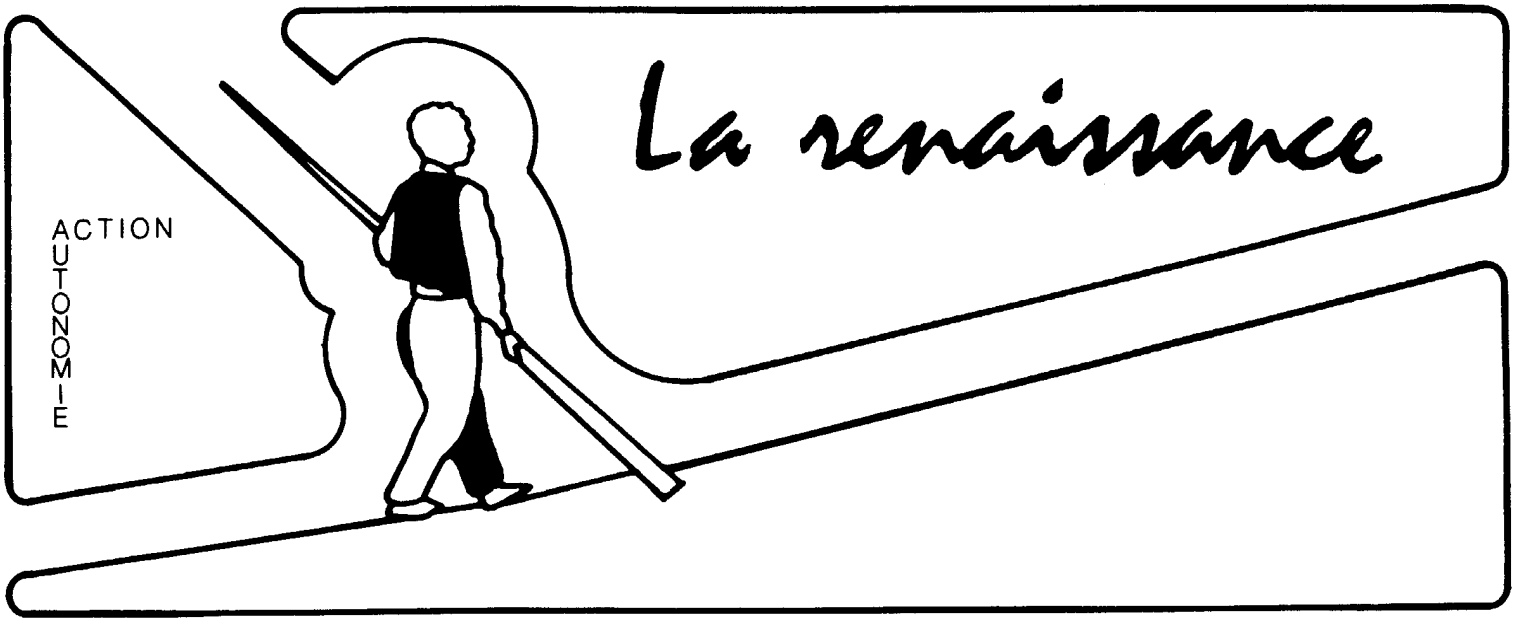


Volume 11 décembre 2004 Numéro 3

Contention chimique
Le Collège des médecins protège-t-il vraiment le public?

Les Réseaux de services intégrés
Je ne suis pas parano!

Protection de la jeunesse
Un projet de révision de la Loi en vue!

Nos droits et recours
Le consentement aux soins!

Lutte à la pauvreté
Non au projet de loi 57

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

Anne-Marie Chatel *Wilfrid Essiambre*
Ghyslain Ferland *Ghislain Goulet*
Frédéric Maillot

Collaborateurs, collaboratrices

Sébastien Bois *Roger Boisvert*
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
www.actionautonomie.qc.ca
lecollectif@actionautonomie.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, troisième trimestre 2004

L'équipe d'Action Autonomie vous offre ses meilleurs voeux!

Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: mars 2005
Date de tombée
pour les articles: février 2005

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

Contention et isolement
Paroles de psychiatres pages 3-4

Lutte à la pauvreté
Manifestation contre le projet de loi 57
Action Autonomie demande le retrait du projet de loi 57 pages 4-5-6

Protection de la jeunesse
Un projet de révision de la loi en vue! pages 7-8

Droits et recours
Le consentement aux soins pages 9-10

Affaire Cameron
Électrochocs, CIA et Hôpital Royal victoria: 100,000$
en dédommagement page 10

Réseaux de services intégrés
Je ne suis pas parano ! pages 11-12-13

Contention chimique
Le collège des médecins protège-t-il vraiment le public? page 14

Lettre de Pinel
C'est pas quand on y arrive qu'on est fou, c'es quand on en sort! page 17

Dossier santé
Les faux remèdes à l'américaine pages 18-19

Infos-Électrochocs
Mobilisation contre les électrochocs page 19
Manifestation contre les électrochocs à Ottawa page 20

Chronique insolite page 19
Témoignage page 21-22
Des nouvelles du collectif

vol 11 no 2, juin 2004

Paroles de psychiatres sur les contentions et l'isolement

Par Chantal Provencher

Psychiatre 1 :

« À chaque fois que je donne le congé à un de mes patients je lui demande ce qu'il a le plus apprécié de son séjour et ce qu'il a le moins apprécié. Les patients qui ont subit des contentions me disent toujours que cette expérience a été traumatisante… »

…et il continue à attacher ses patients pour les soigner!

Psychiatre 2 :

« On a beau dire qu'il faut éliminer les contentions mais moi quand j'amène mon enfant en auto je l'attache. J'ai pas trouvé d'autres façons de le protéger… »

…peut-on comparer des pommes avec des pommes M. le psychiatre?

Psychiatre 3 :

« Les pratiques ont changé. Moi, je demande aux patients s'ils veulent aller en isolement ou être attachés, ils ont le choix… »

…choix : pouvoir, liberté de choisir, Petit LAROUSSE: quelle liberté ont vos patients?

Psychiatre 4 :

« J'ai visité un hôpital où on n'attachait pas les patients mais on leur donnait des grosses doses de sédatif… je ne sais pas si c'est vraiment mieux… »

…la contention chimique n'est pas une alternative à la contention physique, un petit coup d'œil sur les orientations ministérielles concernant les contentions et l'isolement, ça vous ferait pas de tort M. le psychiatre!

Psychiatre 5 :

« Nous on a maintenant des chambres de réflexions qu'on utilise à la place de l'isolement… »

…changer le nom des lieux ne veut pas dire changer les pratiques. Quand les personnes n'ont pas le droit de quitter la pièce sous peine d'aller en isolement, elles sont en isolement?!

****

Hé non, nous n'avons rien inventé ou même parodié, ce sont vraiment les propos tenus par des psychiatres lors d'une rencontre à Louis-H Lafontaine ayant eu lieu le 15 septembre dernier et dont le thème était « Contentions et isolement : Protection ou abus de pouvoir? ». Action Autonomie assistait à cette rencontre où 6 panélistes étaient présents soient, Dr. Iskandar de l'hôpital Douglas, Mme Geneviève Ménard de Louis-H Lafontaine, Mme Thérèse Guimond du bureau du Curateur, Mme Micheline McDuff parent et membre du conseil d'administration de Louis-H, M. Bernard Keathing théologien et éthicien et enfin M. Luc Vigneault en tant qu'usager.

La rencontre a débuté par une petite pièce de théâtre écrite par une personne ayant vécu, ou devrait-on peut-être plutôt dire ayant été victime, des contentions à Louis-H. Cette pièce reflétait fort bien les pratiques psychiatriques concernant les contentions et l'isolement, mettant en lumière comment cette pratique est utilisée à des fins punitives, comment elle constitue un outil de chantage, comment on répond à la souffrance par la violence…

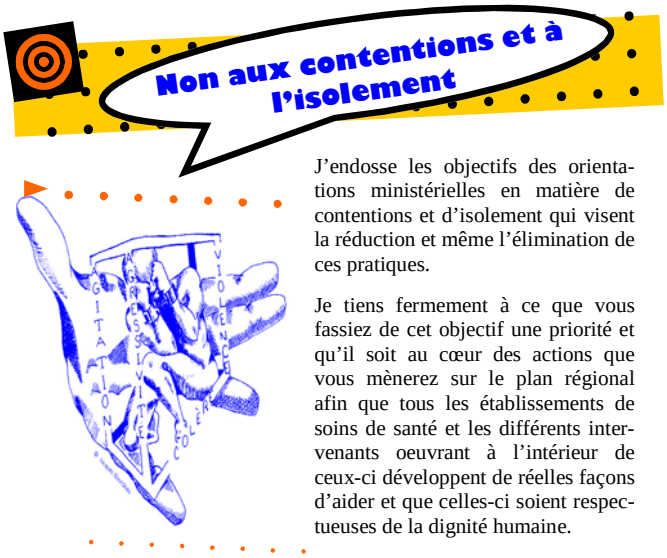
Suite à cette pièce l'ensemble des panélistes réagissait. En gros, les commentaires des person-

nes travaillant dans le milieu psychiatrique allaient tous dans le sens que ce qu'on venait de voir reflétait peut-être ce qui se passait il y a 15 ans mais non pas la réalité d'aujourd'hui et que beaucoup de travail se faisait afin de changer les pratiques. Seul, Luc Vigneault disait que ça se passait encore comme ça de nos jours et que les pratiques n'avaient pas changé comme on voudrait bien nous le faire croire.

Les personnes qui assistaient au débat, et qui n'étaient pas du milieu psychiatrique, affirmaient unanimement que ces pratiques sont inhumaines et qu'elles sont toujours tout aussi courantes en psychiatrie.

Les propos tenus par plusieurs des panélistes de même que par les intervenants psychiatriques présents ne nous permettent certainement pas de croire qu'une réelle volonté existe concernant l'élimination des contentions et de l'isolement.

Cette rencontre ne peut que nous rappeler l'importance de continuer à militer pour l'élimination des contentions et de l'isolement car il est clair que si nous ne faisons pas pression, l'objectif d'élimination de ces pratiques que l'on retrouve dans les orientations ministérielles ne se concrétisera certainement pas. Nous avons déjà rencontré le directeur général de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, puisque celle-ci a un rôle à jouer dans la mise en œuvre des orientations et bientôt nous rencontrerons les responsables des hôpitaux afin de porter notre message **« Non aux contentions et à l'isolement ».**



Projet de loi 57

Manifestation contre le projet de loi 57

27-10-04, l'Organisation populaire des droits sociaux de la région de Montréal (OPDS-RM), appuyée par plusieurs autres organismes communautaires et regroupements, dont Action Autonomie, a fait une visite surprise au bureau de la Direction de la sécurité du revenu (Montréal). « Nous sommes ici parce que la Direction de la sécurité du revenu est un des acteurs importants dans la mise en place des réformes de l'aide sociale, qu'elles soient passées, présentes ou à venir. », a souligné Etienne Legault, porte-parole de l'OPDS-RM.

Cette action s'est faite alors qu'une Commission parlementaire sur le projet de loi 57 (projet de réforme de l'aide sociale) se tenait à Québec.

Malgré les déclarations du ministre de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, M. Claude Béchard, à l'effet que le projet de loi 57 est porteur d'une « nouvelle philosophie », l'OPDS-RM tient à souligner que le projet actuel de réforme de l'aide sociale s'inscrit tout à fait dans la foulée des réformes précédentes. « Autant la Loi 37 que la loi actuelle de l'aide sociale (Loi 186), indique Etienne Legault, ont pour but la diminution du nombre de personnes à l'aide sociale et des économies encaissées par l'État. Pour se faire, poursuit-il, les gouvernements ont mis en place un ensemble de mécanismes s'assurant de la difficulté d'accès à l'aide sociale, s'assurant de multiplier les enquêtes ou les moyens par lesquels on peut faus-

vol 11 no 3, décembre 2004

sement accuser une personne, s'assurant surtout d'accroître le nombre de contrôles administratifs de sorte qu'une personne n'ait plus de recours pour faire valoir sa réalité. » À terme, ce qui est sous-jacent tant aux lois passées qu'au projet de loi 57, c'est la fin progressive de l'aide sociale, c'est la fin de l'aide sociale comme **droit inconditionnel**, comme assurance collective que nous nous sommes donnée, en tant que société, en cas de coups durs.

C'est donc pour restituer la notion de droit, de **droit inconditionnel à l'aide sociale,** que les organismes se sont mobilisés. C'est pour affirmer haut et fort que l'aide sociale n'est pas une aide qu'on donne aux méritants, aux personnes qui par dépit souvent s'inscrivent dans des parcours d'insertion en formation ou en emploi, des programmes qui n'ont aucune durée de vie au-delà de six mois, qui n'accordent aucune couverture sociale ni avantages sociaux tandis qu'ils consistent en du travail. L'aide sociale n'est pas une charité. Etienne Legault ajoute : « Le présent projet de réforme de l'aide sociale fonde à la fois ses principes dans la charité publique, voire privée, et dans le conditionnement de son accès à l'insertion du plus grand nombre de personnes dans le marché abrutissant et exploiteur de l'emploi. C'est le *marche ou crève* contre lequel il nous faut nous indigner. En somme, **c'est le projet de loi 57 sur tous les plans que nous devons rejeter**. »

Action Autonomie demande le retrait du projet de loi 57

Lettre envoyé à M. Claude Béchard. Ministre de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille

M. le Ministre,

Action Autonomie est le collectif de défense des droits en santé mentale pour la région de Montréal. En tant que groupe de défense des droits nous sommes à même de constater quotidiennement les impacts désastreux de la pauvreté sur toutes les sphères de la vie des personnes que nous rencontrons, qu'il s'agisse de leur santé physique ou mentale, de l'isolement, de leurs capacités d'agir, etc. Or, le projet de loi 57, *Loi sur l'aide aux personnes et aux familles*, appauvrira encore davantage les personnes sans compter qu'il constitue un recul important sur le plan social en accentuant le clivage entre les « bons et les mauvais pauvres » au détriment d'une réelle analyse de l'ensemble des conditions sociales, politiques et économiques desquelles découle tant de pauvreté. Nous ne pouvons accepter un projet de loi qui vient lutter contre les pauvres et non pas contre la pauvreté, un projet de loi qui s'inscrit dans la réingénérie entreprise par votre gouvernement où les droits sociaux que s'est donnée la société québécoise au fil des ans sont mis au rancart!

Le projet de loi 57 a un impact sur toutes les personnes prestataires de la sécurité du revenu. Plusieurs des droits que le gouvernement du Québec a lui-même reconnu y sont bafoués, qu'il s'agisse de la déclaration universelle des droits de l'homme, des pactes internationaux relatifs aux droits civils et politiques et aux droits économiques, sociaux et culturels, de la Charte des droits de la personne, etc. Par ce projet de loi, l'État met l'accent sur la responsabilité individuelle des personnes et fait un pas de plus dans son désengagement.

· La réforme ne comporte aucune mesure rehaussant le niveau de l'aide accordée de façon à garantir à toute personne le droit à un niveau de vie suffisant. Bien au contraire, la réforme appauvrit les

personnes : indexation partielle des prestations, maintien de la contribution parentale, non protection en regard de la pension alimentaire versée au bénéfice d'un enfant, prestations spéciales conditionnelles, des chèques saisissables, etc. Cette réforme fait fi des revendications portées depuis de nombreuses années par les groupes luttant contre la pauvreté.

Par ailleurs, cette réforme accorde encore davantage de pouvoirs discrétionnaires au ministre et aux agents. Ceux-ci pourront décider qui pourra avoir droit à une formation ou à une prestation spéciale (orthèse, prothèse etc…) Considérant qu'il est déjà difficile de s'assurer d'un minimum de « justice » dans l'aide accordée avec la loi actuelle, on ne peut que dénoncer une réforme renforçant l'arbitraire et ses impacts dans la vie des personnes.

Par ailleurs, il est tout à fait inacceptable qu'aucune procédure de recours ne soit reconnue dans certains programmes dont celui d'Alternatives Jeunesse.

Nous sommes également contre la division des personnes aptes et inaptes par la création du programme de Protection sociale pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi. Qui plus est, les personnes inscrites à ce programme n'auront accès à aucun des services de formation et d'accès au travail alors que les personnes aptes se verront obligées d'entreprendre les mesures que leur dictera leur agent et ce peu importe leurs propres objectifs et projets de vie.

.

Ce ne sont là que quelques-unes des raisons pour lesquelles nous demandons le retrait du projet de loi 57 qui entraînera une plus grande exclusion civile, sociale et économique des personnes. Or, considérant que tous les citoyens et citoyennes ont droit de vivre décemment et que l'État a une responsabilité à cet égard, nous demandons :

- Le retrait du projet de la loi 57
- L'ouverture d'un débat public, mettant à profit l'expertise citoyenne, y compris celle des personnes en situation de pauvreté, en vue d'imaginer et d'élaborer un revenu de citoyenneté qui devrait remplacer le régime actuel d'aide sociale et d'ici là la mise en place d'un revenu décent à l'aide sociale.

Nous pensons que ce n'est que par un tel exercice que pourra advenir un Québec qui « Brillera réellement parmi les meilleurs » et non pas en développant des politiques anti-sociales conduisant à l'exclusion. Veuillez recevoir, M. Béchard, nos salutations sincères.

Laurent Lachance
Président
Action Autonomie

Et pis alors... par R. Boisvert jr. & M. Lauzon

Protection de la jeunesse

Un projet de révision de la Loi en vue

Par Chantal Provencher

ENJEUX

En janvier 2003, le Ministère de la santé et des services sociaux confiait à un groupe d'expert le mandat de réviser la Loi sur la protection de la jeunesse. Rappelons que cette loi est entrée en vigueur en 1979 et a subi des modifications majeures en 1984 et 1994. En février 2004, le groupe d'expert faisait connaître son rapport intitulé « La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager ». Le Ministère de la santé et des services sociaux devrait s'inspirer de ce rapport pour amener de profondes modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse et ce dès 2005.

Action Autonomie a pris connaissance de ce rapport et a participé à la consultation régionale de Montréal pour faire connaître son point de vue sur ce dernier. Nous souhaitons donc vous faire connaître certains éléments du rapport et aussi notre analyse des enjeux, voir des dangers, qu'il comporte.

LES CONDITIONS DE VIES OUBLIÉES

Tout d'abord, il nous apparaît important de souligner qu'en aucun temps, dans l'analyse des problématiques rencontrés par les familles, le groupe d'expert n'aborde les questions relatives aux conditions socio-économiques des parents. On parle des problèmes des familles sous le seul angle des compétences et des capacités parentales et de leurs capacités et/ou leur volonté d'y travailler. Pour nous, faire fi de la pauvreté grandissante, de la crise du logement, de l'isolement, des différences culturelles, des difficultés associées à la monoparentalité dans l'analyse de la problématique est en soi un élément qui doit nous alarmer. Aurait-on autant besoin d'utiliser cette loi, qui soi dit en passant devrait avoir un caractère exceptionnel, si l'on investissait vraiment dans la famille au Québec? Certaines familles seraient certainement capables de répondre aux besoins essentiels de leurs enfants, qui est un critère d'intervention de la Protection de la jeunesse, si elles étaient dans des conditions socio-économiques décentes. Mais il y a pire encore. Non seulement, le comité n'aborde pas les impacts de la pauvreté dans la vie des familles mais il propose d'augmenter l'aide financière accordée aux familles adoptives et même d'instaurer un mécanisme de rétribution pour les personnes qui deviendraient les tuteurs des enfants. Ne pourrait-on pas faire les mêmes recommandations pour les « parents biologiques »?

L'ADOPTION FACILITÉE

Un autre enjeu important se situe au niveau de l'élaboration des projets de vie permanent. Les recommandations du comité vont dans le sens d'en faire le socle de l'intervention de la Protection de la jeunesse. En gros ça signifie que l'on veut centrer l'intervention pour s'assurer que les enfants aient un milieu de vie stable dans lequel ils évoluent. Le projet de vie permanent peut prendre plusieurs formes dont : la réinsertion dans le milieu familial (*dans la mesure où les capacités parentales peuvent être restaurées dans un délai raisonnable*), l'adoption, la tutelle, le placement à long terme dans une famille d'accueil ou encore dans la famille élargie. Dans cette perspective, on désire instaurer des durées maximales de placement. Par exemple, il serait d'un maximum de 12 mois pour les enfants de moins de 2 ans. Concrètement, ça veut dire que lorsqu'une famille vit des difficultés elle est mieux d'être en mesure de « redresser la situation » à l'intérieur de ce délai sinon les risques sont grands que leur enfant soit mis en adoption. Cet enjeu est majeur pour bien des familles dont celles où un parent est considéré comme ayant un problème de santé mentale sachant que bien souvent la Protection de la jeunesse intervient dans de telles situations en considérant que ces personnes ne sont pas « capables d'être de bons parents ». Actuellement, certaines personnes ayant un diagnostic psychiatrique se voient retirer leur enfant dès sa naissance justement en raison de leur diagnostic. Il est fort à parier qu'avec ces modifications de telles situations se multiplieront. D'ailleurs, les exemples donnés dans le rapport pour justifier l'importance d'élaborer un projet de vie perma-

nent se situe au niveau des personnes ayant des problèmes de santé mentale, ces problèmes étant considérés comme une forme d'inaptitude. Nous considérons qu'une telle association est dangereuse et extrêmement préjudiciable pour les personnes sans compter qu'elle repose en grande partie sur des préjugés.

LA CONFIDENTIALITÉ ET LE SECRET PROFESSIONNEL REMIS EN QUESTION

Enfin, un autre enjeu de taille est toute la question de la confidentialité. Le groupe recommande de rendre inapplicable les articles de diverses lois touchant la confidentialité et le secret professionnel tant lorsqu'il y a un signalement, une enquête que lorsqu'une prise en charge est faite par la Protection de la jeunesse afin que l'ensemble des intervenants puissent discuter ensemble des diverses mesures qui sont prises. De telles modifications sont à notre sens excessivement dangereuses car elles compromettent un droit fondamental, soit celui du respect de la vie privée. Qui plus est, nous savons que les dossiers psychiatriques tracent un portrait plutôt sombre des personnes, et parfois même mensonger en « décontextualisant » les situations des personnes et en érigeant en symptôme tous les comportements qu'elles ont pu avoir, comportements qui pour une personne « non diagnostiquée » seraient considérés comme « normaux ». On ne peut qu'imaginer le préjudice encore plus grand qui sera causé aux personnes qui seront d'abord vues, perçues et analysées à partir de leur dossier psychiatrique avant même d'avoir été rencontrées. Déjà avec les lois actuelles qui devraient nous protéger, nous savons que bien souvent, et sous de multiples prétextes, les personnes ayant un suivi en santé mentale voient « leur vie se raconter » et en subissent de nombreuses conséquences. Imaginons donc ce que ce sera si on diminue la portée du droit à la confidentialité?

Ce ne sont là que quelques unes des principales modifications qui risquent d'être apportées à la Loi. Bien sûr, lors de la consultation régionale, Action Autonomie a fait part de ces réflexions et s'est objecté vigoureusement contre ces principes. Espérons que nous aurons été entendu! Nous demeurerons aux aguets des développements qui auront cours et, avec nos alliés, nous continuerons de nous opposer à cette réforme.

Camp des sans abris

Par Wilfrid Essiambre
Membre

Le 30 octobre dernier, une grande manifestation fut organisée à Québec par le FRAPRU en collaboration avec la maison du Père.

À cette occasion, les manifestants ont couché sous des tentes et une soupe populaire fut distribuée.

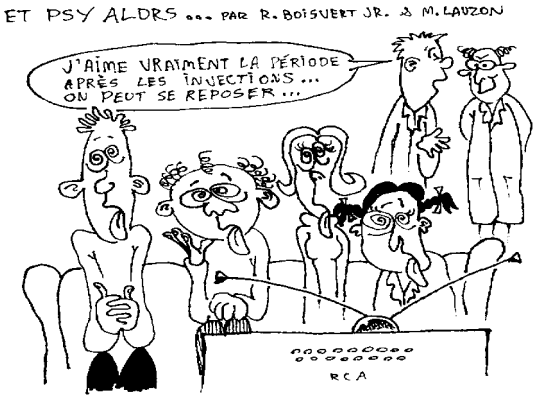
À titre de geste symbolique, des citrouilles furent remises à la Régie du Logement afin de dénoncer le manque de logements sociaux.

Nous voulions également faire savoir au Premier ministre Jean Charest, le manque de logements à prix modiques. Il en faudrait 8,000 de plus par année. En effet, les coûts des loyers sont trop élevés. On ne devrait pas avoir à payer plus de 25% de notre revenu pour se loger.

D'autre part, les participants et participantes ont également remis une « toile » à la résidence du premier ministre l'exhortant de déposer un nouveau projet de loi concernant le droit au logement.

Dire que pendant ce temps les condos poussent comme des champignons!!!!!

Le consentement aux soins



Quels sont mes droits?

Nous avons tous et toutes le droit d'accepter ou de refuser des soins. C'est ce qu'on appelle le consentement aux soins. Le consentement, pour qu'il soit valable, doit être libre et éclairé.

Qu'est-ce qu'un soin?

Souvent, lorsqu'on pense au consentement aux soins, on le limite au fait d'accepter ou non un médicament ou une opération. Pourtant, la notion de soin est beaucoup plus large. Voici quelques exemples de ce qu'on entend par soins:

- un prélèvement
- un examen
- un traitement
- une thérapie
- toute intervention médicale, psychologique ou sociale
- une recherche

Le consentement libre et éclairé, ça veut dire quoi?

Pour que le **consentement soit libre**, il doit être donné sans que la personne ne subisse de menace. Par exemple, il ne s'agit pas d'un consentement libre si vous acceptez de prendre un médicament parce qu'un médecin vous dit que vous ne sortirez pas de l'hôpital si vous ne le prenez pas.

Pour que le consentement soit libre il faut également qu'il soit donné sans que vos facultés ne soient altérées. Vous faire accepter un médicament alors que vous êtes sous l'effet d'autres médicaments ne constitue pas un consentement libre.

En d'autres termes, un consentement libre, ça veut dire qu'il est donné:

- de plein gré
- sans promesse, ni menace
- sans que vos facultés ne soient altérées.

Pour donner un **consentement éclairé,** il faut que vous ayez en main toute l'information qui vous permet de décider si vous voulez ou non ce traitement, par exemple:

- la nature et le but du traitement
- les effets de ce traitement
- les procédures utilisées (comprimés, injection, etc)
- les risques possibles associés au traitement et les effets secondaires
- les traitements alternatifs
- les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention

Le fait qu'un consentement soit donné par écrit ne prouve pas qu'il est valide: il doit aussi être donné de façon libre et éclairé.

C'est la responsabilité du médecin de vous donner toutes les informations nécessaires afin que vous puissiez donner un consentement éclairé.

Par ailleurs, quand on parle d'offrir des alternatives au traitement il ne s'agit pas, seulement, de proposer deux sortes d'antidépresseurs mais plutôt de voir l'ensemble des possibilités : groupes axés sur la thérapie, entraide, suivi communautaire, etc.

Vous avez donné votre consentement pour un traitement et vous changez d'idée. Que pouvez-vous faire?

Vous pouvez toujours retirer votre consentement. Même si vous avez donné un consentement écrit, il suffit de dire que vous ne voulez plus du traitement pour que celui-ci soit arrêté.

Votre médecin refuse de respecter votre droit de consentir à vos soins. Que pouvez-vous faire?

Vous pouvez porter plainte à deux instances différentes, soit au médecin examinateur de l'établissement où le médecin exerce ou encore, au Collège des médecins.

Si vous avez besoin de plus d'information ou d'un coup de main dans vos démarches, n'hésitez pas à nous contacter:

Action Autonomie
525-5060

Affaire Cameron

Électrochocs, CIA et Hôpital Royal Victoria : 100 000$ en dédommagement.

Par Sébastien Bois

Cet été, sous un soleil de justice, une femme de Montréal, Gail Kastner, s'est vue dédommagée pour un montant de 100 000$ suite à d'intenses traitements d'électrochocs reçus en 1953, dans le cadre d'un programme subventionné par la CIA (agence de sécurité internationale américaine) et le gouvernement canadien.

En 1994, plusieurs individus ayant subi ces traitements dans le cadre du projet avec la CIA et le Royal Victoria furent dédommagés. Plus de 300 autres causes furent rejetées par la cour qui considérait que les personnes avaient subi moins de dommages et d'effets secondaires. Parmi les gens qui contestèrent la décision, 77 personnes ont obtenu une compensation. Les autres causes ayant une fois de plus été rejetées.

Rappelons que durant ces expériences, le Dr.Ewan Cameron était directeur à l'Institut Allen Memorial, la branche psychiatrique de l'Hôpital Royal Victoria. Il a dirigé d'horribles expériences dont des lavages de cerveau en utilisant des électrochocs et des doses massives de médicaments. La recherche fut financée de 1950 à 1965, par la CIA et le gouvernement canadien.

Je tiens à souligner le courage de Gail Kastner.

Par contre, je reste avec un petit goût amer dans la bouche et ce n'est pas mon café… Qu'est-ce que 100 000$ à l'égard de la réelle valeur de notre cerveau, de notre vie? Que penser des 253 autres demandes rejetées?

Même si le lavage de cerveau est dorénavant interdit et que l'on *boost* moins la batterie : que penser de l'augmentation des électrochocs au Québec, de son marketing et de son enseignement?

Sources :
Montreal Gazette, 10 juin 2004

vol 11 no 3, décembre 2004

Les réseaux de services intégrés en santé mentale

Je ne suis pas parano

Allocution de M. Jean-Nicolas Ouellet présentée dans le cadre de l'assemblée publique organisée par Action Autonomie en mai dernier.

D'abord, je ne suis pas parano. J'ai eu droit à différentes étiquettes, mais pas encore celle-là. Des fois, les craintes sont justifiées. Par l'histoire, par le contexte actuel.

Nous ne sommes pas dans un contexte de virage à gauche. Il n'est pas question d'élargir le filet de protection sociale ni le panier de services de santé et de services sociaux. En passant, filet de protection, panier de services, ça donne l'impression qu'avoir besoin, c'est chuter, tomber. Quand on enlève le filet, on tombe où ? On se ramasse comment après ?

Je ne suis pas du genre à aguicher pour ensuite vous décevoir avec des conclusions tranquilles ou anodines. Je ne vous ferez pas ce coup-là. Je vais vous décevoir tout de suite. Pourquoi attendre ?

Je ne vois pas de risque avec le concept des réseaux intégrés de services.

Ce n'est pas un risque si on adopte la définition de Maurice Turbiana, dans son livre **L'éducation et la vie** "*Prendre un risque, c'est affronter un danger pour obtenir un bénéfice*."

Ici, il n'y a pas de risque parce qu'il n'y a pas de bénéfices autres que budgétaires à la clé. Il n'y a pas de risque, parce qu'on sait qu'on va se faire avoir.

S'il y a des bénéfices, ce sera pour le gouvernement. S'il y a des ratés, des dénis de droit ou des refus de services, c'est le monde qui va ramasser les pots cassés. Il n'y a pas de bénéfices réels pour nous, que du danger.

Le but des RIS n'est pas de donner de meilleurs services. Cela n'a pas été pensé par des fournisseurs de services, par ceux et celles qui soignent et aident, par les personnes sur le terrain avec le monde ou, on peut rêver, par les personnes qui reçoivent des services, mais par les gestionnaires. Un comptable n'a pas de compassion. Il a une calculatrice.

Qu'est-ce que les réseaux intégrés?

Dans son dernier numéro, La Renaissance consacrait 2 articles pour présenter les enjeux entourant la mise en place des réseaux de services intégrés. Voici une brève description des réseaux intégrés.

Les réseaux de services intégrés s'inscrivent dans le cadre de la réorganisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux conséquente à l'adoption du projet de loi 25 amenant la fusion des CLSC, des CHSLD et dans certains cas des hôpitaux généraux amenant la création de centre de santé et de services sociaux (CSS). Les CSS auront la responsabilité de l'offre de service de première ligne. Les CSS mettront en place les réseaux de services intégrés, qui constituent en quelque sorte une nouvelle façon de gérer la prestation de services pour certains types de « clientèles » dont les personnes étiquetées comme ayant des problèmes de santé mentale dits « sévères et persistants ».

Dans l'optique des gestionnaires, nous sommes vus comme des postes de dépenses. À la limite, une nuisance aux finances publiques. La maladie, la faiblesse, la détresse ne sont plus des faits de la vie mais des occasions de débourser pour le Ministère de la Santé.

La santé n'est plus un droit. Mais c'est devenu un devoir de citoyen de ne pas malmener les finances publiques en ayant l'irresponsabilité de tomber malade. Un citoyen responsable reste en santé.

Nous convenons tous que les coûts du système de santé s'envolent et semblent hors de contrôle. Plutôt que de regarder du côté de ceux qui facturent, on regarde du côté de ceux qui utilisent les services. Et on parle de consommateurs de services. On parle de tout le monde comme d'hypochondriaques ma foi!

Mais pour peu que l'on détienne une bribe de science, un brevet ou n'importe quoi qui justifie de porter une blouse blanche qui se boutonne par devant, on a droit non seulement à une part du gâteau, mais aussi de dire comment le cuisiner et quels ingrédients y mettre.

Si par malheur, la blouse s'attache par derrière alors on mange ce qu'il y a sur la table et on se tait.

ENJEUX POUR LA PERSONNE

Ce qui m'inquiète dans le concept des RIS, c'est de voir comment la personne sera prise en charge et entourée.

Serons-nous captifs d'un RIS ? Le système de santé est captif lui, de toutes sortes de corporatismes. Le collège des médecins en mène large. De protecteur des citoyens et citoyennes, il est devenu un syndicat très fort lorsqu'il faut protéger ses membres. Ce n'est pas non plus un exemple de transparence. Essayer de savoir quel médecin est sous enquête.

Quand les projets de loi ont été adoptés en vitesse, il y en avait un qui restreignait le droit d'association des travailleurs. Le gouvernement a décidé de diminuer le nombre de groupes syndicaux par établissement. On parle ici de groupes structurés et bien organisés. Comme travailleur dans une ressource communautaire et alternative, je me demande ce qui va nous arriver quand ça sera notre tour.

La représentation des citoyens a été diminuée de façon dramatique. Il y a un déficit de démocratie. Sommes-nous toujours au centre des préoccupations ?
Comme personne, ce qui m'inquiète, c'est que pour m'assurer d'avoir un médecin de famille, on a mis en place les groupes de médecine familiale. Mais pour y adhérer, il faut que je consente à ne voir que les médecins de ce groupe de médecine. La logique du système est de garantir des clients aux docteurs pour nous garantir des services. Nous sommes aussi une marchandise.

LIBERTÉS

On nous dit que les RIS vont nous assurer de meilleurs soins et qu"ils seront plus accessibles. Faisons un peu d'histoire.

Quand les gestionnaires ont voulu s'assurer que tout le monde recevrait des services de santé mentale, on a développé une façon de faire particulière pour la santé mentale. On a découpé la ville en secteurs et chaque hôpital s'est vu attribuer un secteur. Dans son secteur, l'hôpital doit donner des services aux résidents, il ne peut refuser personne.

En soi, vu rapidement, c'est une garantie de recevoir des services. Où que l'on habite, on sait que si quelque chose arrive, on peut aller à l'hôpital de notre secteur et y recevoir de l'aide. On ne pourra pas nous dire non.

Cependant, il y a un effet pervers. Les hôpitaux ont décidé de ne donner de soins qu'aux personnes de leur secteur. Nous avons perdu la liberté de choisir de quel établissement et de quel médecin nous voulons recevoir des services. La psychiatrie est la seule spécialité qui nous demande notre code postal. On peut faire soigner ses oreilles ou ses pieds partout où ça nous chante, mais pas l'âme. La psychiatrie est une drôle de religion…

Le même discours d'accessibilité nous est servi aujourd'hui. Les mêmes garanties nous sont données aujourd'hui. Vous sentez-vous rassurés ? Pas moi.

Si on se fie à l'histoire, quand on nous définit un territoire, on nous limite à un territoire. Les RIS se définissent par territoire. Juste ça, ça me fait peur.

L'histoire des traitements institutionnels en santé mentale en est une où l'enfermement et les contentions sont omniprésents. Dans un RIS, ce n'est pas une ressource alternative qui sera à la tête de ce réseau, mais bien un hôpital.

Les CLSC ont été tassés et avalés le temps d'adopter une loi. C'est donc facile de prévoir quelles approches seront privilégiées. Le biomédical en mène déjà large aujourd'hui.

Dans nos institutions, pour veiller et protéger on utilise les mêmes moyens que pour surveiller et punir. Pour la guérison comme pour la réhabilitation, l'absence de liberté est considérée comme thérapeutique. Et, bénéfice secondaire non négligeable, la personne se trouvant derrière les barreaux ne dérange plus la société.

Pouvoir essayer, avec les possibilités de se tromper, ça fait partie de l'expérience humaine. L'errance n'est pas une erreur.

Dans nos ressources, les membres décident des priorités de l'année. Nous avons la liberté de choisir ce qui nous fera du bien, ce qui nous permettra de cheminer vers un mieux être. Si ce n'était des ressources alternatives, aurait-on eu des formations comme la gestion autonome de la médication ?

CIRCULATION DE L'INFORMATION

Au moment où l'on parle de réseaux intégrés de services, la carte à puce continue d'être financée. Elle vient se coller au projet des RIS pour rendre efficace la circulation de l'information à l'intérieur des monstres administratifs qui seront mis sur pied.

La confidentialité ne sera pas assurée. Le système stocke toutes les informations sur la santé des personnes en un fichier informatique accessible de partout au Québec, pourvu que la clinique ou l'hôpital soit muni des terminaux adéquats.

Il n'y a pas de distinction entre les informations psychosociales et celles sur la santé physique. Cela veut dire qu'une personne abusée à l'adolescence verra ses informations dans son dossier médical informatisé la suivre toute sa vie. Vingt ans plus tard cela va ressortir pour un examen de routine.

Les personnes qui sont arrivées à l'urgence pour accéder à la psychiatrie ne peuvent y retourner sans que leur détresse passée vienne entraver leur admission et nuise à leur crédibilité. Cela m'est arrivé il y a quelques années.

Cela est arrivé cet automne à une personne du centre où je travaille. Cela a dégénéré en une foire d'empoigne dans les corridors de l'urgence entre une infirmière et 2 ambulanciers, la fille sur sa civière, bien attachée observait la scène en changeant de couleur.

La personne qui est suivie depuis 3 ans en cardiologie s'est sentie mal alors qu'elle était chez elle. Elle a pris une troisième pilule de *nitro* avant d'appeler le 911. Les ambulanciers ont procédé à une évaluation et à des examens. Ils avaient les médicaments pour le coeur en mains. Arrivés à l'urgence, ils ont frappé un mur. L'infirmière avait déjà reçu la femme sur la civière en crise psychotique, et elle voulait attendre le psychiatre de garde.

Les ambulanciers se sont chicanés avec l'infirmière responsable du tri. Ils ont parlé de ses signes vitaux, des médicaments et du pourquoi ils étaient prescrits. Il a fallu que les ambulanciers menacent de repartir vers un autre hôpital pour qu'elle consente à regarder le reste du dossier et croire que la femme recevait aussi des services en cardiologie. Aujourd'hui, elle a une carte dans son porte-feuille qui demande aux ambulanciers de la reconduire à l'institut de cardiologie si elle est trouvée inconsciente.

Cette mésaventure lui serait arrivée partout au Québec avec la carte à puce. Généralement, elle comme moi, nous allons pour la santé mentale voir un médecin et pour la santé physique un autre. Ainsi, on préserve notre crédibilité, mais bientôt cela ne sera plus possible.

LES BONNES PERSONNES AUX BONS ENDROITS

Trop souvent les percées ne sont pas dues au système en place. Les systèmes n'existent pas pour faire évoluer une situation mais pour la faire perdurer. Quand ça va bien, c'est bien. Mais quand ça va mal, on est mal pris et pour longtemps. Parce que les systèmes sont lourds, difficiles à faire bouger.

Sur les lieux de concertation ou sur ceux de décision, nous sommes dépendants des bonnes personnes aux bons endroits.

Quand je regarde les RIS, je vois que les options sont moins nombreuses. Les façons de faire, les possibilités seront limitées par ceux qui décident. Et ces décideurs sont moins nombreux qu'avant et plus proches de leur argent qu'avant. Les probabilités de trouver la bonne personne au bon endroit pour faire avancer les choses sont moins nombreuses.

C'est à nous d'être les bonnes personnes aux bons endroits.

Conclusions :

Il y a au moins 5 bonnes raisons de se méfier des Réseaux Intégrés de Services :

1. Ils sont créés pour des raisons strictement budgétaires.
2. Ils ont été créés avec des mesures pour bâillonner les syndicats et les citoyens.
3. La clientèle sera captive d'un territoire.
4. Les décideurs de chaque RIS pourront décider d'uniformiser les traitements, les activités thérapeutiques des personnes.
5. Pour fonctionner, les RIS utiliseront la carte à puce, ce qui détruira toute confidentialité.

La contention chimique

Le Collège des médecins du Québec protège-t-il vraiment le public ?

Montréal, le 23 novembre 2004 – L'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) a rendu public son «dénoncé» de position concernant la contention chimique, *Quand s'arrête le contrôle et où commence le traitement ?*.

Récemment, le Collège des médecins du Québec (CMQ) faisait paraître un énoncé de position concernant la contention chimique. Devant la position dangereuse qui y est exprimée, l'AGIDD-SMQ a décidé de produire son propre *dénoncé* de position «pour s'en sortir et s'en défaire».

Selon les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, la contention chimique est une réalité, il s'agit d'une «mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament». De telles mesures, comme le CMQ le stipule dans son énoncé de position, se doivent d'être utilisées en dernier recours de façon exceptionnelle et minimale.

Le document produit par le CMQ est alarmant. Dans leur énoncé de position, une question est lancée : quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle ? Selon cette organisation, la réponse se situe dans le jugement clinique. Si de telles consignes étaient appliquées, cela voudrait dire en effet qu'un médecin pourrait utiliser des mesures chimiques de contrôle en faisant fi des lois, prétextant que son jugement clinique justifie de telles pratiques.

Les interventions d'un tel ordre doivent inclure les sphères juridique et éthique en plus de la perspective clinique tel que l'exprime l'Association des hôpitaux du Québec dans ses publications sur la question. Il est donc surprenant qu'un organisme ayant le mandat de protéger le public, tel le CMQ, produise un tel avis. Cette façon de considérer la contention chimique expose un danger considérable pour le respect des droits fondamentaux des citoyennes et des citoyens du Québec.

Il y a une différence majeure entre le contrôle des symptômes et le contrôle d'une personne. Si nous suivons la logique exprimée dans le document du CMQ, des contentions chimiques pourraient être appliquées à des personnes «ayant des comportements dérangeants» et ces mesures seraient à leur avis justifiées légalement par le seul fait que ce soit un médecin qui les prescrivent. Cela vient directement à l'encontre des principes juridiques reconnus par l'article 118.1 de la LSSSS qui vise à limiter le recours à de telles mesures. Pour l'AGIDD-SMQ, la perte de liberté associée à l'application d'une mesure de contrôle est fort importante et se doit d'être rigoureusement encadrée de législations restrictives envers tous ceux et celles qui les autorisent et qui les exécutent.

À la lecture de ce document, une question se pose : quelle est la limite entre le contrôle social et la thérapie ? Dans la pratique, les médecins ont d'ores et déjà beaucoup de pouvoir sur le choix des traitements. Un exercice essentiel à faire est de rechercher des alternatves à la contention chimique. Les personnes directement concernées, particulièrement celles qui en ont subi les effets néfastes, peuvent être très aidantes à ce niveau.

Selon l'AGIDD-SMQ, l'avis du CMQ engage la société québécoise dans la mauvaise voie. L'objectif qui fait consensus dans tous les milieux est la réduction, voire l'élimination, des mesures de contrôle que sont l'isolement, la contention et les substances chimiques. Les actions des différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux doivent donc aller dans cette direction.

Le Collège des médecins du Québec doit assumer son leadership à ce niveau. Il doit ainsi travailler fermement avec ses membres au renouvellement des pratiques et à l'apparition d'une culture de soins qui respectera véritablement les droits des personnes et son mandat de protection du public.

Le législateur et les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec doivent définir et mettre rapidement en application un plan d'action pour l'encadrement éthique et juridique de la contention chimique comportant des moyens concrets pour viser et atteindre l'élimination de ce type de mesure de contrôle.

Pour accéder au *dénoncé* de position de l'AGIDD-SMQ : www.cam.org/~agidd

Une expérience vaut mille maux

Le texte qui suit nous provient d'une personne ayant accepté la publication et la traduction, dans notre journal, de son expérience en psychiatrie. Comme plusieurs personnes venant nous rencontrer, cette dernière préférait garder l'anonymat pour éviter la stigmatisation et les représailles possibles.

C'est souvent notre première expérience d'un événement particulier qui oriente nos attitudes et actions pour la vie. Ma première expérience avec la médication psychiatrique eut lieu alors que j'avais 21 ans. Une ordonnance de traitement, par la cour, fut émise et je dus être hospitalisé en psychiatrie. J'appris plus tard qu'à ce moment, je fus décrit comme ayant un trouble oppositionnel. À la fin de ma première journée à l'intérieur de l'aile psychiatrique, j'ai expérimenté l'initiation aux médicaments psychiatriques.

Je suis arrivé en début d'après-midi et fut presque immédiatement habillé en tenue de nuit : un t-shirt blanc et des vêtements verts d'hôpitaux. Cela n'avait aucun rapport avec mon comportement mais bien avec la culture d'accueil en psychiatrie pour les nouveaux patients. Cette culture d'accueil et les nombreuses règles répandues en psychiatrie n'ont souvent aucun rapport avec les besoins individuels des personnes. Ces pratiques peuvent même nuire aux intérêts des patients en apparaissant absurdes et insensées. À l'intérieur de ce large système psychiatrique davantage mandaté à traiter des clients qu'à offrir une réponse adéquate et personnalisée pour aider, je me questionne sur le sens et la responsabilité de la psychiatrie.

Lors de ma première journée, je n'ai ni exprimé d'idées bizarres ni même démontré quelconque signe de violence. Qu'importe, le soir même, juste avant d'aller au lit je fus appelé pour venir prendre des médicaments avec les autres patients. Si je me souviens bien, on m'a donné quelque chose appelée « largactyl » ; un « liquide » qui goûte amer et ranci, comme du shampooing. Cette pilule, censée être un sédatif pour m'aider à dormir, m'a plutôt causé de l'insomnie et les choses se sont empirées. Environ 45 minutes après m'être allongé sur mon lit dans la chambre, partagée avec quatre autres patients, la drogue entrait en action. Je me suis senti en profonde léthargie et le plus inconfortable effet était l'intense assèchement de ma bouche et de ma gorge. C'était comme si j'étais resté une semaine dans le désert. J'avais désespérément besoin d'eau. Mais l'effet sédatif de la drogue faisait qu'il m'était extrêmement difficile de sortir de mon lit et encore plus de marcher. Tant bien que mal, j'ai finalement réussi à me lever. Mon rythme cardiaque semblait au ralenti, à tel point que j'avais l'impression de ne pas avoir assez d'oxygène pour marcher, qu'à tout moment j'allais m'évanouir. Après quelques lourds pas, je suis tombé sur le lit d'un autre patient qui fut réveillé. Je me suis relevé, me suis rendu aux toilettes où j'ai trébuché. J'ai fermé la porte, ouvert la lumière et me suis écroulé sur le plancher à côté du bol de toilette. À ce moment mon impuissance et mon besoin intense d'eau, m'ont enlevé toute répugnance à boire l'eau à même le bol. J'ai atteint et tiré la chasse d'eau à maintes reprises pour obtenir l'eau la plus propre possible et la boire de mes mains. Avoir été une semaine dans le désert, vous auriez probablement fait la même chose, croyez-moi. Après quelques temps et après avoir repris un peu de force, je suis retourné au lit. Cela fut ma première et seule expérience de la médication psychiatrique durant ces 2 mois d'hospitalisation en 1981.

Mon expérience dans le système psychiatrique m'a appris quelque chose que cette histoire illustre bien. Premièrement, que le traitement même

peut directement mettre les patients dans des situations dégradantes et déshumanisantes, les faisant apparaître « malade mental » aux yeux des autres, alors que cela serait tout autre dans un autre contexte. Ces situations peuvent même parfois justifier le « traitement.
«
Plus tard, lorsque j'ai raconté cette histoire à quelques individus, je n'avais aucune crédibilité. Ils ne pouvaient que présupposer que c'était la folie qui en était la cause. Un copain à moi m'a même dit : « ahh, tu devais être hors de toi » (malade). Aucune initiative ne fut prise par les employés de l'hôpital pour m'expliquer et m'avertir des effets spécifiques de la médication car cela semble être une règle d'accueil pour la première nuit des patients, que peu questionnent, et qui n'avait rien à voir avec moi personnellement si ce n'est qu'avec l'équipe « soignante ». Rien à voir avec moi si ce n'est le résultat m'ayant très affecté personnellement.

Un autre élément que soulève cette histoire est la très connu « résistance » des gens catégorisés « malades mentaux » à prendre leur médication; une espèce de stéréotype, une particularité de ce « genre de monde là » mais sans raison valable. Cette « résistance » pourrait peut-être avoir une explication valide enracinée dans les expériences négatives passées avec la médication psychiatrique. Une initiation comme la mienne favorise la construction d'un mur de briques de résistance face à la médication pouvant perdurer toute une vie. Depuis ces évènements il y a 23 ans, j'ai souvent exprimé une résistance à la prise de médication psychiatrique. Je dirais même que j'ai développé une intense hostilité à l'égard du système psychiatrique en général. J'ai d'ailleurs rédigé des lettres à des éditeurs ainsi qu'à des individus potentiellement influents, dans l'objectif d'alerter les gens des dangers et des injustices, qui selon moi, sont les plus répandus dans ce système. Je suis indigné et contrarié lorsque je suis forcé à prendre de la médication. De plus, j'ai souvent refusé la médication et ce, même de manière volontaire. Il est probable qu'à certaines occasions, j'eusse raté l'opportunité d'essayer des médicaments qui auraient pu m'être bénéfiques.

Aux professionnels semblant être mystifiés par ma réticence à suivre leurs conseils ou à quiconque m'encourageant à prendre des médicaments, je désire leur offrir une certaine explication qui remonte à ma première expérience : à peine douze heures après mon internement en psychiatrie (garde en établissement), je buvais de l'eau à même la toilette! Voilà donc comment une expérience peut marquer et orienter nos actions envers quelque chose.

Déshydraté anonyme

Traduction de : Sébastien

Des nouvelles du collectif!

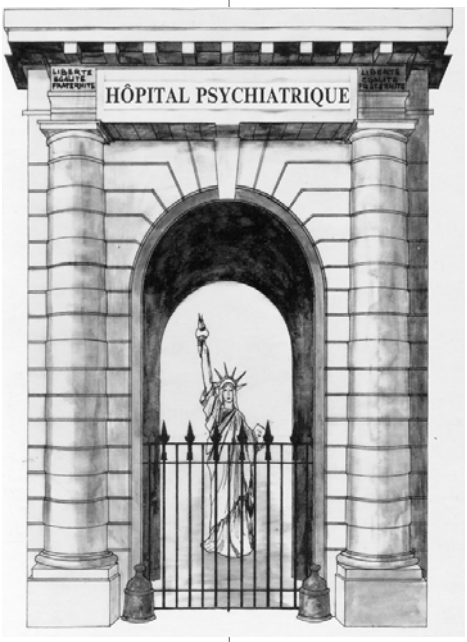
Le conseil d'administration 2004-2005:

Président:	Laurent Lachance
Vice-présidente:	Angelina Mendez
Secrétaire:	Micheline Martel
Trésorier:	Denis Morneau
Administratrices:	Andrea Aldeman
	Denise Blais
	Rosanne Bernard
	Hella Geoffroy
	Monique Normandeau
	Rita Tardif
Administrateur:	Frédéric Mailhot

L'équipe de travail:

Coordination:	Chantal Provencher
Adjointe à l'administration:	Nicole Cloutier
Agent à la vie associative:	Ghislain Goulet
Conseiller à l'accueil:	Sylvain Chartrand
Conseiller et conseillère en défense des droits:	
	Louise Baron
	Sébastien Bois
	Claudelle Cyr
Chargé de projet Garde en établissement:	Michael Hoggan
Chargée de projet Électrochocs:	Khadija Benabdallah

À Pinel, c'est pas quand on y arrive qu'on est fou, c'est quand on en sort!



Depuis novembre 2001, je suis interné à l'institut Philippe Pinel de Montréal pour des charges de voie de faits et de harcèlement. Au début, en octobre 2001, avant de venir à Pinel, j'étais en prison et là, mon avocat, avec l'appui de mon père, m'a conseillé de signer une requête pour me faire examiner par un psychiatre de Pinel. Mon avocat m'avait dit que mon séjour à Pinel serait court, tout au plus 3 ou 4 mois et qu'en plus je n'aurais aucun dossier criminel. J'ai trouvé à ce moment l'offre de mon avocat très alléchante et j'ai signé. Ce qu'il ne m'avait pas dit c'est que Pinel est un enfer infantilisant et aliénant, un asile à sécurité maximum et que une fois mandaté à Pinel c'est très difficile d'en sortir. Si t'arrive à en sortir, t'en sort pas intact, ta santé physique en prend un coup de vieux avec tous les médicaments qu'ils te bourrent et si tu refuses de les prendre, ils te menacent subtilement en te disant qu'ils ne te laisseront pas sortir de l'institut tant et aussi longtemps que tu ne prendras pas de médicaments.

Le médicament qu'ils m'ont fait prendre, du Zyprexa, je l'ai pris de force pendant un an. Ce médicament m'a causé 2 hernies inguinales, un gros ventre « comme une femme enceinte », une grande perte de ma joie de vivre et de ma libido sexuelle, une mauvaise élimination urinaire et intestinale, un encrassement de déchets toxiques dans tout mon corps, un alourdissement de tout mon corps, monter les escaliers du métro devenait pénible, et j'avais pris 50 livres. Le Zyprexa est un poison légalisé, je peux le dire en toute vérité, j'en ai été le cobaye forcé pendant un an. Mais Pinel a d'autres abus et répressions tout aussi dégradantes; la condescendance de la part de certains membres du personnel, l'ironie, la malice, l'injustice, la hargne, la jalousie, l'hypocrisie et la non transparence règnent ici à Pinel, je puis l'affirmer en toute connaissance de cause et plusieurs autres patients pensent la même chose que moi.

Il y a des patients qui sont ici pour des causes parfois légères, mais le pire c'est qu'on ne fait aucune thérapie valable avec tous ces patients. Il y a une certaine thérapie mais elle est loin d'être en profondeur. Je vois des patients qui n'ont pas du tout changé depuis que je suis ici ou qui ont changé très peu et qui ne comprennent pas pourquoi on les retient.

Il y a une dizaine d'années, j'ai été dans un hôpital psychiatrique de luxe aux Etats-Unis faire une cure volontairement. Là bas j'ai vraiment évolué et on a toujours respecté ma dignité, en tout cas on essayait. Ici à Pinel, même l'architecture est humiliante. À chaque fois que j'ai une demande à faire à la réceptionniste (qui s'occupe de presque toutes les demandes: retrait d'argent, téléphones, messages, courrier, l'ouverture de nos portes de chambres,…) je dois m'agenouiller à terre et parler dans le petit carré qui est près du sol (à trois pieds du sol) comme un petit animal domestique. Quand vous allez faire votre marché, faites-vous ça? Quand vous allez à la banque, faites vous ça? Je ne suis pas fou, mais on fait tout ici pour nous rendre fou!

Signé:
Pensionné d'un asile à sécurité maximum

vol 11 no 3, décembre 2004

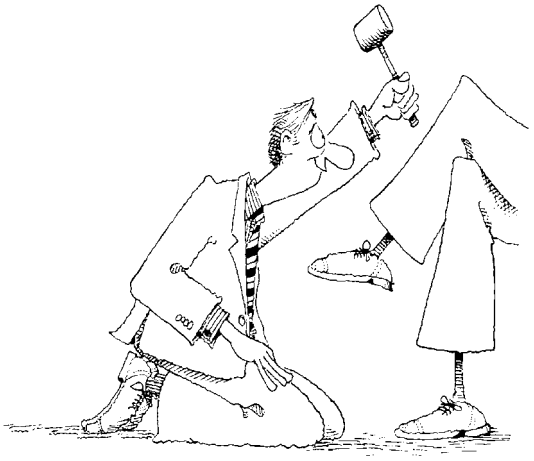
Les faux remèdes à l'américaine

Article paru dans le journal Le Soleil du jeudi 23 septembre 2004 signé par Jacques Larochelle

Dans LE SOLEIL du 11 septembre dernier, M. Alain Dubuc s'est lancé dans une charge à fond de train contre la Loi canadienne sur la santé, qu'il présente littéralement comme un carcan idéologique dont la sacralisation empêche une nécessaire réforme en profondeur du système actuel, passant obligatoirement par une plus grande privatisation. Malheureusement, l'analyse de M. Dubuc comporte des erreurs si souvent entendues qu'il est temps de les corriger avant qu'elles n'acquièrent le statut de vérités par la force de la répétition.

Première fausseté, ô combien largement médiatisée, "la santé est un trou sans fond", qu'on imagine facilement creusé par l'explosion des coûts. Or, si on prend la peine de regarder les chiffres, par exemple ceux de l'Institut canadien d'information sur la santé, on constate que les dépenses de santé au Canada, qui équivalaient en 1992 à 10 % du PIB, en sont rendues en 2003 à ... 10 % du PIB. Il serait intéressant de savoir comment M. Dubuc - lui et les autres promoteurs de la privatisation - en arrive à conclure qu'un accroissement de 0.0 % en 12 ans signifie que "notre système n'est pas viable".

En fait, si l'on veut parler d'un trou en santé, il faut évoquer l'énorme cratère qu'y a creusé Paul Martin entre 1995 et 2000, alors que ses coupures dans les paiements de transfert aux provinces ont ramené la fraction du PIB des dépenses de santé autour de 9 %. Il n'est pas difficile de comprendre combien le sous-financement de la santé par Ottawa, qui atteignait déjà 20 milliards $ en 2000, a pu déstabiliser les budgets provinciaux face à une demande croissante en santé due à l'augmentation de la population (0,9 % par an entre 1995 et 2000), à la hausse du coût des médicaments et à l'investissement requis pour renouveler les appareils de diagnostic et de traitement. Ce sont ces coupures, et non la rigidité imposée par la



Loi sur la santé comme le laissent croire les propos de M. Dubuc, qui ont fait que notre système, considéré comme l'un des meilleurs de la planète avant le règne de M. Martin, s'est retrouvé au 30e rang du classement 2000 de l'Organisation mondiale de la santé.

Selon M. Dubuc, ce classement place le Canada "à la queue des pays industrialisés". Or il se trouve que les États-Unis y occupent le 37e rang !

Ou bien on ne range pas les États-Unis parmi les pays industrialisés, ou bien on juge préférable d'ignorer leur cas quand on veut faire croire que la privatisation est la solution aux problèmes financiers du système canadien. En effet, les États-Unis constituent le pays industrialisé où la santé est la plus privatisée. En 2000, la fraction privée des dépenses de santé y atteignait 56 %, contre 28 % au Canada. Selon la logique de M. Dubuc, puisque non inhibée comme au Canada par un "dogme [qui] tue l'innovation et décourage le leadership", la plus grande implication du privé aux Etats-Unis devrait s'y traduire par de meilleurs soins à meilleur prix. Est-ce le cas ? Le réputé économiste Paul Krugman répond clairement à la question dans le New York Times du 27 août dernier : "En 2001, nous [les Américains] avons dépensé en soins de santé 4887 $US per capita, contre 2792 $US au Canada et 2561 $US en France. Pourtant, les États-Unis font pire que les deux autres pays selon toutes les mesures de succès". En termes de fraction du PIB, les dépenses de santé aux États-Unis atteignent 14 %, même si 45 millions de citoyens sont laissés sans assurance-maladie. Il n'est pas nécessaire d'être économiste pour réaliser que les États-Unis font la démonstration que la

vol 11 no 3, décembre 2004

concurrence fait augmenter les prix lorsque les coûts d'immobilisation et d'administration des entreprises sont très élevés, comme c'est le cas dans un domaine comme la santé.

C'est pourtant vers un système à l'américaine que nous amènerait inévitablement une modification de la Loi sur la santé qui favoriserait la privatisation comme le souhaite M. Dubuc. En effet, le principal facteur qui a empêché les investisseurs américains de prendre le contrôle du secteur de la santé au Canada comme ils l'ont fait pour le secteur pétrolier, c'est précisément cette loi qui ne laisse pas suffisamment d'espace au marché privé des soins pour intéresser les gros joueurs. Mais il suffirait d'y accroître les possibilités de profit pour que les énormes Health Maintenance Organizations américaines, qui possèdent déjà les capitaux et les structures administratives en plus des avantages accordés par le chapitre 11 de l'ALENA, achètent et regroupent tout ce qui a une chance de devenir payant dans le domaine de la santé au Canada.

Action Autonomie, avec la collaboration de militants et de militantes et d'associations intervenant en santé mentale, travaille actuellement à constituer un mouvement de lutte pour l'abolition des électrochocs. Si ce projet vous intéresse ou bien si vous désirez en connaître davantage sur les électrochocs, nous seront heureux de répondre à vos questions ou de vous accueillir parmi nous.

Pour informations:

Chargée de projet:
Khadija Benabdallah.
tél: 525-5060
courriel: khadiben2004@yahoo.fr

Chronique insolite!

Par Seb

L'Itinérance : maladie ou manque d'accès aux logements?

Dernièrement, je discutais avec une infirmière d'un CLSC au sujet des diagnostiques et de leurs impacts sur la vie des citoyens. Elle m'a dit qu'elle avait rencontré une personne, M. Noroof (nom fictif) en situation d'itinérance. Suite à la lecture du dossier médical, qu'elle ne fut pas la surprise de l'infirmière de constater que M. Noroof s'était fait attribuer un diagnostique d'*itinérance*!
L'histoire ne raconte pas si M. Noroof a reçu une prescription de logement!

Une loi sur la dangerosité pour le gouvernement?

La « Loi pour la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui » (P38.001), appliquée de manière abusive pour interner des personnes contre leur gré, n'est toujours pas évaluée par le gouvernement québécois malgré la date d'échéance, il y a plus de 3 ans.

Considérant que l'État québécois avec son approche néolibérale décrochée des citoyens et le « grugage » qu'elle fait de nos acquis sociaux cause de sérieux dangers pour notre santé mentale: constatant le déplacement de la lutte à la pauvreté à la lutte aux pauvres, je propose un nouveau projet de loi ;
« La loi pour la protection des personnes dont l'*État* québécois présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ».

Réveillez-vous!…anecdote sur les électrochocs

Cette histoire qui me fut racontée s'est véritablement déroulée au Québec, à l'été 2004. Une psychiatre québécoise prescrit et doit administrer des électrochocs. La veille, un argumentaire corsé se déroule entre elle et son conjoint biochimiste qui est contre cette pratique. Le conjoint doit ajuster le réveille-matin pour le lendemain. Malheureusement pour la psychiatre-électricienne et heureusement pour la personne, le conjoint a oublié d'allumer le réveille-matin pour le rendez-vous! Vive la diversité des luttes contre les électrochocs!

Manifestation contre les électrochocs à Ottawa

En juin dernier a eu lieu une manifestation contre les électrochocs à l'hôpital Royal Ottawa, en Ontario. Dans cette province, 70% des gens qui reçoivent ces « traitements » sont des femmes, parmi elles, 40% ont plus de 65 ans. Par mis ce groupe d'âge, le taux de mortalité lié à l'administration des électrochocs est de une femme sur deux cent. Organisée par Sue Clark, la manifestation avait pour but de dénoncer les électrochocs et d'interdire cette pratique dans la région d'Ottawa. Mme Clark a elle-même reçu des électrochocs. Elle est ensuite devenue militante à l'égard des abus en psychiatrie. Cette dernière considère que la vérité sur les ECT (électroconvulsothérapie = électrochoc) et les dommages qu'ils peuvent causer ne sont pas mentionnés aux patients avant de les électrocuter. De plus, partant de son expérience :

> « Les ECT ne m'ont pas aidée, au contraire, ils m'ont hypothéquée. Personne ne devrait vivre ce que j'ai vécu. Je veux que ce traitement barbare soit arrêté immédiatement ».
>
> Sue Clark

À l'âge de 17 ans, Sue Clark a reçu 5 électrochocs qui lui causèrent un arrêt cardiaque. Elle souffre depuis d'une perte permanente de mémoire et a de sérieux problèmes d'apprentissage. J'ai discuté avec Mme Clark dernièrement qui m'a dit avoir toujours sur elle un petit calepin pour se souvenir de discussions ou de certains apprentissages.

Mme Clark mentionne que ce qui l'a vraiment aidée avec sa dépression sévère et « persistante »a été un large réseau d'amis qui se souciaient d'elle, un logement stable, une place personnalisée et humaine où elle pouvait aller quotidiennement et son militantisme. De plus, le sentiment d'appartenance à la communauté et la possibilité de faire des activités où elle se sent utile sont des éléments qui lui ont permis de cheminer et de traverser sa souffrance.
(source : www.rabble.ca

.....

Une agence gouvernementale américaine (the National Council on Disability) a recommandé en janvier 2000 dans son rapport d'éliminer les électrochocs :
« Les traitements en santé mentale doivent servir à guérir et non à punir. Les traitements dégradants, incluant les contentions physiques et chimiques, l'isolement et autres techniques restreignant la liberté de mouvement devraient être éliminés. **De plus, les politiques publiques devraient aller de l'avant pour l'élimination des ECT et de la psychochirurgie étant donné l'absence de preuve et la profonde inhumanité derrière ces procédures.** Des alternatives humaines et efficaces à ces traitements existent aujourd'hui et devraient être encouragées. »
(*source : www.ncd.gov/newsroom/publication/privileges.html)*

.....

Dans la revue : Journal of American Medical Association, en octobre 2003, les psychiatres Loren Mosher et David Cohen écrivent que : « Les ECT ne sont pas sécuritaires, ils produisent des pertes de mémoire variables et d'autres effets secondaires sur le comportement auprès de presque tous ceux en ayant subit, cela perdure des semaines ou des mois après le dernier traitement. (…) **Les ECT ne sont pas nécessaires, plusieurs alternatives, moins dommageables sont disponibles.** ». Mosher et Cohen soulignent aussi que le consentement libre et éclairé est rarement respecté. Ils observent que c'est souvent sous la forme de coercitions subtiles ou grossières que l'on amène une personne à se faire électrocuter. Les 2 psychiatres sont aussi fort surpris de constater l'absence d'études concernant les diverses formes d'utilisation des ECT par les différents hôpitaux américains. (*source : www.ama-assn.org/ama/pub/category/11123.htlm).*

Action Autonomie est solidaire avec le combat mené par Sue Clark et tous les autres impliqués de près ou de loin à l'abolition des électrochocs. N'oublions pas que l'électricité n'a pas de frontière!

Traduction et commentaires : Sébastien Bois

psychochirurgie *= neurochirurgie stéréotaxique pour troubles d'affections sévères = lobotomie moderne.*

vol 11 no 3, décembre 2004

Témoignage

Quelle promotion

Par Anne-Marie

Comme de nombreuses personnes avant moi, j'ai porté plusieurs étiquettes. En effet, j'ai été diagnostiquée d'abord comme quelqu'un souffrant de « troubles d'adaptation », ensuite j'ai porté le titre de « déprimée unipolaire ». Quelques temps plus tard j'étais devenue une « dysthémique ». Finalement, après plusieurs années, j'acquis une promotion, je devenais alors une maladie bipolaire de type 2 avec états mixtes puis avec cycle rapide...

Pourtant, tout au long de ces nombreuses années j'étais la même personne…

Lorsque je suis entrée à l'aide sociale, je préférais essayer tous les programmes d'employabilité. Quelle chance, ces programmes ne débouchaient sur rien. De plus, l'aide sociale me donnait le choix suivant; choisir le titre de ratée ou celui de dérangée!

Une agente d'employabilité voyant mon découragement me comparait alors à sa nièce… celle-ci souffrait d'un cancer du sein. Notre seule différence était la suivante : la dame en question après sa chimiothérapie était retournée au travail et ne se plaignait jamais! Elle était pourtant malade (d'une maladie non honteuse) et non pas dépressive comme moi.

Une autre fois une agente me dit ce qui suit : « Avant j'avais pitié des gens ayant des problèmes de santé mentale alors que maintenant je sais que c'est un choix qu'ils font ». Quel mépris! Quelle stupidité!

D'un échec professionnel à l'autre ma culpabilité augmentait en même temps que le mépris de mes pairs et des agents d'aide sociale.

De plus on connaît tous le mépris que doivent endurer les déprimés « tu t'écoute trop » « botte toi le… » etc, etc…

Lorsque j'atteins enfin une phase de manie « un high » plus prononcé, je compris bien des choses… Ma soi-disant paresse, celle de mes dépressions précédentes, était peut-être « pardonnable ».

Comment expliquer que d'un état de soi disant « légume » je devenais si forte, si pleine d'énergie et de projets?

Cela m'a permis de me pardonner mes détresses du passé. Je compris que tout n'était pas de ma faute, ma faute, ma très grande faute, Mea culpa.

Pourtant, socialement il y a les « bons maniaco-dépressifs et les mauvais ». Les bons étant des gens qui sont fonctionnels créatifs et qui réussissent… On peut citer les Guy Latraverse, les Pierre Péladeau et peut-être même les Honoré de Balzac de ce monde.

Quant aux « mauvais » dont socialement je fais partie, ils ont de la difficulté et même une incapacité à entrer dans le « moule ». Celui-ci étant: un travail régulier, payer ses impôts, posséder une maison, etc, etc… La société ne fait pas de place pour les gens « non-conformes » aux standards établis.

Je me blâme d'avoir fait mienne les valeurs uniques que l'on nous impose : la réussite professionnelle, la productivité, l'argent, etc……

C'est à cause de ces soi-disant valeurs que j'ai vécu à répétition des sentiments d'échecs, de culpabilité. J'ai souffert de m'être sentie médiocre et d'avoir déçu bien des gens.

La société ne changera pas du jour au lendemain. Nous devons garder notre sens critique en éveil et découvrir nos propres valeurs. Nous devons accepter nos limites car tout être humain en possède. Nous devons, je crois, tenter de faire de notre mieux avec ces dites limites.

Pourrait-on s'accorder le droit d'être différent malgré la pression sociale? Nous devons cesser de nous croire inférieur simplement parce que nous n'entrons pas dans le « rang ».

C'est la grâce que je nous souhaite à tous. Le droit de se regarder sans culpabilité ni complaisance. Simplement le droit d'être différent, de se respecter et de se faire respecter.

vol 11 no 3, décembre 2004

Témoignage

Bonjour,

Je suis membre d'Action Autonomie depuis plus de dix années.

Je reçois régulièrement le journal « La renaissance » que je lis attentivement à chaque numéro.

Ce dernier m'informe sur mes droits et recours en ce qui concerne la santé mentale.

Dans le dernier numéro, soit au mois de juin dernier, j'ai réagis fortement à l'article sur le retour en force des électrochocs. Je n'en revenais pas à l'effet que ce moyen ultime soit encore utilisé. Les animaux sont mieux traités que les humains !

Ainsi que l'article concernant les personnes pauvres qui n'ont pas accès à un avocat gratuitement. Donc, les gens doivent se battre seul dans les dédales juridiques. Par chance qu'il y a Action Autonomie pour nous donner un coup de pouce.

À la maison, chez moi, j'ai toujours mon « Guide de survie » sur la garde en établissement. Action Autonomie pourrait me défendre dans le cas d'une hospitalisation involontaire. Ainsi je pourrais écourter mes séjours dans ces hôpitaux où le mot humain n'a plus sa place.

Je suis présentement en période de sevrage. Depuis le mois de juin 2004 j'ai cessé un antidépresseur que je prenais depuis environ quatre ans. J'utilise le « Guide des médicaments de l'âme » de l'A.G.I.D.D. qui me propose une méthode pour entreprendre ce sevrage.

Suite à la cessation de ce médicament j'ai senti une hausse d'énergie. Présentement je poursuis mon sevrage avec le Dalmane 15 mg. Je le prends une fois par deux jours. Je parviens à dormir environ 6 heures par nuit.

Le sommeil est très important pour moi, c'est ce qui guide la vitesse de diminution ou d'augmentation de mon médicament. Parfois je dois retourner à deux soirs de suite avec la Dalmane sinon je ne dors pas assez..

Donc je n'ai pas encore cessé totalement le Dalmane. Il me reste encore beaucoup de médicaments à prendre: Rivotril et Séroquel.

Pour passer à travers toute la gamme d'émotions que cela provoque, je fais de la marche, de la natation du yoga, du Tai- chi et je me couche tôt. C'est à dire à 10 heures le soir.

En plus de l'appui de mon psychiatre, j'ai une intervenante Communautaire qui m'aide. Avec le suivi qu'elle m'apporte, aux deux semaines, en plus de son aide téléphonique elle m'aide à gérer mon stress et mon anxiété générée par mon sevrage.

Mon pharmacien m'aide également. Bien manger est très important aussi car je suis diabétique.

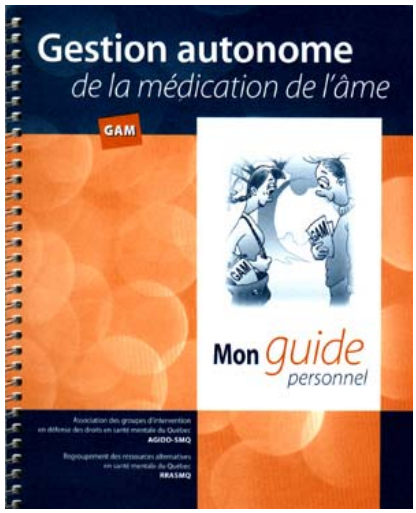
Mon objectif personnel n'est pas d'éliminer toute ma médication, mais de trouver ma zone de confort.

Grâce au « Guide des médicaments de l'âme » j'ai pu trouver ma zone de confort et un plus grand bien être.

Tout ce processus je le fais avec l'appui d'un psychiatre. Très doucement !

Mes sincères salutations aux lecteurs et lectrices du journal.

S.M



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
www.actionautonomie.qc.ca
lecollectif@actionautonomie.qc.ca

Membre de l'Association des groupes d'intervention et de défense des droits en santé mentale du Québec