessairement le décès à ce traitement à cause de leur âge. Et si on étend ces chiffres à l'ensemble de la population ? Rappelons-nous qu'un problème de santé mentale peut survenir dans la vie de toute personne. Ces chiffres horribles ne laissent aucune équivoque sur le danger réel que représente ce traitement. Un décès en est un de trop. Et si vous étiez cette personne qui décède des suites d'un traitement à l'électrochoc ?

Concernant les effets secondaires de l'ECT, le rapport est éloquent et on ne peut lui reprocher sa transparence à ce niveau :

> *«Les effets à moyen et à long terme comprennent des conséquences sur la mémoire ainsi que sur d'autres fonctions cognitives. En ce qui a trait aux effets sur la mémoire, les électrochocs peuvent altérer la mémoire antérieure aux séances (amnésie rétrograde) et la mémorisation de nouveaux événements (amnésie antérograde). L'amnésie antérograde disparaît généralement en quelques mois, plus rapidement que l'amnésie rétrograde. Un certain nombre de patients subissent des effets permanents sur la mémoire antérieure, sans que les études disponibles ne soient en mesure de préciser ce risque» (page VIII du résumé du rapport).*

(…) D'autres effets secondaires physiques peuvent apparaître : perte de poids, perte de concentration, confusion, désorientation, maux de tête, faiblesses, insomnie, déficits intellectuels et cognitifs, délires, problèmes cardiaques, dommages au cerveau et décès. D'autres effets sociaux indésirables sont aussi possibles : inquiétude, frustration, insécurité, peur, isolement social, abandon de la famille, victime de préjugés, perte de travail, faible estime de soi et sentiment d'incompétence. Et il n'est pas vrai que ces effets sont moins présents de nos jours avec l'évolution du traitement, car plusieurs personnes ont témoigné du contraire.(...)

Les autres recommandations contenues dans le rapport de l'AETMIS concernent le contrôle de la qualité quant aux traitements à l'électrochoc et le recensement de ces pratiques. La recommandation à faire est pourtant l'élimination de cette pratique barbare de notre système de soins, qui se veut moderne et humain. Aucune efficacité n'est prouvée encore une fois pour ce traitement et l'évolution supposée de sa pratique est fausse. Le danger réel que nous dénonçons depuis maintenant plusieurs années est pourtant rappelé par ce rapport ; comment peut-on encore en recommander l'utilisation ?

En terminant, il est essentiel de ne pas compter sur le Collège des médecins du Québec pour informer la population sur le traitement à l'électrochoc. Malgré son mandat de protection du public, le Collège des médecins du Québec a refusé de nous faire parvenir les *Lignes directrices* qu'il a émis à ce sujet l'année dernière. C'est à se demander si on a honte de quelque chose…

Lutte à la Pauvreté

Pour un revenu de citoyenneté

Par Frédéric Mailhot

Bonjour tout le monde! Au nom du comité de lutte à la pauvreté, je vous annonce qu'après deux ans de réflexion et de travail soutenu, Action Autonomie a enfin adopté une position officielle au sujet de la lutte à la pauvreté. Historiquement, l'organisme a toujours appuyé dans ses principes et par des mobilisations sporadiques, cette cause qui touche presque tous les membres. Depuis deux ans, nous avons crée à la demande de l'assemblée générale, le comité de lutte à la pauvreté qui avait pour mandat, entre autres, de développer une prise de position pour nous défendre plus concrètement et officiellement, dans la continuité.

Le comité a fait ses travaux, dignement, et le CA a adopté, unanimement cette importante et significative revendication. Nous nous prononçons donc, sans équivoque pour le Revenu de citoyenneté, parce que c'est la revendication populaire la plus globale et qui correspond le mieux à nos réalités et à nos besoins en défense des droits en santé mentale pour les personnes. Ainsi, Action Autonomie demande un revenu de citoyenneté pour tous et toutes sans aucune condition préalable afin de le recevoir. De plus, celui-ci sera non imposable et sera au moins égal au seuil de la pauvreté. Une personne pourra aller chercher des revenus supplémentaires même si elle reçoit un revenu de citoyenneté.

UN REVENU DE CITOYENNETÉ : POURQUOI?

Il s'agit d'un revenu décent et universel au moins égal au seuil de la pauvreté pour chaque personne. Ainsi, il couvrirait tous les besoins essentiels, permettant de rayer une fois pour toutes les entraves monétaires à l'exercice de nos droits et de notre citoyenneté. En remplaçant la loi actuelle de l'aide sociale, il nous libérerait du système actuel qui maintient l'oppression et la discrimination et nous empêche structurellement de sortir de la pauvreté.

Nous considérons la base du seuil de la pauvreté établi par Statistiques Canada (18 371$/année pour une personne seule) comme minimalement nécessaire parce qu'en dessous de ça, nous reconnaissons d'expérience qu'il nous faut vivre de privations et de manques à tous les mois et durant toute l'année, ce qui est une nuisance pour la vie et c'est là un fait inacceptable dans une société moderne, libre et riche qui est fondée sur le droit. Sous le seuil de la pauvreté, nous déclarons que ce n'est pas assez et nous refusons catégoriquement d'être traités comme des moins que rien. Le seuil de la pauvreté constitue un minimum nécessaire et incontournable pour chaque personne. Pour vivre bien il nous faut au moins ça et ça ne nous est même pas accordé dans le système actuel.

Le Revenu de Citoyenneté serait versé à la personne et non plus au ménage. Une indépendance individuelle minimale serait enfin acquise, au plan monétaire en tous cas, un pas nécessaire pour les personnes vivant en couple (ainsi que les familles). Fini les coupures pour cause de relation conjugale. Enfin libre d'aimer sans crainte de coupures. La personne sans travail et vivant avec un conjoint travaillant, aurait enfin droit à son revenu de base, personnel et assuré. Finie la discrimination.

De plus, il serait possible pour les personnes d'aller chercher des gains supplémentaires. Elles pourraient travailler en plus, si elles le veulent, sans être coupées (les gains supplémentaires étant imposables). Autrement dit, il serait possible d'aller chercher du plus, librement, si le travail t'intéresse et te valorise, sans coupures. On sait actuellement comment sont persécutés et contrôlés les gens à l'aide sociale qui veulent améliorer leur sort. Avec le Revenu de citoyenneté si on ne peut ou ne veut travailler, on n'y serait pas obligé. On pourrait choisir comment on se réalise. Le Revenu de citoyenneté serait versé sans condition (pas obligé d'aller travailler en échange du chèque, pas obligé de faire du bénévolat en échange du chèque, pas obligé de participer à des mesures d'employabilité). Fin des grandes enquêtes sur notre dos large.

Un projet de société

Le revenu de citoyenneté amène à une redéfinition de la société. Il n'est pas une fin en soi, il est un moyen en vue de réaliser un projet de société qui nous semble meilleur que ce que nous vivons présentement. Le revenu de citoyenneté rend possible ce projet de société dont les valeurs fondamentales sont l'épanouissement des individus, le vivre ensemble, la dignité, la

liberté, le droit et la justice. On ne cherche plus la maximisation des profits. L'argent n'est plus recherché à tout prix. Le mode d'insertion à la société ne passe plus seulement via les activités de production de la richesse. Nous ne sommes pas des machines à produire. Nous sommes des êtres vivants! Et nous pouvons vivre et participer à la société comme bon nous semble et de façon responsable.

Nous voulons accorder notre attention à l'autre richesse : l'intérieur, la personne, l'être et la vie commune et la solidarité. Être bien avec soi et les autres, cela redevient notre horizon essentiel. Nous valorisons d'autres façons d'être. Au plein emploi, nous préférons la pleine activité, étant entendu, que le repos est possible, valorisé et profitable au bien être et n'est plus regardé comme une nuisance.

Le revenu

Le revenu comme mode d'accès aux biens nécessaires est accordé à tous sans exception ni exclusion, de façon légale et il n'est plus uniquement le privilège de ceux qui peuvent travailler. Le revenu de citoyenneté se traduit donc par une décomposition entre l'emploi et le revenu. Tu as droit au revenu de citoyenneté parce que tu existes et parce que tu fais partie de la société et rien ne doit t'en priver. Chacun est reconnu membre de la communauté et à ce titre, tu as droit de vivre et de te développer selon tes choix et nous sommes prêts à partager la richesse collective avec toi et entre nous tous d'une façon qui nous paraît plus équitable car, du fait que nous sommes vivants, nous contribuons tous à la société d'une façon naturelle, par notre façon d'être et personne n'a le droit de s'approprier la richesse à son seul profit. Notre projet de société implique donc de partager la richesse pour tous et toutes.

Ainsi nous souhaitons donc atteindre un changement du regard que nous portons sur nous-même et sur autrui pour permettre le plein épanouissement des personnes dans une société solidaire et relationnelle. La liberté les valeurs d'être et de vivre bien prennent tous leurs sens. Nous serons riches de valeurs et d'humanité tout en ayant enfin un accès garanti aux biens premiers, ce qui est vital pour toute vie.

Une activité de valorisation pour soi-même ou pour les autres est possible. Le Revenu de citoyenneté rend possible l'activité désintéressée. Il s'agit d'un gain d'autonomie, le travail étant alors absolument libre, varié, choisi, flexible, et toute autre activité choisie étant elle aussi, tout aussi libre et réalisable, étant compris qu'on peut choisir de ne pas travailler pour se valoriser autrement. La vie est possible de plus d'une manière.

Ainsi, nous espérons changer les rapports de pouvoir, d'avoir et d'individualisme pour fonder une nouvelle solidarité, une nouvelle société plus égalitaire, et plus épanouissante, le droit à la vie libre reprenant tout son sens. Une liberté positive nous habite.

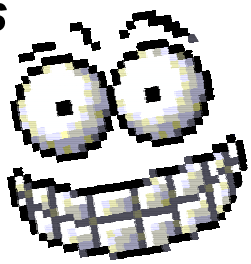
Pour conclure il faut mentionner l'importance de bien définir de quoi on parle quand on regarde le Revenu de citoyenneté. Qu'y a-t-il derrière nos mots? Car plusieurs groupes comme des entrepreneurs ou des politiciens ont déjà présenté cette revendication comme une des leurs mais en le vidant de son contenu social et égalitaire.

Pour nous d'Action Autonomie et des groupes et des groupes communautaires, le revenu de citoyenneté fait partie d'un ensemble de revendications sociales qui demeurent tout aussi importante les unes que les autres. 1) Le revenu de citoyenneté est au moins égal au seuil de la pauvreté. 2) Les programmes sociaux dont la Santé universelle et l'Éducation gratuite pour tous, plus le logement social se poursuivent et continuent de se développer. 3) Le revenu de citoyenneté est versé sans condition.

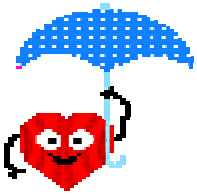
De plus, pour nous en défense des droits en santé mentale, le Revenu de citoyenneté comporte plusieurs avantages relatif à notre situation de vie. Ainsi, nous aurions droit à un montant substantiel sans être obligé de nous déclarer malades ou invalides, et personne ne pourrait effectuer de chantage sur nous (commesi tu ne prends pas tes médicaments tu va perdre le soutien financier) puisque le Revenu de Citoyenneté serait inconditionnel.

Finalement, je vous invite tous à vous impliquer et à vous approprier à votre façon cette revendication qui est maintenant celle d'Action Autonomie. Renseignez-vous, lisez, réfléchissez, approfondissez, posez des questions et critiquez si besoin est et soyez des nôtres pour avancer avec nous, ensemble, pour demander et réclamer un meilleur sort pour nous sortir de cette pauvreté si pénible à vivre. Un nouveau et meilleur projet de société est possible. Vous y avez votre place pour le défendre et le réaliser, ensemble! Notre dignité en vaut la chandelle.

Médicaments



UN PROBLÈME= UNE MALADIE= UNE PILULE?



Les psychiatres sont-ils en train de nous rendre fous? Chaque année, une dizaine de nouvelles maladies mentales font leur apparition sur la place publique : magasinage obsessif, troubles relationnels, timidité excessive…

Avant, ces comportements étaient considérés comme des traits de personnalité. Aujourd'hui, ce sont des maladies qu'on peut soigner avec une pilule. Et les entreprises pharmaceutiques en profitent. La Canadienne Paula J. Caplan, professeure et chercheuse en psychologie, est parmi ceux qui dénoncent cette tendance. Analyse d'un phénomène. Avez-vous une envie irrésistible de magasiner et d'acheter des choses complètement inutiles? Si oui, vous êtes peut-être atteint du syndrome de magasinage compulsif, une "nouvelle" maladie mentale qui fait l'objet d'une recherche au très sérieux Stanford University Medical Center. Bonne nouvelle, apprend-on dans le communiqué publié par l'hôpital en décembre dernier, on a trouvé un médicament qui a des effets très positifs sur les sujets atteints.

Récemment, une équipe de l'Université d'État de San Diego publiait dans la revue Brain and Cognition les résultats d'une recherche qui révélait que les sautes d'humeur observées chez une majorité d'adolescents (leur légendaire "air bête") seraient causées par une activité cérébrale excessive chez les jeunes âgés de 11 à 18 ans.

Depuis l'automne dernier, un groupe de psychiatres américains exerce des pressions pour faire accepter une nouvelle catégorie de maladie mentale : les troubles relationnels (relational disorders), une catégorie dans laquelle on pourrait trouver les couples qui se disputent, les parents et les enfants qui ne s'entendent pas, ou encore les frères et soeurs qui se chamaillent.

Serions-nous tous en train de devenir fous?

"À quand le syndrome du nez qui coule?" demande Paula J. Caplan, chercheuse au Pembroke Center for Women de l'Université Brown, à Providence. Professeure de psychologie, elle dénonce cette tendance à surmédicaliser les comportements humains.

"Vous savez qu'on peut poser un diagnostic de trouble majeur dépressif (Major Depressive Disorder) à quelqu'un qui éprouverait encore beaucoup de chagrin deux semaines après la mort d'un être cher. C'est complètement ridicule: « pleurer la mort de quelqu'un, c'est un comportement tout à fait normal! » remarque la chercheuse, jointe par téléphone à son domicile de Toronto.

Pendant plusieurs années, Paula J. Caplan a siégé à un des comités chargé de revoir la nouvelle édition du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la bible des psychiatres, un manuel épais comme un annuaire téléphonique dans lequel on répertorie toutes les maladies mentales. Traduit en 17 langues, utilisé partout dans le monde, c'est LE guide de référence de la communauté médicale, des psys et des travailleurs sociaux.

Or, selon la professeure Caplan, le DSM n'a rien de scientifique.

Dans They say you're crazy : How the most powerful psychiatrist decide who's normal (Perseus Publishing), la professeure Caplan décrit les tractations qui mènent à l'inscription d'une maladie dans les pages du fameux DSM. Pour elle, ce manuel n'est rien d'autre qu'une vaste supercherie.

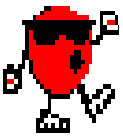
"On serait porté à croire que lorsqu'une maladie est inscrite dans le DSM, c'est au terme de recherches sérieuses et approfondies et qu'il existe des preuves scientifiques pour justifier l'inscription. Or, ce n'est pas le cas", affirme Mme Caplan.

"Les recherches utilisées pour confirmer l'existence d'une maladie sont souvent insatisfaisantes pour ne pas dire carrément bidon, poursuit-elle. De plus, entre 1987 et 1994, le DSM a introduit 77 nouvelles catégories de maladies mentales. Cela signifie qu'en sept ans, la société a trouvé 11 nouvelles façons par année de nous rendre fous!"

Dans le numéro d'avril du British Journal of Medicine, des scientifiques anglais se sont insurgés, eux aussi, contre la tendance à la surmédicalisation dans les milieux psychiatriques. À quel moment une maladie n'est-elle plus une maladie? demandent-ils en introduction d'un dossier fascinant qui révèle entre autres choses l'augmentation vertigineuse du nombre d'ordonnances des médicaments qu'on appelle lifestyle drugs en anglais, des drogues comme les antidépresseurs, qui ont un effet sur la personnalité des individus.

"Il est temps de passer à la post-psychiatrie", écrit un des chercheurs, qui est également membre du Critical Psychiatry Network, un groupe de réflexion formé en 1999 en Angleterre.

La revue publie également une liste des "non-maladies". "Le vieillissement, l'ennui, les poches sous les yeux et la calvitie ne sont pas des maladies" rappelle-t-on avec humour. "N'oublions pas qu'un diagnostic de maladie mentale peut causer de nombreux problèmes dans la vie d'un individu, ajoute-t-on plus sérieusement. Une personne qui reçoit un diagnostic positif peut se voir refuser une assurance, une hypothèque et même un emploi."



Le profit des compagnies pharmaceutiques

Y a-t-il un lien entre cette tendance à créer une nouvelle maladie mentale pour chaque comportement le moindrement déviant et les mégacampagnes de relations publiques orchestrées par les géants de l'industrie pharmaceutique? D'aucun pensent que oui. Et les chiffres tendent à leur donner raison.

Selon un récent rapport du Reuters Business Insight, on estime que l'industrie pharmaceutique investira plus de 80 milliards de dollars d'ici 2007 pour créer au moins 400 nouveaux médicaments reliés aux comportements et au mode de vie des individus.

Dans la littérature scientifique, on parle désormais de cosmétologie psychopharmaceutique pour décrire cette catégorie de médicaments qui comprend les antidépresseurs tels que le Prozac (le plus populaire de tous) mais aussi le Celexa (pour combattre la timidité) et le citalopram (qui aiderait notamment les magasineurs compulsifs), des drogues qui altèrent la personnalité en transformant les sujets en individus plus patients, moins stressés, plus enjoués…

À qui s'adressent ces petites pilules miracle? Principalement aux baby-boomers. Incapables d'accepter l'idée que leurs capacités peuvent diminuer, les boomers seront de plus en plus à la recherche d'une solution chimique pour pallier leur perte de mémoire, de flexibilité, d'appétit sexuel…

Pour les compagnies pharmaceutiques, l'enjeu est énorme. "Lorsqu'une compagnie pharmaceutique obtient un brevet pour un médicament X, la Food and Drug Administration (FDA) l'autorise à le prescrire pour une maladie donnée pendant une certaine période de temps."

"Lorsque le brevet est échu, les concurrents peuvent entrer dans la course et copier le médicament. Le défi pour les compagnies pharmaceutiques est donc d'obtenir une extension de leur brevet."

"Voilà pourquoi en trouvant de nouvelles maladies et en montrant que ces maladies peuvent, elles aussi, être soignées avec le médicament X, ces compagnies épargnent des millions de dollars. Il y a beaucoup d'argent en jeu."

Quant aux psychiatres qui brandissent le DSM comme s'il s'agissait de la Bible, Paula J. Caplan pose sur eux un jugement très dur: "La psychiatrie, c'est la branche de la médecine la moins respectée."

"Avec le DSM, les psychiatres tentent de se donner un vernis scientifique, mais le DSM est avant tout un produit commercial qui est vendu avec son lot de produits dérivés (cd-rom, cassettes audio et vidéo, etc.). C'est une business."

"Quant à l'Association américaine des psychiatres (American Psychiatric Association), c'est un lobby dont l'objectif est de promouvoir la profession et de trouver travail pour ses membres. Ce n'est pas un organisme scientifique. Je ne sais pas ce que le Canada attend pour se montrer plus critique à leur endroit."

MALADE DU MIROIR

PARMI les nouveaux troubles "à la mode", on retrouve le Body Dismorphic Disorder ou BDD, un mal qui a fait son entrée officielle dans le DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en 1987.

Les personnes qui en souffrent sont carrément obsédées par leur apparence physique, au point de ne plus être en mesure de fonctionner en société: elles évitent les rencontres, passent de trois à huit heures par jour à penser qu'elles ont un gros nez ou des épaules trop étroites, et sont convaincues de ressembler à un monstre alors qu'en réalité, leur apparence est on ne peut plus normale. "Les personnes qui souffrent de BDD peuvent passer des heures à se pomponner ou à s'observer dans le miroir", note Dr Katharine A. Phillips de l'hôpital Butler, à Providence Rhode Island.

Spécialiste de l'étude et du traitement du BDD, le Dr Philipps, qui est également l'auteure de The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dismorphic Disorder (éditions Oxford University Press), affirme que le BDD toucherait entre 1 % et 2 % de la population, autant les hommes que les femmes. "Il y en a sans doute plus mais ils sont gênés et hésitent à le dire à leur médecin." Selon elle, le diagnostic de dépression n'est pas assez précis en ce qui concerne ce trouble du comportement. Certains patients s'automutilent, cela peut aller jusqu'au suicide. D'autres fréquentent les cabinets de chirurgiens de façon assidue.

Selon le Dr Philipps, il y aurait deux façons de traiter le BDD: la prescription d'antidépresseurs, qui diminueront les comportements obsessifs-compulsifs et la thérapie cognitive-behavoriale, qui travaillera spécifiquement sur les symptômes.

Elle affirme toutefois que les compagnies pharmaceutiques ne sont pas très intéressées par la recherche sur le BDD et que la majeure partie de ses subventions provient des fonds publics comme le National Institute of Mental Health.

Source: Collard, Nathalie

Poème

PORTRAIT D'UNE FOLIE

Abusé jusqu'à la corde...
noué, baloté, bafoué...
laissé gisant dans le caveau familial

Redressé, la mort dans l'âme...
re-encadré, re-abusé, humilié, stigmatisé,
logé et maintenu dans le sous-sol de la société bien pensante.

Pour une mise-à-jour des ombres de la nuit qui a cours,
on va lui faire le portrait avec nos images.

J'AI MAL DANS MA PEAU

Ce corps évidé du fruit de tes entrailles,
après avoir été donné en paturage au(x) propriétaire (s) prédateur(s),
a été rempli de discours sur un savoir et un amour partiels et partiaux,
paroles cadavériquement creuses...

Corps-enveloppe, dépositaire de vos maux-mots,
de vos manques de ma-ma réellement là.

Histoire qui s'est répétée faute de Se raconter!

JE

Jouer au mort pour survivre,
l'esprit mutilé, faire le fou pour sauver les restes de soi et ses assassins
profanateurs d'âmes.

S'affinner en dévoilant l'histoire de son parcours,
seule-ment possible avec
d'autres, se raconter autre-ment que seul.

Sans les autres, "je" ne serais pas là, et je n'en serais pas là!
Donc, si on me pense, je ne suis (être, suivre) pas!

Tendre vers soi avec sa tendresse et celle envers d'autres femmes et hommes,
ainsi que celle reçue de celles-ci et ceux-là.

Je suis tendre et je m'attendris, donc je suis et les autres sont.

Conrad

vol 10 no 1, mai 2003

Joignez-vous à

ACTION AUTONOMIE

Le collectif pour la défense des droits
en santé mentale de
Montréal

Action Autonomie est un organisme sans but lucratif. Il a été mis sur pied pour et par des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale et convaincues de la nécessité de se regrouper afin de faire valoir leurs droits.

La promotion et la défense de vos droits	Diffuser de l'information sur le droits et les recours à ses membres, aux usagers et à la population. Faciliter l'accès aux mécanismes de traitement des plaintes. Assurer le respect des droits et l'accès à des services de qualité. Veiller au respect des droits fondamentaux, ex: droit à la liberté, à l'intégrité, à la vie privée... Faire des représentations et réaliser des actions afin de promouvoir et défendre les droits des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Bienvenue

Action Autonomie

1260 Ste-Catherine Est
2e étage, bureau 208
Montréal, Qc.
H2L 2H2
(En face du métro Beaudry)
téléphone: 525-5060
télécopie: 525-5580

Membre de l'Association des groupes d'intervention et de défense des droits en santé mentale du Québec
(A.G.I.D.D.-S.M.Q.)